

# ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА



СТОЛИЧНА  
РАЙОННА  
КОЛЕГИЯ  
НА БЪЛГАРСКИЯ  
ЗЪБОЛЕКАРСКИ  
СЪЮЗ



БЪЛГАРСКО  
НАУЧНО  
ДРУЖЕСТВО  
ПО ДЕНТАЛНА  
МЕДИЦИНА

Вестникът на Столична Районна Колегия на БЗС

БРОЙ 49, ДЕКЕМВРИ 2020 г., ГОДИНА XV

РАЗПРОСТРАНЯВА СЕ БЕЗПЛАТНО

## Актуализиране на членството към СРК на БЗС – изцяло онлайн за минути



*Поради засилените мерки за сигурност СРК на БЗС отваря своя виртуален офис, в който ще можете да извършите бързо и лесно всички обичайни дейности и да избегнете струпването на хора*

**У**важаеми колеги, 2020 г. ни постави в меко казано необичайна ситуация. Натоварената епидемиологична обстановка изисква все по-бързата ни реакция по все повече въпроси на фона на огромната нужда всичко да се решава дистанционно, за да няма струпване на колеги.

Офисът на СРК на БЗС прави всичко необходимо, за да може цялата текуща оперативна дейност, извършвана се до момента в офиса на СРК, да може да се осъществява дистанционно.

Ето защо искаме информацията до вас да достига бързо и да сте осведомени относно новостите, които засягат нашата дейност. Във връзка с това СРК на БЗС създаде възможност за

*актуализиране на членския внос изцяло дистанционно чрез виртуален пос терминал.*

Процедурата е подробно описана на сайта на СРК [bzs-srk.bg](http://bzs-srk.bg), отнема само няколко минути и вече се използва от много колеги. Можете да направите плащането, използвайки номера на вашата банкова карта от всяка точка с достъп до Интернет, а удостоверението за актуализирано членство ще получите на имейла, който сте посочили при регистрацията.

В тези условия във връзка с бързото достигане на информация за постоянно възникващи новости, изискващи от нас като практикуващи почти мигновени действия, добавяме цялата актуална информация в сайта на СРК. За достигане на повече колеги и популяризиране на „онлайн офиса на СРК“ създадохме и фейсбук съби-

тие, посветено на най-новата информация. Можете да го откриете под името „**Онлайн офис на СРК на БЗС: актуална информация за редовните членове**“.

Чрез тези канали съобщихме на колегите за възникналата екстремна ситуация със записването за първите ваксини срещу COVID-19. Първоначално от нас се изискваше отговор в рамките на по-малко от 24 часа, а именно от 8 декември на обяд до 9 декември по същото време, да предадем списъци с желаещите лекари по дентална медицина да се включат в първия етап от ваксинирането. След изпратени писма, проведени срещи и разговори успяхме да удължим срока до 14 декември на обяд. Поради физическото време за създаване и изпращане на готовия списък всички желаещи колеги можеха да се включат в него до неделя, 13 декември 2020 г. вечерта. Отново цялата оперативна работа на офиса на СРК премина онлайн.

Информация по въпроса за ваксинирането и занапред търсете отново на сайта на СРК. Плащанията на застраховката "Професионална отговорност" също ще се извършват само онлайн, а не присъствено в офиса на СРК. Новини по всички тези въпроси и други изникващи проблеми следете онлайн на [bzs-srk.bg](http://bzs-srk.bg).

Продължава на стр. 2



## Добър човек ли сте?

*Добър човек ли сте? Каква беше последната добрина, която направихте? Кога беше това? Поискахте ли нещо в замяна? Бихте ли помогнали на непознат? Добър човек ли сте?*

**Д-р Димитър Костурков**



**К**азват, че добротата е език, който глухият може да чуе и слепите могат да видят. За добротата не съществуват езикови бариери. Доказателство за това е вдъхновяващата история на група чуждестранни студенти от МУ-София и ФДМ. Тарика Махер от Лондон е студент от 6-ти курс във ФДМ, МУ-София. Тя вярва, че е лесно да бъдеш добър – достатъчно е само да се поставиш на мястото на другия. Въпреки, че според нея направеното добро не е необходимо да бъде обявено публично, добрите дела трябва да стигат до повече хора. Затова тя се съгласи да сподели с какво се занимава във времето извън учебните занятия.

Аз съм част от две различни групи – разказва Тарика. Едната е малка – състои се от 5 момичета. Това са Ясмин Валяла, Праавена Тармасас, Реем Ахмед и Азра Фарук. Всички ние сме чуждестранни студенти в МУ-София, като две от нас са от ФДМ. Запознахме се през 2016 г. в университета и основахме неправителствена организация, която кръстихме Student Aid Drop. По това време никой в университета не се занимаваше с подобна дейност, а ние искахме да правим нещо добро за бежанците в България. Организацията, която стартирахме, имаше основно за цел да подпомага хора в нужда в България. Започнахме да правим благотворителни събития заедно с наши колеги, студенти в МУ-София и да

събираме средства. Основните ни цели са да даряваме хранителни и санитарни продукти на различни групи от нуждаещи се. До момента сме помогнали на бежанците във всички бежански лагери в София, на сираците в Нови Хан, на бежанци в Гърция, дори и на бедни деца и майки в Сомалия, осигурявахме още подкрепа в Шри Ланка и Судан. Мои колеги също представяха Student Aid Drop в Босна, Македония и в Европейския парламент в Белгия. Средствата, които сме събрали, са около 21 000 лв. – много повече, отколкото сме се надявали.

Продължава на стр. 5

## РЕДАКЦИОННО



## Скъпи колеги,

Разгръщате страниците на последния брой на в. „Дентална медицина“ за тази особена за всички 2020 г. Тя донесе много напрежение, нови предизвикателства, трудности, а на някои – дори много болка и тъга. Убедена съм, че всички сме готови окончателно да я изпратим и да надникнем към 2021 г. с надеждата, че тя ще бъде много по-добра. И че ще върне много от изгубените усмивки, поне малко от липсващите срещи с любими и близки хора и достатъчно от изчезналата нормалност.

Обръщаме специално внимание към работата на офиса на СРК, която вече се извършва изцяло онлайн с цел избягване на струпване на колеги във физическия офис. Подробности ще откриете на стр. 1, както и на сайта bzs-srk.bg.

За трети път тази година отделяме място на материал, посветен на пандемията. И докато в края на пролетта тази част от броя беше посветена на това какво представлява новата заплаха и първите съвети за действие в променящите се условия, а летният брой ви разказа за стандартите във Франция при възобновяване на дентална лечебна дейност в условията на пандемия, в настоящото издание ще откриете последни насоки по темата, излязали тази есен. Четете на съседните стр. 2-4.

Въпреки необичайните условия и огромния брой отменени събития, 13-тото издание на Sofia Dental Meeting се проведе при засилени мерки за сигурност. Повече за конгреса четете на стр. 6 и 7, където ще ви срещнем с двама от младите български лектори. Поместили сме интервю с очарователната д-р Адриана Йовчева и една прекрасна и малко по-лична статия от д-р Димитър Костурков за ендодонтията и приятелството.

В рубриката на Oral Academy ще откриете статия на д-р Милен Димитров за апикалната остеотомия. В материала д-р Димитров дава подробности за историята, индикациите и етапите по извършване на процедурата, разширяваща лечебните възможности в различни ситуации (стр. 8-10).

Коледа е. Замисляме се по-често за правенето на добро и за благотворителността в различните й форми. Имаме честта да ви представим материал за чуждестранната студентка във ФДМ-София Тарика Махер, за която правенето на добро е начин на мислене и на живот. Специални благодарности на д-р Димитър Костурков, който взе интервю от нея, за да може тя да ни разкаже повече за работата на организацията на Aid Drop и, може би, да ни накара да се замислим поне за малко за удоволствието от правенето на добро.

Броя завършваме със сладкото включване от Елена Петрелийска, финалист от първото издание на Masterchef Bulgaria (стр. 11). Елена, която като малка е мечтаела да стане зъболекарка, впоследствие поема по друг път. Тя с удоволствие изпрати за броя ни бърза и лесна рецепта (защото вечно сме заети с толкова много неща), с която да подсладим настроението в някоя от дългата поредица празнични вечери.

В навечерието на светлите празници си пожелавам като хора да бъдем малко по-смирени и много по-благодарни за нещата, които често погрешно вземаме за даденост – здравето, близките ни и нещата, които не могат да се купят с пари. Нека критикуваме по-малко за това „какво е можело да се направи по-добре“ в условията на криза и съпричастно да присъстваме все повече в съсловния живот, за да бъдем парченце от промяната и от това, което искаме да се случи. Често при тези, които посочваме с пръст за всички беди, вятърът духа по-силно. Затова пожелавам на всички през 2021 г. като колеги да бъдем по-активни, но и по-разбиращи, по-изискващи от всички институции, но и по-умеещи да се поставяме в чуждите обувки, а защо не и по-задружни.

С пожелание за светло Рождество и една наистина прекрасна 2021 г.,

Д-р Ива Димчева

## Продължава от стр. 1

*Заплащането на членски внос лично в офиса на СРК ще става само ПО ИЗКЛЮЧЕНИЕ и с ПРЕДВАРИТЕЛНО ЗАПИСАН ЧАС по 30 минути на колега, за да няма струпване вътре в офиса.*

Неглижирането и подценяването на тази извънредна ситуация може да доведе до проблем някои колеги ДА НЕ УСПЕЯТ ДА ПОДПИШАТ ДОГОВОР С НЗОК, в случай, че не успеят да актуализират членството си за 2021 г. навреме.

Силно препоръчваме заплащането на членския внос да става чрез виртуалния пос терминал, за който ще научите от изскачащия прозорец в сайта на СРК bzs-srk.bg.

Фейсбук събитието, включващо тази информация, бе създадено поради спешната нужда тя да стигне до членовете на СРК и да бъде видяна навреме. По правило събитията във фейсбук са с максимална продължител-

ност от 2 седмици (в нашия случай от 9 до 23 декември 2020 г.), поради което след изтичане на събитието „Онлайн офис на СРК на БЗС: актуална информация за редовните членове“ ще бъде публикувано второ събитие със същото име за периода на следващите 2 седмици. Надяваме се за това време – от 9 декември 2020 г. до 9 януари 2021 г. – да прескочим евентуалния трап от възможни проблеми и дезинформация на колегите и безопасно за всички да навлезем в новата година подготвени, без излишен стрес.

*Моля, добавете във фейсбук събитието като гости своите колеги, практикуващи в Столична Районна Колегия на БЗС, за да можем заедно максимално да улесним ситуацията за всички.*

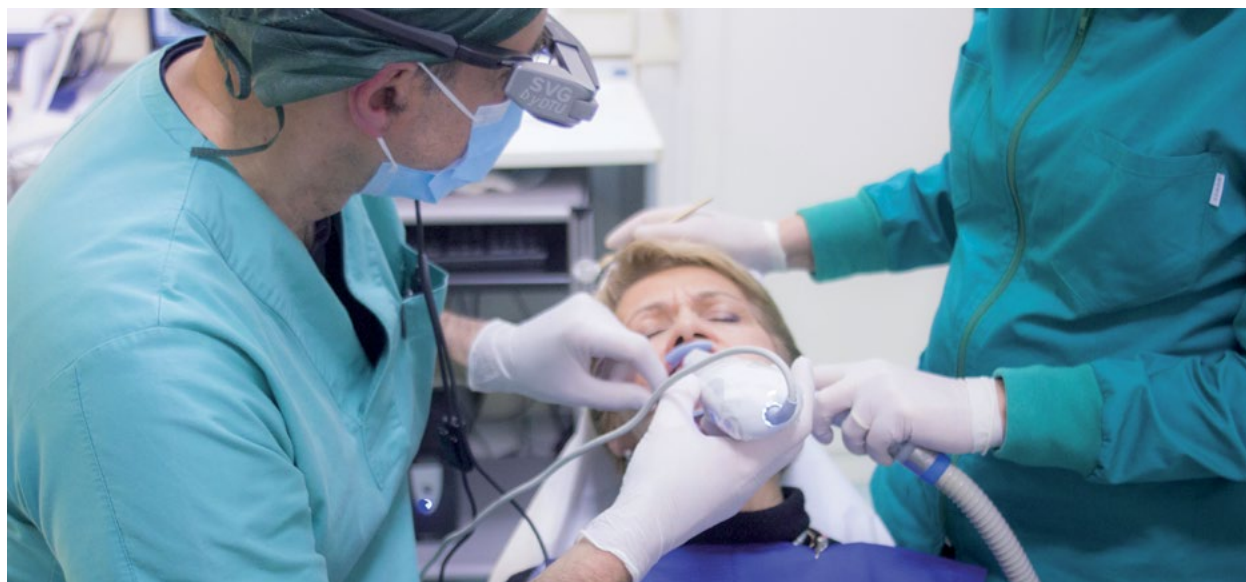
За въпроси офисът остава на разположение по телефон и чрез имейл.

Пазете се и бъдете здрави!

УС на СРК

## COVID-19: превенция и контрол на инфекцията

*в първичната медицинска помощ, сред които общопрактикуващи лекари, дентални клиници и аптеки: първо актуализиране.*



**Н**астоящият документ представлява ръководство за прилагане на мерки за превенция и контрол на инфекцията за медицински персонал в Европейския съюз (ЕС), Европейското икономическо пространство (ЕИП) и Обединеното Кралство, целящи да се предотврати инфекцията с COVID-19.\*

### За кого е предназначен

Медицински специалисти, работещи като общопрактикуващи лекари, спешни медици, лекари по дентална медицина и фармацевти в ЕС, ЕИП и Обединеното кралство.

### Предистория

Към 12 октомври 2020 г. в ЕС, ЕИП и Обединеното Кралство са докладвани 4 121 025 случая на COVID-19, сред които 195 641 смъртни случая. Данните за регистрирани случаи са значително повишени от август 2020 г. Настоящата епидемиологична ситуация в много страни е тревожна, тъй като тя поставя в повишен риск от инфекция с COVID-19 уязвими групи хора (например индивиди с рискови фактори за развитие на тежка форма на COVID-19, възрастни хора) и медицински специалисти, особено от първичната медицинска помощ. Детайлна информация за докладваните досега случаи на COVID-19 е качена на предназначена за целта страница на ECDC.

Мерките за превенция и контрол на инфекцията са от критично значение за функционирането на здравната система на всички нива и за смекчаване въздействието на пандемията върху уязвимото население. Въпреки че справянето с възможните случаи на COVID-19 обичайно се ръководи от националните политики за специфични лечебни заведения, предаването на инфекцията е широко разпространено в повечето страни от ЕС. Като резултат от това, предоставящите грижи в пър-

вичната медицинска помощ в обществото (например общопрактикуващи лекари, зъболекари и фармацевти) са във висок риск от излагане на COVID-19.

В повечето случаи се смята, че коронавируса се предава от човек на човек чрез издишани капчици, които или се вдишват, или се депозират върху мукозни мембрани. Това включва аерозолите, произведени при кашляне и говор. Генериращите аерозол процедури повишават производството на потенциално заразни капчици. Трансмисията посредством контакт със замърсени предмети се смята за възможен начин на предаване, въпреки че не е описан за SARS-CoV-2. За момента култивируем SARS-CoV-2 не е отчетен при изследване на повърхности и предмети в условията на клинична обстановка. SARS-CoV-2 е открит в дихателни и фекални проби. РНК на SARS-CoV-2 е открива в кръвни проби, макар и рядко, но няма доказателство за трансмисия на SARS-CoV-2 по кръвен път. Относителната роля на заразените капчици, предметите и трансмисията на SARS-CoV-2 чрез аерозол, както и възможността за предаването му в различните етапи на заболяването, все още не са напълно изяснени. Ето защо трябва да се проявява особено внимание, съобразявайки всички тези рискови фактори.

Има обаче все повече доказателства за това, че бессимптомните носители или хората с леки симптоми допринасят за разпространяването на COVID-19. Често в момента на лабораторното изследване се потвърждава асимптоматична инфекция. Скорошно проучване на

седем изследвания с малки или никакви разлики оценяват дял от 31% с интервал на прогнозиране от 24 до 38%. Виралният товал и вероятността за култивиране на SARS-CoV-2 са отчетени като сходни при симптоматични и асимптоматични индивиди в две изследвания. Това показва, че асимптоматичните хора представляват важен източник за трансмисия на SARS-CoV-2.

Нещо повече, добре документирана е вероятността за трансмисия на SARS-CoV-2 по време на стадия преди изява на симптомите на COVID-19. Няколко проучвания показват, че вторичната трансмисия на индексния случай може да се случи до три дни преди изявата на неговите симптоми. Пропорцията на трансмисията преди изявата на симптоми на фона на всички случаи

на трансмисия на индексния случай е оценена на 37% (95% доверителен интервал (CI) 16–52%) и 44%.

Поради значението на асимптоматичните и пре-симптоматичните случаи на трансмисия на COVID-19, СЗО препоръчва зоните с обичаен повишен риск от трансмисия на COVID-19 като болници и кабинети, в които лекари и специалисти по здравни грижи работят в клинична среда, непрекъснато да се носи медицинска маска по време на рутинните дейности в продължение на цялата смяна.

Скорошен систематичен анализ и мета-анализ оценяват, че респираторите FFP2/3 могат да имат по-силен протективен ефект в сравнение с хирургичните медицински маски. Това заключение обаче е основа-

но на ограничен брой наблюдателни изследвания и авторите му придават ниско ниво на сигурност. Така остава все още неясно дали респираторите FFP2/3 предоставят по-добра защита от медицинските маски срещу коронавируса и други вируси, причиняващи дихателни проблеми като този на грипа. Ето защо трябва да бъде използван с приоритет рационален подход при използването на лични предпазни средства (ЛПС) при възникване на широко разпространение на инфекцията и недостиг на ЛПС. Респираторите FFP2/3 трябва да се използват с приоритет по време на дейности, при които е налице повишен риск от трансмисия на SARS-CoV-2, каквито са аерозол-генериращите процедури.

## Общо ръководство за превенция и контрол на инфекцията

Следните мерки трябва да бъдат взети предвид от всички медицински специалисти, които продължават да работят с пациенти.

### Обучение

**Целият персонал, работещ в практики за общо-практикуващи лекари, дентални кабинети/клиники и аптеки трябва да бъде информиран и обучен от:**

- техниките, начините и честотата на измиване на ръцете;
- мерките за дихателна хигиена;
- употребата на ЛПС;
- правилата за спазване на физическа дистанция;
- мероприятията за почистване и дезинфекция;
- клиничните симптоми на COVID-19 (кашлица, температура, възпалено гърло, болки в мускулите, обща слабост, затруднения в дишането, диария, виене на свят и повръщане, загуба на вкус и/или обоняние).
- риска от трансмисия на COVID-19 от асимптоматични и пре-симптоматични индивиди;
- всички вътрешни процедури, свързани с COVID-19, включително мероприятията, които трябва да се изпълняват, когато се идентифицира потенциален случай (пътища за потвърдените/потенциалните случаи, които по възможност да не се пресичат с тези на персонала и непотенциалните случаи).
- инструкции за самоизолация при изява на симптоми на COVID-19.
- Трябва да се провежда обучение на нов персонал и опреснително обучение на действащия персонал относно гореизброените точки.

### Мерки за превенция и контрол на инфекцията

- В групови частни и обществени медицински практики се препоръчва избиране на човек, отговорен за спазването на мерките за превенция и контрол на инфекцията. Трябва да бъдат разработени локални процедури за превенция и справяне с COVID-19, които да бъдат достъпни за целия персонал.
- Трябва да съществува механизъм за актуализиране

на тези процедури в съответствие с най-новите препоръки и доказателства, а също така и процедура за комуникация с целия персонал, която да го информира за настъпилите промени в протоколите.

- По възможност поставете стъклени или плексигласови панели, например на касите в аптека, на рецепциите в клиниките или в стаите за консултации, като защита от издишани капчици. Ако това не е възможно използвайте лицеви шлемове за защита на очите. Инсталирането на стъклени/плексигласови панели или шлемове/визьори не освобождава пациентите и медицинските работници от спазването на физическа дистанция и от употребата на маски, когато това е необходимо (вижте по-долу).
- Физическата дистанция (най-малко 1,5 м, а най-добре 2м) трябва да се спазва между персонала и пациентите/клиентите, например в аптеките или на рецепциите в практики на лични лекари и дентални клиники. Може да се направи маркировка на пода, която да показва физическото разстояние, което трябва да се спазва.
- Употребата на лицеви маски от пациенти/клиенти и от здравния персонал трябва да се спазва във всички възможни моменти като средство за контрол на инфекцията и лична защита. Особено важно е за лична защита маски да носят индивидите от уязвимите групи, например по-възрастните или тези с придружаващи заболявания.
- Хигиената на ръцете трябва да се извършва от медицинския персонал, пациентите и клиентите достатъчно често и щателно. Лесният достъп до приспособления за измиване на ръце, еднократна хартия за подсушаване и разтвори или гелове за дезинфекция на спиртна основа трябва да бъде осигурен и видим на няколко места. Добре е на видно място да има плакати и знаци за хигиена на ръцете и това как тя да се извършва правилно (например при влизане, в приемната, в тоалетните).
- Дихателната хигиена, включително подходящият етикет за кашляне, трябва неизменно да се спазва. Това включва кашлянето и кихането в кърпичка или в сгъватката на лакътя. Ако е използвана кърпичка, тя трябва да бъде изхвърлена внимателно след еднократна употреба, след което ръцете да бъдат измити.

- Трябва да има налични ЛПС в достатъчни количества и размери.
- Често докосваните повърхности следва да бъдат редовно почиствани с неутрален препарат.
- Повишеният брой обмени на въздуха за час би намалил риска от трансмисия на SARS-CoV-2 в затворените помещения. Това може да бъде постигнато с естествена вентилация (например отваряне на врати и прозорци) или чрез механична вентилационна система, в зависимост от условията.

### Съображения за персонала и работното място

- Извършете оценка на нуждите въз основа на описаните по-горе мерки. Ако е необходимо, може да се обмисли увеличаване на персонала с цел справяне с пациентопотока. Съкращаването на персонала може да повлияе върху нивата на стрес на останалите и върху възможността за спазване на мерките. Ето защо трябва да има план за справяне с работно претоварване в очакване на това някои колеги да имат нужда да излязат в болничен.
- На персонал, изявяващ симптоми, отговарящи на тези на COVID-19, трябва да бъде позволено да спре работата или да не се явява физически, да се самоизолира вкъщи и да се свърже със здравните служби, например за тестване при влошаване, в съответствие с национално утвърдените практики.
- Нуждата от поддържането на психическото здраве на персонала също трябва да бъде взета под внимание.
- Където е възможно трябва да се обмисли организация и възлагане на дистанционна работа чрез видеовръзка, заедно с това персонала да се снабди с оборудването, необходимо за работа от разстояние.
- Персонал, чието присъствие не е абсолютно необходимо за работата на клиниката или практиката, а също така и членове на екипа в карантина, които иначе се чувстват добре и могат да работят, могат да бъдат насочени към изпълнение на консултации чрез телемедицина.
- Персонал с придружаващи заболявания (имунодефицит, диабет и т.н.) трябва да бъде насочен към изпълнение на дейности с малък или никакъв контакт с па-

ВЕСТНИК

## ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

### РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ:

**Главен редактор:**

проф. Милена Пенева

**Отговорен редактор:**

д-р Ива Димчева

**Зам. главни редактори:**

проф. Снежанка Топалова-Пиринска,

д-р Бисер Ботев

**Членове:**

д-р Олег Гладков,

д-р Ивайло Методиев

**Реклама:**

д-р Румен Илиев,  
0898 608260

**Предпечат:**

Антоанета Ламбер

**Печат:** Алианс принт

**Тираж:** 3300 броя



Изданието достига до всички редовни членове на БЗС в София.

Редакцията не носи отговорност за съдържанието на публикуваните авторски материали, реклами и обяви



ДА ТРАНС ООД  
управление на отпадъци









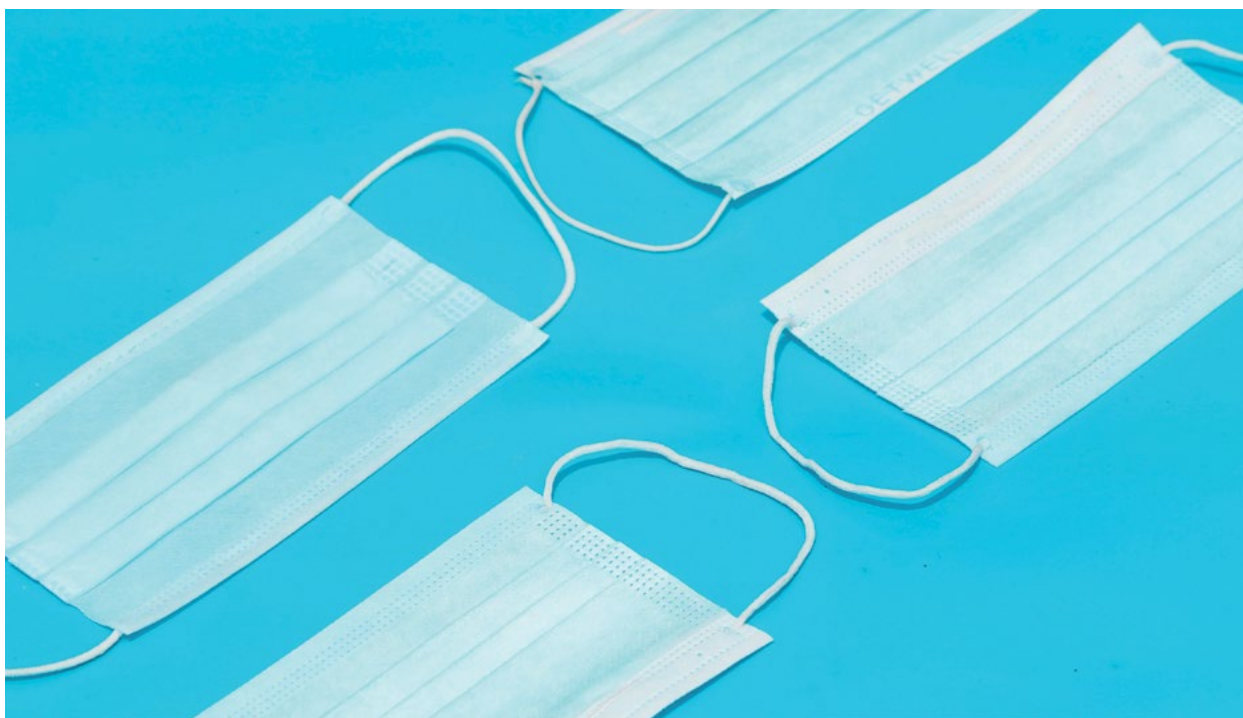
Подарък контейнер при сключване на годишен договор. Различни видове договори съобразени с потребностите на нашите клиенти.

ON-LINE заявки за извозване на отпадъци. 24/7. Безплатно изготвяне на годишни отчети. Високо качество на предлаганите услуги. АМАЛГАМА - контейнери и договори. Изготвяне на Работни листа за отпадъци.

Нови допълнителни услуги за улесняване на нашите клиенти. Извозване на отпадъка. гарантирано до 72 ч.

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

10 ГОДИНИ В УСЛУГА НА БЪЛГАРСКИЯТ ЛЕКАР



циенти/клиенти (например отговаряне на телефонни обаждания, имейли и извършване на онлайн консултации), доколкото това е възможно.

- Трябва да се стимулира използването на електронни устройства (компютризиране на процедури, телемедицина), сензорни устройства, администрация без излишна хартиена документация и въвеждане или ревизия да процедури, намаляващи физическия контакт с пациенти/клиенти – без, разбира се, компрометиране на качеството на извършваните услуги. Събраните данни трябва да съответстват на GDPR (General Data Protection Regulation 2016/679 [30]) на Европейския парламент и Съвет от 27 април 2016 г., защитаващ хората по отношение на обработването на личните им данни и тяхното свободно движение.
- Трябва да разполагате с план за следене и контрол на ключовите консумативи (ЛПС, почистващи и дезинфектиращи материали, гел-дезинфектанти на основата на спирт и други), за да се избегне злоупотреба и разхищение на ограничавания ресурс.
- По възможност материалите, предметите и устройствата трябва да бъдат съхранявани по начин, който улеснява допълнителното почистване на повърхностите, например в чисто помещение за съхранение. Персоналът трябва да бъде информиран за това.

### Дентални кабинети и клиници

Следващите съвети целят да очертаят принципите за развиване на индивидуализирано ръководство за клиничните процедури, целящо да се намали риска от трансмисия на COVID-19 в денталните кабинети и клиници.

#### Преди пациентът да пристигне

- Възможността да се отложи рутинното дентално лечение трябва да се взема под внимание в общности с високо разпространение на COVID-19, поради риска от предаване от асимптоматични и пресимптоматични пациенти. Когато това е възможно, пациентите трябва да избягват да посещават зъболекар ако имат симптоми, припокриващи се с тези на COVID-19.
- Ако посещението е наложително, на пациентите трябва да се казва предварително да се свързват с денталния кабинет/ клиника, за да се избере най-подходящото лечение. Пациентите трябва да идват само със записан час. Посещението трябва да се фиксира с адекватно време между тях, позволяващо да се намалят до минимум контактите между пациенти в приемната.
- Отделно трябва да бъдат приемани пациентите, показващи симптоми, приличащи на тези на COVID-19, които са с неотложна нужда от дентално лечение. Тяхното приемане трябва да се изпълнява със стриктни протоколи и процедури.
- Пациентите трябва да бъдат информирани за признаците и симптомите на COVID-19 още преди посещението. Те трябва да имат информация относно мерките за намаляване на риска от инфекция. Трябва да бъдат обмислени специални стратегии за комуникация при пациенти с рискови фактори за развитие на тежка форма на COVID-19.
- Всички пациенти трябва да бъдат разпитани още по

телефона преди да посетят денталния кабинет/клиника. Трябва да има протокол в случай, че не е провеждано такова телефонно интервю (да се задават въпроси за наличие на симптоматика, спешност на посещението и т.н.)

- Пациентите не трябва да идват с придружители, освен ако това не е наложително, например ако са трудноподвижни. Те трябва да знаят, че не трябва да бъдат придружавани при пристигането си на рецепцията.

#### По време на дентално лечение

- При посещение на дентална клиника пациентите трябва да продължат да спазват социалната дистанция, стоейки на 1,5 м от други пациенти в случай на изчакване. Най-добрият вариант е във всеки един момент да има само по един пациент, който да изчаква.
- В зони с висок брой заразени хора пациентите трябва да слагат маска още при влизане в сградата, както и във всички общи помещения на денталните кабинети.
- Препоръчваният комплект ЛПС за персонала, който се грижи за провеждането на денталното лечение включва:
  - FFP2/3 респиратор<sup>1</sup> или медицинска маска при недостиг на респиратори;
  - добре прилепващи очила или лицев шлем;
  - ръкавици;
  - защитно непромокаемо облекло с дълги ръкави.
- FFP2/3 респираторите трябва да се използват приоритетно за:
  - аерозол-генериращи процедури<sup>2</sup>;
  - когато се оказват грижи за пациенти, които показват симптоми, подобни на тези на COVID-19, чието лечение не може да бъде отложено;
  - когато се полагат грижи за пациенти, които съжителстват с потвърдени или потенциални носители на COVID-19.
- Изборът между маска FFP2/3 и хирургична маска трябва да бъде направен въз основа на оцененния риск в контекста на местното разпространение на COVID-19 и вида на процедурата.
- Трябва да се намалят и избягват аерозол-генериращите процедури при рискови пациенти и при възможност да се прилагат алтернативни процедури, които не водят до образуването на аерозол.

Когато лечението не може да бъде отложено, рискът може да бъде намален чрез използване на кофердам, мощна аспирационна система и/или планиране на аерозол-генериращите процедури в графика така, че да бъдат добре приложени всички протоколи за почистване, проветряване и дезинфекция.

- Ако се установят възможни за COVID-19 симптоми при пациент по време на дентално лечение, вземането на решение за поведение трябва да следва препоръките на националните и локалните професионални организации.

#### След като пациентът си тръгне

- ЛПС трябва да бъдат внимателно свалени от персонала, следвайки стриктно правилна последователност и процедура.

- Защитните средства, които не са еднократни, трябва да бъдат дезинфектирани спрямо инструкциите на производителя.
- Ако се извърши процедура, генерираща аерозол, помещението трябва да бъде вентилирано по естествен или механичен начин преди влизането на друг пациент. Методът и степента на необходимата вентилация зависи от вида на денталното лечение, наличието на анти-аерозол апарати (неутрализиращи аерозола апарати), размера на стаята и наличието на прозорци.

Ако разполагате с механична вентилационна система, препоръките са да обменяте въздуха 6 до 10 пъти на всеки час. Когато не е налична подобна система, помещението трябва да бъде проветрявано по естествен начин на равномерни интервали от време с продължителност, съобразена с кубатурата на стаята, броя отваряеми врати и прозорци, външната температура и силата на вятъра. Стриктно спазване на вида и продължителността на проветряването преди всеки следващ пациент трябва да следва националните препоръки или съветите на регионалните здравни служби.

Подобно, често докосваните повърхности или предмети в помещението трябва внимателно да бъдат почиствани и дезинфектирани преди да се покани да влезе следващия пациент.

Подът и често докосваните повърхности в лечебните кабинети, в които е бил пациент с потвърден случай на COVID-19, трябва да бъдат почистени внимателно с неутрален препарат, след което да бъдат обработени с вируциден дезинфектант. Важно е да използвате само лицензирани продукти с вируцидна активност. Като алтернатива може да се използва 0,05%-0,1% разтвор на натриев хипохлорит или разтвор на домакинска белина в съотношение 1:50 (тя най-често е с концентрация 2,5-5% на натриевия хипохлорит). Тъй като този разтвор може да увреди повърхностите, за тяхното почистване след неутралния препарат може да се използват продукти на спиртна основа (поне 70%).

- Почистването на тоалетните, баните и санитарните зони трябва да се извършва с особено внимание като се внимава наоколо да не се разплиска вода. След почистването трябва да се извършва дезинфекция с вируцидни препарати или 0,1% натриев хипохлорит.
- Препоръчва се използването на еднократни консумативи, например еднократни хартиени кърпи за подсушаване. Ако в конкретен случай това не е възможно, почистващите кърпи, гъби и т.н. трябва да бъдат поставени във вируциден дезинфектиращ разтвор или 0,1% натриев хипохлорит. Ако няма такъв наличен разтвор, те трябва да бъдат изхвърлени.
- Препоръчва се използването на различни дезинфектанти за различните зони. Ако има недостиг на почистващи препарати, процесът на почистване трябва да напредва от най-чистата към по-малко чистите зони (пример: към зона, където е била извършвана аерозол-генерираща процедура).
- Персоналът, отговарящ за почистването на повърхностите, също трябва да носи ЛПС. Минималният списък с лични предпазни средства при почистване на медицински повърхности и оборудване с риск от заразяване със SARS-CoV-2 включва:
  - хирургическа маска;
  - еднократна туника с дълги ръкави, непропускаща вода;
  - защита за очите (очила или лицев шлем);
  - ръкавици.
- Всеки път, когато се свалят ЛПС (ръкавици, маска и т.н.) трябва отново да се извърши хигиена на ръцете чрез измиване и дезинфекция.
- Персоналът, отговарящ за сортирането на отпадъците, задължително трябва да носи ЛПС. Тези служители трябва да бъдат добре информирани и обучени за правилната употреба на ЛПС за всяка свързана процедура и всички възможни рискове. Отпадъците, генерирани от лечебната дейност, трябва да бъдат сортирани в съответствие със здравните политики и правила на национално и местно ниво.

*\*Извадката засяга общите принципи и частта, посветена на денталните практики – бел. ред.*

<sup>1</sup> Поради рискът, създаден от асимптоматичните и пресимптоматичните пациенти, използването на филтриращ респиратор от клас 2 или 3 е препоръчително и когато лекуват пациенти без изяви симптоми на COVID-19 в контекста на разразила се пандемия.

<sup>2</sup> Дентални процедури, свързани с високооборотна периферия (например дентална турбина) и ултразвуков скалер.

# ДОБЪР ЧОВЕК ЛИ СТЕ?



Продължава от стр. 1

## Как избирате каузите, за които да набирате средства?

В повечето случаи набирате средства за местни каузи, но рядко имаме и интернационални проекти. Понякога разговаряме с някой доктор или човек, който се свързва с нас. Избираме каузите, с които се чувстваме свързани. Например за дома за сираци в Нови Хан – когато разбрахме историята на децата ние се почувствахме длъжни да им помогнем с каквото можем, за да се чувстват по-добре и да имат поне малко от това, което имаме ние. В този случай организирахме събитие в един кино салон в центъра на София. Прожектирахме филм и дойдоха много хора. Събрахме доста пари от продадените билети, с тях купихме храна и я доставихме на дядо Иван.

## По какъв начин събирате средства и имате ли някаква цел?

Целта ни винаги е колкото повече – толкова по-добре. Организирахме състезание по футбол – обикновено два пъти в годината. Предварително се договаряме със собствениците на спортни площадки. Те обикновено подкрепят инициативите ни, като не събират такси за наем на спортните съоръжения и са част от благотворителното събитие. Отборите, които искат да участват плащат определена такса за това. Също така по време на футболната игра продаваме сладки и храна, която сме приготвили лично. Тази година, малко преди корона вирусът да затвори държавата, направихме събитие с дрехи втора употреба. Разгласихме в социалните мрежи, че събираме дрехи, от които приятелите ни вече нямат нужда. След това получихме подкрепа от едно заведение в центъра на София, на булевард Витоша. Там направихме базар и продадохме всички събрани дрехи. За наша огромна изненада имаше много българи, които се спираха и купуваха дрехи, дори оставяха пари за благотворителната кауза. Всички средства в този случай бяха изпратени в Судан, за да подпомогнат превенцията на майчината смъртност, която е сериозен проблем в тази страна.

## Получавате ли подкрепа от университета?

Малко хора ни помагат. Много е трудно да убедиш някого да задели от ценното си време, за да помага за благотворителни каузи. Особено хората от МУ-София, които имат дълъг и тежък работен ден. Също така студентите са много натоварени с учебната дейност и се оплакват, че нямат свободно време.

*Предполагам, че нямаш свободно време защото не си направил такава.*

Би било хубаво, ако има повече хора, които ни помагат – както от студентите, така и от нашите преподаватели. Понякога живея с усещането, че има пропаст между нас, чуждестранните студенти и българските студенти. Веднъж говорих с един български студент за дейностите, с които се занимаваме. Той ме попита „Защо? Защо се занимаваш с това? Кога намиращ време?“. Казах му, че си създавам време. Той ми отвърна, че винаги трябва да поставяме себе си на първо място и после всичко останало. Да, съгласих се, така е. Ние сме дошли тук за да учим и това е нашият приоритет, но част от нашите занимания трябва да са свързани с неща извън университета. За мен да поставяш себе си на първо място означава да се чувстваш добре, а аз се чувствам по този начин чрез хуманитарната дейност в Student Aid Drop.

## Не мислиш ли, че е странно чуждестранни студенти да правят повече за българите в нужда от колкото българските студенти?

Никога не сравнявам и не съдя хората. Никога не съм

питала защо някой не прави нещо. Student Aid Drop е организация, която винаги е отворена и ако някой иска да помогне винаги е добре дошъл. Да срещнеш някой, който споделя същата страст като теб е рядкост и е нещо специално. Обикновено ние активно набирате доброволци.

## Можеш ли да споделиш коя е най-интересната ситуация, в която си попадала във връзка с благотворителните кампании, които организирате?

Често срещаме различни препятствия. Често ни откъсват и чуваме „не“ по различни начини. Може би най-интересното нещо, което лично на мен ми се случи, беше във връзка с набиране на средства за кухня за бездомни в Солун. Бяхме много въодушевени, че ще ходим в Гърция и наехме 3 автомобила, за да стигнем до там. Събрахме средства, с които трябваше да осигурим хранителни продукти за готвене в Солун. Напълнихме нашия автомобил с различни плодове, зеленчуци и продоволствия. Всички бяхме много развълнувани. Стигнахме границата и нашата кола беше спряна за проверка. Помолиха ни да излезем и да изчакаме извън автомобила. Беше много студено, защото тръгнахме много рано сутринта. Около час претърсваха колата, а ние замръзвахме навън. След известно време една висока и силна жена полицаи дойде и ни помоли да я последваме. Не знаехме какво да очакваме. Отведе ни до една малка кабина, където ни направи тотален обиск. Отне й около час, в който умирахме от студ и притеснение. Всичко мина без проблем в края на проверката и ни пуснаха. Потеглихме към Солун и се присмивахме на ситуацията. Една седмица по-късно размишлявах за нелепата ситуация. Въпреки че за нас това беше комична ситуация, за много хора, които са принудени да напуснат семействата си и да прекосяват границите, това е нещо нормално. Когато личното ти пространство и принадлежности са осквернени не е лесно да се смееш на това с най-добрия си приятел, както ние направихме.

## Затова ли помагате много на бежанците?

Не само! Усещането, че помагаш на тези хора или на които и да е хора, е много хубаво. Чувстваш се благодарен, чувстваш се възнаграден.

*Ние имаме възможност често да си общуваме с хората, на които помагаме. Това е много приятно и ни приземява, прави ни скромни, по-смирени.*

Дори понякога ме кара да се чувствам малка, но по хубав начин. Така човек може да оцени всичко, което има, и може да оцени колко много има – повече, отколкото има нужда.

## Да правиш добро и да не очакваш нищо в замяна – какво по-прекрасно от това? Разкажи ни за другата организация, от която си част.

Имаме още една неправителствена организация, която се казва „Medical Students On a Mission“ (MSOM). Аз съм нейн посланик. Тя беше основана през 2017 г. в Пловдив, в Медицински Факултет от чуждестранни студенти. Целта на организацията е да помага на общности, които имат нужда от здравна помощ и нямат достъп до такава. Организирахме различни здравни мероприятия, свързани с конкретни здравословни проблеми – например за диабет, хипертония, офталмологични, педиатрични, онкологични и други хронични заболявания. В България правим здравни кампуси в различни малки села, откъснати от големите градове, до които хората трудно могат да се придвижат. Също така имаме мисии в Шри Ланка и Непал. За момента организацията ни

функционира в София, Пловдив и Плевен. Заедно трите медицински университета събират средства за общи каузи. Още от началото, Medical Students On a Mission е прегледала повече от 800 човека. Любимият ми проект е програмата за онкология и хематология в Златоград. Пациентите, които срещнахме там бяха страхотни и ми показаха истинското значение на това „златно място“ в България.

## Повечето от вас скоро се дипломират. Как виждаш бъдещето на тези организации?

Student aid drop е организация, която се състои от студенти 6-ти курс. Не сме сигурни към момента, но бихме желали да регистрираме организацията във Великобритания и ще продължим да подкрепяме местни български каузи, както винаги сме го правили. И двете организации – MSOM и Student Aid Drop ще продължат да подкрепят локални каузи в България, защото те са близки до нашите сърца.

## Историите, които ни споделяш, са много вдъхновяващи! Надявам се да събудят интерес и да получат подкрепа не само от чуждестранни и български студенти, а също и от дипломирани колеги и преподаватели! Ако някой иска да се свърже с вас, как може да го направи?

Благодаря! Имаме нужда от всяка подкрепа. Отворени сме към всякакъв тип колаборации и се надяваме в организациите да се включат повече хора. Най-голямата ни мечта е да получим подкрепа и от българските студенти и професионалисти и да започнем да работим заедно с тях. Това ще ни помогне да се интегрира-

*Правете всичкото добро, на което сте способни, с всички средства, които имате, по всички начини, които знаете, на всички места, където можете, по всяко време, когато можете, на всеки човек, на когото можете, докато можете!*

Джон Уесли

ме по-добре в университета и да няма разделение на български и чуждестранни общности. Ще бъдем много щастливи, ако получим помощ и от други колеги и от наши преподаватели, които имат желание да са съпричастни на нашите каузи. Всеки може да се свърже с нас чрез страниците ни във facebook или instagram. Ето и контактите: Student Aid Drop: @studentaiddrop

MedicalStudentsonamission: @medstudentsonamission or www.medstudentsonamission.com

## Благодарим ти!



# 13-тото издание на SDM: жажда за нови знания в условията на пандемия

**Т**ринадесетото издание на Софийската дентална среща се проведе от 15 до 17 октомври 2020 г. на ново място и в нов формат. Денталният форум протече под наслов „Patient Wellness“, фокусирайки цялата енергия на лекторите в представянето на минимално-инвазивни клинични процедури, които поставят в центъра на лечебния план Пациента. Заложеният още преди година формат на събитието беше по-бутиков – с тридневна конгресна програма, вместо с четири лекционни дни, както досега, и с ново място на провеждане – новооткритият „Милениум Гранд Хотел София“ в близост до НДК.

Това обаче, което преди време нямаше как да бъде предвидено, беше предизвикателството да се организира конгрес по време на пандемия. Сложната ситуация с разпространението на COVID-19 доведе до отменянето на повечето събития от денталния календар за 2020 г. Провеждането на SDM 2020 почти до последно стоеше под въпрос, като организаторите бяха дали възможност при евентуално отменяне на форума участниците да изберат дали достъпът им да бъде презаверен за 2021 г. или да получат обратно заплатената си такса участие.

Това обаче не се наложи и Sofia Dental Meeting все пак се проведе – не без малко късмет в един удачен момент малко преди бройките новозаразени с коронавирус в страната да започнат да нарастват притеснително и да се стигне до второ ограничение за събиране на хора. Асоциация „София Дентал Мийтинг“ взе всички възможни мерки за безопасност на участниците и зъболекарите за първи път успяха да се обогатят от тридневната програма. Те за първи път можеха да се регистрират по избор – или да присъстват физически на конгреса, или да проследят лекциите изцяло онлайн.

Всички колеги задължително носеха маски. Във фойетата, по всички щандове и пред залите на разположение бяха достатъчно количество дезинфектанти, а в залите се допускаха само определен брой участници заради необходимата минимална дистанция между тях.

Последното представляваше известно неудобство, тъй като можеше да се окаже, че залата е с пълен допустим капацитет и участникът не може да проследи избраната лекция. С изискването обаче не бяха правени никакви компромиси в името на безопасността на всички, а решение все пак бе намерено.

Много от участниците с присъствена регистрация още сутринта на първия ден помолиха за свой онлайн достъп и такъв им бе предоставен. Това позволи да няма разочаровани от правилото за максимален капацитет на залите, а също така спомогна за по-голямото спокойствие сред участниците. В залите имаше по-малко присъстващи колеги и повече пространство между тях, а онлайн платформата за предаване на събитието работеше без проблеми.

Програмата, както винаги, даде ценно съдържание за всеки дентален лекар, независимо от направлението, което предпочита. Повечето от чуждестранните лектори се включваха с видео връзка поради невъзможността да пътуват, но други, като проф. Франческо Мангани, например, присъстваха лично в залите. Участниците отново имаха възможността да черпят от опита на най-големите световни имена като д-р Галип Гюсел, проф. Ото Цур, д-р Рафи Романо, проф. Ницан Бичачо и д-р Мирела Ферару, д-р Марко Ронда и други. Програмата обаче включваше интригуващи презентации на много висо-

ко ниво от редица млади, ентузиазирани и изпълнени с професионализъм пародонтолози, ендодонтисти и специалисти по възстановителна дентална медицина – най-вече от България, но също така и от чужбина.

*Вдъхновяващите презентации на тази нова генерация, нова вълна от професионалисти и перфекционисти, обичащи и намиращи призвание в професията на денталния лекар, безспорно беше един от най-ярките и важни акценти на SDM 2020.*

Ето защо, без да пренебрегваме големите имена, които са дали и продължават да дават нови насоки и да променят лицето на световната дентална медицина към по-добро, в настоящото отразяване обръщаме специално внимание именно на младото поколение български колеги.

В следващите редове имаме удоволствието да поместим интервюто ни с изключително симпатичната и многостранна д-р Адриана Йовчева, дъщеря на обичания ендодонтист д-р Иван Йовчев, който е запалил искрата към ендодонтията на много български колеги. По време на SDM д-р Йовчева представи „Често допускани грешки при механично инструментирание на корено-каналната система“, давайки изключително ценни насоки и съвети за преодоляване на трудности в ендодонтското лечение.

Веднага след разговора ни с нея ще откриете един поразителен материал за ендодонтията и приятелството, предоставен за нас от друг млад лектор и демонстратор от SDM 2020 – д-р Димитър Костурков, асистент в Катедра по Консервативно зъболечение на ФДМ-София. Той ще ви покаже една друга гледна точка, а именно тази, в която зад граница се пресичат страстта към професията и добрите чувства между хората. Желаем ви приятно четене.

## ИНТЕРВЮ SDM 13

### Д-р Адриана Йовчева: За успеха най-важни са усилената работа и целенасоченото развиване на умения

Д-р Йовчева, вие сте дъщеря на един от най-обичаните ендодонтисти в България – д-р Иван Йовчев. От кога е твоят първи спомен, че искаш да станеш зъболекар, и кога реши, че ще се насочиш в същата сфера – ендодонтията?

Още откакто се помня исках да стана доктор. Вуйчо ми, лека му пръст, беше общопрактикуващ лекар. Аз като малка събирах книги за спешна помощ и навсякъде си мъкнех една аптечка, за да превързвам някой ако има нужда. Ако се случи някой да си пореже пръста му превързвах цялата ръка – за по-сигурно (сmee се). Като дойде време да кандидатствам започнах да се замислям това ли е, което наистина искам да уча. С баща ми много сме си говорили какво му харесва в неговата работа. Той ме запали, няма спор! Няма как да не се запалиш от някой, който толкова много си обича работата и говори с такава любов за нея! Ако беше коминочистач и говореше така за чистене на комини, сигурно и аз щях да работя това в момента.

Според твоята практика и случаите с нужда от лечение, които срещаш, коя е най-честата причина за провала на първичните лечения?

Една от най-честите причини, която виждам е непознаване на анатомията на зъбите и основните принципи на кореновото лечение. В единия случай са търсени канали не където трябва и се отнемат страшно много тъкани от зъба. Тъкани, които впоследствие няма как да върнем. В другия случай са намерени каналите, но няма достатъчно добра обработка. За да има успех кореновото лечение, едни от най-важните принципи са значително намаляване на микробното число и премахване на възпалените тъкани.

А най-разпространеният ятрогенен проблем?

Незнанието! И нежеланието да се учат нови неща и да се развиваме като професионалисти. Аз не вярвам, че някой прави грешка с ясното съзнание, че прави нещо грешно. Просто не знае как да направи процедурата по-добре.

Кои са трите най-ценни ендодонтски умения, които разширяват възможностите ти за спасяване на трудни случаи?

Тренировка, тренировка и на трето място тренировка. Ендодонтията е като всяка една друга професия. Талантът играе малка роля за да станеш добър в каквото и да било. На първо място е усилената работа и целенасоченото развиване на умения. Справянето с трудности е част от процеса на израстване. Аз все още мисля, че имам много да уча и да работя, за да мога да се справям наистина с най-сложните случаи без да ми мигне окото.

Би ли определила някаква граница на „безнадеждността“ на възможностите за лечение, т.е. кога наистина би взела решение, че един зъб е за екстракция?

В началото като завърших мислех, че мога да спася всеки един зъб и се борех до припадък. И до ден днешен много трудно взимам решение, че случаят е „безнадежден“. Ако съм се захванала да го лекувам и нещо не върви добре, първо търся причина в себе си и в моя протокол на работа. Все пак, с натрупването на опит човек вижда, че в медицината наистина няма 100%. Има случаи, при които е по-добре да се измисли алтернативен вариант на лечение. С времето се научих и да диагностицирам по-добре и да не поемам наистина „безнадеждните“ случаи – с вертикална фрактура на корена, зъби, неподлежащи на изолация с кофердам... Естествено, всеки един план на лечение трябва да се съгласува с пациента, защото според обема манипулации финансово той може да се стори „безнадежден“ за пациента.

Би ли споменала имената на някои ендодонтисти, чиито обучения наистина са вдъхновили работата ти... освен, разбира се, основният „виновник“ д-р Йовчев?

Да, основният виновник е д-р Йовчев. От него съм научила и продължавам да уча страшно много. Той е ходеща енциклопедия :) Много други хора също са ме вдъхновявали през годините. Колко страници мога да използвам, за да ги изброя всичките? Един от тях е д-р Кафелов (моята ендодонтска сродна душа)! Робер-



то Кристеско и Карлос Азнар Портолес – изключителни специалисти! Оскар фон Щетен, Диого Герейро и всички участници във фейсбук групата „Microsurgical endodontics“. Ян Бергманс. Много са хората, на които съм благодарна за споделените знания и опит. Аз нищо не съм измислила сама. Всичко съм научила от някого.

Какви лични качества е добре да притежава един ендодонтист, за да успява в работата си?

Да е с obsесивно-компулсивно разстройство по отношение на детайлите!

Кои автори на научна литература препоръчваш за колегите, които биха искали да се задълбочат във вълнуващите дебати на ендодонтията?

Една от най-полезните книги, която съм чела, е Pathways of the pulp на Stephen Cohen и Kenneth Hargreaves. Горещо я препоръчвам за полагане на основите на съвременната ендодонтия. В днешно време е лесно да учиш, стига да имаш желание. Всеки може да се абонира за онлайн издание и да се осведомява за новостите в ендодонтията. В интернет има и много безплатни статии.

Какво да очакваме от ендодонтията на бъдещето?

Аз лично вярвам, че ендодонтията като специалност има светло бъдеще. Хората все повече осъзнават цената на естествените си зъби и имат желание да ги запазят. Искрено се надявам в бъдеще да бъдат решени някои от належащите проблеми, с които трябва да се справяме всеки ден като ендодонтисти. Пожелавам на себе си и на всички, които четат това интервю, да сме живи и здрави, за да можем да се радваме на всички невероятни неща, които ни предстоят!

Благодарим за този разговор!

SDM 13

## Ендодонтия, съвременни технологии и приятелство

Д-р Димитър Костурков

**Ж**ивеем в технологичен свят. Професията ни се дигитализира с всеки изминал ден. Съвременните дигитални технологии ни позволяват да се информираме, да се усъвършенстваме, да предлагаме по-качествено лечение на нашите пациенти. Технологиите ни позволяват да общуваме, да споделяме, да се вълнуваме заедно.



Десетилетия назад не е имало достатъчно информация за предимствата и начините на поддържане на добро орално здраве. Днес с помощта на модерните технологии можем да подобрим значително прогнозата на денталното лечение и да предложим редица опции на пациента много преди да се стигне до загуба на зъб.

Днес ендодонтското лечение има успеваемост в 85-90% от случаите. Дори то да завърши с неуспех, пациентът все още има шанс да съхрани зъба си, защото успеваемостта на ендодонтското прелекуване е 80-83%. Тези високи проценти на успех в наши дни се дължат както на развитието на денталната наука, така и на навлизането на нови технологии като операционните микроскопи, СВСТ, високоенергийните лазери и редица дигитални апарати, свързани с ендодонтското лечение. Но дори и в случаи на неуспех при прелекуване, съвременните технологии предлагат нови и интересни алтернативи.

Технологиите ни позволяват да правим наука, да търсим най-съвременните публикации, да задаваме въпроси и да получим много отговори. Именно по този начин попаднах на няколко статии, публикувани от д-р Хорхе Очоа от Мексико. До този момент не знаех нищо за него, но публикациите в Journal of Endodontics бяха много впечатляващи за мен. Свързах се с автора и за моя голяма изненада получих повече отговори, отколкото бях очаквал. До този момент не си давах сметка как технологиите ни променят и обогатяват. Година по-късно д-р Очоа вече беше в България и разкриваше тайните на Криотерапията в ендодонтията. Залата в конгресния център беше препълнена. Тази година д-р Очоа беше лектор в ендодонтския панел на Sofia Dental Meeting. Отново остави аудиторията без думи с изключително подробна лекция относно приложение на дигиталните технологии при случаи с автотрансплантация.

Впечатляващ е начинът, по който различни дигитални методи се комбинират с цел трансплантиране на собст-

вени донорни зъби. Планирането на лечението е най-важно. Първо трябва да се оцени инициалната ситуация (фиг.1). За целта е необходимо да се направи СВСТ и интраорално сканиране на пациента с дигитален интраорален скенер. След това чрез специализиран софтуер се прави т.нар. сегментиране – дигитално се „екстрахира“ донорния зъб, прави се корекция във вертикална и хоризонтална посока, ако е необходимо, след което този дигитален „автотрансплант“ се имплантира виртуално (фиг. 2, 3, 4, 5, 6, 7). По така направения дигитален „автотрансплант“ и чрез интраоралния скан се създава 3D принтиран водач, който служи по време на оперативната намеса в устата на пациента. Възможно е дори и 3D принтиране на автотранспланта от пластмаса, който да служи за тест по време на лечението (фиг. 8). При добро планиране оперативната интервенция протича сравнително лесно. Тя е свързана с атравматична екстракция на донорния зъб и корекции според указанията от софтуера и „дигиталния автотрансплант“ (фиг. 9). След това зъбът, който не може да бъде съхранен чрез ендодонтско лечение, също се екстрахира атравматично и на негово място в алвеолата се поставя автотранспланта. Използват се растежни фактори и специални шевове (фиг. 10, 11, 12).

Автотрансплантът се шинира за известен период от време. Обикновено 2 седмици по-късно в устата на пациента се провежда рутинно ендодонтско лечение на автотрансплантирания зъб. Следва финалното възстановяване. По този начин съвременните дигитални технологии позволяват съхраняване на естествените зъби на пациента за максимално дълъг период и отлагане на имплантологичното лечение, което невинаги е възможно.

Това е един кратък пример за значението на новите технологии в нашия живот. Те позволяват тази информация да стигне до всеки един от вас, само с един клик. Те дават шанс на всеки лекар по дентална медицина да се образова, да усъвършенства знанията и уменията си,

да задава въпроси, да получава отговори и най-важното – да лекува пациентите си все по-добре.

**А ето какво споделя Д-р Хорхе Очоа за технологиите, науката и приятелството, което свързва всичко в едно:**

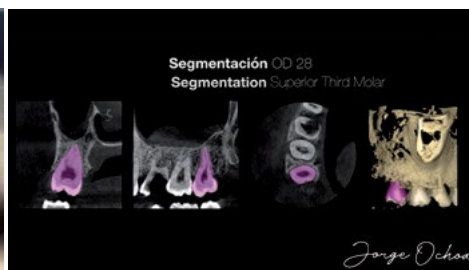
„Науката отваря различни врати и пътища за нас в този свят. В моя случай чрез науката и технологиите намерих добър приятел и човек, когото наричам брат от друга майка – д-р Димитър Костурков. Това приятелство не само научни идеи, но също непрекъснато обменяме знание, идеи, култура, начин на мислене, позиции, стратегии, умения и средства, с които да се справяме с различни клинични случаи. Всичко това променя практиката ми като я усъвършенства и ме тласка непрекъснато напред. Веднъж коментирахме клинични случаи с д-р Костурков и останах много впечатлен от едно хирургично ендодонтско лечение, което бяха провели в Узунов Дентал. Когато го попитах как е постигнал толкова добра хемостаза, той ми каза, че с доц. Узунов са използвали високоенергиен лазер за целта. Това е средство, което не е много популярно в Мексико и за него тук все още няма много информация. Затова го помолих да сподели в детайли процедурата и вече съм убеден, че скоро ще се сдобия с такъв уред. Ето така технологиите, които ни свързват, също ни помагат да се усъвършенстваме, а от това печелят най-много нашите пациенти.

Благодарен съм на технологиите, защото чрез тях науката ми донесе много скъпи приятели, а приятелите ми ми донесоха още много нова наука, която обогатява качеството на грижата за моите пациенти“.

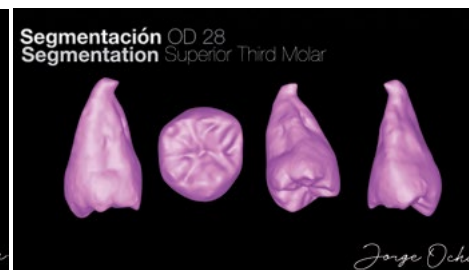
Какво по-хубаво заключение от това? Технологиите ни свързват, връзките с колегите ни обогатяват и цялото това богатство е за нашите пациенти, за които всички ние някога сме полагали клетва.



Фиг. 1



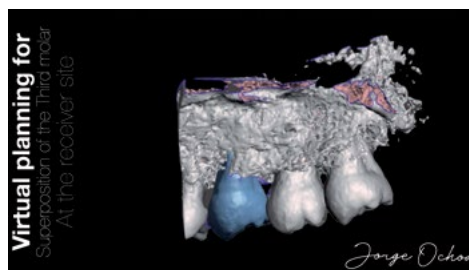
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг. 9



Фиг. 10



Фиг. 11



Фиг. 12

# Апикална остеотомия – исторически преглед, индикации, подготовка и работен протокол

Д-р Милен Димитров

**А**пикалната остеотомия, или апикалната резекция, е хирургична интервенция за запазване на зъба във функционално състояние след изчерпване на възможностите на ортоградното ендодонтско лечение. Индикации за извършването ѝ има и при заболявания и състояния, които не подлежат на консервативно лечение.

## История

Опитите да се облекчи болката и да се премахне заболяването около върха на корена датират от древността, а в средата на 19 век различни автори описват оперативни интервенции върху периапикалните тъкани, основно с цел облекчаване на болката от остър периапикален абсцес. Няма единно мнение кой първи е описал методиката, но тя се свързва с имената на Martin, Desirabode, Farag и др.

Martin освен трепанация на периапикалния абсцес провежда и коренова резекция. Desirabode се счита за първия хирург, извършил апикална резекция заедно с отстраняване на патологичните тъкани около 1843 г. Апикалната остеотомия е описана подробно от Farag през 1884 година. Авторът въвежда концепцията за „ампутиране или отстраняване на тази част от зъба, която вече е безполезна, за да се даде по-добра възможност на природата да лекува“ и запечатването на резецирания корен с амалгама. Методиката е прецизирана от Rhein, който също препоръчва запечатване на корена с амалгама. Успехите на интервенцията водят до все по-широкото и прилагане и прецизиране на методиката. Класическият протокол е описан подробно от Prinz, който обаче не поставя ретроградна запълнка.

## Индикации и контраиндикации

Показанията за апикална остеотомия (АО) се променят с развитието на технологиите. Днес е възможно много от зъбите в миналото разглеждани като кандидати за АО, да се лекуват успешно чрез ортограден достъп. Ортоградното лечение и АО споделят една и съща цел – спиране на достъпа на микроорганизми към периапикалното пространство. Тук е важно да насочим вниманието към патогенезата на периапикалните лезии – огромната част от тях са реактивни възпалителни процеси, с които организма се предпазва от непрекъснатото постъпващите патогени и токсини от корено-каналната система (ККС), най-често, но не и единствено през апикалния отвор. Ортоградното ендодонтско лечение се стреми да унищожи инфекцията в кореновата канална система (механична и химична обработка), да предотврати повторно пролифериране на неповлияни бактерии (запълване, запечатване) и да предотврати реинфекция от устната кухина (временно и дефинитивно възстановяване на зъба).

Апикалната остеотомия има по-ограничен инструментариум за постигането на тези цели – ретроградно запечатване на кореновия канал в апикалната зона чрез хирургичен достъп.

В големия процент от случаите периапикалните ле-

зии са реактивни и премахването на възпалителната тъкан (гранулом) има техническо значение и не е причината за оздравителния процес.

Има една малка група заболявания в периапикалната зона на зъба, които въпреки че са в пространствена (а най-често и в причинно-следствена) връзка с апекса, не са зависими в своето развитие от инфекцията в кореновия канал. Това са най-вече радикуларните кисти, но и рядко срещащите се доброкачествени и злокачествени тумори в периапикалната зона. Радикуларните кисти, макар и възпалителни по своя произход, след определен етап (плътено покриване на апикалната зона с епител) не зависят в своето развитие от състоянието на кореноканалната система. Това означава, че тези истински кисти (true cysts) не могат да се излекуват само чрез премахване на инфекцията от кореновия канал. При тях е необходимо и оперативно отстраняване на патологичния процес (кистектомия). Тук АО е единствената възможност и щателното отстраняване на патологичната тъкан е от съществено значение за успеха на операцията. Същото се отнася и до туморните образувания в областта на алвеоларния гребен.

Към момента на интервенцията най-често ние не сме наясно с хистологията на лезията (прост гранулом, епител съдържащ гранулом, радикуларна покета киста или истинска киста), поради което е задължително както старателното премахване на меките тъкани от патологичната кухина, така и ретроградното запечатване на кореновия канал.

След като разгледахме целите на АО, можем по-добре да разберем **индикациите**. Те най-често се разделят на биологични, технически и смесени.

### Биологични индикации

В тази група включваме зъби, при които периапикалното заболяване протича независимо от наличието на инфекция в кореновия канал и поради това не изчезва след елиминирането ѝ. Причините за независимо протичане на периапикалното заболяване са две:

- екстрарадикуларно разпространение на вътрекореновата инфекция под формата на биофилм по циментовата повърхност и/или
- периапикален патологичен процес, който се развива независимо от инфекцията на кореновия канал (киста).

Екстрарадикуларното разпространение на ендодонтската инфекция и самостоятелното ѝ съществуване дори и след премахването на вътреканалната инфекция е все още въпрос на дебат. Съществуването на биофилм по кореновата повърхност е наблюдавано от редица автори при рефрактерни периодонтити. В тези

случаи АО остава единствения начин за отстраняване на инфекцията в периапикалното пространство. Разбира се, наличието на микробен биофилм по кореновия цимент не е клинично установим факт, най-малкото не и преди да осигурим директен достъп до апекса на зъба чрез операция или екстракция. Предварително можем да допуснем наличието на такъв проблем при рефрактерни на адекватно лечение стари и големи лезии.

Периапикалните процеси със собствен растежен потенциал най-често са кисти, но могат да бъдат и доброкачествени и злокачествени тумори. Преди да разгледаме радикуларните кисти като показания за АО, ще се спрем на видовете най-често срещани хистологични находки около апекса на инфектирания зъб. Изследване на Nair върху 256 екстрахиранни зъба установява, че сред периапикалните лезии най-често са грануломите. Повече от половината от периапикалните лезии съдържат епител, но само 15% са кисти. Подобни наблюдения имат и други автори при изследване на препарати от АО.

Nair разглежда внимателно връзката между епителния сак на радикуларните кисти и вътрекореновото пространство (корено-каналната система) и установява две възможности. В част от случаите кистозния сак е прекъснат в областта на апикалния отвор и съдържащото на кистата е във връзка с кореновия канал. Авторът нарича тези кисти pocket cysts (джобовидни кисти) и приема, че развитието им е зависимо от инфекцията в канала, поради което подлежат на консервативно лечение чрез премахване на кореновата инфекция. Такава ситуация се наблюдава при около една трета от хистологично доказаните радикуларни кисти. В останалите случаи кистозната стена изолира напълно кистата от апикалния отвор и развитието е независимо от състоянието и съдбата на зъба. Nair нарича тези кисти „истински“. Тяхното лечение е невъзможно без премахването им по хирургичен път. Установената от автора честота е около 10% от всички изследвани периапикални лезии.

Тези хистологични варианти ни помагат да разберем както стария спор между ендодонтисти и хирурзи дали радикуларните кисти са лечими консервативно или не, така и алгоритъма за вземане на решение и изграждане на лечебен план при наличие на рентгенографски данни за периапикална лезия.

### Технически показания

Техническите индикации включват обструкции и обстоятелства, които правят невъзможен, силно затруднен или опасен коронарния достъп до инфекцията в апикалната трета на канала и наличието на персистираща периапикална лезия. В тази група включваме нови и добре прилягащи корони, дълбоко поставени коренови щифтове, екстензивни протетични лечения, ятрогенни причини (сепарирани канални инструменти, сребърни щифтове, перфорации), анатомични особености – зъби с калцифицирани, извити канали, dens

## CPK на БЗС online

Следете за новини от CPK в Интернет:

На уебсайта на колегията: [bzs-srk.bg](http://bzs-srk.bg)

Във : CPK на БЗС

Бъдете информирани за всички важни административни промени, новини, събития на CPK, професионални обяви, преференциални договорни условия за организация на работния процес, софтуер за управление на денталната практика, пълен онлайн архив на в. „Дентална медицина“, упътвания и насоки за електронно отчитане и много други.



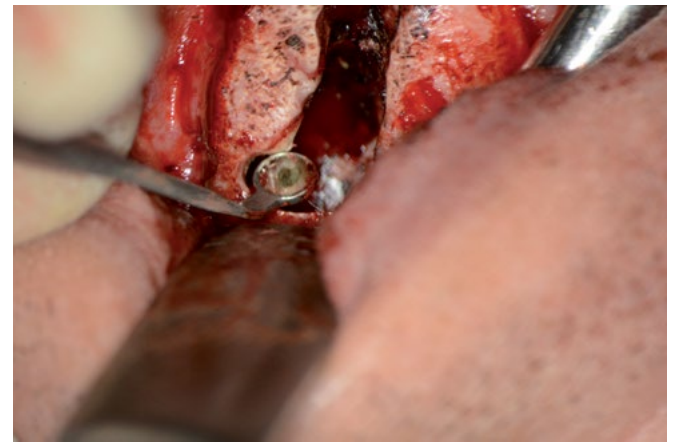
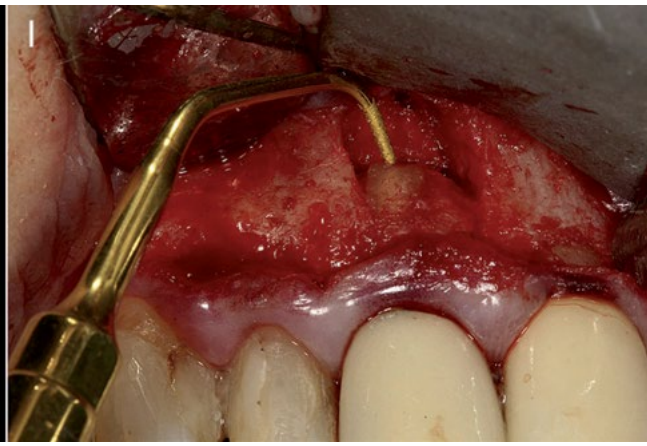
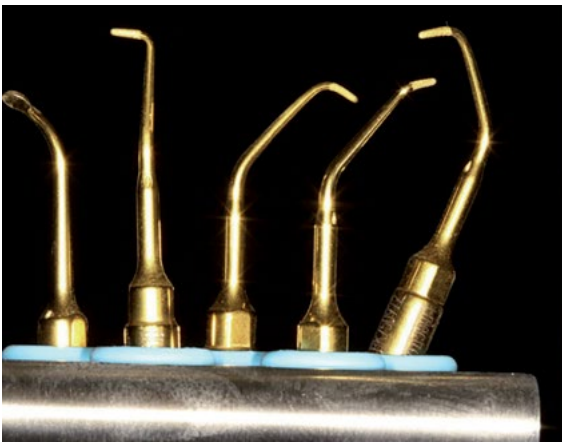
## ORBBIdentaLsoft

за управление на денталната практика от зъболекари за зъболекари

Използвате ли софтуер за работа с пациенти? На страницата на CPK можете да откриете информация за ORBBIdentaLsoft на CPK – програма за работа в денталния кабинет. Софтуерът е създаден през 2008 г. и дава възможност за водене на пациентски картони, избор на манипулации, работа със НЗОК, проверка на здравноосигурителен статус, водене на бележки и други.

На адрес [bzs-srk.bg/orbbidentalsoft](http://bzs-srk.bg/orbbidentalsoft) можете да откриете и заявите последната версия 1.1.2.52, която се активира след заплащане на годишна такса от 36 лева. На същия адрес ще откриете и безплатна демо версия на програмата. Продуктът се обновява редовно и дава възможност за бърза връзка с поддържащите програмисти.





in dente, dens invaginatus и т.н. Преценката на всеки случай е индивидуална и зависи много от техническата обезпеченост и опита на оператора – непроходимите канали за един клиницист се оказват напълно достъпни за негов колега с необходимия инструментариум и експертиза. В случаите на технически показания АО обикновено се приема като ultima ratio преди екстракцията на зъба. Важно е да отбележим, че липсата на достъп до потенциално инфектирана корено-канална система, без категорични данни за наличие на периапикален процес не е показание за извършване на АО.

Отделна група показания касаят „виталните“ зъби, които проминират или са стенодипирни до големи челюстни кисти с одонтогенен произход. Литературата не дава ясни указания какво трябва да е поведението към тези зъби пре-, интра- и постоперативно. Някои ендодонтисти препоръчват такива зъби да не се подлагат на кореново лечение преди кистектомията, ако предварително са показали косвени данни (ЕОД, цвят на коронката, тест със студено) за виталност и проследяването им във времето с надеждата за възстановяване на виталитета след операцията. Хирургите обикновено подхождат радикално и провеждат кореново лечение на всички ангажирани зъби, а не само на причинния зъб. Въпросът дали тези зъби се нуждаят от апикална резекция и ретроградна запълнка също стои отворен, и обикновено се решава индивидуално според качеството на предстоящото кореново лечение, опита и технологичната обезпеченост на хирурга и личните предпочитания.

### Специфични контраиндикации

Най-честата контраиндикация за извършване на АО е възможността за провеждане на адекватно ортоградно кореново лечение. Според някои изследвания при над половината насочени случаи не е необходима оперативна намеса; ние имаме подобни наблюдения в нашата практика. Възможността да се лекува един зъб, както вече посочихме, зависи както от обективни критерии, така и от експертната на лекуващия. Препоръчва се преценката за нуждата от АО да се извършва от ендодонтист предвид разширените възможности за ортограден достъп.

### Зъбите с поставен радикуларен щифт трябва да бъдат внимателно оценени в няколко аспекта.

Зъбите с недобре поставени или къси щифтове /до 5мм в кореновия канал/ са индицирани за консервативно лечение, тъй като се приема, че такива щифтове се отстраняват лесно. От друга страна, дълбоко поставените щифтове, които достигат до или отвъд апикалните три милиметра на канала, представляват непреодолима пречка за адекватна апикална резекция и ретроградна запълнка, поради което също са противопоказани за АО. Фиброщифтовете поради по-трудното си отстраняване чрез изборване обикновено се приемат за достатъчна причина за провеждане АО.

Пародонталното състояние на зъба също има статистическо значение за прогнозата на оперирания зъб, като наличието на пародонтален джоб над 4 мм обикновено се свързва с повишен процент на неуспех и се предпочита екстракция вместо АО.

### Образна диагностика

Обичайно диагнозата „периапикално възпаление/гранулом/киста“ поставяме след рентгенографско изследване. Тук не трябва да забравяме ограниченията на 2D методите (периапикална рентгенография, ортопантомография), които имат относително слаба чувствителност по отношение на периапикалните изменения. Различни изследвания показват, че само половината от съществуващите грануломи се установяват на периапикална снимка, а при ОПГ дори под 1/3.

В практиката (и в преподаването) се е наложила емпиричната схема за предварителна диагностика киста-гранулом: изследването на най-големия диаметър на лезията. Границата от 10 мм не е потвърдена от хистологични изследвания и не дава представа за вида на лезията по оста socket/true киста. Съответно, изграждането на план само въз основа на този критерий е неправилно. При рентгеновата диагностика не трябва да забравяме да изследваме освен размера, и формата, границата, местоположението на просветляването спрямо корена/корените на зъбите, състоянието на кореновия връх и посоката (разместването) на корените.

3D диагностиката (cone beam scanner) предоставя значително повече пространствена информация и по-висока чувствителност, която обаче не помага при отдиференцирането на хистологичния тип на периапикалната лезия, въпреки опитите на някои изследователи да свържат наблюдаваните промени в плътността с определен хистологичен резултат.

### Подготовка на зъба за апикална остеотомия

В традиционната българска литература по хирургия се посочва, че зъба, подлежащ на апикална остеотомия, трябва да бъде запълнен с неразтворима запълнка като фосфат цимент, сребърни щифтове и др. Днес няма причина да говорим за конкретни препоръки и изисквания към подготовката на зъба. За подготовка се приема правилно проведеното ендодонтско лечение при случаите с недобро такова, а ако няма възможност за провеждането му се преминава към АО без предварително лечение на зъба.

Всъщност именно възможността за провеждане на адекватно кореново лечение в пълен обем е и разделителната линия, която определя дали ще се пристъпи веднага към операция или не. При добро лечение периапикалната лезия остава за наблюдение, тъй като в девет от десет случая се касае за реактивна лезия, която очакваме да се повлияе от ендодонтското лечение. Проследяването трябва да е стриктно, тъй като в 10% от случаите процесът е киста и макар и бавно, ще доведе до допълнителна загуба на кост. Препоръчваният срок е шест месеца, за разлика от 12 месеца при излекувани процеси и при зъби без периапикални изменения.

Ако апикалната трета е недостъпна за лечение дори и от специалист, кореновото лечение се завършва до където е възможно, задължително с щателно механично и химично почистване на достъпната част и добро запечатване /запълване/ със стандартен метод – кондензация на гутаперка по избор и сийлър на епоксидна или цинк-окис-евгенолова основа.

Отделен проблем са зъбите, които не могат да се херметизират и поради това често се насочват за АО и интраоперативно запълване. Отново при тези зъби финалната оценка на възможността за херметизиране на ендодонтското пространство трябва да се направи от ендодонтист, тъй като при интраоперативното „запълване“ много трудно могат да се осигурят условия за адекватно промиване, подсушаване и запечатване на ККС.

Важен аспект от подготовката на зъба е и добре завършеното коронарно възстановяване. Редица автори показват, че зъбите с добро коронарно възстановяване и лошо ендодонтско лечение страдат по-рядко от периапикални възпалителни заболявания, в сравнение със зъбите с добро ендодонтско и лошо възстановително лечение. Ако не се осъществи трайно ограничаване на достъпа на МО до кореновите канали ще се развие инвазия на МО към кореновия канал и от там към периапикалното пространство, независимо от вида и качеството на каналната запълнка. Значението на коро-

нарното възстановяване не трябва да се подценява в светлината на връзката орална среда-корено-канална система-периапикални тъкани.

### Етапи на оперативната интервенция

Ще се спрем на някои важни аспекти от различните етапи на интервенцията в светлината на съвременните виждания за апикална остеотомия. Няма да се спираме на класическия подход.

Съвременният протокол за извършване на апикална остеотомия включва използването на операционен (дентален) микроскоп. Сравнителните литературни данни показват значителното превъзходство на съвременния спрямо класическия протокол по отношение на дългосрочния успех, който достига до над 90% успеваемост на 5-тата година.

### Оформяне на мукопериостално ламбо

Вида и оформянето на ламбото се определя от:

- Наличие и състояние на костта, покриваща корените на засегнатите зъби
- Размера и състоянието на прикрепената гингива
- Анатомия на челюстната кост
- Наличието на протетични възстановявания

### Сърповидно (полулунно) ламбо

Сърповидното (полулунно) ламбо се използва дълги години от редица автори, защото при него липсва риск от рецесия на маргиналният пародонт. Днес то не се препоръчва поради ограничаването на оперативен достъп, трудното зашиване, особено при тънък мекотъканен биотип, множество еластични влакна и мускулни инсерции в подвижната лигавица, които упражняват телгрене върху раната.

### Триъгълно ламбо със сулкуларен разрез

Това ламбо се използва най-често в дисталните участъци на долната и горната челюст, както и във фронта. При тънка прикрепена гингива има опасност от дехисценции.

Триъгълното ламбо със сулкуларен разрез се оформя посредством вертикален разрез през гингива и орална мукоза. Вертикалният разрез е перпендикулярен на хоризонталната равнина, като по този начин следва хода на кръвоносните съдове, които се спускат почти вертикално.

### Ламбо по Ochsenbein Luebke

При това ламбо вертикалният разрез отново е отъсен, докато хоризонталният разрез е фестонобразен в прикрепената гингива. Предимствата са му в отличната адаптация и липсата на риск от рецесия, но като недостатък се посочва образуването на неестетичен цикатрикс във видимата зона при операции на фронталния участък на горна челюст.

### Трапецовидно ламбо

При оформянето на трапецовидно ламбо най-често се използват два вертикални разреза и хоризонтален разрез в сулкуса.

### Papilla base incision

Това е модификация на вертикалният разрез по отношение на пресичането му с гингивалния ръб. Velvart демонстрира, че започването на разреза перпендикулярно на гингивалния ръб в основата на папилата е свързан със значително намаление на риска от рецесия и намаляване на височината на папилата.

За оформяне на ламбото се използват микрохирургични лезвиета за по-добър контрол.



Д-р Милен Димитров завършва Стоматологичния факултет – София през 2003 г. Между 2005 и 2020 г. той е преподавател във ФДМ-София в Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия, като води обучение на български и на английски език. През 2008 г. защитава специалност по орална хирургия. От 2008 г. е лектор за фирма Kerr Sybron Endo като изнася лекции и курсове от областта на ендодонтията, ергономията и микроскопски асистиранията дентална медицина съвместно с MB консулт и iD dental clinic. Работи предимно в областта на оралната хирургия, ендодонтията и естетичните възстановявания в собствена частна клиника в гр. София. За контакти: dr.milen.dimitrov@gmail.com.

Зашиването на ламбото се препоръчва да е с микрохирургична техника и тънки (6-0 до 8-0) конци, като свалянето им да става рано – 48 до 72 часа след операцията за хоризонталните срезове и на третия до петия ден за вертикалните инцизии, особено в подвижната мукоза и в близост до мускулни инсерции.

### Достъп до периапикалната лезия

След оформянето на ламбото и повдигането му трябва да се осигури достъп до периапикалния възпалителен процес. При големи лезии обикновено има фенестрация на вестибуларната компакта, от която започва разкриването на патологичното огнище. При малки лезии и липса на фенестрация за ориентир при локализирането на лезията служат фенестрация на букалната компакта, жүда alveolaria или сондиране с малка кюрета. В краен случай, при интактна костна пластинка друг начин за разкриване на периапикалната лезия е да се идентифицира корена значително коронарно и чрез премахване на костта апикално по протежение на корена да се достигне до лезията.

Оформянето на костния прозорец може да се направи с ротационни инструменти и водно охлаждане, както и с пиезохирургичен апарат. Начинът на разкриване не влияе на оздравителния процес, но използването на пиезотом помага при работа в дисталния участък поради разнообразието от извити накрайници. Важно е да се отбележи, че използването на микроскоп в този етап помага за запазване на малкия размер на остетомията.

### Отстраняване на мекотъканната лезия и хемостаза

Кюретажът се извършва с кюрети и микрокюрети. След като щателно се отстранят меките тъкани (често трябва да се направи и кореновата резекция в този етап за по-добър достъп) се провежда хемостаза. Тя е необходима за осигуряване на видимост при следващите етапи. Медикаментът на избор при здрави пациенти е тупфер с адреналин, докато при пациенти със сърдечно-съдови заболявания се използват препарати на базата на железен сулфат или алуминиев хлорид.

### Резекция на кореновия връх

Резекцията на кореновия връх е задължителен етап от всяка една АО.

С нея преследваме няколко цели:

- Премахване на последните 3 мм от корена, в които се

намират над 90% от латералните канали и кореновата делта.

- Осигуряване на достъп до канала (кореноканалната система) за изработване на ретрограден кавитет и запечатване;
- Осигуряване на достъп до скрити за корена меки тъкани.

Описани са различни подходи към резекцията на кореновия връх в зависимост от използваните инструменти, големината на резецирания участък и ъгъла на среза.

Ingle et al. предлагат използването на фисурно или кръгло борче и прав наконечник. Според авторите така се постига отличен контрол и срезна повърхност без остри ъгли. Изследването на срезната повърхност със сканираща електронна микроскопия показва, че кръглото борче остава неравна повърхност с вкопавания, докато обикновеното фисурно борче оставя най-гладка чиста повърхност. Няма категорични данни един или друг начин за прерязване на корена да води до по-добър клиничен резултат, но в клиничната практика се предпочита гладката, плоска без остри ръбове срезна повърхност.

Срезът на корена е хоризонтален, без наклон, тъй като използването на операционен микроскоп и микроогледалца позволява визуален достъп до срезната повърхност и кореновия канал.

### Оформяне на ретрограден кавитет

Оформянето на ретрограден кавитет и съответно надеждното му запечатване е основен и неотменен етап на апикалната остетомия с който се постига основната цел – прекратяване на достъпа на микроорганизми до периапикалната зона. Това важи, разбира се, за причинения (инфектиран) зъб. При зъби, които са попаднали по съседство в лезията и не са инфектирани, изработването на кавитет не е необходимо.

Използват се ултразвукови накрайници, които дават възможност за изработване на кавитет в канала/каналите с дълбочина поне 3 мм. Тази дълбочина е минималната, при която ретроградната запълнка може предсказуемо и трайно да запечата кореновия канал. Формата на кавитета е цилиндрична и трябва да обхваща целия лумен на разкрития канал. Формата, обхватът и дълбочината на кавитета се контролират с микроогледалца с диаметър 2-3 мм и с помощта на операционен микроскоп.

Други форми на кавитета като чинийковидна форма, въпреки добрата теоретична обосновка, се считат за по-трудни и непредсказуеми за obturiranje, поради нуждата от използване на адхезивни методи (ГЙЦ).

### Материал за ретроградна запълнка

Материалът за ретроградна запълнка трябва да отговаря на определени изисквания като отлична запечатваща способност, ниска или нулева свиваемост, висока биопоносимост или биоактивност, добра манипулативност, достатъчно време за работа, ниски изисквания към условията на поставяне и т.н. Най-честият избор за материал е МТА (сив или бял). Неговата отлична биосъвместимост, добра запечатваща способност и относително добро представяне при поставяне във влажна среда го прави най-логичен избор въпреки относително лошите му манипулативни качества. За поставянето му използваме различни инструменти.

### GTR (Guided Tissue Regeneration – насочена тъканна регенерация)

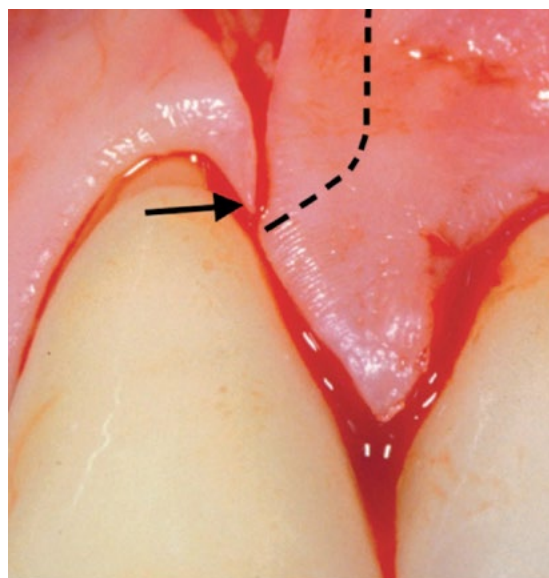
Насочена тъканна регенерация се препоръчва при големи лезии, които засягат както вестибуларната, така и лингвалната/палатиналната компакта. Такива лезии често оздравяват с формиране на фиброзен цикатрикс ако не се използва GTR. Загубата на кост при непреминаващите лезии напълно се възстановява от организма след отстраняване на причината – ендодонтска инфекция или киста.

### Заклучение

Разбирането и индикациите за апикална остетомия непрекъснато са се развивали и се развиват във времето. С напредването на науката и техническата възможност на специалистите част от апикалните лезии, лекувани преди хирургично, сега се лекуват изцяло консервативно. Въпреки това, апикалната хирургия остава приложима в някои клинични случаи. Накрая трябва да се спомене незаменимата роля на операционния микроскоп при всеки етап на интервенцията, който помага за това размерът на остетомията и резекцията да се запази минимален без да се компрометира качеството на кюретажа, ретроградния кавитет и неговото запечатване.

### Библиография

Библиографията на статията е налична при поискване.



# Коледен шоколадов мус с Елена Петрелийска



## Начин на приготвяне:

Шоколадът се натрошава и се слага в стъклена купа заедно с маслото. Купата се слага върху тенджерата с вода, поставена на котлон, за да се получи водна баня, на която маслото и шоколадът да започнат да се топят и смесват. Когато това стане, те се дърпат от котлона и се оставят настрана. В друга купа се смесете жълтъците и захарта. Разбийте ги с миксер докато цялата смес се сгъсти и изсветлее. Това е моментът, в който се добавя и ликьорът. Разбъркайте отново.

Към сместа с жълтъците се добавя разтопения шоколад с масло и отново се разбърква. В друга купа белтъците се разбиват с щипка сол и малко по малко се добавя захарта. Трябва да се образува стабилна бяла смес.

Тази смес се добавя поетапно в шоколадовата – първоначално се добавя 1/3, разбърква се, за да се усвои от шоколадовата смес, след това още една част, отново се разбърква и накрая се добавя и последната трета. Трябва да получите хомогенна шоколадова смес.

Тя веднага се слага в чашите за поднасяне и се прибира в хладилника, за да стегне. Преди поднасяне се гарнира със зрънца нар, портокалови кори или френско грозде – това, което би ви харесало най-много.

**Благодарим ти, Елена! Заедно с нея ви пожелаваме много вкусни трапези по време на коледните, новогодишните и всички прекрасни януарски празници. Bon Appétit!**

**В** следващите редове можете да се пренесете във вълшебния свят на кулинарията с рецепта, предоставена за в. „Дентална медицина“ лично от финалистката в първото издание на Masterchef Bulgaria Елена Петрелийска. Тя е член на фондация „За Храната“ и водеща на няколко онлайн предавания. За избора на професия, семейния хотел „Петрелийски“ в с. Огняново и писането на кулинарни книги четете следващите няколко реда от хубавата Елена:

„След завършване на средното ми образование с пълно отличие заминах да следвам в Холандия. Дипломирах се успешно и се завърнах в страната си, за да участвам дейно в семейния бизнес, създаден от родителите ми – малък хотел, намиращ се в село Огняново, в близост до курорта Банско. Заех се с ръководенето на ресторанта и с кухнята в комплекса. Паралелно с това записах две магистратури. Първоначално това не беше най-желаното от мен направление за развитие.

Всъщност исках да стана зъболекар, това беше моето желание,

*но предпочитам да съм полезна в семейния бизнес и да го разбирам в детайли, вместо да не разбирам нищо от онова, с което фамилията ми се занимава.*

Няколко години по-късно участвах в първия сезон на Матър Шеф България, от където излязох като финалист. Това мое участие се оказа знаково и решаващо поската на моето професионално развитие, затова малко след като излязох от предаването се записах да уча готварство, от където придобих диплома за главен готвач. Мой ментор беше шеф Жоро Иванов, чийто екип и той самият ми дадоха основата на всичко, което днес знам за готварството.

Това не ми беше достатъчно. Интересувах се от състава на продуктите, а темата „Как храната лекува“ на-

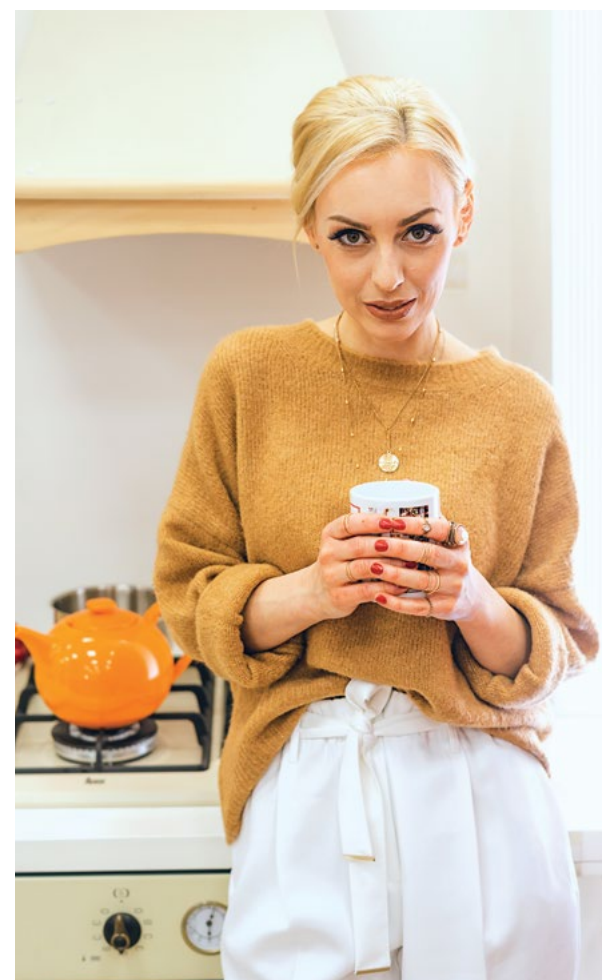
влизаше все повече в съзнанието ми. Това ме доведе до записването ми в Оксфорд със специалност „Нутриционистика“, към който университет вече гордо съм дипломирана. В този момент продължавам да работя в семейния хотел, имам общо кулинарно предаване с шеф Николай Петров, издадохме и съвместна кулинарна книга със здравословни зимни рецепти („Около масата“ – бел. ред.). Заедно консултираме ресторанти и водим кулинарни уроци в училище в София, където всеки е добре дошъл.”

Ето съветът на Елена как да подсладим празничната маса с бърза и лесна рецепта:

## Коледен шоколадов мус

### Необходими продукти:

- 100 г масло
- 180 г черен шоколад – 70%
- жълтъците на 4 големи яйца
- белтъците на 4 големи яйца
- 50 г фина кристална захар за жълтъците
- 80 г фина кристална захар за белтъците
- щипка сол
- 2 с.л. ликьор от портокал
- настъргана кора от 1 портокал
- нар или френско грозде за сервиране



## РЕКЛАМНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

В. „Дентална медицина“ се издава от Столична Районна Колегия на БЗС от април 2006 г. Той се отпечатва в тираж от 3300 броя и достига безплатно до всички практикуващи дентални лекари, които са редовни членове на СРК на БЗС. Вестникът на район София-град излиза 4 пъти в годината. От самото си издаване, той е достъпен както посредством безплатно хартиено копие, така и чрез безплатния онлайн архив, който се намира на адрес [bzs-srk.bg/newsletter](http://bzs-srk.bg/newsletter).

От бр. 37/2017 г. в. „Дентална медицина“ е с променен дизайн, а онлайн архивът става част от осъвременената визия на сайта на Столична Районна Колегия.

На вниманието ви представяме цените за рекламно участие:

Размер	Цена с ДДС
Цяла страница (без първа и втора)	720 лв.
1/2 страница	400 лв.
1/4 страница	225 лв.
1/8 страница	135 лв.
На кв. сантиметър	1,10 лв.



# Medical News с изцяло нова визия



**О**т началото на месец септември 2020 г. сайтът на Medical News medicalnews.bg е с изцяло нова визия. Сега онлайн платформата за лекари е още по-интерактивна, достъпна и насочена към читателите. Промените са направени с цел посетителите на сайта да намират търсената от тях новина още по-бързо и лесно.

В секция „Новини“ (както и на началната страница на сайта) може лесно да намирате информация за последните медицински новини, интервюта с гостите на

Medical News, както и научни материали от всички специалности.

Чрез секция „Специалности“ можете да разгледате на-

учни публикации и лекарствени продукти за конкретна медицинска област. Сайтът дава възможност и за публикуване на материали, заключени само за медицински специалисти. Достъпът до тях се осъществява чрез регистрация на сайта чрез УИН или код на съответната съсловна организация. Потребителите имат възможност да видят колко са регистрираните специалисти на сайта на Medical News за конкретна специалност.

Специалната рубрика „Тема на месеца“, както и досега, е посветена на избрана медицинска специалност, а раздел „Грижа за пациента“ предлага полезно и интересно съдържание за значими заболявания, създавайки мост между лекарите и техните пациенти.

В секция „Събития“ ще откриете всички предстоящи научни конференции, кратка информация за тях, както и начините за участие.

В секция „Работа“ ще публикуваме най-новите възможности за реализация в страната и чужбина, а в раздел „Обучение“ – актуалните курсове за продължаващо медицинско обучение, разделени по специалности.

*Редакционният научен борд на Medical News от водещи специалисти следи за актуалността и достоверността на публикуваната медицинска информация. В Medical News са регистрирани почти 18 000 лекари. Регистрацията е безплатна и дава достъп до рестриктирани медицински новини, най-новите клинични проучвания, научни обзори, коментари от водещи научни списания, както и информация за курсове за продължаващо медицинско обучение.*

Екипът на платформата продължава да се старее всеки ден, 7 дни в седмицата, дори и на празници, да публикува най-интересните новости от света на медицината, фармацията, денталната медицина и здравеопазването и благодарни за доверието на своите читатели и партньори.



СОФИЯ 1000, ПЛ. „РАЙКО ДАСКАЛОВ“ 1Б

ТЕЛ. 02/988 2525

Мобилен: 0888 588 060



RUNYES SEA-12L-B



RUNYES SEA-17L-B



RUNYES SEA-22L-B



- ☞ ДЕНТАЛЕН ЮНИТ /базов модел/ 4500 USD
- ☞ КОМПРЕСОР /към дентален юнит/: DA 7001/DA 7002 430 USD/680 USD
- ☞ АВТОКЛАВ RUNYES SEA-12L-B 1500 USD
- ☞ АВТОКЛАВ RUNYES SEA-17L-B 1950 USD
- ☞ АВТОКЛАВ RUNYES SEA-22L-B 2410 USD
- ☞ ДЕСТИЛАТОР DRINK 190 USD
- ☞ ОПАКОВЪЧНА МАШИНА SEAL 80 210 USD
- ☞ ДИГИТАЛЕН СЕНЗОР ЗА РЕНТГЕН 2500 USD

