



Prawo

Sprzeciw i zgoda pacjenta na interwencję medyczną

► Strona 2



News

Współczesna stomatologia bez bólu

► Strona 4



Wydarzenia

Polsko-ukraińska współpraca implantologów

► Strona 6

Polskie kliniki dentystyczne coraz popularniejsze wśród pacjentów z zagranicy

Do najpopularniejszych pod względem denturystyki polskich miast dołącza ostatnio Trójmiasto. Coraz częstszym powodem wizyt Niemców, Szwedów i Brytyjczyków są tutejsze gabinety stomatologiczne. Obok Szczecina, Krakowa i Katowic, Trójmiasto to dziś jeden z najważniejszych ośrodków denturystyki w Polsce.

Obcokrajowców kuszą zarówno ceny usług, w wielu przypadkach niższe nawet o 60%, stan-

kuować z takimi gigantami denturystycznego rynku, jak Kraków i Warszawa. W efekcie dziś 20-30% pacjentów w trójmiejskich klinikach stanowią denturysty.

„Trójmiasto cieszy się głównie popularnością wśród Szwedów, Norwegów, Duńczyków, Brytyjczyków i Niemców. Ci ostatni stanowią ponad połowę wszystkich turystów stomatologicznych. Ściągają ich do nas niższe ceny, przede wszystkim niezwykle kosztownego za granicą leczenia implanto-

biennia przy pomocy implantów, popularna jest także kompleksowa protetyka, za którą w niektórych krajach trzeba zapłacić nawet 50 000-70 000 zł. Coraz częściej decydują się także na zabiegi stomatologii estetycznej – licówki, korony i wybielanie zębów. Rzadziej na leczenie ortodontyczne czy zachowawcze” – wylicza dr Andres.

Mocną stroną Trójmiasta są jednak nie tylko ceny leczenia, ale także oferta „dental holidays”. Tutejsze kliniki od lat współpracują z lokalnymi hotelami, pensjonatami, biurami podróży i przewoźnikami. „Leczenie implantologiczne najczęściej wymaga dłuższego pobytu, często 2-3-tygodniowego. Ten czas pomiędzy kolejnymi za-

STOISKO 7A 1.8
PROMOCJE | RABATY | NOWOŚCI
CEDE'2013



Poldent®

biegami staramy się zapelnąć denturystom atrakcjami, jakie oferuje Pomorze, promując przy okazji region. Wielu po takiej wizycie wraca do nas na zwykłe wakacje” – mówi dr Andres. IT



dard trójmiejskich klinik – jeden z najwyższych w Polsce, a także tzw. dental holidays, które łączą naprawę uzębienia z wypoczynkiem nad polskim morzem.

Coraz częściej w trójmiejskich gabinetach pojawiają się zagraniczni turyści, którzy przy okazji wakacji, decydują się na kosztowne leczenie implantologiczne lub protetyczne w tutejszych gabinetach. Powód to przede wszystkim finanse. Koszty leczenia w Polsce są nawet o 60% niższe niż w gabinetach w Danii, Niemczech czy w Wielkiej Brytanii. Rozwojowi nowej gałęzi turystyki pomagają jednak nie tylko ceny, także infrastruktura woj. pomorskiego – lotniska, hotele i atrakcje turystyczne. Te ostatnie pozwalają Trójmiastu kon-

logicznego, protetycznego i stomatologii estetycznej, a także standard leczenia, identyczny, jak w niemieckich czy skandynawskich gabinetach. Nie bez znaczenia jest także tzw. oferta dodatkowa, która pozwala im połączyć np. 2-tygodniowy pobyt i leczenie z wakacjami nad polskim morzem” – mówi lek. stom. Paweł Anders z Gdańska.

Korzyści z denturystyki i dental holidays odczuwają obie strony. Obcokrajowcy podczas jednej wizyty korzystają z leczenia o wartości nawet 10-20 000 zł. Dla ich to i tak oszczędność sięgająca 30-70%. „Obcokrajowcy w Polsce najczęściej decydują się na zabiegi, na które nie stać ich u siebie. Najczęściej są to zabiegi odbudowy uzę-

PIERWSZA POMOC W ENDODONCJI



BINER LC

ŚWIATŁOUTWARDZALNY,
UWALNIAJĄCY FLUOR MATERIAŁ
PODKŁADOWY



MD-CHELCREAM

PREPARAT SŁUŻĄCY DO OCZYSZCZANIA I OPRACOWYWANIA
KANAŁU



METAPASTE

WODOROTLENEK WAPNIA
Z SIARCZANEM BARU, MATERIAŁ
DO WYPEŁNIANIA KANAŁÓW
KORZENIOWYCH, STOSOWANY
PRZY APESKYFIKACJI



ENDOCEM MTA

MINERALNY TRÓJTLENEK, ŚRODEK
LECZNICZY STOSOWANY DO ŚWIATŁA
KANAŁU ZĘBOWEGO

Prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu lub zgody na interwencję medyczną

Paweł Mazurek, Polska

W obowiązującym prawie międzynarodowym, w tym i w prawie polskim, wyraźnie wskazuje się na obowiązek lekarza, w tym lekarza dentysty, uzyskania zgody na jakąkolwiek interwencję w sferę dóbr osobistych pacjenta (nietykalności i integralności cielesnej, wolności).

W przedstawionym w 1994 r. przez Światową Organizację Zdrowia zbiorze wytycznych pod nazwą „Model Deklaracji Praw Pacjenta w Europie”, w art. 3 ust. 1 wyraźnie wskazano, iż zgoda pacjenta jest podstawą przeprowadzenia jakiegokolwiek interwencji medycznej. Również „Karta Praw Pacjenta Przebywającego w Szpitalu” (art. 3 i 4) przyjęta 9. maja 1979 r. w Luksemburgu przyznaje choremu zarówno prawo do wyrażenia zgody, jak i odrzucenia proponowanej terapii po uzyskaniu odpowiednich informacji. Z kolei, zgodnie z art. 5 „Europejskiej Konwencji Bietycznej” nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana musi otrzymać odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również konsekwencjach i ryzyku, przy czym pacjent może w każdej

Wskazuje się przy tym, iż zgoda pacjenta może zostać uznana za jednostronną czynność prawną, w której pacjent upoważnia lekarza do ingerencji w przysługującą mu sferę dóbr osobistych. Tak złożone oświadczenie należy jednak odróżnić od czynności prawnej kreującej stosunek obligacyjny (np. umowa o leczenie). Tym samym samego zawarcia umowy o leczenie nie można utożsamiać ze zgodą lub sprzeciwem.

Świadczeniodawca, który działa bez zgody pacjenta lub dokonuje interwencji w oparciu o

dały się również polskie sądy, m.in. w orzeczeniu z 14.11.1972 r. (sygn. akt I CR 463/73; LEX nr 7182) Sąd Najwyższy wskazał, iż „wymóg zgody chorego na dokonany zabieg jest tylko wtedy zachowany, gdy chory zostanie należycie poinformowany – stosownie do okoliczności danego przypadku – o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia, w szczególności zaś o względzie wskazań zabiegu operacyjnego jako jednego z ewentualnych sposobów leczenia. Brak wyrażonej zgody chorego na dokonanie w takim przypadku zabiegu czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwionym (...)”.

Uznaje się zatem, iż zgoda pacjenta (ewentualnie upoważnienie ustawowe) uchyla bezprawność działania, tym samym nie można lekarzowi postawić zarzutu winy, jeżeli działa w granicach zgody. Z kolei brak „objaśnionej” zgody powoduje jej wadliwość.

Konieczność uzyskania przez lekarza „uświadomionej” zgody pacjenta podkreśla od lat doktryna prawa i judykatura wielu państw w licznych wyrokach. Oświadczenie woli pacjenta przy braku świadomości co do ryzyka i skutków zabiegu jest nieważne (art. 82 Kodeksu Cywilnego). Zaznaczyć przy tym trzeba, iż zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu lekarskiego ma również i takie znaczenie, że oprócz nadania cechy prawności interwencji lekarza powoduje, iż pacjent akceptuje ryzyko zabiegu i przejmuje je na siebie. Jakkolwiek nie może umknąć uwadze okoliczność, za poglądem wyrażonym przez Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 12.10.2007 r. (sygn. akt I ACa 920/10), iż zgoda pacjenta na zabieg nie obejmuje możliwości uszkodzenia innego organu.

Akceptacja ryzyka kończy się bowiem, jeżeli w postępowaniu lekarza można dopatrzeć się winy, gdyż chory nie obejmuje treścią zgody szkody wynikłej z niedbalstwa lub innego zawinionego działania lekarza (nieudolności, nieuwagi, braku wiedzy czy też kwalifikacji). Takie stanowisko zostało wyrażone m.in. w wyroku Sądu Najwyższego

29.10.2003 r. (sygn. akt III CK 34/02), w którym tenże Sąd stwierdził, iż „ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykle powikłania pooperacyjne. Nie można uznać, że taka zgoda obejmuje również komplikacje powstałe wskutek pomyłki lekarza”.

Istotne znaczenie ma również kwestia zakresu zgody pacjenta. Nie można bowiem na podstawie udzielonej, wyrażonej, uświadomionej zgody pacjenta konstatować, iż lekarz ma wówczas wolną rękę i może zmieniać ustalone metody leczenia lub też przedmiot zabiegu. We Francji w sprawie Dupont v. Desjadines (1960 r.) sąd zasądził odszkodowanie od dentysty – chirurga, który usunął nie tylko 3 zęby wskazane pacjentce, na co uzyskał zgodę, ale wszystkie zęby żuchwy. Sąd nie zgodził się z wywodzonym w tej sprawie przez lekarza dentystę stanowiskiem, iż zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej niezbędne było usunięcie wszystkich zębów w związku z ich stanem, a więc, iż uczynił to dla dobra pacjentki, bowiem takie działanie musiałoby i tak w przyszłości nastąpić.

Mając na uwadze powyżej przytoczone argumenty, pojawia się pytanie, kiedy zgoda udzielona przez pacjenta jest ważna, tj. niewadliwa. Wskazuje się, iż pacjent winien znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o diagnozie i proponowanych metodach leczenia, o ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zgoda musi być zatem „świadoma” („objaśniona”). Zarówno w orzecznictwie, jak i w doktrynie wielu państw, również i w Polsce, kładzie się nacisk na to, iż udzielenie informacji nie jest prawem lekarza, lecz jego obowiązkiem i niedopełnienie tego obowiązku skutkuje odpowiedzialnością lekarza. Informacja musi zatem dotyczyć nie tylko ryzyka i skutków leczenia, lecz także metod zabiegów leczniczych, ich konieczności i ewentualnego ryzyka niepodjęcia leczenia, ale także istniejących procedur alternatywnych. Pacjent ma bowiem prawo do samostanowienia o sobie, tj. prawo do świadomego podjęcia decyzji, do czego potrzebna jest należyta in-

formacja. Zgodnie z stanowiskiem przyjętym przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 29.09.2005 r. (sygn. akt I ACa 236/05), „zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć poinformowaną i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu”.

Niezależnie od powyższego należy pamiętać, iż nie oznacza to, że informacja ma być „nadmierna”, lekarz ma bowiem obowiązek poinformować pacjenta o skutkach normalnych, typowych, zwykłych, z którymi w konkretnym przypadku pacjent powinien się liczyć. Jeżeli zaś zabieg łączy się z ryzykiem szczególnym i mogą zdarzyć się następstwa występujące wprawdzie rzadko, lecz możliwe są do przewidzenia, to wówczas lekarz winien również powiadomić o nich pacjenta. Brak natomiast obowiązku informowania pacjenta o nadzwyczajnych, nieprzewidywalnych i mało prawdopodobnych do wystąpienia skutkach. Powszechnie jednakże uważa się, iż w przypadku zabiegów z dziedziny chirurgii estetycznej albo zabiegów nielecniczych lekarz obowiązany jest dokładnie i szczegółowo poinformować pacjenta o ryzyku i wszelkich mniej lub bardziej możliwych skutkach i powikłaniach, a zatem wówczas tenże obowiązek informacji ma najszerszy zakres.

DI



Autor

Paweł Mazurek – adwokat, Dyrektor Departamentu Prawa Medycznego w Kancelarii Prawnej Świeca i Wspólnicy. Z mec. Pawłem Mazurkiem można się skontaktować, pisząc na adres e-mail: mazurek@swwp.pl

Stan zdrowia jamy ustnej zależy od czynników genetycznych i społecznych

Badania wykazują, że dzieci matek, których stan zdrowia jamy ustnej jest zły cierpią z powodu tych samych problemów.

Długoterminowe badania, przeprowadzone przez 27 lat na grupie 1.000 dzieci urodzonych w Nowej Zelandii w latach 1972-1973 dostarczają niepodważalnych dowodów na to, że dzieci, których matki nie dbają o higienę i zdrowie jamy ustnej są bardziej narażone na cierpienie z powodu utraty zębów i

próchnicy w późniejszych latach życia. To pierwsze duże badania, które wykazują, że zdrowie jamy ustnej dorosłych jest zależne od czynników genetycznych i społecznych.

Naukowcy porównali stan zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 5 lat, a później ponownie w wieku 32 lat. Wyniki zostały porównane z samooceną matek. Analiza przeprowadzona na początku badania wykazała, że niemal połowa dzieci

(45,1%), których matki określiły stan zdrowia swojej jamy ustnej jako bardzo zły, cierpiała z powodu zaawansowanej próchnicy. Prawie 5 na każde 10 badanych osób (39,6%) utraciło zęby w późniejszych latach.

Eksperti podkreślają też wpływ takich czynników ryzyka, jak: status społeczno-ekonomiczny oraz wiedza na temat zdrowia jamy ustnej przekazywana na kolejne pokolenia. Czynniki te z pewnością

wpływają na postrzeganie zdrowia jamy ustnej u matki i wpływają na nawyki higieniczne ich dzieci.

Dr Nigel Carter (British Dental Health Foundation) komentuje: „Te wyniki potwierdzają trend, który został rozpoznany już dawno. Badania Per Axelsson, przeprowadzone w Szwecji w latach 70. ubiegłego wieku wyraźnie pokazuje, że prawdopodobieństwo wystąpienia próchnicy wśród dzieci było w dużej mierze zależne od ist-

nienia bakterii w jamie ustnej matki, które zostały przeniesione na dziecko”.

„Jeśli kolejne badania potwierdzą przekazywanie ryzyka na kolejne pokolenia, to należy nakłaniać rodziców, by edukowali swoje dzieci i przekazywali lepsze nawyki higieniczne z pokolenia na pokolenie” – dodaje dr Carter podkreślając, że odpowiedzialność za poprawę zdrowia jamy ustnej dotyczy każdego. DI

deniomed®

12. Dolnośląskie Targi Stomatologiczne we Wrocławiu

Wystawcy z całej Polski
Szeroki zakres ekspozycji
Punktowane kursy medyczne
Szkolenia i prezentacje

Czy
już wiesz,
gdzie będziesz
8-9
listopada?

08-09
listopada
2013
Wrocław

Targi
w Krakowie

www.targidentamed.pl

targi

Targi w Krakowie Sp. z o.o., Kraków, ul. Centralna 41a, 12 644 12 03, simon@targi.krakow.pl



AD

Prof. Dennis **Tarnow**

25.10.2013

sesja wykładowa (8h)

Teatr Słowackiego | Kraków, pl. św. Ducha 1

Wskazania i przeciwwskazania do natychmiastowej implantacji i chirurgii bezpłatowej.

Kliniczne dylematy związane z prawidłowym konturem tkanek miękkich. Aktualny stan wiedzy i nowe perspektywy.

Prof. Roberto **Cocchetto**

26.10.2013

sesja warsztatowa (6h)

patronat naukowy:

Dr n. med. Piotr **Majewski**

Instytut Stomatologii UJ | Kraków, ul. Montelupich 4

Leczenie implantoprotetyczne bezzębia, warianty postępowania w zależności od stopnia skomplikowania przypadków klinicznych. Diagnostyka, plan leczenia, nawigacja, natychmiastowe i odroczone obciążenia, tymczasowe oraz ostateczne odbudowy.

Liczba miejsc ograniczona!

TDGS
TOPDESIGN
GABINETY STOMATOLOGICZNE
2013

25.10.2013

CEIA Evening & Gala
TDGS

www.tdgs.pl

CEIA
symposium



facebook
Inspiration
Education
Fun

więcej informacji i zapisy on-line: www.ceia.pl

BIOMET 3i

sponsorzy:



Optident



patroni:



NYUDentistry

eDENTICO



MEDOLAB



VATECH



GENDEX



dti

IMPLANTOLOGIA

DENTONET.pl

Współczesna stomatologia to szybkie i spektakularne efekty bez bólu

Strach przed bólem wciąż powoduje, że dentysta nie należy do najbardziej lubianych zawodów. Rozwój technologii zmienia jednak ten stereotyp i bolesne zabiegi na fotelu stomatologicznym przechodzą do historii.

Nowoczesny dentysta nawet nie proponuje rezygnacji ze znieczulenia. Medycyna kładzie ogromny nacisk na wyeliminowanie bólu po to, by zachęcić pacjentów do dbania o zdrowie. W stomatologii rozwój technik uśmierzających ból jest tak duży, że już samo znieczulenie podawane jest w bezbolesny sposób. Coraz powszechniej używane urządzenie The Wand eliminuje nieprzyjemne uczucie rozpierania tkanek podczas wstrzykiwania środka znieczulającego. „Tempo podawania środka kontroluje mikroprocesor, dzięki czemu pacjent nie odczuwa najmniejszego nawet dyskomfortu” – wyjaśnia dr Iwona Gnach-Olejniczak z Wrocławia.

Leczenie spełniające współczesne standardy rozpoczyna się od diagnostyki, do której niezbędne są zdjęcia rtg. Obraz tkanek miękkich i twardych pozwala trafnie rozpoznać sytuację i zaplanować właściwe działania. „Przy leczeniu ubytków próchnicowych wykonuje się zdjęcie panoramiczne oraz dodatkowo zdjęcia punktowe, jeśli wymaga tego sytuacja. Dla wad zgryzu dodatkowo niezbędne jest zdjęcie cefalometryczne (boczne)” – informuje lekarz. Cyfrowe urządzenie rtg odkrywa przed dentystą stan uzębienia pacjenta przy minimalnej dawce promieniowania. Takie zdjęcia można też z łatwością przetwarzać, kopiować i archiwizować na nośnikach komputerowych.

Także długotrwałe i bolesne leczenie kanałowe przechodzi do przeszłości. Nowoczesna „kanałówka” przebiega ekspresowo, bo wystarczy na nią najczęstszą jedną wizytę. Lekarzowi także zależy na tym, by oczyścić i wyleczyć ząb podczas jednego spotkania, zmniejsza się bowiem ryzyko zakażenia zęba. Tak więc dentysta działa szybko, a jego sprzymierzeńcem jest technologia. Mikroskopy i lupy, w których pracuje, są w stanie wykryć przeszkody i zwężenia miazgi. Endometry monitorują długość kanałów podczas ich udrażniania. Laser diodowy sterylizuje

zuje wnętrze zęba, a po chwili specjalne systemy wtłaczają pod ciśnieniem preparaty wypełniające, gwarantujące pełną szczelność. Cały zabieg w znieczuleniu trwa ok. 2 godz., a jego prawidłowość na każdym etapie kontrolują wewnątrzustne urządzenia rtg.



Mihai Simonia/Shutterstock.com

W likwidacji bolesnych objawów zapalenia dziąseł i przyzębia lekarzom pomagają ultradźwięki. „Gdy stan zapalny zaatakuję tkanki przyzębia, potrzebne jest głębokie oczyszczenie kieszonek zębowych. Nie chcemy tego robić mechanicznie, rozcinając dziąsła, dlatego stosujemy metody bezinwazyjne” – tłumaczy wrocławska dentystka. Wchodzące do polskich gabinetów urządzenia wykorzystujące siłę ultradźwięków oraz regeneracyjne działanie hydroksyapatytu, jednocześnie usuwają kamień i poleruje powierzchnię korzeni zębów, dzięki czemu dziąsła zyskują nowe przyczepy. Ta technologia w dużym stopniu ogranicza liczbę zabiegów chirurgicznych na przyzębiu. Przechodzimy komfortowy zabieg, po którym dziąsła zmieniają kolor na zdrowy bladoróżowy, nie ma obrzęku, krwawienia i bólu.

W walce z bólem, pojawiającym się po zabiegach chirurgicznych, lekarze dentyści sięgają po laseroterapię. Za jej pomocą przyspieszają procesy gojenia ran oraz łagodzą objawy wyzynywania zębów. „Gojenie rany to nic innego jak proces zastępowania starej tkanki przez nową, dobrze unaczynioną, o dużej liczbie włókien kolagenowych” – tłumaczy dr Gnach-Olejniczak. Udowodniono, że włókna te oraz naczynia krwionośne znacznie szybciej rozwijają się dopingowane promieniami lasera. Technologia pozwala skrócić czas gojenia z ok. miesiąca do kilku dni. Przy zabiegach wspomaganych laserem wszelkie cięcia są bezkrwawe, co również wpływa na szybkość leczenia. [DT](#)

MZ planuje zmianę „koszyka świadczeń”

Ministerstwo Zdrowia planuje przebudowę zakresu przysługujących chorym świadczeń refundowanych. „Rozpoczynamy prace nad zmianą przepisów dotyczących koszyka świadczeń gwarantowanych” – zapowiedział wiceminister zdrowia Sławomir Neumann.

Ekspertci uważają, że obowiązujący w Polsce tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych przewyższa możliwości finansowe NFZ. Lekarze również sygnalizują potrzebę zmian zakresu świadczeń ze względów finansowych.

„Koszyk jest niedostosowany do możliwości płatniczych NFZ. Fundusz ma za mało pieniędzy i nie może sfinansować każdej usługi, którą minister wymieni w rozporządzeniu” – mówi Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Naczelna Izba Lekarska w ubiegłym roku wniosła do Trybunału Konstytucyjnego skargę na niezgodność z konstytucją przepisów dotyczących koszyka, Trybunał jednak ją odrzucił. Teraz resort musi zmienić tzw. koszyk, ponieważ kilka rozporządzeń ministra zdrowia, które opisują zakres refundowanych usług zdrowotnych, przestanie obowiązywać z końcem 2013 r.

Wiceminister Sławomir Neumann zapowiedział również rozpoczęcie prac nad ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Dzięki nowym regulacjom Polacy mogliby kupować dodatkowe polisy w prywatnych firmach ubezpieczeniowych. Pozwoliłoby to im korzystać z usług medycznych, na które pacjenci czekają dziś w długich kolejkach. Do zadłużonych placówek mogłyby z kolei trafić dodatkowe środki. [DT](#)

Na podst.: „Rzeczpospolita“

Mapy potrzeb zdrowotnych i regionalne fundusze zamiast NFZ?

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad założeniami do ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

W wyniku kolejnej reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia ma być zlikwidowany, a wojewodowie otrzymają znacznie większe kompetencje w zakresie kreowania polityki zdrowotnej na administrowanym terenie. Mają oni m.in. decydować o powstawaniu nowych placówek świadczących usługi medyczne, np. poradni i oddziałów szpitalnych. W tym celu powstaną mapy potrzeb zdrowotnych poszczególnych województw, na podstawie których planowane będą wysokości kontaktów w poszczególnych rodzajach świadczeń i nowe inwestycje. Głównym zamierzeniem planowanych zmian ma być racjonalizacja wydatków ze środków, jakimi dysponuje NFZ.

Regionalne fundusze, które zastąpią Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie opracowanych map potrzeb zdrowotnych, będą tworzyły plany zakupów świadczeń. Otrzymanie kontraktu przez świadczeniodawcę warunkowane będzie nie tylko koniecznością zabezpieczenia dostępu do świadczeń, ale także opinią wojewody co do m.in. celowości nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną. Wojewoda, opiniując daną inwestycję, będzie musiał uwzględnić stanowisko specjalnej rady ds. oceny potrzeb zdrowotnych, która ma powstać w każdym województwie.

Ekspertki podkreślają, że wiele zapisów proponowanych w projekcie ustawy wymaga jeszcze dopracowania. Problemem może być planowanie potrzeb ponadregionalnych, m.in. w zakresie zapotrzebowania na usługi wyspecjalizowane.



listyczne. Korzystają z nich pacjenci z całej Polski, chociaż placówki, które je świadczą są zlokalizowane tylko w niektórych województwach. Każda z map potrzeb zdrowotnych powinna być zatem

konsultowana z takimi województwami, a także z ościennymi regionami. [1]

listyczne. Korzystają z nich pacjenci z całej Polski, chociaż placówki, które je świadczą są zlokalizowane tylko w niektórych województwach. Każda z map potrzeb zdrowotnych powinna być zatem

Elektroniczna baza danych ubezpieczonych dostępna dla pacjentów

Narodowy Fundusz Zdrowia zapowiada uruchomienie pod koniec roku elektronicznego systemu dostępu pacjentów do bazy danych w celu m.in. sprawdzania przez nich własnego statusu ubezpieczeniowego.

Ponadto, dzięki systemowi elektronicznej weryfikacji pacjent będzie mógł sprawdzić rejestr swoich wizyt u lekarza, hospitalizacji i wystawionych recept. Aby uzyskać dostęp do systemu, pacjent powinien zgłosić się do swojego wojewódzkiego oddziału NFZ z dowodem osobistym i odebrać identyfikator i hasło. Procedura wydawania haseł rozpocznie się jesienią.

NFZ korzysta już z możliwości elektronicznego kontaktu z ubezpieczonymi, np. od 1 kwietnia br. istnieje możliwość złożenia skargi w NFZ przez komunikator internetowy Skype. Można też uzyskać informacje dotyczące kolejek oczekujących, Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, programów lekowych i chemioterapii.

Od początku 2013 r. każdy świadczeniodawca może drogą elektroniczną zweryfikować, czy pacjent ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, czy też nie.

Zgodnie z nowelizacją Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pracownicy rejestracji w placówkach medycznych, wpisując do systemu informatycznego PESEL pacjenta, będą mogli od razu otrzymać z NFZ informację o jego ubezpieczeniu. Pacjent w przychodni będzie musiał podać jedynie numer PESEL, a nie jak dotychczas, przedstawiać dowód ubezpieczenia, np. druk RMUA uzyskany od pracodawcy. Jeżeli weryfikacja tych danych nie będzie możliwa za pośrednictwem Inter-

netu (np. w przypadku problemów z dostępem do sieci lub wizyty domowej), wystarczy pisemne oświadczenie pacjenta potwierdzające ubezpieczenie. Pacjent, składając oświadczenie, będzie ponosił odpowiedzialność za przekazane w nim informacje. [2]

netu (np. w przypadku problemów z dostępem do sieci lub wizyty domowej), wystarczy pisemne oświadczenie pacjenta potwierdzające ubezpieczenie. Pacjent, składając oświadczenie, będzie ponosił odpowiedzialność za przekazane w nim informacje. [2]

na podst.: PAP, NFZ

Gruźlica w miastach wciąż groźna

Pod koniec marca obchodzony jest Światowy Dzień Gruźlicy. W tym roku obchodom towarzyszy hasło: „Uchroń mnie przed gruźlicą”.

W 2011 r. w Polsce zarejestrowano 8478 przypadków gruźlicy. Zapadalność na tę chorobę w naszym kraju jest wciąż wyższa niż średnia w krajach Unii Europejskiej oraz w Norwegii i Islandii. Więcej przypadków zachorowań niż w Polsce notuje się w Portugalii, Estonii, Bułgarii, na Łotwie, Litwie i w Rumunii.

W 2011 r., podobnie jak w latach poprzednich, zapadalność na gruźlicę w Polsce wzrastała wraz z wiekiem: od 1,5 na 100 000 wśród dzieci do 14 r. ż. do 41,9 na 100 000 wśród osób w wieku 65 lat i starszych. Gruźlicę rozpoznano u 111 dzieci. Średni wiek chorego na gruźlicę mieszkańca Polski wynosił 53,3 lat. W 2011 r. częściej na gruźlicę zapadali mężczyźni.

Zachorowalność w miastach była wyższa niż na wsi, co jest w Polsce nowym zjawiskiem, obserwowanym dopiero od 2 lat. Wśród chorych było 38 cudzoziemców (0,6% zgłoszonych przypadków). Tymczasem w Szwecji i Norwegii blisko 90% wszystkich chorych to imigranci.

Zachorowania na gruźlicę u osób zakażonych HIV były w naszym kraju nieliczne. Odsetek chorych na MDR-TB (0,8% chorych ze znanym wynikiem lekowrażliwości) był w Polsce niższy niż w całej UE (5%). Na Litwie, Łotwie i w Estonii 11-23% nowych przypadków gruźlicy płuc to MDR-TB.

Leczenie gruźlicy jest bezpłatne i obowiązkowe, ale dużym problemem epidemiologicznym są osoby, które zaprzestają leczenia lub nie chcą się leczyć. Choć po szczycie zachorowań, na początku nowego tysiąclecia ich liczba na świecie spada, codziennie umiera na gruźlicę 4000 chorych, a rocznie 1,4 mln. Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2011 r. zachorowało 8,7 mln osób, w tym 64 000 dzieci. Najwyższe współczynniki zapadalności występują w Afryce subsaharyjskiej, gdzie duży odsetek populacji jest zakażony HIV, a to zwiększa ryzyko zachorowania na gruźlicę. Większość chorych na MDR-TB to mieszkańcy Chin, Indii, Rosji, Pakistanu i Republiki Południowej Afryki. W 84 krajach odnotowano już przypadki XDR-TB, tzn. gruźlicy wielolekoopornej z dodatkową opornością na kolejne ważne leki przeciwpłukowe, jakimi są fluorochinolony i leki podawane we wstrzyknięciach (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna). [3]



NAJWYŻSZA
SKUTECZNOŚĆ
ZNIECZULEŃ

Technika znieczulenia Osteocentral to najskuteczniejsza technika, nawet w przypadku pulpitis trzonowców w żuchwie.

Zapewnia bezbolesne znieczulenie, szybki czas działania i brak efektu odrętwienia tkanek miękkich.

QuickSleeper⁴ jedyny komputerowy system znieczuleń umożliwiający iniekcję techniką Osteocentral



Dystrybutor w Polsce:
Implant Dental New Wave
Tel. (22) 869 71 00
e-mail: info@implant.waw.pl
www.implant.waw.pl

10 LAT SUKCESÓW W POLSCE

DENTAL HI TEC

„Współczesna Stomatologia Zintegrowana” – polsko-ukraińska współpraca implantologów

Na początku października br. (4-5.10.2013 r.) w Rzeszowie odbędzie się pierwsza polsko-ukraińska konferencja stomatologiczna pt.: „Współczesna stomatologia zintegrowana”. Organizatorami tego wydarzenia są: Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna „Periocentrum” w Rzeszowie i Centrum Implantologii i Protetyki Stomatologicznej „MM” we Lwowie.

Konferencja odbędzie się przy rekomendacji Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), pod naukowym patronatem Komisji ds. szkolenia przed- i podyplomowego PTS, Instytutu Stomatologii Narodowej Akademii Medycznej Szkolenia Podyplomowego im. P. L. Szupryka w Kijowie, Stowarzyszenia Dentystów Ukrainy oraz Stowarzyszenia Prywatnie Praktykujących Lekarzy Dentystów Ukrainy.

Patronami naukowymi poszczególnych sesji będą: Sekcja Periodontologii PTS, PTO i OSIS oraz Ukraińskie Stowarzyszenie Ortodontyczne i Ukraińskie Stowarzyszenie Implantologów Jamy Ustnej. Patronat Honorowy sprawować będzie Ambasada Ukrainy w Warszawie, Ambasada Polski w Kijowie oraz Prezydent Miasta Rzeszowa, a patronat prasowy Dental Tribune International.

„Idea zorganizowania cyklu konferencji z udziałem polskich oraz ukraińskich uczestników i wykładowców zrodziła się już kilka lat temu podczas wspólnych spotkań w Polańczyku. Teraz nadszedł moment jej realizacji – na początek po stronie polskiej, w Rzeszowie. W

kolejnych latach obrady będą się odbywać naprzemiennie: raz na Ukrainie, raz w Polsce” – mówi dr n. med. Wojciech Bednarz, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji „Współczesna stomatologia zintegrowana”.

„Tematyka poszczególnych konferencji będzie się wpisywać w aktualne potrzeby praktyki lekarsko-dentystycznej i dotyczyć poszczególnych dziedzin stomatologii. Prezentacje będą prowadzone w językach ojczystych wykładowców i odpowiednio tłumaczone simultanicznie na język polski, ukraiński i angielski” – dodaje W. Bednarz.

W każdej tematycznej sesji naukowej odbędą się 3 wykłady główne, omawiające aktualne kierunki rozwoju danej dziedziny i 2 krótsze, dotyczące konkretnych problemów profilaktyczno-leczniczych. Znalazło się także miejsce dla młodych adeptów nauki, którzy w piątkowe popołudnie, w czasie 10-minutowych wystąpień będą mogli zaprezentować swoje naukowe osiągnięcia wykorzystywane w codziennej pracy lekarza dentystry. Dla autora lub autorów najlepszej pracy przewidziano nagrodę finansową.



„Poza częścią dydaktyczno-naukową przewidziano w czwartkowy wieczór: czas na relaks, spotkania towarzyskie, spacer po Starówce, a w piątek bankiet. Mamy nadzieję, że przyjazd do stolicy Podkarpacia, poza walorem szkoleniowym, okaże się niezapomniany także ze względów towarzyskich, turystycznych i rekreacyjnych” – zachęca dr Bednarz.

W programie 2-dniowych obrad zaplanowano 3 sesje tematyczne:

Sesja I: Periodontologia:

- „Współczesna diagnostyka kliniczna i protokoły niechirurgicznego leczenia zapaleń przyzębia”
prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka
- „Mikroekologia jamy ustnej jako czynnik ryzyka chorób zębów”
prof. Natalia Savichuk DDS, PhD
- „Stabilizacja związków cyny a stan zapalny dziąseł”
lic. hig. dent. Paulina Radoma
- „Osteopatia metaboliczna w patogenezie chorób przyzębia”
prof. Iryna Mazur DDS, PhD
- „Zastosowanie kliniczne preparatów osocza bogatopłytkowego w periodontologii regeneracyjnej”
prof. Aleksey Pavlenko DDS PhD, Maksim Pavlenko DDS PhD, Viktor Clementyev DDS

- „Współczesne leczenie chirurgiczne deformacji szluzówkowo-dziąsłowych”
dr n. med. Wojciech Bednarz

Sesja II: Implantologia stomatologiczna

- „Transplantacja autogennych preosteoblastów: nowe wyzwania dla augmentacji okołaimplantologicznej”
prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz
- „Aspekty funkcjonalne i estetyczne rehabilitacji implantoprotetycznej”
ass. prof. Myron Uhryn DDS, PhD
- „Implantacja śródkostna w miejscach z brzeżnym i wierzchołkowym zapaleniem przyzębia”
dr n. med. Hubert Kubica
- „Procedury regeneracyjne po ekstrakcji zęba”
dr n. med. Piotr Majewski
- „Rehabilitacja implantologiczna u starszych pacjentów z całkowitym bezzębiem”
prof. Yaroslav Zablotskyy DDS, PhD

Sesja III: Ortodencja

- „Nowe możliwości poprawy higieny jamy ustnej u pacjentów ortodontycznych”
dr hab. n. med. Agata Czajka-Jakubowska,

- „Zintegrowane, perioortodontyczne leczenie wad zgryzu u pacjentów z cienkim biotypem przyzębia”
prof. dr hab. n. med. Beata Kawala
- „Postawa ciała a okluzja. Zależności i powiązania”
prof. Myroslava Drohomyska
- „Zęby zaklinowane – plan leczenia i procedury chirurgiczne”
dr n. med. Paweł Plakwicz
- „Zęby zaklinowane – współczesne postępowanie ortodontyczne”
dr n. med. Ewa Czochorowska
- „Leczenie pacjentów z tyłozgryzem i ze stłoczeniami zębów żuchwy”
prof. Lyubov Smaglyuk DDS, PhD

Szczegółowe informacje można uzyskać u organizatora konferencji:

NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna „Periocentrum”
ul. Dąbrowskiego 11
35-010 Rzeszów
Tel.: (17) 85 222 33
tel. kom.: 509 866 788
E-mail:
konferencja@periocentrum.pl
www.periocentrum.pl

„Szalona Krasula” 2013 w Zakopanem!

IX Ogólnopolskie Spotkanie Miłośników Biomateriałów „Szalona Krasula Polska”, które w tym roku odbyło się w Zakopanem w połowie lutego (15-17.02.2013 r.)

tradycyjnie już połączyło sesję naukową z bogatym programem rozrywkowym. Organizatorzy (FM Dental) zapewнили niezapomnianą atmosferę, doskonałą zabawę

w miłym towarzystwie i naukowym klimacie. Dopisała także pogoda, serwując uczestnikom prawdziwą górską zimę z dużą ilością śniegu, mrozu i słońca.

Gośćmi spotkania byli znakomici eksperci kliniczni: prof. Marzena Dominiak, dr Maciej Stupka, dr Piotr Majewski, dr Dirk Duddeck, dr Detlef Hildebrand. Odbyły się 3 sesje

wykładowe: diagnostyczna, periodontologiczna oraz implantoprotetyczna, a dzień wykładowy zakończyła dyskusja na temat komplikacji.

Na wieczory zaplanowano góralskie bajanie, kulig z pochodniami, ognisko oraz szaloną góralską imprezę w leśniczówce. [\[1\]](#)



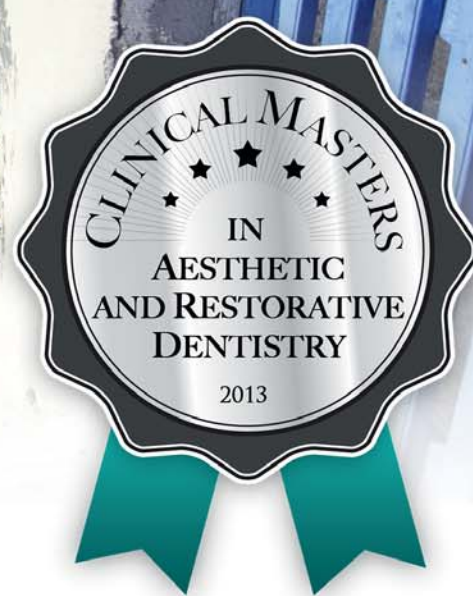


Tribune CME

1 Year Clinical Masters Program in Aesthetic and Restorative Dentistry

17 June 2013 - 8 Feb 2014

in **Santorini** (Greece), **Geneva** (Switzerland), **Pesaro** (Italy)



Three on location sessions with **live patient treatment, hands-on practice** plus online learning and online mentoring under the Masters' supervision.

Learn from the Masters of Aesthetic and Restorative Dentistry:



Registration information:

17 June 2013 - 8 Feb 2014
in **Santorini** (Greece), **Geneva** (Switzerland), **Pesaro** (Italy)

Find out more on www.TribuneCME.com/128

Curriculum fee: € 9,900

contact us at: tel.: **+49-341-48474-302** / email: request@tribunecme.com



150 ADA CERP
C.E. CREDITS

ADA CERP® Continuing Education
Recognition Program

Tribune Group GmbH is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Denttabs – innowacyjne tabletki do higieny jamy ustnej

Specjalistyczne tabletki Denttabs to produkt do higieny jamy ustnej, a jednocześnie nowoczesna alternatywa dla konwencjonalnej pasty do zębów. Charakteryzuje się lepszym i bardziej intensywnym działaniem fluorków niż zwykła

– małe praktyczne opakowanie,
– gwarancja skutecznej remineralizacji szkliwa, trwała i szybka ulga dla zębów wrażliwych, profilaktyka początkowej próchnicy,
– efekt czystych zębów nawet przy użyciu miękkiej szczoteczki,



pasta do zębów. Specjalne właściwości Denttabs wzmacniają zęby oraz wrażliwe szyjki, remineralizują je i naprawiają. Dodatkowo zęby stają się naturalnie błyszczące dzięki dużej zawartości opatentowanych włókien celulozy. Zalety Denttabs to m.in.:

– można ich używać po jedzeniu zamiast gumy do żucia,

– eliminacja przebarwień, zapobieganie powstawaniu próchnicy, kamienia nazębnego i osadu,
– świeży oddech dzięki zawartości mentolu i stevii,
– brak konserwantów i substancji antybakteryjnych.

www.dent-tabs.pl

DENTAID – wysokospecjalistyczna profilaktyka

Na polskim rynku pojawiła się marka DENTAID – producenta wysokospecjalistycznych preparatów do kompleksowej profilaktyki jamy ustnej. Firma jest stałym partnerem światowych stowarzyszeń periodontologicznych i implantologicznych, ściśle współpracując z ośrodkami akademickimi w Europie i USA.

DENTAID zapewnia kompleksowe rozwiązania z zakresu periodontologii, implantologii oraz ortodoncji. Jednym z flagowych produktów jest linia Perio Aid – to pierwsza na świecie udokumentowana klinicznie formuła chlorheksydyny połączonej z cetylopirydyną, stosowana w terapii chorób jamy ustnej, których przyczyną jest biofilm. Drugą linię stanowi Vi-

tis – produkty dla pacjentów po zabiegach implantologicznych i ortodontycznych. W ofercie dostępne są również specjalistyczne linie produktów zapewniających codzienne wsparcie dla pacjentów zmagających się z kserostomią, halitozą oraz nadwrażliwością.

Produkty DENTAID dostępne są wyłącznie w sieci sprzedaży bezpośredniej oraz w gabinetach stomatologicznych.

Wyłączny dystrybutor w Polsce:

Bałtycki Instytut Stomatologii
ul. Jaśkowa Dolina 57
80-286 Gdańsk
tel. (58) 345 39 71
e-mail: info@dentaidpolska.pl
www.dentaidpolska.pl



Nowy Rooter – technologie w leczeniu stomatologicznym

Firma FKG Dentaire SA z La Chaux de Fonds w Szwajcarii ogłasza światową premierę nowego mikrosilnika Rooter, przeznaczonego do leczenia endodontycznego, nazywanego też leczeniem kanałowym (ang. root canal treatment). Inżynierowie wprowadzili innowacje na każdym etapie procesu projektowania mikrosilnika, a każda z nich ma służyć podniesieniu komfortu pacjenta i funkcjonalności pracy lekarza dentysty. Efekt ostateczny to lepsza akceptacja zabiegu przez pacjenta.

Leczenie endodontyczne rzadko jest przyjemne dla pacjenta, pomimo że nowoczesne narzędzia i procedury opracowywane są z myślą o ograniczeniu jego dyskomfortu. Mikrosilnik Rooter firmy FKG Dentaire także koncentruje się na przydatności dla lekarza den-



tysty i endodonta. „Odpowiadamy na potrzeby i oczekiwania specjalistów, ułatwiając przeprowadzanie złożonych zabiegów dzięki całemu wielu innowacyjnym funkcjom” – mówi Thierry Rouiller, dyrektor wykonawczy firmy FKG Dentaire. „Są to np. fabrycznie zaprogramowane zapamiętane lokalizacje, większa swoboda wyboru ruchów dzięki technologii bezprzewodowej, wyjątkowa ergonomia urządzenia, a nawet dioda LED w celu poprawy widoczności podczas zabiegu. Wszystkie te cechy to naprawdę innowacyjne rozwiązania, cechujące mikrosilnik Rooter” – dodaje.

Wybrane dane techniczne:

- silna biała dioda LED, zogniskowana na obszarze roboczym,
- szeroki zakres ustawień prędkości: 250-1200 rpm,
- 10 programowalnych zapamiętanych lokalizacji, z których 3 są zaprogramowane fabrycznie,
- 360° obrotu w 5 pozycjach,
- automatyczne zatrzymywanie pilnika w razie zablokowania lub przekroczenia wybranego momentu obrotowego,
- urządzenie bezprzewodowe, wyposażone w baterię Li-Ion, zapewniającą stałą prędkość obrotową.

Szczegółowe informacje:

e-mail: info@fkg.ch
tel.: +41 (0)32 924 22 44

AD

www.cede.pl ☎ 42 632 28 66

23.

Środkowoeuropejska Wystawa
Produktów Stomatologicznych

23RD Central European
Dental Exhibition

Poznań

12-14.09.2013

ENDO TRIBUNE

The World's Endodontic Newspaper · Polish Edition

VOL. 7, NR 1



News

Produkty bezcukrowe nie zawsze zdrowe

► Strona 1



Praktyka

Niechirurgiczna rewizja leczenia endodontycznego

► Strona 2



News

Lekarze nie słuchają sugestii pacjentów

► Strona 4

Dlaczego Polacy boją się wizyt u dentysty?

Jeszcze kilka lat temu wizyta u dentysty większości osób kojarzyła się z bólem i czymś bardzo nieprzyjemnym. Obecnie, dzięki nowoczesnej technologii dostępnej w gabinecie i coraz lepszym metodom znieczulania wizyta u dentysty przebiega zupełnie bezboleśnie.

Jak wynika z raportu *dentysta.eu*, aż 81% Polaków boi się dentysty. Niektórzy omijają gabinety stomatologiczne przez większą część swojego życia. Głównymi przyczynami stresu pacjentów są: ból (60%), niewłaściwe podejście dentysty (36%), czekanie na wizytę (25%), odgłosy wiercenia dochodzące z gabinetu (43%), specyficzne zapachy (ok. 35%), a także wysokość rachunku za leczenie (42%). Co ciekawe, przyczyną strachu 18% pacjentów jest stan ich własnego uzębienia. 20% pacjentów boi się bolesnego znieczulenia. „Dziś strach przed dentystą jest zupełnie nieuzasadniony, bowiem jesteśmy w stanie zupełnie wyeliminować ból w gabinecie, nawet ten przy podawaniu znieczulenia. Możemy posmarować dziąsła specjalnym żelem znieczulającym, dzięki czemu ukłucie igły będzie znacznie mniej wyczuwalne. Od niedawna dysponujemy w Polsce także jedną z naj-



nowszych metodą znieczulenia – za pomocą urządzenia, które emituje vibracje o nieregularnej częstotliwości. Przykładamy je do dziąsła pacjenta na krótko przed wbiciem igły i wtedy mózg, skupiając się na vibracjach, nie rejestruje bodźca towarzyszącego ukłuciu” – mówi dr n. med. Mariusz Duda, implantolog z Katowic.

Dentofobia, czyli strach pacjentów przed dentystą ma swoją przyczynę w utartych stereotypach. „Kilka lat temu wizyta u lekarza dentysty mogła być naprawdę dla pacjenta traumą. Obecnie część pacjentów już powoli wyzbywa się strachu przed nieskomplikowanymi zabiegami, takimi jak wypełnienie ubytku czy zabiegi higienizacyjne, np. usu-

wanie kamienia. Wciąż jednak panicznie boją się samego wiercenia, leczenia kanałowego, a także wyrywania zębów, a nawet zabiegi przeprowadzamy już zupełnie bezboleśnie. Także po zabiegu jesteśmy w stanie tak dobrać leki przeciwbólowe, że pacjent nie będzie cierpieł nawet, gdy znieczulenie przestanie działać” – wyjaśnia dr Mariusz Duda.

Polacy coraz chętniej korzystają z leczenia implantologicznego jako metody odbudowy braków zębowych. Jednakże wciąż jest duża grupa pacjentów, którzy bardzo boją się zabiegu polegającego na wszczepianiu tytanowej śruby w kość szczęki. „Mogę absolutnie zapewnić, że wprowadzenie implantu jest całkowicie bezbolesne. Często spotykam się z taką sytuacją, że pacjent, schodząc z fotela jest zaskoczony, że zabieg był krótki i bezbolesny, a odczucia były porównywalne z zaplombowaniem zęba w zwykłym znieczuleniu. Przed zabiegiem znieczulamy pacjentów miejscowo, bardzo solidnie, dużą dawką, do tego możemy dołączyć analgesodację, czyli środki podawane dożylnie, które powodują zniesienie bólu i lęku, a nawet nie pamięć wsteczną, tzn. zabieg może trwać godzinę, a pacjentowi wydaje się, że trwał kilkanaście minut” – mówi dr Mariusz Duda. „Nowoczesna stomatologia opiera się na leczeniu bez bólu i co za tym idzie bez strachu. Osoba, która wcześniej bała się wizyt, a teraz z uśmiechem siada na fotelu to dla nas powód do dumy i potwierdzenie, że warto rozwijać nowe technologie dla dobra pacjentów” – podsumowuje dr Duda.

Produkty bezcukrowe nie zawsze służą zdrowiu zębów

W trosce o zęby, jak i o linię, wiele osób kupuje produkty typu „light” lub „sugar free”. Tymczasem jak się okazuje, produkty te wcale nie mają dobrego wpływu na zęby.

Jak dowiedli naukowcy w ostatnich badaniach, chociaż zamiast cukru zawierają one przeważnie ksylitol albo sorbitol, to jednak składniki te mogą obniżać poziom pH w ustach, co także sprzyja erozji szkliwa. Badania przeprowadzili naukowcy z Uniwersytetów: w Bostonie, Helsinkach i w Warszawie. Wyniki badań opublikowano w Centralnym Szpitalu Uniwersyteckim w Helsinkach.

Badania przeprowadzili naukowcy z Wydziału Medycyny Dentystycznej Uniwersytetu Bostońskiego. „Chociaż produkty zawierające ksylitol i sorbitol faktycznie ograniczają ilość przyjmowanych cukrów, co ma wpływ na obniżenie ryzyka próchnicy, to jak dowiedli amerykańscy uczeni, jeśli zamiast cukru występuje w produktach z kwaśnymi dodatkami, dochodzi do obniżenia poziomu pH w ustach, a to także prowadzi do erozji szkliwa” – wyjaśnia lek. stom. Bartosz Nowak z Gliwic. Tak się dzieje zazwyczaj przy produktach o owocowych smakach: słodkach, jogurtach, gumach do żucia i napojach. Wtedy nie można takiego produktu nazywać przyjaznym dla zębów.

Warto też zwrócić uwagę na to, co w danym produkcie zastępuje tradycyjny cukier. „Ksylitol jest naturalnym produktem, zastępującym cukier. Sorbitol jest jego tań-

szym odpowiednikiem, jednak to w przypadku ksylitolu udokumentowano bardzo silne działanie przeciwp próchnicowe. Sorbitol pod tym względem jest znacznie słabszy” – wyjaśnia dr Bartosz Nowak. W produktach ksylitol występuje pod symbolem E967, a sorbitol oznaczony jest jako E420.

Ryzyko erozji jest tym większe, im dłuższy kontakt z takim jedzeniem mają zęby. „Szczególnie niebezpieczne są cukierki, które w jamie ustnej rozpuszczają się wolno. Mogą powodować jeszcze więcej szkody, gdyż zęby narażone są na stały kontakt z substancją, która powoduje erozję szkliwa. U większości osób wykształcił się taki stereotyp, że jeśli coś jest pozbawione cukru, to zębom nie zagraża żadne niebezpieczeństwo, a tak nie jest. Warto uczulić pacjentów, by zwracali uwagę na to, co spożywają i przestrzegali podstawowych zasad higieny” – radzi dr Nowak.

Lekarze nie słuchają sugestii pacjentów

British Medical Journal publikuje wyniki badań, z których wynika, że lekarze zbyt mało uwagi przywiązują do współpracy z pacjentem w procesie leczenia.

Nie każdy pacjent jest taki sam, dlatego ważne jest poznanie wpływających na jego ostateczną decyzję preferencji i wartości. Zdaniem autorów badania, specjalistów z Dartmouth College (USA), dopracowanie sposobu leczenia zgodnie z preferencjami pacjenta jest równie ważne, co postawienie dokładnego rozpoznania.

Zaangażowanie pacjenta w dyskusję na temat leczenia mogłoby znacznie poprawić skuteczność leczenia oraz obniżyć jego koszty. Lekarze tymczasem z reguły koncentrują się na diagnozie.

Jedno z analizowanych badań wskazywało, że zdaniem lekarzy 71% pacjentek z rakiem piersi

uważa zachowanie piersi za najwyższy priorytet, podczas gdy ankietę przeprowadzoną wśród pacjentek wykazała, że jest to tylko 7%. W badaniu dotyczącym demencji pacjenci przywiązywali znacznie mniejszą uwagę do kontynuacji życia z poważnie uszkodzonym mózgiem niż przypuszczali lekarze. Istnieją też dowody, że pacjenci często wybierają inny sposób leczenia, gdy zostaną lepiej poinformowani o możliwym ryzyku i korzyściach, np. 40% mniej pacjentów wybierało zabieg operacyjny w przypadku łagodnego przerostu prostaty, jeśli poinformowano ich o ryzyku zaburzeń funkcji seksualnych.

Autorzy badań zaznaczają jednak, że aby upewnić się co do oczekiwań pacjenta, nie wystarczy po prostu go zapytać, czego. Trzeba mieć wiedzę, w oparciu o którą można ustalić preferencje chorego, a następnie zaangażować go w podjęcie decyzji terapeutycznej.