

ЗЪБОЛЕКАРИ ЗА ПРОМЯНА

ОБРЪЩЕНИЕ НА РЕДАКТОРА

Уважаеми колеги, приятели и съмишленици на СБЗ,

Като член на управителния съвет настъпи и моят ред да подготвя поредният – 4 брой на изданието ни, което е и последното за тази година. Тази задача е изключително трудна и отговорна за мен поради липсата на опит – това всъщност е моят дебют в сферата на издателската дейност. Доктор Ашиков доста вдигна летвата, като благодарение на своя опит придаде на електронния вестник на сдружението вид на луксозно научно списание. Надявам се, че с подкрепата на останалите колеги и медийни партньори ще направим и този брой едно приятно и увлекателно четиво.

Бих искал да подчертая и заслугите на нашите спонсори и рекламодатели, с чиято помощ реализираме всички наши проекти. Използвам случая да отправя покана – към всички вас, приятели, да бъдем отново заедно на традиционния Коледен бал.

Обръщам внимание и на предстоящото събитие, организирано от СБЗ – „св. Аполония“, което ще се проведе в гр. Хисаря на 11.02.2017г. На страниците ще намерите и информацията относно продължаващата да тече кампания „Веселите зъбки“ – едно успешно партньорство на СБЗ и ДМ, в което се включиха много колеги.



Д-р Стоимен Узунов

Освен статиите, любезно предоставени от нашите партньори, представяме на вниманието Ви нашите колеги и дългогодишни членове на СБЗ от Дентална клиника „Дукови“. Те са носители на престижната награда, връчена от Асоциацията на денталните менажери /АДМ/ – статуетка „Адмирал“. Освен това, с гордост Ви информираме, че новият председател на АДМ, също активен член на СБЗ, е д-р Бушкалова от гр. Стара Загора.

С уважение,
Д-р Стоимен Узунов



ИНФОДЕНТ

ОСНОВЕН МЕДИЕН ПАРТНЬОР НА СБЗ

ПАРТНЬОРИ



В последните години в милата ни татковина сме свидетели на непрекъснати избори и заявки за референдуми. На току-що състоялите се избори за Президент се явиха 21 кандидати. Почти всяка професионална организация има коректив или само организирали се люде /дори и православната ни църква има два синода/. Дали, защото преди 26 години революцията на 10 ноември беше нежна или защото 40-годишният път на Мойсей през пустинята, още не е извървян...

„Реформата в БАН“ – скандираше министър Дянков и едва не унищожи науката в България, „Реформа в здравеопазването“ – рече министър Москов и напљунчи пръст да ратифицира договора между пациенти и НЗОК. Нима толкова могат нашите избраници? Нима толкова можем като народ? Нима всички ние, възпитаниците на Медицинския университет, не носим титлата магистър /наставник, учител/? Защо тогава не можем да наставляваме себе си? Всички говорим за номенклатура и монополи, а всъщност и нашата гилдия си създаде монопол в лицето на БЗС и НЗОК. Мигар не е всеизвестна истина, че от Платон насам нищо по-добро от демокрацията не е измислено като модел на управление? В тази връзка ще си позволя да цитирам предишния председател на нашето Сдружение – д-р Венци Стоев: „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 му, т.е. пълното отсъствие на конкуренция“.

Вярно, че след 45 години тоталитарна власт трудно се гради нова система. Но стига сме се оплаквали – „синина от бича, следи от теглото“. Повечето колеги, разговаряйки на тази тема, коментират: „Няма смисъл, по-добре да си траем и никой да не ни закача, нищо не може да се промени, нямаме лоби, надигайки глава само ще си докараме проверки по кабинетите...“

Нима, в Европа и по света няма добри практики? Да се преписва от тях не е срамно, стига да не ти мърда индигото. Нима личната ни специализация не се състои именно в посещението на небългарски курсове и в търсене на работещи методологии и новости в медицината и в частност в зъболечението? Отговорът би могъл да бъде: „Това го правим за себе си и пациентите си, а общото да го правят други, нали плащаме членски внос, и то задължителен“. Там е проблемът, колеги! Ще напомня накратко публикуваните от нашето Сдружение пагубни последици от членството в БЗС:

- Формиране на зъболекарска номенклатура с огромен УС.
- Формално подписване на договора със ЗОК при неучастие на големи групи от населението.
- Грешна система на изчисление при заплащане на услугите към ЗОК.
- Рязко нарастване на броя на зъболекарите (над 9000) поради откриването на трети факултет.
- Липса на ефективна система на СДК.
- Влошаване на здравното състояние на населението.
- Инцидентно и комерсиално провеждана профилактика при отсъствие на държавна политика.
- Липса на актуален скрининг на оралното здраве.
- Липса на стратегия за лечение на денталните заболявания.

СБЗ: Защо ни има?

стр. 2-3

Отчетно събрание и коледен бал на СБЗ

стр. 4

Веселите зъбки – една успешна съвместна кампания на СБЗ и ДМ

стр. 5-6

Анализи: Условия на следдипломното обучение в България?

стр. 7-10

Семинар по имплантология

стр. 11

Клиничен случай от Инфодент

стр. 13-19

Имплантология

стр. 23-34

Philips България

стр. 37-38

Научна статия на проф. Юлия Каменова

стр. 42-48

W & H – Курс – д-р Ботев

стр. 48-49

Статия на фирма AXIS

стр. 51-56

Позиция на СБЗ относно бюджета на НЗОК за 2017

стр. 57

- Изключване на преобладаващата част от съсловието и организациите му от организационен живот.
- Развитие на търговска дейност от БЗС.
- Монопол на изданието „Дентамедика“ при ниско качество на издателска дейност.

Нима не е ясно, че отпадането на задължителното членство чрез създаване на зъболекарска камара и демонополизиране на ЗОК е пътят към адекватен закон за здравно осигуряване? Съществуват много доброволни организации на колеги /няма да ги изброявам/. Не е ли нормално те да избират къде да плащат членския си внос и чрез бъдеща камара да контролират на равни начала проблемите в стоматологията?

Колеги, нима не виждате, че БЗС налага рамка, наречена договор. Налагането на тази рамка /договор/ е дело на политици, наложена е чрез създадена от самите нас номенклатура – далеч от ежедневната практика и от нуждите както на упражняващите стоматологичната професия, така и на самите пациенти.

Сдружението на Българските зъболекари е съюз на свободни хора, упражняващи достойна професия, които не си затварят очите пред неправдата. Сещам се за една китайска мъдрост, сякаш събрала в себе си смисъла от съществуването на нашето Сдружение: „Не можеш да забраниш на птицата да се изпусне върху теб, но можеш да ѝ забраниш да свие гнездо на главата ти“.

Тази година ние увеличихме членския си състав, но най-вече и преди всичко имаме много съмишленици и още повече симпатизанти. Има и такива, които не искат открито да станат наши членове – старая се да ги разбера. През 2017 г. Сдружението ще отбележи 20 години от основаването си – почти едно поколение. Използвам случая да уверя колегите, че УС ще продължи делото на предшествениците ни и ще се опита да запази достойнството на професията. Трудно е. Като пример ще ви посоча, че дори носители на наградата „зъболекар на годината“ /не всички, разбира се/ се оттеглят от ангажименти, сякаш „взехме си своето и дотук“. Но, има все повече колеги и партньори, които не искат да са част от статуквото. Призовавам бивши и настоящи членове спокойно и свободно да разсъдят и да се включат в организираните от нашето сдружение събития. Та нали то е създадено от нас и за нас. Да се поддържа един огън трябва поне съчки, ако не дебелите цепеници, а те, цепениците, могат да се ползват и за друго.

Нашите начинания не се радват на голям медиен интерес, дори задължително получаващият вестник „Дентамедика“ не отразява нито една наша изява. Може пък да е за добро. Ние, както и всички зъболекари в Европа и по света, които имат свободно мнение, сме под покровителството на „Св. Аполония“.

Използвам случая да ви покана на 17 декември на Новогодишния бал на сдружението и на Отчетната ни конференция, където можете да научите подробно какво сме свършили през 2016 г. Каня не само членовете, а и всички колеги и партньори, които искат да научат повече за нас. Анонсирам, че изборът на зъболекар на годината за 2017-та ще се състои на 11.02.2017 в гр. Хисаря и там ще отбележим 20-годишнината от основаването на нашето Сдружение на Българските зъболекари. Вратата е отворена за всички!

д-р Анатолий Кънев

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.

Отчетна конференция на СБЗ:

Уважаеми колеги в семинарната зала на хотел Рила на 17.12.2016г. ще се проведе годишната отчетна конференция на СБЗ. Ще протече в следния ред:

10:00-10:30 регистрация;

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

12:00 часа - закриване.

стр. 6

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).

Ще се радваме да бъдете част от нашето Коледно тържество.

Краен срок за записване: 10 декември 2016



С уважение,
Управителен съвет на СБЗ

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

ПРОДЪЛЖАВА КАМПАНИЯ “ВЕСЕЛИТЕ ЗЪБКИ”

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 – Bilkа, Colgate, Lacalut, Dental, Trisa, Vademecum, Astera и dm марката DONTODENT.

ВРЕМЕ ЗА КУЛТУРА– JULY MORNING

СТАТИЯ НА Д-Р КЪНЕВ ЗА КУЛТУРНАТА ПРОГРАМА ПО ВРЕМЕ НА JULY MORNING

Тесният специалист е „идиот“ в широкия смисъл на думата.

Да се пише за лятото през декември е малко като тъга по отминала младост, но иде реч за събитие, което не бива да остане без коментар. И тази година Сдружението на българските зъболекари (СБЗ) организира празника July Morning и показва свободното мислене на свободни хора. В предни броеве на вестника представихме лекциите на д-р Гюлев и д-р Недевски – използвам случая още веднъж да им благодаря. Тяхната „битка“ на препарационната граница бе интересна, не от всички разбрана (от „война“ не всички са доволни) и има много запитвания от колеги дали тя няма да продължи.

Тук искам да ви разкажа, че тази „битка“ не прекъсна и на културния фронт, когото понякога като че ли изпускаме. Следобеда направихме разходка до археологическия резерват „Яйлата“ и до Текето на с. Оброчище. Още в автобуса избухна словесен сблъсък по повод на поредните, но пресни, от същия ден, журналистически изцепки за смъртта на Христо Ботев. Порази ме ерудицията и жаждата за знание у колегите, но най-вече стремежът към почтеност в опознаването на историческата истина, както и оценяването на положени усилия в името на кауза. В автобуса видях отбор, който опроверга ширещото се мислене, че българинът е единак и не може да работи в колектив. Напротив – видях желание за работа в екип и отричане на налаганата от политици и медии ганювщина – всички са маскири.

„Яйлата“ подсили усещането, разкривайки пред нас натрупаните културни пластове от V хилядолетие пр. Хр. След Пиндар, описал спирката на аргонавтите на път за Златното руно, трудно бих могъл да намеря думи за това уникално място, осеяно с археологически паметници и особено за т. нар. „пещерен „град“ от 101 жилища“. Няма да разказвам за некрополи, крепости, кули, светилището, жертвените камини..., та чак до неграмотно изпълнен изкуствен парапет по евро проект. За това (без парапета) по-добре да се прочете проф. Хенриета Тодорова, изследвала района и проф. Калин Порожанов – конкретно „Яйлата“.

Каня колегите да се присъединят към организирания от СБЗ мероприятия, за да усетят този дух на заедност и съпричастност към културните съдбини на Европа и България. Ние, макар и тесни специалисти, сме част от широкия смисъл на човекознанието.

д-р А. Кънев

УСЛОВИЯ НА СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ В БЪЛГАРИЯ – ПОЛЗИ И СЛАБОСТИ

Д-р Стоимен Узунов

Уважаеми колеги,

Всички ние сме обединени от обща професия и сме преминали през всички трудности и изпитания, свързани с придобиването и. Знаем, че висшето ни образование не е леко, свързано е с множество лишения, изисква воля и интелект и навсякъде по света се смята за престижно.

Младите лекари по дентална медицина поемат по своя професионален път и се сблъскват с реалността. Малцина са тези, които вървят по отъпканата пътека на своите родители. Повечето от нас сами са проправяли брод през трудностите и незнанието, преследвани от постоянните болки на своите пациенти и честите усложнения. Някои продължават така цял живот, но който има малко съвест осъзнава, че по този начин не може. Това е моментът, в който разбираме, че посещаването на няколко курсчета от по три часа няма да реши проблемите и възниква необходимостта от следдипломната квалификация и специализация – системна, цялостна, даваща знания и опит, завършена в акредитирано от държавата за целта лечебно заведение с диплома, удостоверяваща компетентност и умения, а не само присъствие. Само такова дългогодишно, последователно натрупване на познания, мислене, академичност и почтеност могат да изградят зъболекаря в специалист.

Какви възможности, обаче има един лекар по дентална медицина за своето професионално усъвършенстване?

Отговорът е: много или никакви - защо двете крайности - защото, както е известно, каквото и да си говорим, става въпрос за пари!

Ясно е, че когато има необходимия бюджет, всеки ще може да се обучава в елитните школи и академии по света. Остава въпроса, дали след като е получил такова скъпо обучение, съответния колега би се завърнал да разкрие практика в България, а може би и да сключи договор с НЗОК?

Проблемите на денталната медицина са функция на проблемите в държавата. Те се основават на база данни за заболяемост, демографско разпределение на пациенти и лекари, нужда от специалисти, нормативна база, бюджет на НЗОК, платежоспособност и здравна култура на нацията.

След възстановяването на автономията на професията възниква и необходимостта от съсловна организация, която да защитава както нейните интереси, така и тези на пациентите. Тя трябва да бъде силна, обединена, с единомислие по важните въпроси, касаещи лечители и лекувани, да пази достойнството и правата на колегията в обществото и пред законодателството. Приоритет на този съюз би трябвало да е запазването на далеч по-престижното звание „стоматолог“, а не сервилното приемане на „лекар по дентална медицина – дентист“ и събирането на задължителен членски внос.

Как стои въпросът за специализацията в България?

Голяма част от съществуващите в страната центрове за специализация и следдипломно обучение се закриха през последното десетилетие. По този начин от цялата верига акредитирани за обучение лечебни заведения, обезпечавачи страната със специалисти, останаха само факултетите в София, Пловдив и Варна, както и за някои специалности – Военна болница и Пирогов. Няколкото бройки отпуснати места в тях се оказват крайно недостатъчни, а и в повечето случаи – конкретно за определени личности. Това, разбира се, макар и очевидно, остава недоказуемо, защото е добре прикрито зад бюрократични паравани и тромави административни процедури. В институцията ФДМ /Фамилна Дентална Медицина/ има огромен конфликт, свързан с ненужния прием на студенти, все по-ниското ниво на кандидатстващите, все по-слабото обучение, неспособност за задържане на качествен преподавателски състав. Освен това на специализантите се полагат от 2 до 4 минимални работни заплати. Това също е причина никой да не иска да ги обучава, а коментара е „не стига, че ще ги учим, ами и ще им плащаме на специализантите“. Оказва се на практика, че в момента завършилите лекари по дентална медицина нямат възможност да специализират в официалните лечебни и учебни заведения, определени от държавата за тези цели.

Тук е моментът да се подчертае, че не е необходим голям прием на специалисти, защото какво е Специалистът – на първо място доктор със специалност, който трябва да диагностицира и лекува случаи, които не са в компетенцията на общопрактикуващия лекар.

Не е ясно докъде се простират компетентностите на общопрактикуващия зъболекар, защото стандарт по обща дентална медицина няма. Същевременно е известно, че съотношението на стоматолозите спрямо броя на населението е едно от най-високите в Европа. Липсата на достатъчна заетост на общопрактикуващите зъболекари, съчетана с обидно ниското заплащане, неравномерното разпределение и бедността на населението ги принуждава да изземват работата на специалистите. Ето, например, извадка от здравната карта на София:

- Лекари по дентална медицина – 3022
- Специалисти по ортодонтия – 76
- Специалисти по протетична дентална медицина – 48
- Специалисти по пародонтология и заболявания на оралната лигавица – 3
- Специалисти по оперативно зъболечение и ендодонтия – 89
- Специалисти по орална хирургия – 55
- Специалисти по детска дентална медицина – 152

В детската стоматология ситуацията е най-тежка, въпреки че специалистите са най-много. Оралното здраве на децата е трагично, а профилактика напълно липсва или е застъпена дотолкова, доколкото касае медийна показност с рекламно предназначение и псевдоблаготворителност сред таргетни групи, целяща привличане на заможни пациенти. За да се подобри достъпа на пациентите до специалист и да се улесни търсенето би било целесъобразно създаването на лесно достъпни официални портали – така наречени „Листа на специалисти“. Така избора на пациентите няма да е ограничен до тези, платили най-много на търсачките в интернет. Друг аспект на същия проблем е неравномерното разпределение както на специалистите, така и на общопрактикуващите лекари. Има пренасищане в големите градове и пълна липса в определени райони в страната. Поради малките си финансови възможности здравната каса не може да заплати по-скъпите специализирани услуги, а само да ги обезцени. Тук вече стои и въпросът как се управляват и малкото пари в касата, която сключва договор със всеки пожелал доктор, независимо от неговия стаж и при свръх предлагане на кадри. Но какво сочат цифрите – в България има 7513 ЛДМ. От тях 6746 имат договор с НЗОК /данни от м. Юни 2016г./. Бюджетът на НЗОК за стоматология е 123 млн.лв., което прави около 17 лв. на човек за цялата година. При все това се увеличава броят на услугите, които НЗОК обещава да изплаща. Бюджетът за здравеопазване е 3,5 млрд.лв., а за пример планувания бюджет за отбрана за 2017г. е над 4 млрд.лв. Лекарите по дентална медицина не са зависими от НЗОК и трите манипулации, на които се „базира“ цялата стоматология, но в провинцията те нямат избор, защото нямат друг източник на доход освен касата.

Друг важен въпрос, който трябва да бъде анализиран е качеството на полученото обучение, както и подготвя ли лекарите за решаването на реалните проблеми, възникнали казуси и съставянето на адекватни, отговарящи на съвременните възможности на медицината, лечебни планове. Приложими ли са тези знания, получени за времето от три години, необходимо за придобиване на дадена специалност, в амбулаторната дентална практика?

Нека насочим вниманието си, например, към специалността „Орална хирургия“. Най-общо плана за обучение се състои от: 18 месеца обучение в амбулаторна хирургия, 3 месеца обучение по гранични специалности и 9 месеца обучение в клинична база. В края на специализацията си ново завършилите „оралните хирурзи“ могат екстрахират ретинирани мъдrecи, да извършват цистектомии, ексцизират туморни образувания, да лекуват фрактури с остеосинтеза, да затворят ороантрална комуникация – въобще да обработват правилно и методично меки тъкани, кости и зъби, да разкриват дефекти чрез оформянето на ламба, съобразени с локалното кръвоснабдяване, да извършват хемостаза. Но въпреки усвояването на общохирургичните принципи, които са задължителни за тази специалност, би могло да се наблегне повече върху подготовката да поставят интраосален винтов имплантат, да извършат операция за синус лифт, аугментация на алвеоларен гребен, сплит остеотомия и редица други оперативни интервенции от които пациентите имат необходимост. Оказва се, че след една от най-тежките специализации, оралните хирурзи са подготвени още от момента на придобиването и да посрещнат една по-тежка патология, което не кореспондира на нуждите на амбулаторната хирургия в ежедневната практика.

Същевременно при едно сравнение между двете специалности – „амбулаторната“ орална хирургия и „клиничната“ лицево-челюстна хирургия ще се установи, че много хирургични интервенции и манипулации се покриват и от двете специалности. Това се определя от факта, че няма кой да поеме дежурствата в отделенията по Лицево-челюстна хирургия, поради което се налага медицинския стандарт за орална хирургия да се разшири, като включи оперативни намеси извън нейния домен. Съвсем нормално е да намаляват желаещите лекари да специализират ЛЧХ. Това е медицинска, а не стоматологична специалност в нормалните страни. У нас дентисти „доучват“ медицина и с двете си дипломи започват отново да специализират, за да станат Лицево-челюстни хирурзи с унищително ниско заплащане, принудени в отделенията по ЛЧХ, наред с тежките онкологични операции да екстрахират и ретинирани зъби, за да „закърпят“ месечния бюджет. Това не е нормално, също така, както и специалист по Орална хирургия да следи на дежурство лежащо болен с кървене от каротиса.

Всичко това се получава поради факта, че няма адекватни медицински стандарти, определящи точно кое е обекта на тази специалност. Резултатът е девалвиране на оралната хирургия – една от най-престижните специалности в западния свят. Това дава възможност на търговците да обучават лекарите по дентална медицина на „имплантология“, като им показват колко лесно е да се постави техния имплантат в пластмасовата челюст – протоколът е само с три фрези! Създадох се условия за възникване на „нова“ специалност – Орална Имплантология. Нищо чудно в скоро време да се наложи на оралните хирурзи в България да се запишат на курс по имплантология и пак да „специализират“...

По същият механизъм операциите, свързани с използване на костозаместители, колагенови мембрани и мекотъканни присадки станаха обект на пародонтологията.

Известно е навярно, че апикалната остеотомия все по-често се преименува като „ретроградна ендодонтия“. Смяната на името, обаче, не елиминира риска кистоподобната формация в периапикалната област да се окаже злокачествено образуване, което няма да бъде разпознато като такова от оператора-ендодонтист и последиците да са фатални за пациента...

...И, колеги, не е сериозно да се смята, че е възможно обучение в техниките и методите за екстракция на ретинирани мъдреци само за два дни – на курс. Обучението е три години, защото включва не само „ваденето“ на зъб в лесен, рутинен случай, а предвиждането на всички възможни усложнения от общ и локален характер, както и лечението на неизбежно възникващи такива.

Същевременно специалистите, чиято дейност се извършва навсякъде от общопрактикуващите стоматолози, се принуждават да си „изкарват хляба“ с пломби и протези, като се деквалифицират с годините практика до нивото на дентисти.

Няма нищо учудващо във всичко това, което се случва – просто се запълва една освободена ниша в тази сфера. Така функционират принципите на пазарната икономика – не само в областта на хирургията, но също така и в ортодонтията: основен курс в 5 нива по 2 дни струва само 12,000. Заплащането и присъствието на такъв курс не осигуряват необходимата компетентност и нужния опит, за да се провежда лечение на тежки зъбно-челюстни деформации. Затова в медицинския стандарт е позволено на общопрактикуващия зъболекар да лекува само леки ЗЧД – първи клас по Енгел, без екстракция на зъби. Постепенно следдипломното обучение се превръща в доходен частен бизнес, без да има никакъв контрол върху качеството и систематиката на този процес, а издадените сертификати са без юридическа стойност и практически могат да се използват единствено за фалшиво повишаване квалификацията на техния притежател в очите на незапознати с фактите пациенти – особено поставени на видно място в излишно скъпа рамка. Така самопровъзгласилите се специалисти с добър търговски нюх преуспяват, хвърляйки в заблуда обществото и колегите. Това обезмисля регистрирането на специализирани дентални практики, защото те ограничават работещите там да извършват само специализирани услуги, докато общата практика може всичко.

Улисани в борбата за власт и недосегаеми на своите вечни позиции, хората на които държавата е поверила отговорността да въдворят ред в този хаос, нехаят за случващото се. И защо да го правят, като могат да се организират скъпо платени частни курсове, семинари, симпозиуми, „уъркшопове“ и срещи.

Но в този момент това е единствената възможност да се докоснем до елитната стоматология на западния свят.

Вероятно следващата стъпка ще бъде акредитирането на частни клиники за следдипломно обучение на лекари по дентална медицина. Но кой ще контролира качеството на обучението там? И как може да се натрупа практичен опит в частен център, като пациентите там не биха желали специалист да ги лекува?

В тази „плодородна“ почва избухват професионалната некадърност и престъпната небрежност. Всеки може да прави всичко, независимо дали е способен на това, и то абсолютно безнаказано. Нима ако не сте хирург ви е забранено да оперирате, или ако нямате ортодонтска специалност някой ще ви санкционира, че провеждате лечение с брекети, или ако слагате импланти...

Но тогава кому е нужно да губи ценно време и средства, за да специализира? Ако нещо се обърка с лечението на пациента – просто ще му върнем парите и да се оправя сам!

А на Вас, новозавършили колеги – може би хоризонтът на западната стоматология би бил по-успешен...

in Association With Ralev Dental Inc

BULGARIA

 **BAIRD** Presents
The British Academy of Implant & Restorative Dentistry

01 Dr. Hassan Maghaireh

- Managing challenges in the aesthetic implant cases
- Managing surgical and prosthodontics complications in implant dentistry

02 Ioannis Georgakopoulos

- Innovative Regeneration Techniques in Implantology
- Turn Complicated Sinus Approach to Simple

03 Thamer Theeb

- Maximising Dental Aesthetics using Dental veneers. A comprehensive Approach

**10-11
Desember
2016**

Vitosha Hall Inter Expo Centre Sofia, Bulgaria

for more information, please contact us at:
ceo@ralev-dental.bg or admin@baird.uk.com or **visit the websites:**
<http://www.ralev-dental.bg> and www.baird.uk.com



РАЛЕВ ДЕНТАЛ АД
гр. Пловдив, ул. „Л. Каравелов“ 9Б

П О К А Н А

СЕМИНАР ПО ИМПЛАНТОЛОГИЯ – РАЛЕВ ДЕНТАЛ АД



Място на провеждане:

Интер Експо Център, гр. София

Дата: 10 и 11 декември 2016 г. (събота и неделя)

Време на провеждане на лекциите: 09.00 – 18.00

За записвания:

0899 129 697, 0888 646003

Такса за участие: 300 лв.

ЛЕКТОРИ:

д-р Хасан Мегайра – Великобритания

Хоноруван преподавател по имплантология в Манчестърския университет. Директор на научния комитет към Британската академия по имплантология и възстановителна дентална медицина

Предизвикателства при имплантирането в естетичната зона

- Основни принципи в диагностиката, планирането и лечението (хирургично и протетично) на обеззъбени участъци в естетичната зона;
- Биология на пародонталните и периимплантатните тъкани и значението ѝ за клиничните решения;
- Роля на практиката, основаваща се на доказателства. Представяне на данни от изследвания на Института Cochrane;
- Принципи на управление на твърдите и меките тъкани около имплантатите, както и справяне с постекстракционни и периимплантатни дефекти в тези тъкани;
- Съвременни протетични принципи във вземането на отпечатъци и изработката на временни корони при комплицирани естетични случаи;
- Принципи на имедиатното и отложеното имплантиране;
- Правила на успешното имедиатно натоварване както при единични естетични имплантати, така и при множество поставени имплантати.

Проф. д-р Йоаннис Георгакопулос - Гърция

Преподавател в университета „BPP“ – Лондон. Член на Световната академия за растежни фактори и стволови клетки в денталната медицина

- 1. Иновативни регенеративни техники в имплантологията**
- 2. От труден към лесен достъп до синуса**

Д-р Тамир Тийб – Йордания

Бивш преподавател в Йорданския университет. Главен секретар на Британската академия по имплантология и възстановителна дентална медицина

Максимизиране на денталната естетика със зъбни фасети

С поздрав към всички колеги в страната: екипът на „Ралев Дентал „ АД

2D/3D рентгенова диагностика с Hyperion X5

- Най-иновативната система за възпроизвеждане на 2D и 3D изображения.
- Перфектен фокус и дълбочина на изображенията с трислоен CMOS детектор с много висока резолюция (80µm при 3D).
- Работа по индивидуалните морфологични данни на пациента MRT.
- Автоматично дозиране на облъчването и минимално лъчево натоварване за пациента.
- Стенно окачване и компактен дизайн, удобен за поддържане на по-добра хигиена.
- Над 20 броя 2D и 3D програми с Multi-FOV (10x10cm).
- Функция MAR за редуциране на металните артефакти.



red dot design award
winner



MEDICAL DEPOT R&K Ltd.



София кв. Овча Купел 1, бул. Президент Линкълн 52,
тел. 02/80 52 500, факс 02/956 03 99
Пловдив ул. Росица 5А, тел./факс 032/64 31 01
Варна ул. Никола Кънев 32, тел./факс 052/65 50 35
www.mdrk.bg e-mail: office@medicaldepot-bg.com

3D

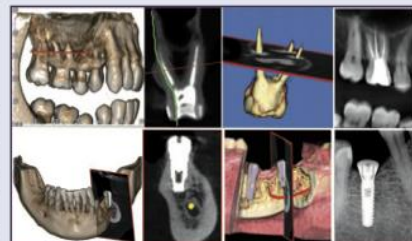
**Цяло съзъбие (за
възрастни) в 3D**
- FOV 10x10 cm.
- резолюция 80µm

**Локални 3D
анализи с ниски
дозы радиация,
близки до тези при
2D.**

- HD (endo) и
QuickScan бързо
сканиране

**Цяло съзъбие и
максиларни синуси
(за деца) в 3D при
ниска доза
радиация**

- Симулация на
импланти
- Мрежова връзка
- CD/DVD с 2D/3D
вюър
- 1:1 отпечатване с
принтер
- поддържа
DICOM3.0, TWAN и
VDDS
- STL интерфейс за
CAD



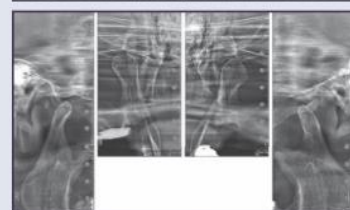
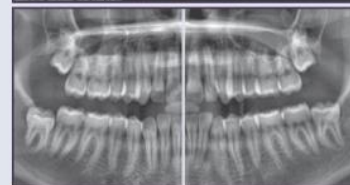
2D

**Панорама (за възрастни
или деца)**
- Бърза или стандартна
- Пълни или частични
анализи

Съзъбие
- Ортогонолно
увеличение
- Baitwing изображение на
короните

**TMJ -
тепоромандибуларни
стави**
- при отворена или
затворена уста
- сагитални и коронални

Максиларни синуси
- Фронтални
- Латерални



Клиничен случай, изработен с имплантатната система Ankylos

Успехът е: „Работа в екип” Съвременна надимплантатна реконструкция във фронталния сегмент на горна челюст

Renzo C. Casellini, MDT; Gary Brousell, DDS

История на пациента

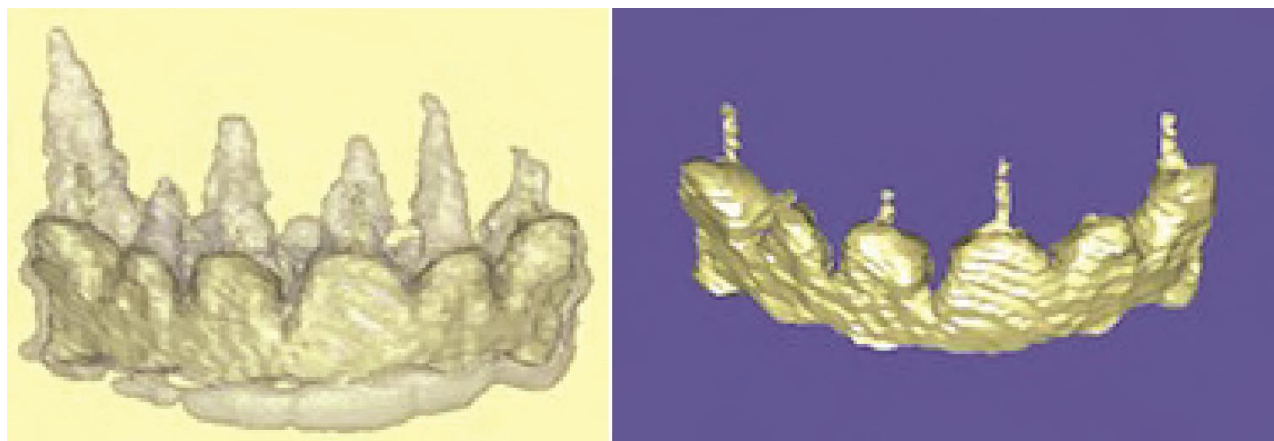
Основно оплакване: Пациентът постъпва за пръв път в клиниката през 2008 г. със следното оплакване: „Изработеният мост в горната челюст не се задържа в устата, поради което се нуждая от нова конструкция. Затова изисках второ мнение и консултация със специалист и д-р Joseph Buzzanco ме препрати към вашата клиника за оценка на клиничното ми състояние.”

История на настоящото заболяване: Пациентът е с екстензивно коронково и мостово протезиране в горна челюст, както и с 6 имплантата в съзъбието – на мястото на зъби 16, 26, 36, 35, 45 и 46, които са успешно остеоинтегрирани. Протетичните конструкции в горната челюст са на около 6 години и пациентът е доволен от тяхната естетика.

Въпреки това той е предупреден от личния си зъболекар, че са установени подпротезни кариозни лезии, поради което се налага мостът и короните да бъдат изработени отново. Зъбите от 13 до 23 са ендодонтско лекувани и впоследствие щифтово изградени. (фиг. 1 до 3).



фиг. 1 Предоперативната клинична картина в горен фронтален сегмент.



фиг. 2 3D на наличните горночелюстни фронтални зъби посредством I-Cat данни в Siplant.



фиг. 3 Състояние на щифтовите възстановявания.

Общомедицинска история: Пациентът е в добро общомедицинско здраве с изключение на налична контролирана умерена хипертония. Няма данни за история на диабет, сърдечни или други системни заболявания. Въз основа на това се прецени, че не съществуват контраиндикации за провеждане на хирургични интервенции, обща анестезия или обширни дентални процедури.

Интрорален статус: Цялостният пародонтален статус е в добро състояние. Налично е умерено възпаление около горночелюстната корона и моста, които трябва да бъдат преработени. Установени са места с локализирана минимална загуба на кост, свързана с увеличената подвижност на наличната корона и моста в резултат на вторични кариеси. Фигура 1 илюстрира предоперативната ситуация.

Отстраняването на короната и моста се осъществи безпроблемно. Установи се подпротезно наличие на вторичен кариес, фрактури, както и изключително малки щифтове, илюстрирани на фиг. 2 и 3. Зъби 24 и 25 са в добро състояние, без наличие на вторични кариозни лезии или пародонтално заболяване. На мястото на зъб 16 е поставен имплантат, който е с известна степен на подвижност. При по-задълбочен преглед се установи, че имплантатът е отлично интегриран, но наличната надстройка е леко развинтена. Не се установиха признаци на остра инфекция. Перкусията и палпацията на абатмънтите е негативна. Не се установи и наличие на пурулентен ексудат.

Оклузията е I клас по Енгъл, без наличие на кръстосана захапка или малоклузия.

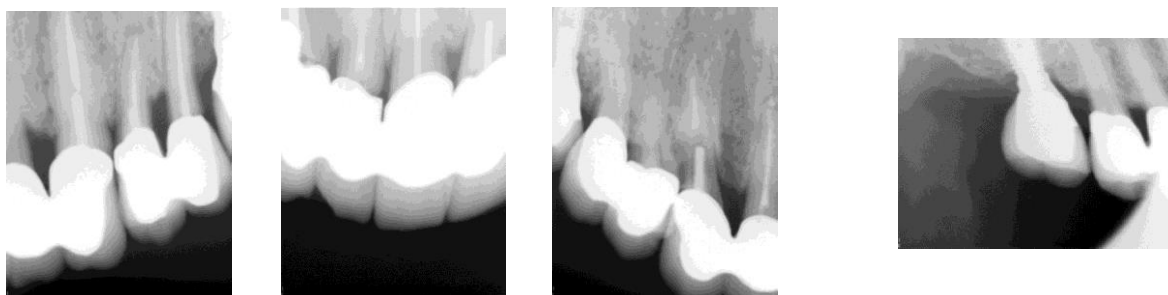
Обемът на движенията на долната челюст е пълен, без наличие на девиация или шумове в ставата. Палпацията на темпоромандибуларната става индикира спокойно движение на кондилите без наличие на болка. Пациентът е доволен от естетическия вид на своите зъби и усмивка. Не съобщава за функционални смущения, освен подвижност на горен десен молар и целия горночелюстен фронтален сегмент.

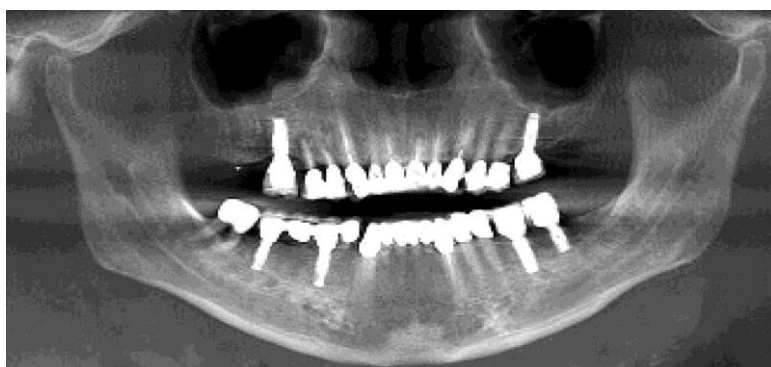
Диагностичен материал: Общопрактикуващият зъболекар е снел отпечатьци и са подготвени ситуационни модели преди изпращане за консултация със специалист.

Направени са периапикални рентгенографии, илюстрирани на фиг. 4. Коничната компютърна томография е важен диагностичен способ, чрез който е възможно извършването на задълбочен анализ и определяне прогнозата на наличните зъби.

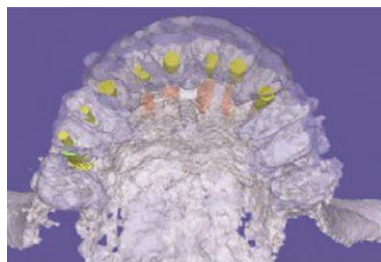
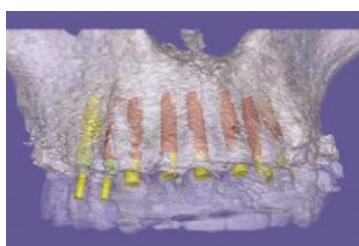
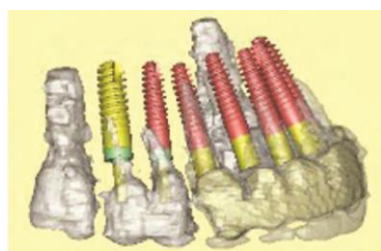
Имахме възможността да проведем I-Cat изследване в деня на първичната консултация. След това записахме още един час за консултация – това ни осигури време за внимателен анализ на наличното състояние, изготвяне на прогноза и потенциален план на лечение. Коничната компютърна томография анализирахме с помощта на I-CatVision софтуер и Simplant Professional. Фигура 5 представя двуизмерен панорамен изглед на съзъбието на пациента. Този образ е полезен за първоначален анализ на ситуацията. След това извършихме подробен анализ на зъби от 15 до 25. По този начин съставихме акуратна прогноза на наличните корона и мост. Сагитални срезове образи на максиларния фронтален сегмент са изобразени на фиг. 6. На един от тези срезове установихме наличие на неправилно отношение коронка – корен, кариес, периапикална патология, коренова малпозиция и коренови фрактури. Всичко това ни даде основание да направим заключение, че е невъзможно да се запазят наличната корона и мост. Освен това отчетохме, че прогнозата на естествените зъби не би била дългосрочна. След което импортирахме информацията от компютърната томография в Simplant Professional. Виртуалният софтуер ни предостави разнообразие от възможности за лечение, които могат да бъдат изпълнени при съвместна работа със зъболекар и зъботехник.

Тази колаборация позволява на всеки член от екипа да изкаже своето мнение по конкретния клиничен случай и да допринесе за окончателния резултат от лечението (фиг. 4 до 7).

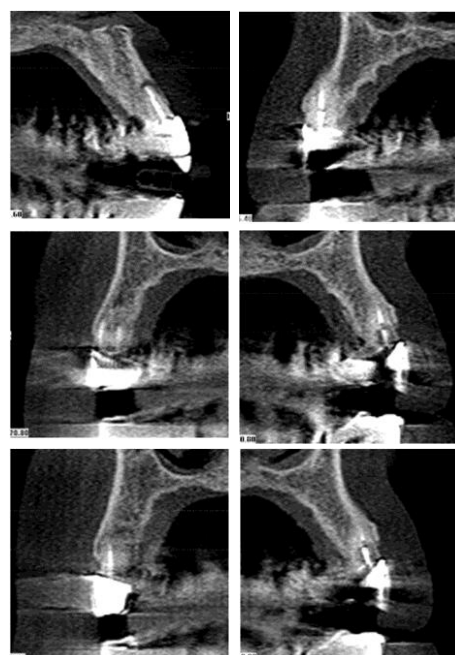




фиг. 5



фиг. 7 а, б, в Някои от снимките на пациента, предоставени на колаборативната консултация.



фиг. 6 а, б, в, г, д, е, ф

Въз основа на по-горе описаното предприехме екстракция на зъби от 15 до 23, тъй като нито един от тези зъби нямаше дългосрочна добра прогноза.

Възможни лечебни подходи: Обсъдиха се следните лечебни алтернативи:

1. Снемаема частична протеза, с която да се възстановяват зъбите от 15 до 23.
2. Имплантатно поддържан мост от зъб 15 до 23. Поставяне на четири имплантата.
3. Заместване на всеки зъб с отделен имплантат.
4. Заместване на всеки зъб с отделни имплантати от зъб 15 до 23, шинирани помежду си.
5. Изработване на имплантатно поддържана снемателна частична протеза върху четири имплантата.

Представяне на лечебния план пред пациента: Организирахме среща между пациента, зъболекаря, който ще извърши възстановяването, хирурга и зъботехника. Представихме различни планове на лечение посредством снимков материал от Simplant Professional и други диагностични материали. Едно от предимствата на съвместната консултация с целия имплантологичен екип е, че е възможно пациентът на момента да получи отговор на всеки въпрос, който възникне по отношение на възстановяването и хирургичната процедура. Това е особено ефективен начин на комуникация. Така пациентът получава информация за всички възможни варианти на лечение. Откритата дискусия относно последствията от лечението, респективно нелечението, са важни елементи от нашия подход.

След като се изясниха предимствата, недостатъците и ограниченията на всеки един от алтернативните планове на лечение, пациентът избра плана на лечение, представен на фиг. 7.

Подготовка на клиничния случай: Въз основа на Simplant изследването, дискусииите със Swiss Quality Dental Implant Studio и консултациите с денталния лекар, който ще извърши възстановяването съставихме следния план на лечение:

- а. Екстракция на зъби от 15 до 23;
- б. Поставяне на 8 имплантата An-kylos, без препариране на мукопериостално ламбо;
- в. Поставяне на надстройки на всеки един от осемте имплантата. Стандартните абатмънти на Ankylos са предпочитани в случая;

d. Иmediатно снемане на отпечатък на нивото на абатмънтите с помощта на Ankylos Standard Abutment отпечатъчни кепета;

e. Иmediатна временна конструкция с фиксирана частична протеза, изработена върху ситуационните модели на наличното съзъбие.

Временно фиксираната частична протеза бе изработена в лабораторията заедно с ключ, чрез който акуратно да се позиционира върху стандартните абатмънти Ankylos.

Хирургичното поставяне на осемте имплантата извършихме с помощта на водач, макар че не беше планирана компютърно асистирана хирургична интервенция. Важен елемент представлява водачът за позициониране на надстройките. Той е илюстриран на фиг. 8 и представлява обикновено вакуумно изтеглена лъжица с дупки, през които може да се наблюдава и потвърди, че абатмънтите няма да нарушават префабрикуваната временна конструкция. Успоредността между абатмънтите постигнахме посредством Ankylos връзка за конични абатмънти, която позволява ротация от 360°. Стандартната система абатмънти Ankylos осигурява лесно постигане на успоредност при комбинация от прави и 15 градусово ангулирани имплантати. Въпреки че абатмънтите са избрани посредством компютърното планиране, е необходимо да се постави пластичен прозрачен водач, чрез който да се потвърдят и визуализират правилните позиции на имплантатите. Фигура 9 илюстрира абатмънтите през отворите на водача. Фигура 10 демонстрира как ще изглеждат те след окончателното нивелиране и придаване на финален торк.



Фиг. 8,9,10 (ляво), 11, 12,13 (среда), 14 a,b,c,d (дясно)

Отпечатък на нивото на абатмънтите (Abutment-Level Impression): След поставяне на имплантатите монтирахме абатмънтите, придадохме им окончателен торк и снемме отпечатък. Целта на снемането на този отпечатък е в лабораторията да се изработи дългосрочна временна конструкция, която да се постави в устата на пациента при първата следоперативна визита.

Пристъпихме към този вид допълнителна временна конструкция, тъй като преценихме, че няма да може да я ажустираме и полираме толкова добре клинично, колкото би могла да бъде изработена лабораторно. Фигура 11 демонстрира поставянето на отпечатъчните кепета върху стандартните абатмънти Ankylos. След това снемме отпечатък с тестообразен силикон. Следващата стъпка е поставянето на предварително изработената първа временна конструкция. Пациентът си тръгна в добър естетичен и функционален вид. Фигура 12 изобразява състоянието на пациента след хирургичната интервенция и поставянето на първата временна конструкция. Оклузията е внимателно артикулирана така, че да елиминира възможността от възникване на травма на имплантатите. Пациентът е изпратен у дома с правилна оклузия.

Една седмица след оперативната интервенция окончателната временна конструкция е готова (фиг. 13). Оклузията и полирането са в пъти по-добри от клинично изработената първоначална временна конструкция. Освен това има идеална маргинална адаптация, възможност за почистване, както и прекрасна естетика. Забелязват се отворените амбразури, които позволяват на гингивалните тъкани да се оформят около тях и да се получи по-естествен външен вид. Без отваряне на амбразурите няма как да очакваме оформени меки тъкани, които да завършат естетичния изглед на окончателните конструкции. Отношението към детайла е ключово за финалния резултат от лечението.

Следоперативна фаза на лечението: Снема се постоперативна конична компютърна томография, която се импортира в Simplant Professional. Фигура 14 демонстрира актуалната позиция на имплантатите и абатмънтите, както и позицията на имплантатите в алвеоларната кост. Абатмънтите са поставени по време на оперативната интервенция. Впечатление прави розовият цвят на меките тъкани и адекватното взаимоотношение между абатмънтите и гингивата. Тъканите между повечето от абатмънтите са идеално скалопирани и няма признаци за наличие на инфекция. Пациентът е готов за поставяне на окончателните корони.

По план този случай е завършен през 2009 г. с циркониеви корони.

Интерфейсът на коничните абатмънти Ankylos осигурява отсъствие на микродвижения и бактериален процеп. Поради тази причина е редно короните да се поставят отделно на всеки абатмънт, а не в обща шинирана конструкция.

Концепцията, че шинираните конструкции осигуряват по-надеждно възстановяване, е приложима при абатмънти, различни от коничните. Тя е базирана на механичната необходимост за предотвратяване на микродвижения, водещи до развинтване и фрактуриране на имплантатите.

Микродвиженията имат негативно биологично влияние върху периимплантатните меки тъкани и кост и са добре документирани в литературата. Те водят до загуба на тъкани и продължително изпомпване на контаминирани флуиди между абатмънт и имплантатен интерфейс. Добре изработената конична връзка елиминира бактериалната инвазия между надстройка и имплантат. Тези принципи на субкрестално имплантатно позициониране посредством самостоятелното имплантатно зъбопротезиране без наличие на механични и биологични негативни ефекти.

Пет месеца след хирургичната интервенция:



фиг. 15 Стандартни абатмънти



Завършване на клиничния случай

Дългосрочните временни конструкции изработихме след хирургичната интервенция на същия модел, на който се изработват и окончателните конструкции. По този начин се осигурява комфорт на пациента, спестява се клинично време, а и техниката на работа е по-прецизна.

Абатмънтите поставихме по време на хирургичната интервенция само с 15 нсм торк, след което снемме отпечатък, и когато се изработят окончателните конструкции, те могат да бъдат поставени лесно.

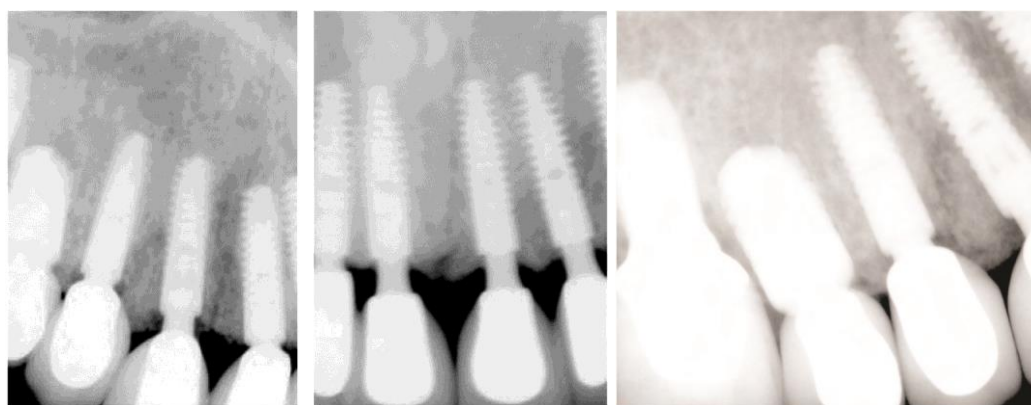
Ключът към осигуряването на комфорта на пациента е в прецизната лабораторна работа. Всяка една от индивидуалните корони е позиционирана перфектно с помощта на ключ за позициониране. Няма необходимост от внасяне на допълнителни корекции на междузъбните контакти и оклузия. Настоящите снимки са направени непосредствено след отстраняване на временните конструкции и поставяне на окончателните възстановявания (вж. фиг. 10 и позиционираните стандартни абатмънти Ankylos). Забележете как надстройките не оформят по никакъв начин мекотъканния контур. Тази функция се изпълнява изцяло от временната конструкция, която оформя меките тъкани. Благодарение на нея финалните корони разполагат със здрав гингивален сулкус около всеки един абатмънт. Всяка от короните циментирахме с безвгенолов цимент ImpaTemp Ct (Swiss Quality), специално изработен за имплантатни възстановявания.

Две години следоперативно

Пациентът не съобщава за никакви проблеми с короните или имплантатите. Костното ниво около всеки един от имплантатите Ankylos е над раменете на имплантатните тела. Не се наблюдават признаци на възпаление, костна загуба или прогресивно негативно ремоделиране. Клиничното състояние на меките тъкани е почти същото, както в деня на фиксиране на конструкциите. Този тип биомеханична стабилност може да бъде постигната само чрез внимателно планиране и координация между хирург, зъботехник и зъболекар, извършващ възстановяването. Всеки един от имплантатите е надстроен с индивидуална корона.

Този тип лечебен план става все по-популярен, когато се появяват пациенти с необходимост от заместване на предходни мостови конструкции.

Не трябва да забравяме, че опцията за изработване на мост се възприема по-зле от пациентите от възможността зъбите им да бъдат възстановени самостоятелно.

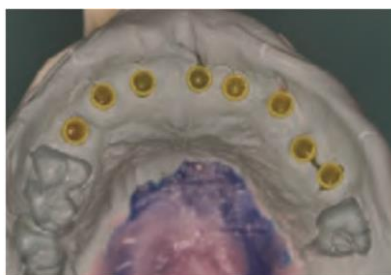


Технически перспективи

Този случай демонстрира колко е важна екипната работа за крайния успех на възстановяванията и цели да внуши как трябва да мислим за това, което искаме



Снемане на отпечатък след поставяне на имплантатите. Поставяне на имплантатни аналози.



Отпечатъците с жълтите кепета на имплантатните аналози.



Вакуумна изработка на първия дирек-тен пластмасов временен мост върху абатмънтите Ankylos.



Майсторски модел и втори временен мост, изработен в лабораторията.



Пластични кепета за пасване на абатмънтите Ankylos.

За оформяне на меките тъкани се създава адекватен индивидуален преходен профил.



След пет месеца временните конструкции са готови за отстраняване. Поставят се финалните циркониеви корони. Те са изработени с ZirKonZahn. Всяка корона е индивидуализирана посредством Vita керамика "VM9". Короните са изработени от циркониев диоксид. Той разполага с отлични биологични характеристики и е предпочитан материал за този тип възстановявания.



а) Индивидуално изработен водач за позициониране на короните.



б) Подготвени тъкани и надстройки за поставяне и циментиране на циркониевите корони.

в) Водачът по време на циментиране на короните.



д) Завършеният клиничен случай след циментиране.



Статията е предоставена за публикуване от teamworkmedia Италия, партър на Инфодент, България.



„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 шофиания 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

Естетична и регенеративна пародонтология 24 и 25 март 2017 г. — мастер клас с д-р Майер —

3 практически упражнения

✓ Пародонтални лезии

✓ Дефекти на алвеоларен гребен

✓ Меки тъкани около импланти

15 участника и подарък за всеки



Д-р Майер - сертифициран имплантолог и парадонтолог от Министерството на Здравеопазването на Израел и Европейската пародонтологична федерация.

Специализира в областта на пародонтологията и имплантологията. Старши специалист в Израелски държавен медицински комплекс „Рамбам“.

Провежда клинични изследвания, част от които са заслужили световни награди. Води активно лекции и мастер-курсове, както в международни, така и в национални мероприятия. Официален рецензент в няколко водещи международни издания по пародонтология и имплантология.

Д-р Майер е сред основателите на „Периоцентър“ - една от водещите клиники с насоченост изключително към пародонтологично лечение; член на алианса „Leading implant centers“.

За повече информация: www.labtechnology-bg.com, тел.: 0888 810 339

Изследване със сканиращ електронен микроскоп (СЕМ) и количествен/качествен анализ на 65 имплантни системи – междинен доклад

Д-Р ДЪРК ДУДЕК^{1,2} И Д-Р ЙОРГ НЕУГЕБАУЕР Д.Н.^{1,3}

¹ Интердисциплинарна поликлиника за орална хирургия и имплантология и Катедра за лицево-челюстна пластична хирургия, Университет на Кьолн, Германия. Директор: проф. Йоаким Е. Цьолер

² dedeMED – Изследователски институт за медицински материали, Клингсдорщрасе 116, 12203 Берлин, Германия. www.dedemed-research.de

³ Групова практика по дентална медицина, д-ри Байер, Кистлер, Елбертцхаген и колеги Вон Кюлман, Щрасе 1, 86899 Ландсбърг на Лех, Германия

За трети пореден път Комисията по качество и изследвания към BDIZ EDI (Европейска асоциация на имплантолозите) изследва стерилни импланти със СЕМ за повече от 5 500 члена на асоциацията. В сътрудничество с университетската болница на Кьолн се проведеха обширни качествени и количествени анализи на всеки от изследваните импланти. През 2008/2009 г. се анализираха повърхностите на 23 импланта [1], като до 2011/2012 г. [2] броят на изследваните продукти вече е 54, дело на производители от девет държави. В това изследване при отделни импланти се наблюдават остатъчни характеристики от производствения и/или опаковъчния процес, както и особености във външната резба или остатъчен пълнеж във вътрешността на имплантите. Текущият брой анализирани обекти в настоящото изследване, което се провежда през 2014/2015 г. и ще приключи през март 2015 г., вече надхвърля 60 импланта.

В настоящия доклад са представени междинните резултати. Ако вярваме на някои производители, настоящото изследване е абсолютно ненужно и BDIZ EDI може да си спести усилията. Все пак, по техните думи, всички подложени на изследване импланти имат CE маркировка и следователно производителят има внедрена система за управление на качеството в процесите на разработване, производство и реализация съгласно ЕС декларацията за съответствие. Само ако разполагат с удостоверение за функционираща система за управление на качеството, производителите могат да поставят CE маркировка върху продуктите си и да ги реализират на европейския пазар. През 2012 г. обаче при разразилия се скандал с некачествените гръдни импланти от индустриален силикон стана ясно, че не е задължително качеството на медицинските изделия да е свързано с издаването на разрешение за CE маркировка от нотифицираните органи на ЕС. Изследователски екип, работещ за Британския журнал по медицина, кандидатства за така желаната CE маркировка за въображаема китайска тазобедрена ендопротеза, която според (също така въображаемата) документация отделя токсични метални йони и е с висок процент на загуба, като разрешение за поставяне на CE маркировка е издадено от пет от пет нотифицирани органи [3].

За щастие денталните импланти не са ставали обект на скандали и могат да се похвалят със завидните 5 години издръжливост, дори при наличие на органични примеси. Въпреки това от време на време се наблюдават загуби на импланти, за което няма клинично обяснение. Как обаче може да се сравни качеството им на производство? Има ли изобщо разлики в производството?

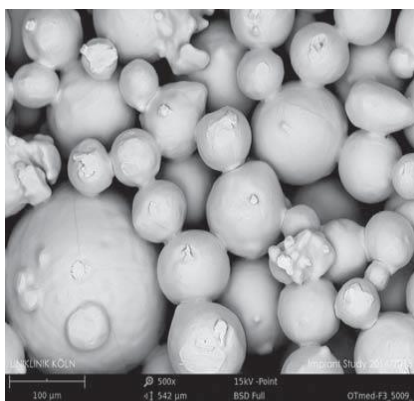
Предпоставки и цели

Сред потенциалните обекти на анализа са сложната вътрешна геометрия на имплантите (която е от съществено значение за дългосрочния успех на лечението и която ще бъде следващият обект на изследване на Комисията по качество и изследвания) и повърхността на имплантите, където трябва да настъпи костна и мекотъканна апозиция и, следователно, където имплантът ще осъществи пряк и постоянен контакт с тъканта. Повърхността на импланта определя началната фаза на биологична реакция към поставения елемент и начина, по който той ще се интегрира в околната тъкан [4]. С помощта на сравнително простите инструменти на сканиращата електронна микроскопия (СЕМ) и количествения и качествения анализ на състава може да се изследва техническата прецизност и евентуалното наличие на примеси в най-горния слой на повърхността.

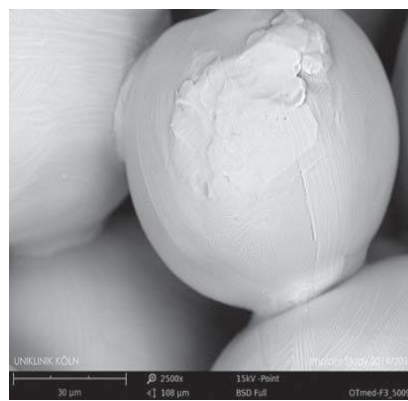
Свойствата на повърхността на имплантите зависят от редица различни фактори. Реалният производствен процес трябва да се разграничи от компютърно програмираните заготовки със специфична за конкретния продукт обработка на повърхността и начина, по който се третират имплантите със стерилна опаковка. Самата опаковка също може да бъде причинител на органично замърсяване на повърхността на продукта. Непрестанно подобряващите се импланти от цирконий също се подлагат на сложна обработка, преди да бъдат опаковани и стерилизирани.

По света се използват повече от 300 различни имплантни системи. Броят им расте заради нарастващия брой технически и биологични усложнения, с които трябва да се справят специалистите. Увеличаващият се „имплантен туризъм“ (пациенти посещават други страни заради уж по-евтиното лечение с импланти) принуждава все повече лекари да обърнат внимание на усложненията, които могат да последват.

Това е сложен вид лечение особено заради факта, че използваните имплантни системи не могат да бъдат надлежно проверени и сертифицирани [5].



Фигура 1: Имплант OT-F³, металокерамика, OT medical (x500)

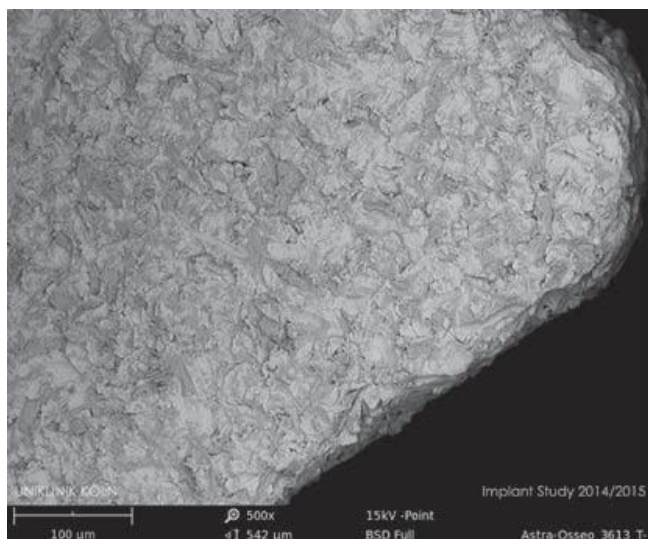


Фигура 2: Имплант OT-F³, металокерамика, OT medical (x2500)

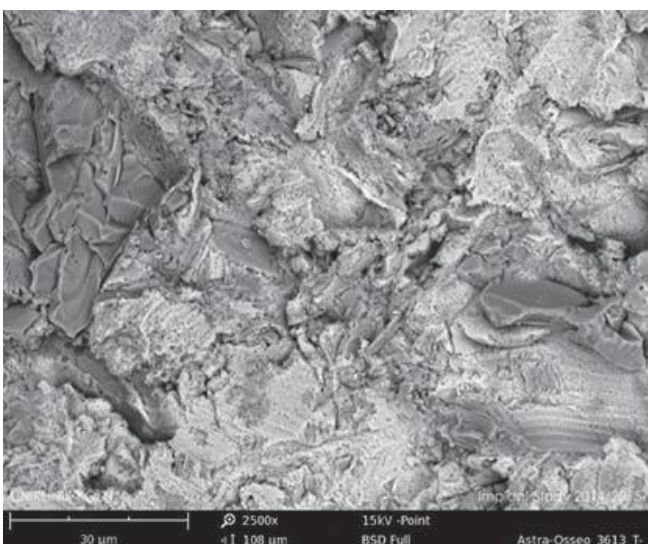
Имплантите се различават основно по отношение на макродизайна си, напр. различна стъпка на резбата, степен на промяна в дизайна на резбата в зависимост от показанията [6], както и различна обработка на повърхността, която определя микроструктурата им.

Най-задълбочени дългосрочни изследвания може би са правени на импланти с машинно постигната почти гладка повърхност без допълнителна обработка, т.е. типът импланти, използвани след 60-те години на миналия век [7]. Те често се споменават в научни изследвания на материалите, за да се документират ефектите от допълнителната обработка на повърхността. Машинно изработеният дентален имплант Surf-Link (продукт на Nano Bridging Molecules), който е структурно идентичен с МК III (продукт на Nobel Biocare), е с гладка повърхност (виж информационното каре за SurfLink на стр. 62).

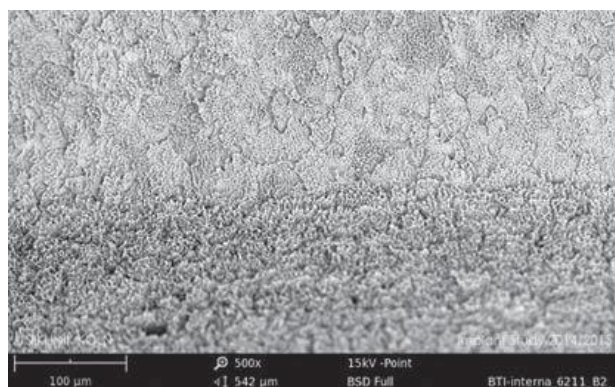
Микроструктурата на имплантите оказва съществено влияние върху пролиферацията и диференциацията на остеобластите. Много изследователски екипи и производители на импланти са разработили техники за създаване такава структура на повърхността, която да поражда по-бърза и оптимизирана остеоинтеграция и да повишава процента на успеваемост и/или ранното поставяне на надстройка във внедрените импланти [8-12]. Повърхността може да се обработва чрез процеси на добавяне или отнемане. Добавъчните процеси, напр. поставяне на покритие от титанова плазма, вече не са много разпространени.



Фигура 3: Имплант Astra, струйно обработен с титанов оксид, Dentsply Implants (x500)



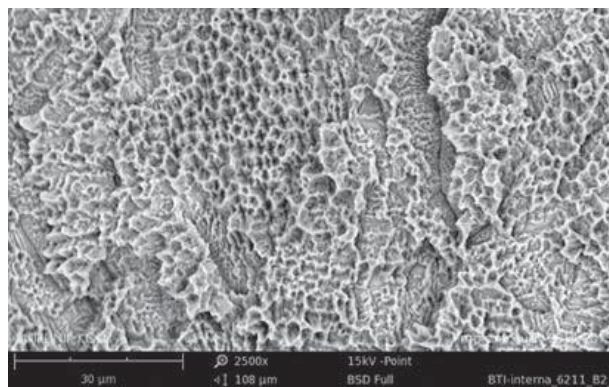
Фигура 4: Имплант Astra, струйно обработен с титанов оксид, Dentsply Implants (x2 500)



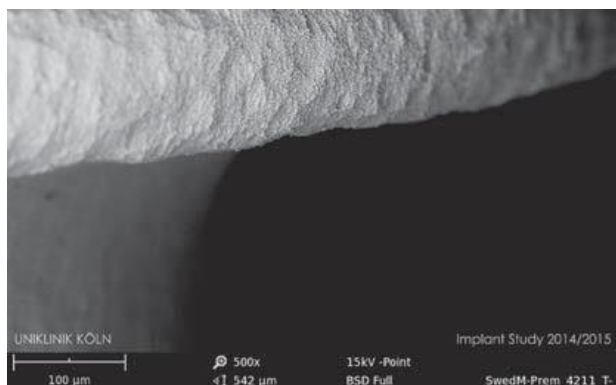
Фигура 5: Имплант Interna, ецван, BTI (x500)

Металокерамичните повърхности (фиг. 1 и 2) като на импланта

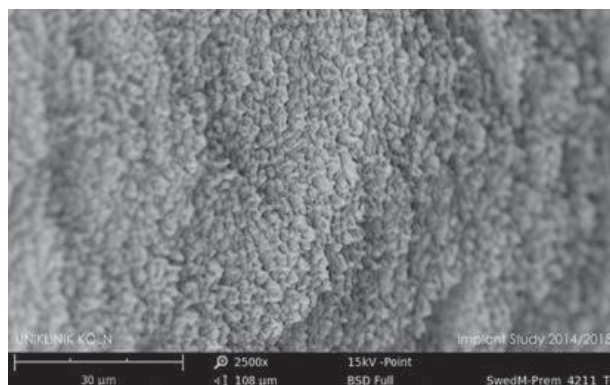
OT-F3 (продукт на OT medical), върху които се прилагат сферични частици, имат предимството, че осигуряват сравнително голяма площ на повърхността. Поради естеството на конструкцията им те нямат резба. При процедурите на отнемане имплантите понякога просто се обработват струйно с хидроксилапатит (Zimmer) или титанов оксид (Astra, Dentsply Implants) (фиг. 3 и 4). Друга опция е да се извърши ецване, напр. имплантът на Interna (продукт на BTI) (фиг. 5 и 6). При подложените на струйна обработка и ецване импланти се използват различни абразивни агенти, в резултат на което се получават микрогранули с големина от 2 до 10 нм. Извършваното впоследствие киселинно ецване не само премахва остатъчните елементи от имплантите, а и създава грапавина на повърхността, по-малка от 2 нм. Абразивните агенти, включват титан, с какъвто е обработена повърхността на импланта ZirTi на компанията Sweden Martina (фиг. 7 и 8), и алуминиев оксид (Al_2O_3), с какъвто е обработена повърхността на RSX на компанията Bergo. По типичната структура, ясно видима и в този случай, не се наблюдават остатъци от материала за струйна обработка (фиг. 9 и 10). Имплантът T3 на Biomet 3i първо е струйно обработен с калциев фосфат, след което е подложен на двойно ецване и накрая е положено покритие от наночастици на калциев фосфат (фиг. 11 и 12).



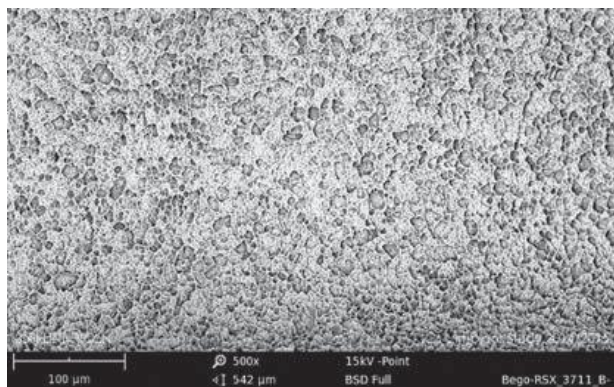
Фигура 6: Имплант Interna, ецван, BTI (x2 500)



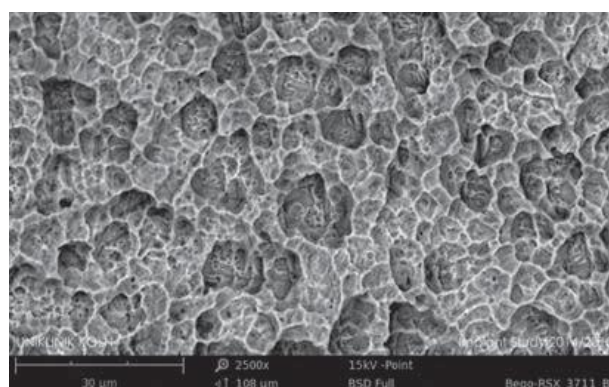
Фигура 7: Имплант Premium, струйно обработен с цирконий и ецван, Sweden & Martina (x500)



Фигура 8: Имплант Premium, струйно обработен с цирконий и ецван, Sweden & Martina (x2 500)

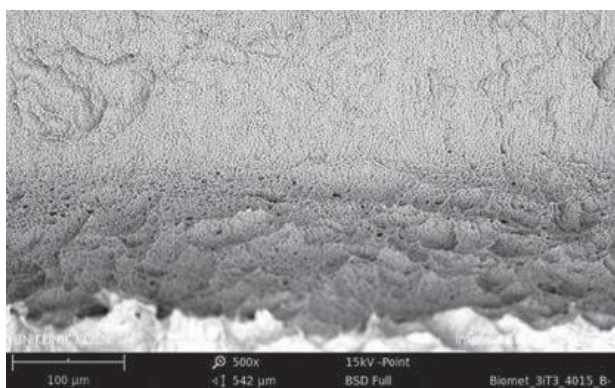


Фигура 9: Имплант RSX, струйно обработен с алуминиев оксид и ецван, Bego (x500)

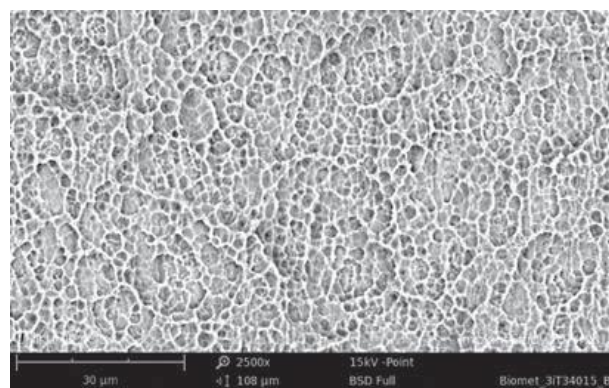


Фигура 10: Имплант RSX, струйно обработен с алуминиев оксид и ецван, Bego (x2 500)

Компанията Implant Direct е предприела сходен подход с повърхността SBAActive. Повърхността се обработва струйно с хидроксиапатит, ецва се и след това се покрива със силно кристализиран хидроксиапатит. Това покритие с приблизителна плътност от 10 нм се вижда лесно в страничното изображение на ръба на резбата (фиг. 13 и 14). Покритията от резорбируем калциев фосфат, използвани в повърхността Bonitex на импланта Alphatech (продукт на Henry Schein), в CP версията на импланта Integra (продукт на Bicon), в швейцарската имплантна система (SGS Dental) и в имплантите FairOne и FairTwo (продукти на Fair Implant) (фиг. 15 и 16), имат за цел да повишат остеопроводимостта на имплантите [13].



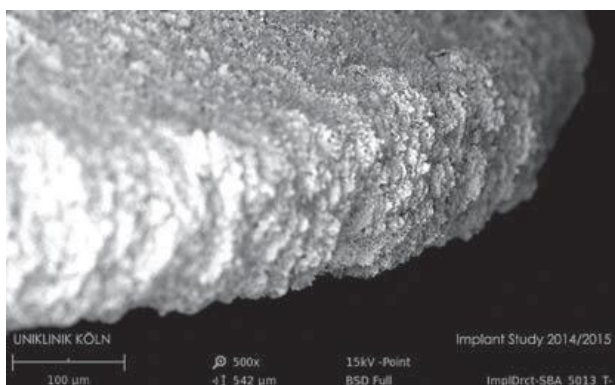
Фигура 11: Имплант T3 наночастици от калциев фосфат, струйно обработен с калциев фосфат и ецван, Biomet 3i (x500)



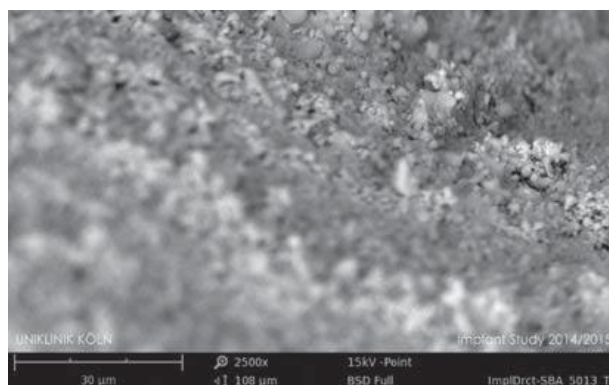
Фигура 12: Имплант T3 наночастици от калциев фосфат, струйно обработен с калциев фосфат и ецван, Biomet 3i (x2 500)

По повърхности с анодна оксидация като TiUnite на Nobel Biocare и BioSpark на импланта Keystone Genesis (фиг. 17 и 18) се наблюдават типичните микропори. Допълнителният анодиран слой дава на полирания ръб на импланта Genesis характерния розов оттенък.

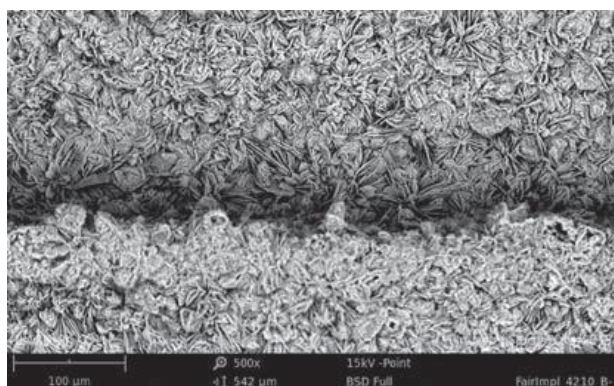
Roxolid (на Straumann) е сплав от титан и цирконий с благоприятни биомеханични свойства, особено при импланти с по-малък диаметър (фиг. 19 и 20).



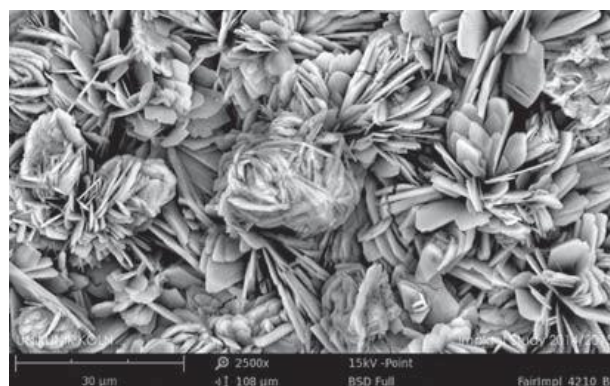
Фигура 13: Повърхност с покритие от хидроксиапатит (HA), струйно обработена с HA и ецвана, имплант Direct (x500)



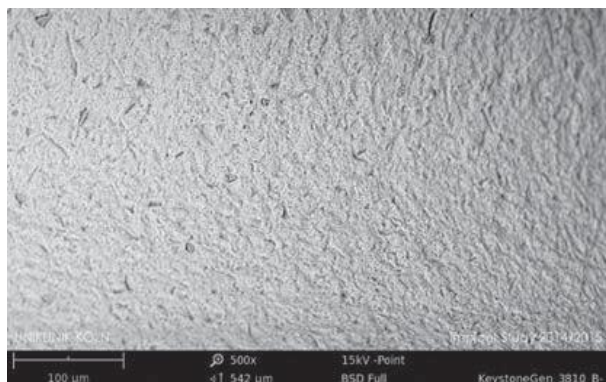
Фигура 14: Повърхност с покритие от хидроксиапатит (HA), струйно обработена с HA и ецвана, имплант Direct (x2 500)



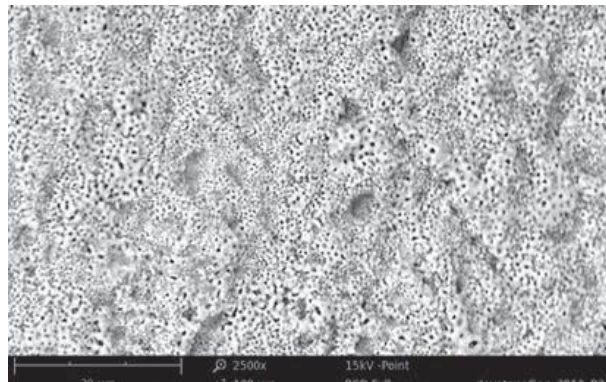
Фигура 15: Повърхност с покритие от калциев фосфат (Bonitex) на импланта FairTwo, Fair Implant (x500)



Фигура 16: Повърхност с покритие от калциев фосфат (Bonitex) на импланта FairTwo, Fair Implant (x2 500)



Фигура 17: Имплант Genesis, анодна оксидация (BioSpark), Keystone (x500)

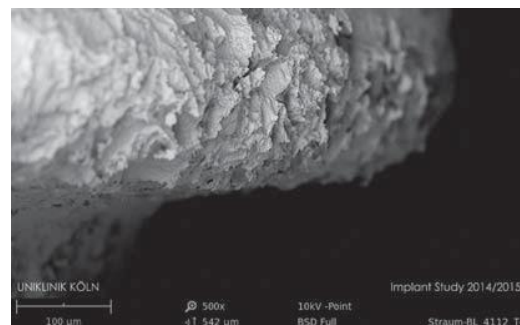


Фигура 18: Имплант Genesis, анодна оксидация (BioSpark), Keystone (x2 500)

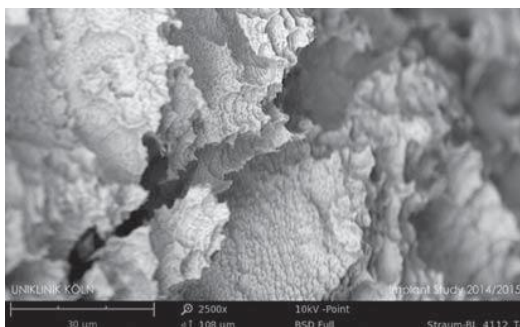
Във втората част на настоящия доклад ще се разгледат подробно други материали за изработка на импланти, напр. различни изделия от цирконий, които през последните години се подобриха значително, особено що се отнася до издръжливост на повърхността, изделия от тантал и титан, както и полиетер етер кетон (PEEK) – материалът, от който са изработени първите дентални импланти.

Таблица 1: Списък с производителите на импланти, включени в изследването (междинен към януари 2015 г.)

Производител	Държава
3M Espe	Германия
Alpha Dent	Великобритания
Alphatech (Henry Schein)	Германия
Argon Dental	Германия
Bego	Германия
Bicon	САЩ
Bio 3	Германия
Biomet 3i	САЩ
Biotec BTK	Италия
Bredent	Германия
BTI	Испания
C-Tech	Италия
Camlog	Германия/Швейцария
Champions	Германия
Dentaurum	Германия
Dentsply Implants Astra/Xive/Ankylos	Германия/Швеция
Fair Implant	Германия
Implant Direct	САЩ
Keystone	САЩ
Medentis	Германия
Medical Instinct	Германия
MIS	Израел
Nano Bridging Molecules	Швейцария
Natural Dental Implants	Германия
Neoss	Великобритания
NucleOSS	Турция
Osstern	Южна Корея
OT medical	Германия
Schütz	Германия
SIC	Швейцария
SGS	Унгария
Southern	Южна Африка
Straumann	Швейцария
Sweden Martina	Италия
Trinon	Германия
TRI	Швейцария
Z-Systems	Швейцария



Фигура 19: Имплант Bone Level, изработен от Roxolid с повърхност, подложена на пясъкоструйна и киселинна обработка тип SLA, Straumann (x500)



Фигура 20: Имплант Bone Level, изработен от Roxolid с повърхност, подложена на пясъкоструйна и киселинна обработка тип SLA, Straumann (x2 500)

Материали и методи

Дотук в изследването посредством сканираща електронна микроскопия се анализираха 65 различни имплантни системи на 37 производители от десет държави (таблица 1). Използваният CEM инструмент (proX; Phenom, Нидерландия) (фиг. 21) способства за точното представяне на повърхностната топография и разполага със силно чувствителен детектор за обратно разсеяни електрони (BSE). Така се добиват първи впечатления за структурата на материалите, които вече са изследвани във фазата на изображенията (контрастно изображение на материалите), тъй като елементите с малки атомни номера (и по-малко електрони) като въглерод



Фиг. 21: Сканиращ електронен микроскоп Phenom proX.

и алуминий се изобразяват в тъмни тонове, докато елементите с големи атомни номера като титан и цирконий се изобразяват в сравнително ярки тонове.

За целите на изследването имплантите се извадиха от опаковките с помощта на стерилен форцепс и се поставиха на специална стойка (фиг. 22), преди да бъдат вкарани във вакуумната камера.

Освен детайлните изображения, инструментът извършва и качествен и количествен анализ на елементите на различните импланти посредством.



Фигура 22: Устройство за поставяне на мостри за наблюдение със СЕМ с поставен имплант

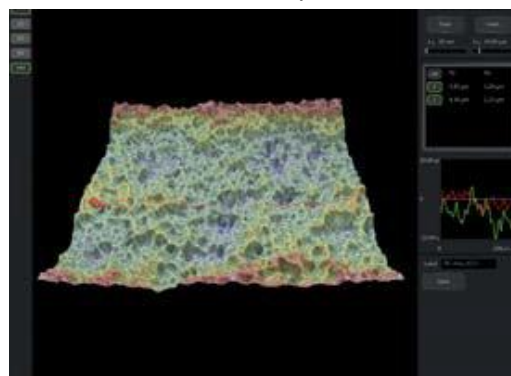
енергийно дисперсионен рентгенов спектроскопски анализ (EDX). При него лъчът от електрони кара основните отделени електрони и атомите от повърхността на мострите да си взаимодействат и да освободят електрони от вътрешната обвивка като „вторични електрони“. Получилите се празнини незабавно се запълват с електрони от по-висока орбитала. Получената разлика в енергията се излъчва като рентгенов квант и се засича от подложения на термоелектрическо охлаждане детектор, който отчита както елементите в състава му, така и нивото на концентрациите им. На всеки имплант е направен пространствен анализ и един или повече химически (spot) анализи (в случай на несъответствия).

За да се документира грапавината на повърхността на всяка от изследваните имплантни системи, допълнително

се използва т.нар триизмерна реконструкция на грапавината, която позволява визуално да се

сравнят структурите на повърхността. При този метод триизмерната форма на обекта се изчислява, като се използва разпределението на яркостта в системата от четири квадранта на детектора за обратно разсеяни електрони. Чрез тази технология за реконструкция на формата от светлосенките геометрията на характерните повърхности на имплантите добива пространствено изражение (фиг. 23).

До момента на издаване на настоящия междинен доклад са изследвани имплантните системи на производителите, посочени в таблица 1.



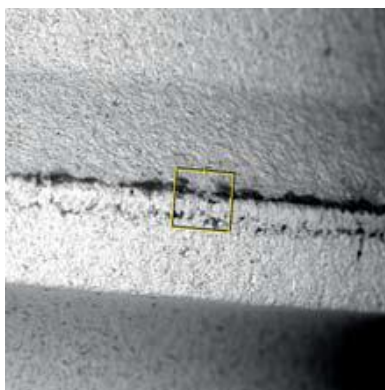
Фигура 23: Триизмерна реконструкция на грапавината на повърхността на имплант (SICmax, SIC)

Резултати

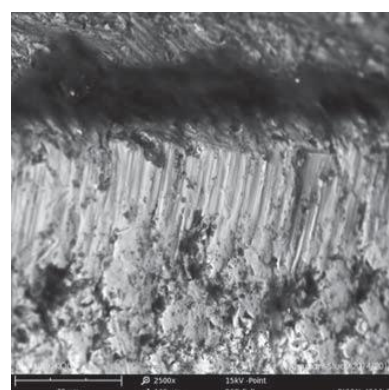
Също като в изследването от 2008/2009 г. по импланта Integra (на Bicon), чиято вътрешна стерилна опаковка все още представлява плик от мек полиетилен (LDPE) (фиг. 24) с прост механизъм на затваряне, се забелязаха органични примеси. Тези системни примеси, които не се ограничават само до изолирани участъци, се наблюдават най-вече около външните ръбове на паралелните нарязи (фиг. 25 и 26) и вероятно се дължат на директен контакт с опаковката.



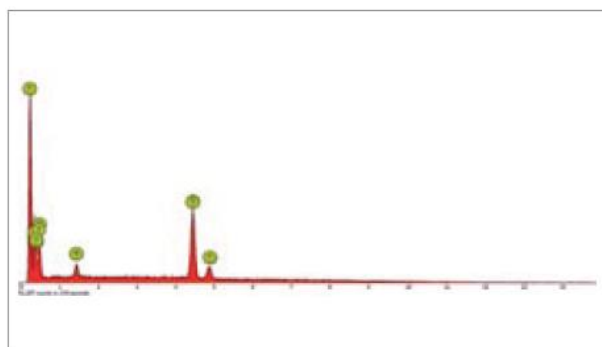
Фигура 24: Елементарна стерилна опаковка (затварящ се плик от LDPE) в блистер



Фигура 25: Съмнителни органични останки по външната повърхност (Field of View)



Фигура 26: Органични остатъци, Integra, bicon (x2 500)



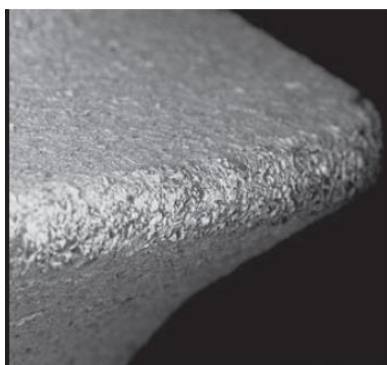
Фигура 27: Качествен анализ на елементите.

Atomic percentage		Certainty
C	65.7 %	0.99
O	27.9 %	0.97
Ti	5.4 %	0.98
Al	0.7 %	0.95
V	0.3 %	0.89

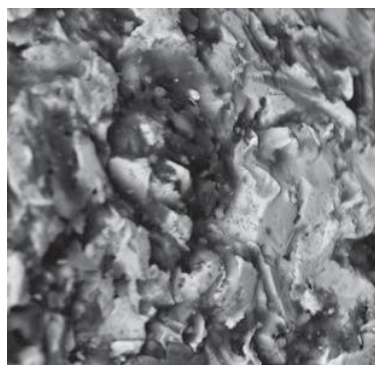
Таблица 2: Количествен анализ на елементите

Качественият анализ на елементите показва не само върховете стойности, характерни за титан от клас 5 (Ti-6Al-4V) при титана, алуминия и ванадия, а и ясно изразени върхове стойности при въглерода (фиг. 27), които се потвърждават от количествения анализ (таблица 2). В изследването от 2011/2012 г. при варианта на мострата с покритие от калциев фосфат не се наблюдава органично замърсяване, макар да е използвана същата опаковка, като обяснението вероятно се крие в не толкова грапавата повърхност на импланта.

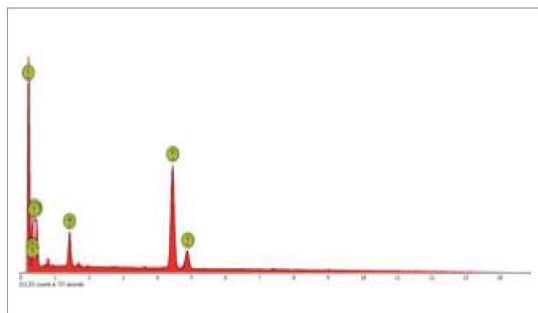
С друг фактор трябва да се обяснят органичните примеси в импланта QK (Trinon, Германия) (фиг. 28 до 30, таблица 3), тъй като там няма контакт с опаковката, а органичните примеси не се ограничават само до външните ръбове на резбата. По същия имплант се забелязват по-малки частици, които вече изпъкнаха при контрастното изображение заради светлосивия си оттенък. При анализа на елементите се засякоха желязо, мед и хром (фиг. 31 до 35, таблици 4 и 5).



Фигура 28: Структура на долната част на резбата, имплант QK, Trinon (x500)



Фигура 29: Структура на резбата, имплант QK, Trinon (x 5 000)



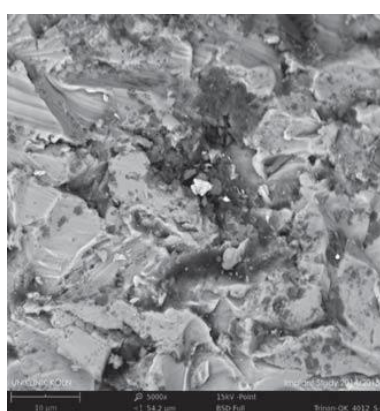
Фигура 30: EDX спектър (качествен анализ на елементите), маркирана зона, имплант QK, Trinion

	Atomic percentage	Certainty
C	86,6 %	0.99
Ti	10.4 %	0.99
Al	2.4 %	0.98
V	0.6 %	0.96

Таблица 3: Количествен анализ на елементите в същата зона



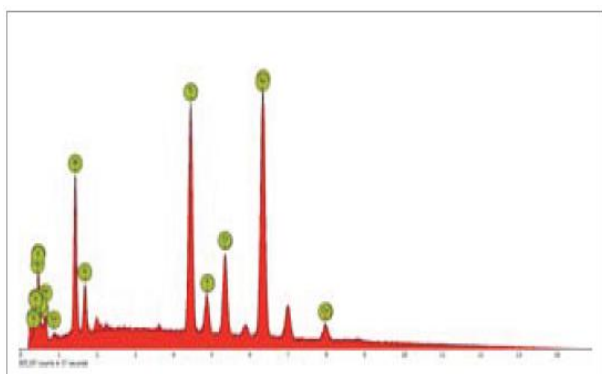
Фигура 31: Връх на резба, имплант QK, Trinion (x500)



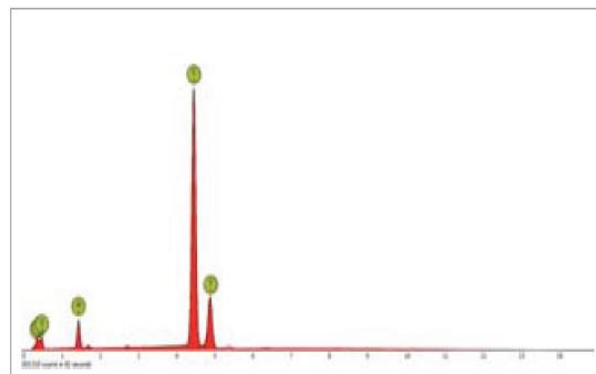
Фигура 32: Връх на резба, имплант QK, Trinion (x5 000)



Фигура 33: Детайлно изображение (x10 000) при EDX спот анализ (вляво: метални частици, вдясно: контрол)



Фигура 34: EDX спектър, зона № 1 (метални частици)

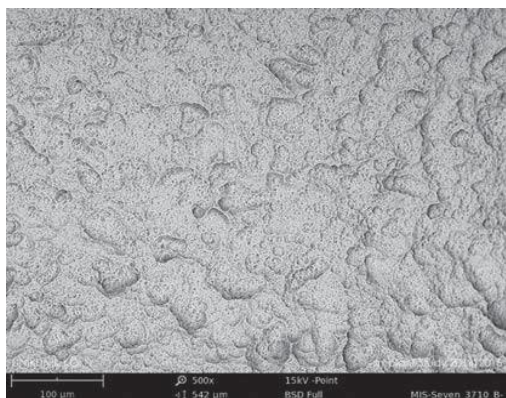


Фигура 34: EDX спектър, зона № 1 (метални частици)

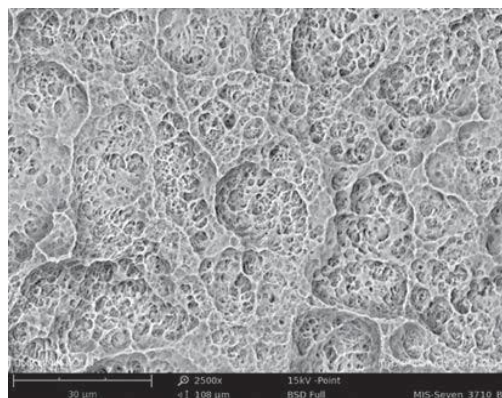
При нито един от имплантите, анализирани в настоящото изследване, не се откриха сходни сгрупвания на подобни метални частици с приблизителен размер от 3 нм. Що се отнася до органичното замърсяване, може само да се предполага дали това откритие има каквото и да е клинично значение, тъй като наличната литература не предлага убедителни доказателства.

Имплантът C1 и имплантът Seven (производител MIS) определено изпъкват с положителни характеристики в настоящото изследване. В изследването от 2011/2012 г. при импланта Seven все още се забелязваше остатъчен материал от струйната обработка върху до 7% от повърхността, но в настоящото изследване не се откриха дори изолирани участъци с остатъци и при двата продукта на

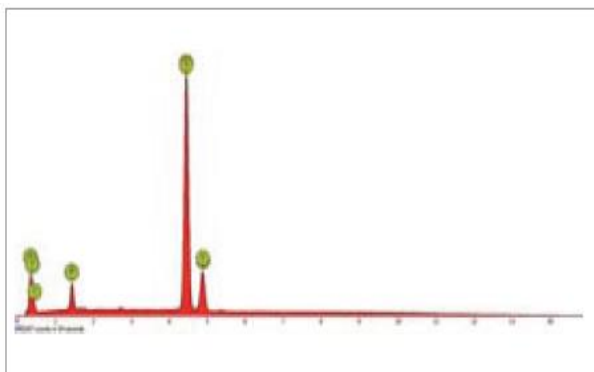
MIS, изработени от титан от клас 23 (Ti 6Al ELI) (фиг. 36 до 38, таблица 6). Друга приятна изненада беше имплантът TRI-Vent (на TRI), който в настоящото изследване демонстрира много прецизна външна геометрия (фиг. 39).



Фигура 36: Повърхност без органични остатъци, имплант Seven на MIS (x500)



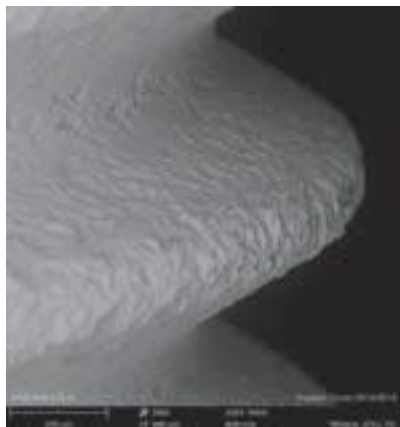
Фигура 37: Микро нано структура на повърхността на имплант Seven на MIS (x2 500)



Фигура 38: Неподозрителен EDX спектър на повърхността на имплант Seven на MIS (пространствен анализ)

	Atomic percentage	Certainty
Ti	87.3 %	1.00
Al	8.6 %	0.98
V	4.0 %	0.96

Таблица 6: Състав по елементи в резултат от материала на импланта (Ti 6Al-4V ELI)



Фигура 39: Точна геометрия на външната резба, Tri-Vent, TRI (x340)

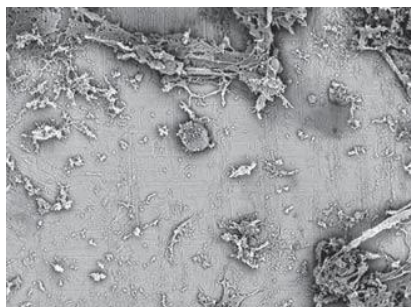
SurfLink: Монослой с биомимикрия за ускорена остеоинтеграция

Машинно изработеният дентален имплант SurfLink първоначално не се набиваше особено на очи (изображение вляво). За разлика от оригиналния машинно изработен имплант (МК III, Nobel Biocare), който понастоящем се предлага от производителя само при специални поръчки, повърхността на този имплант е обработена с ковалентно свързан монослой с биомимикрия, който е с плътност от едва 1 нм и не може да се засече от конвенционалните CEM и EDX. Следователно тази обработка на повърхността съществено се различава от много по-плътното покритие от калциев фосфат.

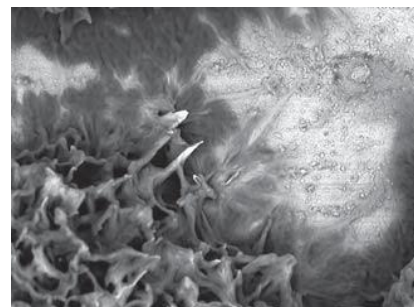
Монослоят предоставя на остеобластите, свързани с импланта, групи, богати на фосфор, и по този начин имитира естественият хидроксипатит [14]. Разликата е видима в машинно изработените импланти, свалени от животни 52 седмици след поставяне при експериментално изследване на Университета на Цюрих [15]. При същото увеличение след сваляне на импланта (изпитване на въртящия момент при сваляне) (изображение в средата) със СЕМ се наблюдава съвсем малко количество прилепнала кост в контролната група, докато при третираният имплант се забелязва обширна костна апозиция върху гладката повърхност на импланта (изображение вдясно). Начинът на третиране на SurfLink (Nano Bridging Molecules, Швейцария) може да се приложи в стоматологичния кабинет практически върху всички повърхности на импланти от титан и цирконий.



Машинно изработен дентален имплант SurfLink



Костен растеж при нетретиран (контролен) имплант (x2 500)



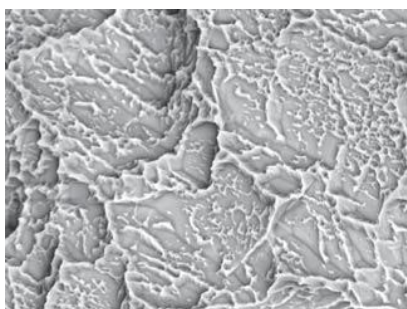
Костен растеж при имплант с монослой с биомимикрия (x2 500)

Реплика: Титанов имплант с дигитално реконструирани аналог на корена и керамичен абатмънт

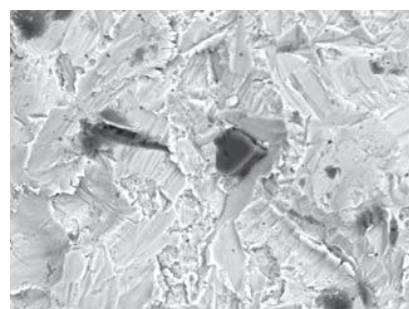
Изработеният по поръчка имплант-реплика с аналог на корена (Natural Dental Implants, Берлин) има специална роля в настоящото изследване. За разлика от имплантите с ротационна симетрия, този е изработен по индивидуална поръчка въз основа на дигитално реконструирани данни, получени преди екстракцията на увредения зъб. След сваляне на изображение с конично-лъчев компютърен томограф (КЛКТ) се снимат стандартни отпечатьци на двете челюсти и се прави регистрация на захапката. Отпечатьците се дигитализират с микро-КТ, който е синхронизиран с данните от КЛКТ, и зъбът се реконструира дигитално от върха до короната. Дигиталният модел се сегментира точно в точката на контакт с добре оформения циркониев абатмънт. Коренът се изработва от титан клас 4 съгласно сметените данни, а повърхността се обработва струйно с пясък и се подлага на киселинно ецване. Циркониевият абатмънт и имплантът със специално оформен корен се свързват чрез закалено стъкло (изображение вляво). Получените със СЕМ изображения показват различните материали: титан (в средата) и цирконий (вдясно).



Изработеният по поръчка имплант-реплика с аналог на корена, Natural Dental Implants



Изглед от корена от титан без останки от обработката (x5 000)



Изглед от циркониевия абатмънт, преминал обработка за огрупаване преди поставяне на короната (x5 000)

Обсъждане

Производителите и потребителите на имплантите, при които изследването отчете органично замърсяване, съобщават за клиничен успех, не по-различен от този при продуктите на други производители. Заявления от типа: „Имаме висок процент на успеваемост, така че какъв е проблемът?“ вероятно са напълно обосновани, когато става дума за статистическата средна стойност. Но остава въпросът: „Какво се случва с тези органични замърсители, след като се поставят в костта?“ Едва ли можем да допуснем, че оказват положително влияние върху остеоинтеграцията. В най-добрия случай ще има зони, в които няма да настъпи остеоинтеграция, т.е. малки зони или зони около целите външни ръбове на резбата със занижен костен контакт, понеже остеобластите определено не биха предпочели да се „заселят“ върху полиетиленови частици. Друг възможен вариант е макрофагите да извършат фагоцитоза на тези материали в първата фаза на ремоделиране, което ще доведе до биологично пречистване на фабрично произведени повърхности. Друг въпрос е какво се случва след това с продуктите от фагоцитозата.

Вероятно при здравите пациенти има добра поносимост на остатъците върху имплантите. Но можем ли да сме сигурни, че такава ще бъде ситуацията и при високорискови пациенти с имунни проблеми? А какво да кажем за разширените зони на аугментация? И дали, в крайна сметка, растящият брой неуспешни случаи не се дължи на обработването именно на тези органични останки? Такива въпроси изобщо не би трябвало да се повдигат, тъй като настоящото изследване ясно демонстрира, че е възможно замърсяването да бъде избегнато.

В настоящото изследване сложните стерилни опаковки, които не позволяват на имплантите да влизат в контакт с външната опаковка, са правило, а не изключение. Длъжни сме пред пациентите си да елиминираме рисковете, които могат да се избегнат, а не да чакаме вниманието на обществото да се изостри около скандали с други медицински продукти и да започнат да ваят въпроси.

Публикуването на резултатите от предходното изследване точно преди Международното дентално изложение през 2013 г. беше посрещнато положително, макар че не беше прието еднакво добре от всички производители и специалисти. Намериха се и критици, като в изолирани случаи се стигна дори до отмяна на договори за реклама. Целта на настоящото изследване е и ще продължи да бъде документиране качеството на производство на дентални импланти. Ето защо е особено удовлетворяващ фактът, че, както и в предходните години, усилията на много производители в областта на развойната дейност се отплащат с повишаване качеството на продукта, което се изразява в елиминиране на органичното замърсяване, по-прецизна изработка на резбата и по-удачни стерилни опаковки. В следващия брой на EDI Journal ще бъде публикуван окончателният доклад от изследването с многобройни примери и списък с всички изследвани имплантни системи.

За списъка с препратки, посетете www.teamwork-media.de.

Последвайте връзката Literaturverzeichnis в лявата странична лента.



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



Intertek

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.



Intertek

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

Дентална Клиника „Дукови“, Русе е победител в Националния конкурс „Дентален мениджър на годината“

Вече четвърт век русенската дентална клиника „Дукови“ не спира да се развива, да покрива все по-високи стандарти и наред с признанието на пациентите, което е най-големия капитал на всяко здравно заведение, сега получава и признанието на колегията в страната.



Д-р Дуков и д-р Сапункьова са партньори и в клиниката, и в живота и са дългогодишни членове на Сдружението на Българските Зъболекари.



9-членно експертно жури е извършена предварителна оценка по строги критерии – лидерски умения на мениджъра, степента на безрезервно отдаване на пациентите, извървения професионален път. Така сред петте номинирани клиники в традиционния конкурс „Дентален мениджър на годината“ на Асоциацията на денталните мениджъри в България елитния приз бе даден на клиника „Дукови“. Статуетката „Адмира“ символизира „адмирацията“, подкрепата, възхищението, почитта на пациенти и колеги към заслугите на наградените. Зад този успех стоят амбициите и професионализмът не само на сем. Дукови, а и перфектно работещия и сплотен екип на клиниката.

Тържествената церемония по награждаването се състоя на 8 октомври в х-л „Маринела“, гр. София. На церемонията присъстваха над 250 души.

Сред тях официални лица от парламента, държавните институции, както и представители на целия дентален бранш. В конкурса взеха участие общо 17 дентални практики и зъботехнически лаборатории от цялата страна.

Д-р Анатолий Кънев, председател на Сдружението на българските зъболекари, връчи на д-р Вера Давидова, София, икона на Света Аполония от името на сдружението.

Philips представя звуковите четки за зъби Philips Sonicare, които ще променят начина, по който миете вашите зъби!

Осигурете си бляскава грижа за вашата усмивка



Philips Sonicare разкрива на българския пазар своята най-стилната колекция звукова четка за зъби [Sonicare Diamond Clean](#). Серията идва с разнообразие от цветови предложения, готови да задоволят и най-претенциозния вкус: бял, черен, розов и лимитиран аметист.

С електрическите четки за зъби на Philips успешно премахвате до 100% от наслоената в труднодостъпните участъци плака. Подобрявате здравето на венците само за 2 седмици, премахвате повърхностните петна, избелвате до естествения цвят вашите зъби само за 1 седмица. Звуковата технология предпазва от отдръпване на венците.

Вибриращата глава на звуковата четка за зъби Sonicare Diamond Clean създава динамично почистващо действие, което можете да видите и усетите. Редовната употреба на звуковите четки за зъби Philips Sonicare спомага за подобряване здравето на вашите зъби. Звуковата технология нежно завихря водата, пастата за зъби и слюнката като образува малки мехурчета, които при контакта със зъбната повърхност се разпукват и отстраняват наслоената плака

в междузъбното пространство, по повърхността на зъбите и по линията на венеца, където се развиват и живеят вредоносни бактерии.

Персонализирайте начина, по който миете вашите зъби със звуковата четка Diamond Clean. Избирайте само с едно копче измежду петте вградени режима на работа на четката и осигурете грижа за цялата уста:

- *Почистване* – стандартен режим, подходящ за почистване на цялата уста;
- *Избелване* – главата на четката работи на висока честота, благоприятства за премахване на повърхностните петна и избелване на зъбите до естествения им цвят само за 1 седмица;
- *Полиране* – полира зъбите, за да заблестят с естествения си блясък;
- *Грижа за венците* – нежно стимулира и масажира венците, за да стимулира кръвообращението и ускори възстановяването им;
- *Режим чувствителни зъби* – изключително нежно почистване, подходящ за хората с болезнени при допир, дори при дишане, зъби.

Винаги готова за работа

Независимо дали пътувате или сте у дома вашата Diamond Clean е винаги заредена и готова за работа. Най-люксовата звукова четка на Philips идва с двойна система за зареждане – USB калъф и презареждаща чаша. Просто поставете четката в калъфа за път и свържете с вашия компютър или в колата.



Презареждащата чаша работи на принципа на индукция – само поставете четката в стъклената чаша и включете зарядното в електрическата мрежа.

Батерията на четката издържа до 3 седмици.

Най-стилната звукова четка за зъби на Philips - Diamond Clean идва с по-лека дръжка¹, която същевременно обира вибрациите. Така по-лесното привикване към нея. Изтънчеността на продукта се подчертава още повече от изящния хромов пръстен в горната част на дръжката.

Брилянтно нарязани

Тъй като нашите зъби не представляват равнина, а имат екватори, влакната на четките за зъби Philips Sonicare са нарязани под 5-градусов ъгъл, прилягат перфектно към извивките на зъба и не наранят неговия емайл.

Най-добрите избелващи глави на Philips Sonicare - Diamond Clean са снабдени с 44% повече влакна от стандартните глави Sonicare ProResult, което спомага за превъзходното почистване и премахване на повърхностните петна. Можете да откриете глава в два размера – компактен и стандартен. Компактният размер се препоръчва за почистване на крайните дъвкателни зъби (мъдrecи), а също така за концентрирано третиране локално на повърхностни петна.

Уникални характеристики на Philips Sonicare

Easy start

През първите четиринадесет дни от употреблението четките работят при по-ниски обороти, за да улеснят приспособяването към звуковата технология.

Smartimer

Звуковите четки Sonicare имат вграден двуминутен таймер, който следи за спазването на препоръчаното от стоматолозите време за миене на зъбите

Quadpacer

Тялото на четката вибрира на всеки тридесет секунти, за да ви напомни да смените страната на четкане.

За повече информация – www.philips.bg.

¹ В сравнение с другите серии звукови четки за зъби на Philips.

ЗАЩО Е ПО-ДОБРЕ ПРОФЕСИОНАЛЕН ФОНД ДА УПРАВЛЯВА СПЕСТЯВАНИЯТА ВИ?



Финансова консултация от
Сиана Даскалова, консултант



Ако имате спестявания от около 100 000 лв., които бихте желали да Ви осигурят след години по-голяма пенсия или събрана такса за университетско образование за децата Ви, най-подходящият начин е да потърсите професионален инвестиционен мениджър, с когото да можете да обсъдите какъв доход търсите и след колко години, и той да Ви предложи необходимата инвестиционна стратегия. Така средствата ще бъдат управлявани в инвестиционен портфейл, който да се структурира така, че да изпълни поставените цели. Тази услуга се нарича „доверително управление“ и се предлага от лицензирани управляващи дружества.

Инвестиционните мениджъри, които биха управлявали такъв портфейл, трябва да са лицензирани от Комисията за финансов надзор инвестиционни консултанти.

Какво да очаквате от услугата доверително управление?

Задължително предварителни разговори с професионален инвестиционен мениджър, който ще анализира рисковия Ви профил, ще обсъди с Вас желанията и целите Ви за бъдещето и ще Ви предложи подходящото структуриране на портфейла. Управляващото дружество ще сключи с Вас договор, в който ще бъдат записани всички условия. След старта на управлението на портфейла, получавате редовна отчетност от консултанти, които се грижат само за Вас и както показват редовно състоянието на инвестициите Ви, така и обясняват краткосрочните фактори, които им влияят по пътя към дългосрочната цел. Инвестиционният мениджър също е в контакт с Вас и на разположение за обсъждане на текущото състояние на портфейла.

Какъв доход са получили хора, които са ползвали услугата доверително управление?

Екипът на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт управлява индивидуални инвестиционни портфейли на стойност над 20 млн. лв. Годишните резултати на портфейлите за 2015 г. са в следните диапазони в зависимост от риска и персоналните цели: ниско рисковите имат възвръщаемост от 3% до 7.54%; балансираните достигнаха от 5.15% до 10.39%, а високорисковите - от 5% до 14.80%. Това са доходности, които са изчислени, след като клиентите са теглили средства през годината, а също така са внасяли нови, като са приспаднати дължимите такси. Това е представителна извадка на портфейли, действащи за периода от 01.01.2015 г. до 31.12.2015 г.

Как да изберем инвестиционен мениджър, на който да се доверим?

- Изберете лицензирано управляващо дружество – трябва да има лиценз за дейността си от Комисията за финансов надзор, иначе няма регулация, която да следи за интереса на инвеститорите;
- Търсете управляващо дружество с история – една компания, която е с дълга история доказва стабилност в различни етапи на развитието на финансовите пазари;
- Търсете прозрачна компания – проверете дали публикува на сайта си достатъчно данни за историята на резултатите на взаимните си фондове и инвестициите, които управлява;
- Проверете дали има професионален екип от инвестиционни мениджъри – дали са лицензирани инвестиционни консултанти и имат необходимата квалификация;
- Тествайте отношението към клиентите, като потърсите информация от консултантите

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

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

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

НАЙ-НАГРАЖДАВАНИТЕ



БЪЛГАРСКИ ФОНДОВЕ



Елана Фонд Мениджмънт

WWW.ELANA.NET

**НАЙ-ДОБЪР
БЪЛГАРСКИ
ФОНД МЕНИДЖЪР
2016**



*** КЛАСАЦИЯ НА В."БАНКЕР"**

Предупреждение: Информираме настоящите и потенциални инвеститори, че 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. 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 документа с ключова информация, проспекта, правилата/устава на КИС в офисите на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт, както и на сайта на ЕЛАНА Фонд Мениджмънт.



Българската асоциация по лазерна дентална медицина е създадена през 2005 година с учредителен конгрес , проведен във Факултета по дентална медицина - гр. София. Управител на асоциацията е проф. д-р Юлия Емилова Каменова, доктор.

Членове на управителния съвет са: д-р Пламен Францов, д-р София Буджева и д-р Недялко Недялков. През 2014 година БАЛДМ прерасна в Българска Академия по лазерна дентална медицина към Центъра за следдипломна квалификация към Факултета по дентална медицина - гр. София.

БАЛДМ е достоен партньор на международните лазерни асоциации като : ESOLA, ISOLA, WFLD, ALD.

БАЛДМ разви богата дейност в областта на обучението по приложение на лазерната терапия в денталната медицина.

Програмата за обучение има за цел да представи цялото разнообразие на Лазерна биологична медицина като нов и перспективен метод на лечение, съобразно Evidence Based Complementary Dentistry, широко приложим в ежедневната дентална практика. Програмата е акредитирана от Академията по лазерна дентална медицина в Корал Спрингс, Флорида, САЩ и издадените сертификати важат за Европа и САЩ.

Обучението се провежда на четири нива:

Първо ниво изучава методите на Лазерна биостимулация – ниско интензивна интраорална лазерна терапия за зарастване на мекотъканни увреждания, овладяване на болковия синдром и високоефективна противовъзпалителна терапия.

Второто ниво представя лечебните предимства на Фотоинфрачервената фотобиомодулация - резонансно въздействие върху тъканите, което поражда съответен тъканен отговор и има отношение към костния растеж и нервно-мускулната рехабилитация на дъвкателния апарат.

Третото ниво включва Алтернативни методики – електро- и лазерна акупунктура – клинично доказана иновативна терапия с много ефективни методики, които позволяват протетичното лечение да се проведе конкретно насочено за всеки пациент, съобразно неговата индивидуална оптична характеристика, репаративни възможности, тип нервна система и функционално състояние. Лазерната акупунктура се изучава на две нива.

Четвъртото ниво представя новото в нашата парадигма е приложението на комбинираната лазерна терапия за рехабилитация на лицево-челюстната област по отношение на рефлексните процеси и хармоничната функция между

дъвкателния апарат, между дъвкателния апарат, ставните елементи, мускулната дейност и нервно сензорната регулация на движенията на долната челюст по време на функция, както и за профилактика и лечение на травмата от оклузия и парафункциите, периимпланти и перфектна остеоинтеграция на имплантите.

БАЛДМ предлага още курсове по Биологичната медицина като нов клон в денталната практика, която позволява денталното лечение да се провежда на няколко нива: нискоенергийна червена/ инфрачервена лазерна биостимулация – фотодинамична интраорална лазерна терапия, нискоенергийна инфрачервена резонансна фотобиомодулация, червена/ инфрачервена лазерна акупунктура – лазерна биоенергетика; Лазерна детоксикация, проведе на две нива: ензимна и витаминозна, както и Лазерна елиминираща терапия (Allergy and Environmental Medicine, Immunological Allergies, Autonomicnervous System Hypersensitivity Allergy).

През ноември 2017 година предстои да бъде проведен конгрес с практическа насоченост към Биологичната лазерна медицина за лечение на различните видове болка – лазерна фотодинамична терапия, лазерна акупунктура и хомеопатия.

АВТОБИОГРАФИЯ НА ПРОФ. ЮЛИЯ КАМЕНОВА

**проф.д-р Юлия Емилова Каменова,
доктор, DDS, DDG, HDG, SAAB**



**Родена на 22.10.1960 година във Велико Търново,
Завършва висше образование** - Стоматологичен факултет, София - 1983 г., до днес с 33 години трудов стаж.

Кариерно развитие и специализации:

1989 г. – придобива Специалност **“Обща стоматология”**;

1985 г. – член на Българската асоциация на младите научни работници;

1987 г. – член на Българската асоциация на научните работници, пет години - секретар на стоматологичната секция;

1993 г. – асистент в Катедрата по ортопедична стоматология, СФ - София;

1993 г. – придобива научна степен **“Кандидат на медицинските науки”**

Дисертация: Каменова, Юлия Емилова. **“Оценка на корозионната устойчивост на стоматологичните сплави”**. С., СФ, 1993, 194 с.

1995 г. – член на Австрийската научна асоциация;

1995 г. – член на Асоциацията по физика и биофизика;

1995 г. – старши асистент;

1997 г. – придобива специалност **“Протетична стоматология”**;

1997 г. – главен асистент;

От 2004 г. - **доцент** в Катедрата по протетична дентална медицина, ФДМ – София

От 2014 – **професор** в Катедрата по протетична дентална медицина, ФДМ – София

Председател на Лазерен кариерен център за обучение по лазерна медицина

Председател е на Българската Академия по лазерна дентална медицина - БАЛДМ

Активен член и гост лектор в ISOLA, Виена, Австрия

Активен член, преподавател, гост – лектор член на борда на Европейската дивизия на WFLD, Брюксел, Ница

Гост - лектор в европейския университет за магистърска степен по лазерна терапия (EMDOLA: Лиеж, Ница, Аахен)

2004 г. – Активен член и гост лектор в ALD - награда, ALD - победител

2004 г. – Стандартно ниво на владеење – Лазери в стоматологията

2004 г. – Медицински университет ,спечелен грант - Сребърна Панацея

2007 г. – Напреднало ниво на владеење на лазерите

Почетен директор на IBC, Кеймбридж, Великобритания

Научен дипломат за България – ABI, USA

Great Women of the 21st Century – LLLT, Laser Acupuncture – 2007

Научна дейност: над 100 публикации и участия в научни форуми, 1 ръководство, компендиум по предклиника на протетичната дентална медицина на английски език, предназначен за англоговорящите студенти от първи и втори курс. Монография – „ Приложение на диодните лазери в денталната медицина.“

Участие в ред. колегии: главен редактор на сп. „Дентална медицина“, главен редактор на „ Лазерна медицина“-Инфодент, член на редколегия „The Journal of Oral Laser Applications“ ISOLA, член на редколегия „Laser“-WFLD

Членство в професионални организации: БЗС и БНСД-

Заемана длъжност – професор по протетична дентална медицина,

катедра по протетична дентална медицина при Факултета по дентална медицина към Медицински Университет – гр. София

Основни дейности и отговорности – лекции по предклиника и клиника на протетичната дентална медицина, следдипломно обучение по лазерна дентална медицина на български и чуждестранни англоговорящи студенти, естетична дентална медицина, лазерна дентална медицина.

НАУЧНА СТАТИЯ – ПРОФ. КАМЕНОВА

Транзиторен (транслационен) анализ на лечебния ефект на Биологичната биосинергетична лазерна терапия в случаите на травма от оклузия.

Проф. Ю. Каменова

Лазерната медицина се развива много бързо и намира широко приложение в ежедневната дентална практика. През последните години употребата на лазерите се разшири почти във всички области на денталната медицина благодарение на интеграцията между учени с различни специалности (физици, химици, инженери-оптици, биолози, биохимици и др.) от цял свят. Създадени са световни лазерни клинични институти и академии, които са обединили своите специалисти в глобални международни научни и клинични проучвания, с цел да се създаде унифицирано и ефективно използване на многообразните лазерни апарати и системи, които заливат световните пазари. Различните лазери се отличават със собствени физикални параметри и на практика е много трудно да се стандартизира и рандомизира лазерната терапия (ЛТ).

Бурното развитие на лазерната терапия през последните години доведе до повишаване на изискванията към качеството на лазерноасистираната терапия. Непрекъснато се разработват **нови аналитични методи, създават се теоретични и виртуални модели и техники**. Основният проблем в лазерната терапия (ЛТ) от световен мащаб до този момент е **липсата на стройна методика**, която да позволява конкретна визуализация на получените резултати. През последните години се отбелязва значително увеличаване на интереса към **доказване на лечебния ефект** на Нискоенергийната ЛТ/НЕЛТ/ и Високоенергийната ЛТ /ВЕЛТ/. Неяснотата за механизма на взаимодействие на светлинните фотони на всички нива на собствена биологична организация на човешкото тяло

поражда неувереност в практикуващите лазерна терапия. Основният проблем е калкулацията на лазерната мощност и енергия. Все още не е изградена стройна рандомизирана система за контрол на лечебния ефект по клинични критерии, потвърждаващи правилното протичане на лазерната биоенергизация и биосинергетика. Не е разрешен въпросът за използваната лечебна мощност на лазерните апарати. Не е направено задълбочено стандартизирано проучване върху загубата на лазерното лъчение при лазерните машини с проводяща система оптичен фибър, каквито са диодните лазери. Предстои богата научноизследователска работа, доказваща предимствата на нискоенергийната и високоенергийната фотоактивирана дезинфекция. Световната литература дава информация за научни спорове и колебания по **препоръчителната оптимална доза** на електромагнитно излъчване върху човешкото тяло. Доказано е, че тъканните реакции са с променлив характер под влиянието на различни физиологични вътрешни и външни състояния в динамичната саморегулираща се система на човешкия организъм.

Много видни учени и опитни клиницисти са установили „Златни стандарти“ за лечение на денталната патология във всичките ѝ разновидности. Първото направление, в което лазерните системи са намерили широко приложение, е оралната хирургия и затова високоенергийните лазери се наричат хирургични. Тяхното използване е насочено изключително към други специалности в денталната медицина – кариесология, ендодонтия и пародонтология. Педиатричната лазерна медицина е съвременен аспект за изследователска и клинично-експериментална работа поради силния обезболяващ ефект на лазерното лъчение (лл) и микроинвазивността на процедурите. Интерес представляват и две нови направления – лазерна козметика и пластика на лицето.

Основните Златни стандарти в ФДТ са : $2-3 \text{ J/cm}^2$, 2-3 пъти в седмицата върху гингивата, $4-6 \text{ J/cm}^2$ 2-3 пъти в седмицата за мускули, $6-10 \text{ J/cm}^2$ 1-2 пъти в седмицата за ТМС, $2-4 \text{ J/cm}^2$ директно върху зъба или индиректно върху апикалната част или върху костни структури. [1]

Златните стандартни за дозировка на лазерния лъч във ФДТ бяха категорични доскоро – $OD = 4 \text{ J/cm}^2$ за интраорално приложение на непрекъснат режим CW, 8 J/cm^2 за лечение на дисфункции в долночелюстните стави и $0,1 \text{ J/cm}^2$ за лазерна акупунктурна терапия. Тези стандарти бяха наложени от шведската школа на Ян Тунер и Ларс Худе (Jan Tuner, Lars Hude), както и от норвежката лазерна академия от Марита Луоманен (Marita Luomanen). Тийна Кару ревизира тези стойности и посочи, че тези дози са недостатъчни за постигане на ефективна биостимулация и препоръчва тяхното завишаване.

В продължение на шест години разработихме два научни проекта върху приложението на ФДТ в протетичната дентална медицина. Изследвахме лечебния ефект на различните честоти на лазерното лъчение във видимата област и близката до нея инфрачервена зона върху основните силни субективни симптоми при травма от оклузия – болка, нарушена функция, миалгии, невралгични болки и увреден пародонт. Регистрирахме съответния биологичен отговор при различни групи от пациенти с проявена характерна симптоматика – инструментален анализ, необходимост от медикаментозно , имunosupресивно и местно и общоукрепващо лечение – противовъзпалителни, антимикробно, поливитаминозна терапия и др.

Научно- практическите ни проучвания бяха насочени върху влиянието на лазерните лъчи върху биологичните биохимични показатели, което ни позволи да се направи диагностична прогноза за посоката на протичане на заздравителните биостимулиращи процеси, ранна и късна оценка на лечебния ефект на лазерното лъчение в различните диапазони на електромагнитната светлина.

Създадохме няколко експериментални модели на ситуацията в устната кухина и изследвахме влиянието на външни и вътрешни фактори, както и на електрохимичните процеси, които могат да влияят върху посоката на разпространение и трансмисия на лазерния лъч.

В настоящата работа ще отделим специално внимание на избора на метод като най-правилен подход в лазерната терапия. Нашите клинични наблюдения потвърдиха важността на парадигмата относно механизма за формиране и функциониране на самоорганизираща се дисипативна система, която регулира и стабилизира релаксиращите автоосцилации при движение на долната челюст и по време на функция на долночелюстните стави. Ние приемаме твърдението, че лазерният лъч провокира осцилации и вълнови процеси и в дъвкателната мускулатура, които се

предават до кората на главния мозък съгласно електрогальваничния феномен на информационен пренос чрез потните жлези на кожата до мозъка. Резултатите от нашите експериментални работи показват, че лазерното лечение може да е напълно успешно само тогава, когато е най-близко до човешката природа, а това се постига най-бързо и успешно чрез поредица от енергийни трансформации по цялото човешко тяло, прилагайки резонансна фотобиомодулация с последваща информационна вибрационна квантова терапия. Според нас, лазерният лъч преминава през няколко стадия на енергийна трансформация по време на биоенергетичната и биосинергична рехабилитация на дъвкателния апарат като осигурява неговата естетична и козметична реконструкция при протезиране в устната кухина: митохондриална енергийна трансформация локално и по целия панхондрион, последвана от енергийна трансформация посредством мускулните контракции към костните структури. Ние смятаме, че най-важният етап от тази каскада е възникването на осцилации и вълнови процеси в интрацелуларните органи в посока към мозъка и предаване на информация в мозъка за стимулиране на регенеративните и защитни реакции. Докато Тийна Кару приема, че най-важният механизъм на лечебно въздействие на лазерното лъчение е каскадната енергийна трансформация в окислително-редукционната система и нарастването на енергийното съдържание в митохондриите, ние приемаме, че високата ефективност на лазерната терапия може да се постигне единствено, ако се осъществи енергийна трансформация на лазерния лъч по цялото тяло към мозъка, където лазерната светлина да се превърне в информация. Според нас най-висока успеваемост на лазерната терапия може да се постигне, ако се избере подходяща методика на лазерно въздействие, която да осигури напълно развитие на механизма на лазерна енергийна трансформация през мускулите и костните структури към темпоромандибуларните стави (ТМС). Разбира се, в основата на този механизъм са автоосцилациите в дисипативните структури, енергизацията на панхондриона и протонизацията на лазерния лъч при преминаването му през клетъчните мембрани, където водата в тях превръща фотоните в много подвижни бързи протони и така се постига ускорен пренос на лазерния лъч по цялото тяло. Това означава, че ако приложим само интраорални методи на облъчване при ФДТ не можем да получим максимална фотобиостимулация. Единствено при комбинирана лазерна терапия с различни източници на лъчение, съчетано с комбинация от кохерентна и некохерентна светлина, както и при синергично приложение на подходящ резонансен режим на CW, можем да получим много висока ефективност за кратко време с дълготраен ефект. Нашата работна хипотеза ни даде необходимата постановка за избор на най-подходящи методи за лечение и базирайки се на идеите на Скулачов В., Пригожин И., Погодин С. и Суваж С. Ние имаме познанията и опита, необходими за изграждане на модел за оптимална лазерна стимулация за лечение на функционалната патология на дъвкателния апарат.

Експерименталните ни проучвания върху модели на ситуации в устната кухина и задълбочените ни клинични проучвания ни дават основание да препоръчаме някои методи на лазерна терапия като успешни и сигурни и да препоръчаме оптимални дози за тези работни режими. Новото в нашата парадигма е приложението на комбинираната лазерна терапия за рехабилитация на лицево челюстната област по отношение на рефлексните процеси и хармоничната функция между дъвкателния апарат, ставните елементи, мускулната дейност и нервно сензорната регулация на движенията на долната челюст по време на функция, както и за профилактика и лечение на травмата от оклузия и парафункциите.

Приложихме Биологичната медицина като нов клон в денталната практика, която позволява протетичното лечение да се провежда на няколко нива: ФДТ - червена/инфрачервена лазерна биостимулация – фотодинамична интраорална лазерна терапия, инфрачервена ФДТ - резонансна фотобиомодулация, червена/инфрачервена лазерна акупунктура – лазерна биоенергетика. Изградихме собствена работна хипотеза за трансмембранните процеси на електролитен обмен посредством лабораторно експериментално моделиране на електрогальваничните феномени в устата с оглед проучване на механизма на възникване на психогальваничния феномен на нервносензорна регулация, причиняващ алергична хиперреактивност при пациентите с травма от оклузия - най-често като неспецифична атопична нервносензорна екзема.

Определихме ефективността на употребата на комбинираната (червена и инфрачервена) резонансна ФДТ за нервносензорна регулация на дъвкателния апарат при травматични заболявания на зъбните редици, костите и темпоромандибуларните стави и прилагането на лазерното лъчение за постигане на хармонична оклузия.

Определихме клинично експериментално възможността за използване на ФДТ с цел ускоряване на оздравителният процес и лазерния ефект върху човешкото тяло – обезболяващ ефект, противовъзпалителен, трофичен и цикатризиращ ефект.

Определихме експериментално клинично възможността за използването на ниско енергийното лазерно лъчение при регенерирането на костни деструкции вследствие на патологични захапки и промени в зъбозадържащия апарат – пародонтът във функционално-механично равновесие.

Съставихме точна, ясна и лесно приложима в практиката методика за нервносензорна синхронизация на хармонична оклузия, релаксирани дъвкателни мускули и синхронно придвижващи се ставни главички.

Нашата Работна хипотеза за приложение на лазерното лъчение в протетичната дентална медицина постулира, че лазерните лъчи, посредством механизма на йонна трансформация през биомембраните предизвикват енергийна трансформация на дъвкателните мускули, което намалява тяхната контракция и съответно дъвкателното налягане . Тези процеси на биостимулация се отразяват благоприятно върху пародонталния комплекс и костната структура на челюстите. Посредством фотоинфрачервеното резонансно влияние на лазерната светлина се ускоряват репаративните процеси и лимфния отток и се модулират процеси на автоосцилация към мозъчната кора и органите в човешкото тяло. Ние установихме, че протетичното лечение на зъбните редици, на пародонта и травмата от оклузия, както и малоклузиите може успешно да бъде ускорено и подпомогнато от лазерната биологична медицина, основана на съвременната синергетична парадигма, формулирана от Тьоринг – Пригожин за енергодонорна лазерна терапия на биологичните феномени.

В съвременната медицина различните патологични ситуации се класифицират по модели, които позволяват клиницистите да се ориентират бързо, да поставят точна диагноза и да проведат най-правилното лечение. Различните групи модели отразяват различни ситуации на нарушена нормална функция, която може да се дължи както на нормално съвместно движение в долночелюстните стави и мандибулата, така и да се прояви като част от повтарящи се нарушения на артикулационното движение. Всички те отключват кранио–сакрална симптоматика поспещифичен механизъм и засягат опорно-двигателния апарат. Силната субективна и фонова симптоматика е специфична за всеки модел и включва промени във функцията на ТМС, както и специфични нарушения на хипер- и хипотонична мускулна дъвкателна функция.

Първата категория се състои от специфични модели, които са универсално застъпени в популацията от пациенти. Тези модели характеризират промените в костите и ставите те в резултат на мускулна функционална слабост, които могат да бъдат съпроводени и от промени в стойката на пациентите. Това може да бъде потвърдено от функционално мускулно тестване, палпация и др. При тези първични модели симптоматиката би могла да бъде трайно отстранена на всяка възраст. За изпълнение на тази задача е необходима комплексна корекция на мускулната активност, на фасциалните, мембранозните и лигаментните структури, както и нервнорефлекторна регулация на дъвкателната функция. Лечебната ефективност на подобно корективно лечение може да бъде много дългосрочна или да даде траен лечебен резултат.

Втората категория на компенсаторни модели включва инхибиране на рефлексните реакции, свързани с флексия и екстензия в най-големите стави, както и с краткотрайни мускулни контракции, които обикновено траят до 20 секунди (а понякога и повече).

Една трета категория на компенсаторни модели се асоциира с патологични неврологични симптоми в резултат на травма или интензивни квазистатични движения. Тези увреждания най-често се характеризират с промени в рефлексните дъги и може да продължат за дълъг период, съчетани с

модели на мускулна хипертоничност. Най-често се касае доувреждания на ТМС и вероятно наранявания на меките тъкани. Тези модели често са свързани с хронична и/или остра болка, неспецифични болки в лицевочелюстната и краниосакралната област. Те могат да бъдат елиминирани чрез нови форми на лечение като тригерна точкова терапия, транскутанна електронна нервна стимулация и др. (алопецията).

Фиг.1



Клиничен случай от категория 1

Пациентката Т.И.Б. на възраст 16 години, добро общо здраве, малоклузия (Engle) - прогения, генерализиран пародонтит, миофасциална болка и болки в ТМС. Пациентката имаше двойна скулиоза и езкривяване на стойката на тялото вдясно. Фиг.1 Транзиторно представяне на клиничния случай и резултата след приложение на лазерната фотобиомодулация по анализна рентгенови снимки преди и след лечението. Успехът на приложената терапия е оценен чрез карти на мозъка преди и след лечението.

На мозъчната карта вляво отчетливо се вижда огнище на нервна пластичност в червенооранжев цвят. Транзиторното изследване показва изчезването на огнището в мозъка след лечението.

Клиничен случай от категория 2

Пациентката Т.И.Б. на възраст 36 години, добро общо здраве, малоклузия (Engle) генерализиран пародонтит, миофасциална болка и болки в ТМС. Фиг.2 Транзиторно представяне на лечебния ефект на комбинираната биосинергетична лазерна терапия чрез сравнителен анализ по гипсови подели, фотографски снимки и фотосесия преди и след лечението. Направена електрофизиологична оценка на ефекта на лазерното лъчение чрез отразяване на динамиката на електрокорозионните потенциали, пулпната електропроводимост, чувството за болка по визуална аналогова скала (ВАС) и мозъчни карти преди и след лечението.

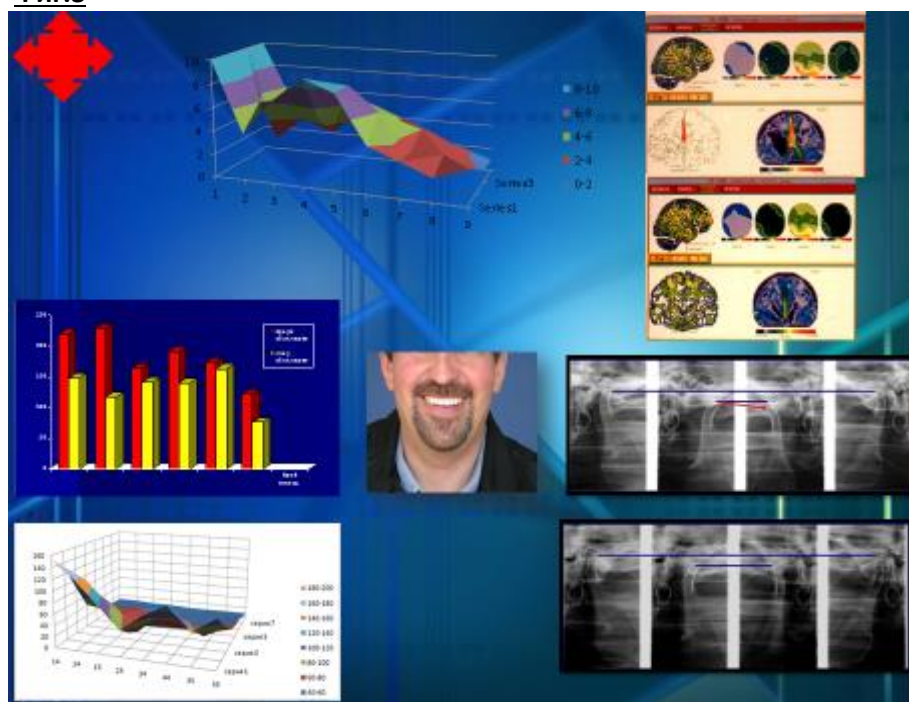


Фиг.2

Клиничен случай от категория 3 Пациент на възраст 46 години : генерализиран пародонтит, лихеноидни изменения по устната лигавица и сублуксация на ТМС.

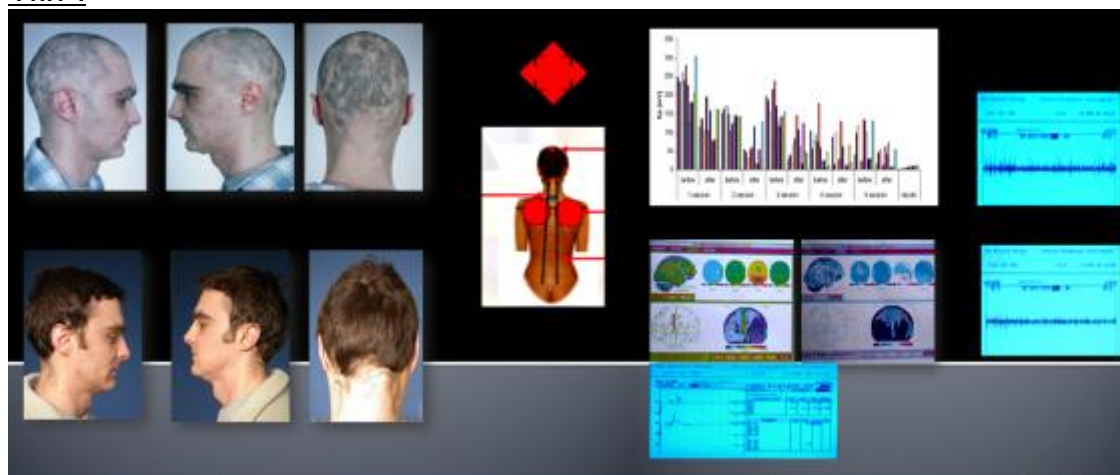
Фиг.3 Транзиторен анализ на лечебния ефект на биосинертичния подход на лазерната терапия : ВАС, електрофизиологични промени в галваничните токове и пулпната проводимост, мозъчни карти и ортопантомографски анализ на позицията на ставните главички преди и след лечението.

Фиг.3



Клиничен случай от категория 4 Пациент на възраст 26 години : алопеция ареата, вторична травма от оклузия, темпоромандибуларни нарушения. Фиг.4

Фиг. 4



На фиг.4 е отразена високата лечебна ефективност на биологичната лазерна медицина чрез транзиторен анализ по фотоснимки, електрофизиологични измервания на корозионните токове и ЕОД, ЕМГ и мозъчни карти преди и след лечението.

Представените клинични случаи са доказателство за високата лечебна ефективност на лазерната терапия и възможностите за нейното широко приложение в ежеднезната лечебна практика.

Иновативни методи – тайният ключ към успеха

Вярна на традицията да бъде лидер в иновациите и да утвърждава нови протоколи и технологии в полза на лекарите по дентална медицина, фирма Ве и Ха България представи пред близо 40 лекари по дентална медицина една от най-добрите биологични терапии в имплантологията, пародонтологията и оралната хирургия, а именно Обогащен на тромбоцити фибрин или PRF. Лектор на събитието беше водещият специалист в областта на хематологията д-р Чавдар Ботев.

CHOUKROUN PRF е иновативна центрофуга, която в условията на обща дентална практика способства за извличане на кръвна субстанция с широко клинично приложение. Освен в денталната имплантология, плазмата, богатата на растежни фактори намира широко приложение и в други области на медицината: ортопедия и травматология, спортна медицина, козметична хирургия и лицева регенерация, пластична хирургия, орална и лицево-челюстна хирургия, офталмология, дерматология, гинекология, неврохирургия. Плазма, богатата на тромбоцити или фибринов матрикс, богат на тромбоцити и левкоцити се използват за локално освобождаване на тромбоцитни растежни фактори, които имат способност за контрол на жизнени функции, свързани с възстановяването на тъкани. В циркулация са огромно разнообразие на имена и абривиатури, следствие на различните концепции и патентовани протоколи за работа на различните фирми производители на медицинска апаратура.

През 2001 година Joseph Choukroun представя така наречения A-PRF - Choukroun's method. Той се възприема като златен стандарт при използването на техники за добиване на кръвни концентрати.

За получаването на кръвен продукт с отличителни качества са ключови няколко фактора: времето от взимането на кръвта до поставянето на епруветките в центрофугата, специфичната ангулация на оста на поставянето на епруветките в жака на центрофугата, оборотите, както и времетраенето на центрофугирането. Всички тези съществени фактори са заложили в проектираната центрофуга, предлагана от Ве и Ха България. Според J.Choukroun - PRF (Platelet Rich Fibrin) протоколът, патентован от него, води до получаването на автогенен тромбоцитен концентрат, който съдържа тромбоцити, левкоцити и растежни фактори в здрава фибринова матрица. Левкоцитите са важни при процеса на заздравяване - защитават срещу външни патогени, освобождават растежни фактори, които са важни в тъканната матурация и ремоделиране (TGF- β 1, VEGF) и освобождават растежни фактори в отговор на тъканното оздравяване.

Протоколът за работа при добиване на PRF е следния:

- Кръвта се изтегля в 10 мл. епруветки без антикоагулант
- Центрофугира се на 2700 rpm (оборота в минута) за 12 минути

Спецификите на протокола може да научите от регулярните обучения, които Ве и Ха България организира за лекари по дентална медицина, които искат да прилагат този клиничен метод. Богатите възможности, които дава използването на CHOU CROWN PRF в ежедневната практика, ще разшири полето на действие в различни клинични ситуации и ще даде възможност за развитие на клиничните услуги в практиката ви.



Д-р Чавдар Ботев представя пред близо 40 лекари по дентална медицина една от най-добрите биологични терапии, а именно Обогащен на тромбоцити фибрин или PRF

Операция на живо



Участниците в курса наблюдават операцията на живо



Практическа работа с CHOU CROWN PRF центрофуга



ПРЕМОДЕЛИРАНЕ НА НОС С ФИЛЪРИТЕ APRILINE

Д-р Пресиян Параскевов

Неоперативната ринопластика за козметични цели чрез инжектиране на филъри с хиалуронова киселина има нарастващата популярност. Тази нежна и неинвазивна хирургична алтернатива е особено подходяща за използване при коригиране на малки дефекти и несъвършенства на носа, както и за предотвратяване и лечение на стареене. Тя е подходяща и като първа стъпка за тези, които обмислят хирургична корекция.

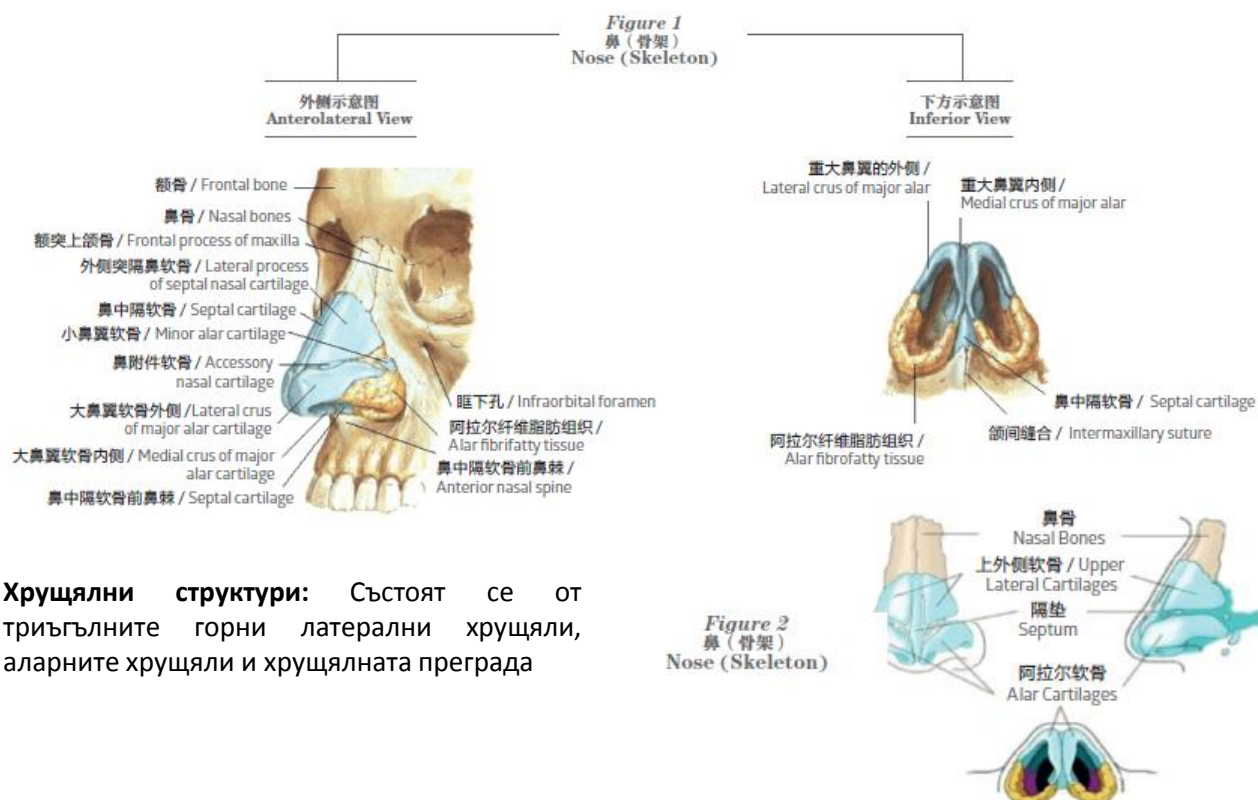
Въпреки че пре моделирането с помощта на продукти като филърите с хиалуронова киселина на Apriline е лека и сравнително проста процедура, специалистът, който я извършва, трябва да има задълбочени познания по анатомия на назалната област и заобикалящите я структури, както и да е усвоил добра техника на инжектиране, за да не допусне възникването на усложнения.

В тази статия на първо място ще направим преглед на анатомията на назалната област и връзката ѝ със заобикалящите я структури, и чак след това ще се обърнем към естетичните концепции, определящи „съвършенството“ и симетрията в назалната област. Накрая ще обясним подробно как и къде специалистът трябва да инжектира продукта.

Анатомия на назалната област

Описание на отделните части на назалната област и на функционалните единици от хирургическа гледна точка:

Костни структури: Двойката носни кости е захваната за върха на челната кост. Т. нар. „назион“ е мястото, където двете носни кости се срещат с челната. Носните кости образуват издигнатата твърда част на носа. Те придават формата на горната част на носната пирамида и може да произхождат от подутина. В горната си част носната преграда се състои от перпендикулярна етмоидална равнина. Ралникът се намира зад и под нея, като образува атрезия на хоаните, която се отваря към назофаринкса. Носните кости позволяват свързването на триъгълния хрущял към горния латерален хрущял.



Хрущялни структури: Състоят се от триъгълните горни латерални хрущяли, аларните хрущяли и хрущялната преграда

Меки тъкани: Състоят се от кожата, назалното покритие (лигавицата) и мускулите на носа.

¹ Кожата на носа се разделя на три части:

Горна част: дебела и сравнително еластична кожа.

Средна част: най-тънката и най-малко еластична кожа, прилепнала към поддържащата структура

Долна част: по-дебела кожа и по-склонна към себорея, прилепена директно върху хрущяла.

¹ Носната лигавица е изградена от плоскоклетъчен епител в носното преддверие, чиято тъкан след това преминава в колонен респираторен епител, богат на серомукозни жлези.

¹ Носните мускули играят важна роля при дишането като повдигат.

Съществуват четири функционални мускулни групи, свързани в повърхностната мускулно-апоневрозна система (SMAS)*:

¹ Група повдигащи мускули – включва мускула m. procerus (бел. прев. плоско мускулно снопче, което започва от носните кости, върви нагоре и се залавя за кожата между веждите) и мускула m. levator labii superioris alaequae nasi (бел. прев. повдига средната част на горната устна и разширява ноздрите).

¹ Група отпускащи мускули – включва аларния носен мускул и мускула m. depressor septi nasi (бел. прев. дърпа носната преграда надолу)

¹ Група компресорни мускули – включва мускула m. transverse nasalis.

¹ Група разширителни мускули – включва мускула m. dilator naris, който разширява ноздрите

Всички тези мускули се инервират от лицевия нерв. Чувствителността произлиза от петата черепна двойка, челюстно разклонение V2 и очен нерв V1 за колумелата.

Носът се кръвоснабдява от лицевата артерия, която започва от външната каротидна (сънна) артерия, преминава в ъгловата артерия, дорзалната артерия, външната носна артерия и аларните разклонения, снабдяващи носните крила. Очната артерия, разклоняваща се от вътрешната каротидна артерия, кръвоснабдява носа през предните етмоидални артериални разклонения. Венозната и лимфната мрежа работят съвместно с артериите, които се срещат при лицевата вена и вътрешната югуларна вена.

Естетични концепции, определящи стандартите за „съвършенство“ и симетрия в носната област

Съществуват няколко концепции, които определят естетичното „съвършенство“. Шийн описва две симетрични криви, тръгващи от горния орбитален ръб към носните крила, които трябва да бъдат налице, за да се запази хармоничния вид на лицето. Носната пирамида трябва да остане в средната една трета част на лицето.

В пластичната хирургия структурата на носа е разделена на 6 естетични единици (Бъргет и Меник), което позволява постигането на концептуално единство при подхода към работата в областта на носа.

3. хемилобен сегмент

4. сегмент на триъгълника от меки тъкани

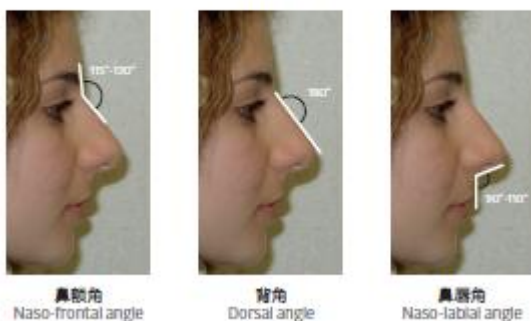
5. сегмент на носните крила

6. сегмент на колумелата

Преди извършването на процедура на носния профил с филъри, е необходимо да бъде направен внимателен анализ на носните деформации, характерни за конкретния пациент. Оценката на носния профил трябва да вземе предвид специфичните ъгли, които могат да бъдат изчислени с помощта на снимките на лицевия профил на пациента. Анализът на тези ъгли е от изключително голямо значение за планирането на правилната процедура с филъри. Познаването на правилните размери на ъглите и точните съотношения между различните ориентири е съществен елемент от успешното планиране на процедурата с филъри на основата на хиалуронова киселина за носната пирамида.

Трите основни ъгли, които трябва да се вземат под внимание са (Фигура 3):

Figure 3
用于评估鼻部特性的主要角度。
Main angles used to assess
the characteristics of
a nasal profile.



1. Назофронтален ъгъл: Той трябва да е между 115° и 130°. Образова се между допирателната линия, прокарана по продължение на глабелата (линията между глабелата и назиона) и допирателната линия,

прокарана по продължение на горната част на носния гръб (линията между назиона и риниона). Ако този ъгъл бъде разширен, това ще доведе до т.нар. „гръцки“ тип нос, в който удължаването на носа не води до естетическо подобрене.

2. **Дорзален ъгъл:** Той трябва да е 180° . Описва се като линията, свързваща централната част на дорсума (гърба) с назиона и линията, свързваща централната част на назиона с върха на носа. Ако този ъгъл надвишава 180° , това означава, че мостът на носа има гърбица; ако е по-малък от 180° , дорсумът е вдлъбнат.
3. **Назолабиален ъгъл:** Това е пресечната точка на вертикалната част на горната устна и колумелата. Той трябва да бъде между 90° и 110° . Ширината му определя посоката на върха. В действителност, колкото по-малък е ъгълът, толкова по-надолу сочи върхът, и колкото по-голям е ъгълът, толкова по-нагоре сочи върхът. Следователно трябва да вземем под внимание този ъгъл, когато искаме да завъртим върха на носа нагоре.

Други съществени ориентери (Фигура 4), които трябва да бъдат взети под внимание при анализа на профила на носа включват:

Корен (основа): Мястото на преминаване от глабелата към носа. Това е началната точка на носния гърб. За да избегнем оформянето на „гръцки“ нос е важно коренът винаги да е оттеглен назад от предната линия, т.е. линията която минава периферно на челото.

Figure 4
鼻部标记点
Nasal landmarks



Супраринион: Частта от гърба на носа, която е разположена над риниона.

Ринион: Мястото на костно-хрущялно свързване на носния гърб.

Инфраринион: Частта от гърба на носа, която е разположена под риниона.

Суправърх: Частта от гърба на носа, непосредствено над върха. Обикновено представлява лека вдлъбнатина, разположена между инфрариниона и върха на носа.

ая на носа. Най-издадената точка.

Инфравърх: Частта непосредствено под върха.

Колумела: Частта, която свързва инфравърха със субназалната точка.

Субназална точка: Мястото, където се срещат носът и горната устна.

Зоните, които мога да бъдат променени с инжектиране на филър, са различни при отделните хора, като могат да бъдат приложени различни техники. Корекцията може да се извърши или с Apriline Normal (стандартно действие), или с Apriline Forte (силно действие). Продуктите APRILINE® (Suiselle, Швейцария) са еднофазни, хомогенни, стерилни апиногенни гелове с висока пластичност и концентрация на хиалуронова киселина от 23 мг/мл.

APRILINE® съдържа биосинтетична хиалуронова киселина, модифицирана съгласно технологията A.P.R.I. Омрежването на хиалуроновата киселина във филъра APRILINE® NORMAL е 9%, докато омрежването на хиалуроновата киселина във филъра APRILINE® FORTE е 14%.

На лекарите с по-малък опит препоръчваме използването на Apriline Normal, който е с по-малко повдигнато G и е по-лесен за употреба.

Корен (основа): Целта на обработването на тази зона е разширяване на фронтоназалния ъгъл и изместването на корена на носа напред. Тези две промени спомагат за изправянето на горната част на дорсума. Инжектирането се прилага чрез поставяне на иглата под ъгъл от 45° до докосване на носната кост и инжектиране на малък болус (0,1-0,2 мл) от продукта Apriline Normal или Forte. Не забравяйте да не прекалявате с корекцията на тази зона, за да не причините изглед на т.нар. „гръцки“ нос.

Супраринион: Инжектирането на Apriline в тази част на гърба на носа помага за изправяне на гърба на носа, прикривайки носната гърбица. Иглата се въвежда, краниално на риниона, на мястото, където свършва гърбицата, и с преминаването към периостеалната равнина се въвежда цялата дължина. В тази точка можете да инжектирате Apriline с ретроградна линейна технология. Препоръчва се инжектирането на малки количества от филъра (0,05-0,1 мл).

Инфраринион: Филърната инжекция в тази зона също помага за прикриване на гърбицата. Корекция на инфрариниона обикновено се налага, когато гърбицата е доста ясно изразена. Процедурата се извършва по начин, аналогичен на описания за супрариниона. Този път обаче Apriline се инжектира в долната част на носния гръб, каудално на гърбицата. Внимавайте да не инжектирате филъра на нивото на суправърха, който винаги трябва да бъде леко вдлъбнат спрямо гърба на носа.

Върх: Върхът може да бъде издаден по-напред с инжектиране на Apriline. В тази зона филърът се инжектира под дермата на кожата, в клетъчния слой между дермата и аларния хрущял. Препоръчваме подкожна имплантация, а не интрадермална, за да се избегне риска от исхемия на кожата. Иглата се въвежда в зоната на инфтравърха докато върхът достигне зоната между свода на аларните хрущяли. Инжектирайте 0,05-0,1 мл,

като внимавате да не причините изibelване на покриващия слой кожа. Ако това се случи, преустановете процедурата.

Колумела: Инжектирането на Apriline между медиалния кръс и аларните хрущяли ви позволява да осигурите по-добра опора за върха на носа като го завъртите нагоре. Иглата се въвежда в зоната на инфравърха и между двата медиални кръса. Инжектирайте 0,05-0,1 мл по ретрограден линеен метод.

Субназална точка: За да разширите назолабиалния ъгъл, може да инжектирате Apriline на препериостеално ниво при субназалната точка. Иглата, насочена под ъгъл от 45°, се въвежда докато докосне носния гръбнак и на това ниво се инжектира малък болус от филъра (0,05-0,15 мл).

Комбинацията от описаните инжекционни техники позволява да промените ефективно носния профил (Фигури 5-7).

Figure 5
图3: 案例1- 通过在上鼻腱点和下鼻腱点线性填充注射处理, 恢复鼻背部的线性。
Case 1- treated using linear injections of filler at the supra-rhinion and infra-rhinion to restore the linearity of the dorsum of the nose.



前 / 后
Before / After

Figure 6
图4: 案例2 - 经过注射处理的上鼻腱点, 下鼻腱点, 鼻尖, 鼻小柱和鼻下点。处理后, 注意背部的线性, 鼻尖的上抬和鼻侧角的增大。
Case 2- treated using injections at the supra-rhinion, infra-rhinion, tip, columella and subnasal point. After treatment, it is possible to note the linearity of the dorsum, the rotation of the tip and the increase in the nasolabial angle.



前 / 后
Before / After

Figure 7
图5: 案例3- 经过注射的上鼻腱点, 下鼻腱点, 鼻尖, 鼻小柱和鼻下点。处理后对驼峰的校正和鼻侧角的增加有着明显的效果。
Case 3- treated by injections at the supra-rhinion, infra-rhinion, tip, columella and subnasal point. After treatment the correction of the hump and the increase of the nasolabial angle are evident.



前 / 后
Before / After

Често не е необходимо да действате във всички зони, а само в някои от тях. Винаги внимавайте да не допуснете вътрешносъдово инжектиране, за да не причините сериозни емболични последици.

Опасни за инжектиране зони са: носните крила и върха, поради ниското ниво на разтегливост на кожата; деликатното кръвоснабдяване на хрущялната пирамида с риск от кожна некроза в тази зона; назопалпебрален канал и глаберален с риск от вътрешносъдово инжектиране в тази зона.

AXIS  SWISS QUALITY



СДРУЖЕНИЕ НА БЪЛГАРСКИТЕ ЗЪБОЛЕКАРИ

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

тел. 02/9875792, 0887 483891

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

До

Българска индустриално-стопанска асоциация БИСА

Становище на Управителния съвет на СБЗ относно проект за бюджет 2017 г. на НЗОК

Уважаеми партньори,

във връзка с изпратеното от вас писмо от 17.10.2016 г., СБЗ на заседание на УС, проведено на 20.10.2016 г., излага следното становище:

В предвидения бюджет за 2017 г., да бъде заложено цялостно покриване на денталното лечение на деца до 18 г. включително, както и да се предвидят средства за профилактика и превенция.

Това е позицията, която СБЗ е заемало през всички предишни години при изготвянето на бюджета на НЗОК.

Считаме, че направените предложения за преглед, обтурация, екстракция и лечение са крайно унизителни за лекарското съсловие като възнаграждение и няма да допринесат за подобряване на здравния статус на подрастващи и възрастни пациенти.

P.S. В случай , че представлява интерес, можем да развием нашето становище в проекто-програма за начина и усвояването на предвидените средства за дентално лечение.

С уважение,
д-р Анатоли Кънев
/ председател на СБЗ /

КУРС ЗА РАБОТА С РЕНТГЕН

Уважаеми 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. Курсът е 3-дневен и се провежда в НЦРЗ –София.

Желателно е да направите заявка 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)

ПАРТНЬОРСКО СПОРАЗУМЕНИЕ



САМОСТОЯТЕЛНА МЕДИКО - ДИАГНОСТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ

КАНДИЛАРОВ



Управителният съвет на СБЗ информира своите членове, че през юли 2016 г. постигна партньорско споразумение със 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 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.

Управителен съвет на СБЗ