Wewnątrz numeru: Implant Tribune · Hygiene Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

LISTOPAD-GRUDZIEŃ 2012 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł VOL. 10, NR 11+12

Prawo
Odpowiedzialność cywilna i karna lekarza dentysty
Strona 2

Praktyka
Zastosowanie systemów bezpośrednich licówek kompozytowych
Strona 4

Wydarzenia
Medycyna estetyczna dla lekarzy dentystów
Strona 8

Wzrasta wartość sprzedanego w Polsce sprzętu do diagnostyki obrazowej

Rynek diagnostyki obrazowej osiągnie do końca br. wartość 882 mln zł. W latach 2012-2014 sprzedaż w analizowanym segmencie będzie rosła o 14% (CAGR – średnioroczny wzrost) – wynika z najnowszego raportu PMR pt.: „Rynek diagnostyki obrazowej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012-2014".

Głównymi motorami wzrostu będzie zwiększenie inwestycji w sektorze prywatnym, fundusze europejskie (z wyjątkiem 2014 r., kiedy to nie będzie już możliwości korzystania z kolejnej transzy, która kończy się w 2013 r.), jak również coraz większy nacisk na prewencję w polityce zdrowotnej państwa. Wg prognoz, w 2013 r. wartość rynku diagnostyki obrazowej przekroczy 1 mld zł.

Monkey Business Images/Shutterstock.com

W 2009 r. kryzys i wysoki kurs euro zahamowały zamówienia na aparaturę do diagnostyki obrazowej na rynku prywatnym, ale nie wpłynęły na rynek publiczny (wiele zakupów finansowanych było z dotacji unijnych, których kryzys nie dotknął, co spowodowało lekkie osłabienie sprzedaży w liczbie sztuk przy wzroście wartości sprzedaży). Było to spowodowane faktem, iż wiele inwestycji jest finansowanych z funduszy UE. Dlatego też wartość rynku wzrosła wtedy o 33%.

Na rozwój rynku diagnostyki obrazowej znacznie wpływają publiczne wydatki (refundacja badań diagnostycznych przez NFZ). „Im więcej NFZ przeznacza na finansowanie badań, tym bardziej firmy świadczące takie usługi chętnie inwestują w sprzęt. Dlatego też w 2012 r. spodziewamy się przyspieszenia dynamiki wzrostu wartości rynku diagnostyki obrazowej do niemal 16%" – wyjaśnia Monika Stefańczyk, analityk rynku farmaceutycznego i ochrony zdrowia oraz autorka raportu. Wzrost ten będzie m.in. rezultatem znaczącego wzrostu wartości kontraktów NFZ na badania diagnostyki obrazowej, przekraczającego 15% (w 2011 r. wyniósł on niecałe 8%). W następnych latach rynek ten będzie wzrastał nieco wolniej, choć w tempie ponad 10% rocznie. Spośród poszczególnych segmentów diagnostyki obrazowej najszybszy wzrost, sięgający średniorocznie w latach 2012-2014 niemal 20% przewidywany jest dla badań medycyny nuklearnej.

Obecnie firmy polskie w zdecydowanej większości nie zamierzają rozszerzać swojej działalności o rynki zagraniczne – wynika z badania przeprowadzonego specjalnie na potrzeby raportu (badanie to zrealizowano na przełomie sierpnia i września 2012 r., przeprowadzono 32 wywiady z firmami obecnymi na rynku – dystrybutorami i producentami, co stanowiło 60% próby). Wśród wymienianych powodów takiej decyzji znalazły się następujące przyczyny:

- produkty firmy są już obecne na rynkach zagranicznych (1 na 9 firm, które nie planują ekspansji),
- firma skupia się na poprawie sytuacji na rynku polskim,
- firma posiada wyłączność tylko na Polskę (odpowiedzi dystrybutorów),
- firma wycofuje się z segmentu diagnostyki obrazowej.

Warto zaznaczyć, że na polskim rynku sprzęt do diagnostyki obrazowej jest niemal w całości importowany z zagranicy – obecnie firmy polskie nie są na tyle silne finansowo, aby konkurować ze światowymi potentatami diagnostyki obrazowej. Zostają im tylko nisze i tylko z takimi produktami mogą konkurować na rynkach zagranicznych. W poprzednich latach kryzys i wysoki kurs euro zahamowały nieco zamówienia na aparaturę do diagnostyki obrazowej, co może być kolejną przyczyną ograniczonych planów ekspansji.

Żadna z zapytanych w czasie badania firm nie zamierza otworzyć przedstawicielstwa zagranicznego w ciągu 3 najbliższych lat. Z krajów, do których firmy zamierzają znacząco zwiększyć eksport, wymieniane są Litwa, Ukraina lub ogólnie kraje UE lub kraje Europy Wschodniej. Jako całkowicie dla nich nowe kierunki eksportu, polskie przedsiębiorstwa wymieniają Ukrainę i Litwę. DT

Niniejsza informacja została przygotowana na podstawie danych zawartych w najnowszym raporcie firmy PMR pt.: „Rynek diagnostyki obrazowej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012-2014"

AD

Błąd w sztuce medycznej – odpowiedzialność cywilna i karna lekarza dentysty

Małgorzata Świeca, Polska

Pojęcie błędu medycznego nie jest zdefiniowane ustawowo, lecz na gruncie orzecznictwa oraz doktryny można stwierdzić, iż jako błąd w sztuce medycznej (błąd medyczny, błąd lekarski) określa się takie działania lub zaniechania lekarza, które są obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami aktualnej wiedzy i praktyki z zakresu medycyny.

Zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Wielość definicji i podstawowe kryteria

W doktrynie przyjęto również inne definicje. Wg A. Liszewskiej „błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności". Z kolei L. Wachholz błąd definiował jako „nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania, że błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez stosowanie zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności".

W przedmiotowej materii stanowisko zajął także Sąd Najwyższy. W wyroku z 30.09.1960 r. stwierdził, iż uszkodzenia ciała, będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. W orzeczeniu z 1.04.1955 r. Sąd zdefiniował błąd w sztuce lekarskiej jako czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Nadto, w wyroku z 8.09.1972 r. podniesiono, iż ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował lub mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Mimo wielości definicji omawianego pojęcia, podstawowym jego kryterium jest naruszenie obowiązującej staranności. Należy w tym miejscu podkreślić, iż od lekarza wymaga się staranności podwyższonej, ponad przeciętną z uwagi nie tylko na profesjonalny charakter jego działań, ale przede wszystkim ze względu na wagę przedmiotu działalności, a więc ochronę życia i zdrowia ludzkiego.

Przyczyny błędów w sztuce medycznej

Do najczęstszych przyczyn popełniania błędów medycznych należą:

- pominięcie w ramach wywiadu lekarskiego istotnych z punktu widzenia rozpoznania choroby pytań,
- zaniechanie zlecenia odpowiednich badań specjalistycznych,
- niewłaściwa interpretacja istniejących, a nawet typowych dla danego schorzenia lub stanu pourazowego objawów,
- nieprzeprowadzenie alternatywnego postępowania zmierzającego do zweryfikowania wyników badań (o ile jest ono możliwe),
- niewykorzystanie dostępnych, a koniecznych w określonej sytuacji zdrowotnej możliwości diagnostycznych,
- nieprawidłowości w leczeniu farmakologicznym,
- podjęcie się świadczeń medycznych mimo braku stosownych kompetencji,
- bezpodstawne odroczenie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Kategorie błędów lekarskich

Biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego, a także w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego, w doktrynie oraz orzecznictwie sądowym wyróżnia się następujące kategorie błędów lekarskich: błąd diagnostyczny (błąd rozpoznania), błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu) oraz błąd rokowania (błąd prognozy).

Błąd diagnostyczny

Błąd diagnostyczny polega na postawieniu niewłaściwej diagnozy na skutek obiektywnie sprzecznego z zasadami obowiązującymi w medycynie postępowania lekarza. Błąd ten może przybierać albo postać tzw. błędu pozytywnego, jeżeli lekarz rozpoznaje u pacjenta chorobę, podczas gdy jest on faktycznie zdrowy albo – znacznie bardziej niebezpiecznego dla pacjenta – błędu negatywnego. Błąd negatywny zachodzi wtedy, gdy lekarz w ogóle nie rozpoznaje choroby albo rozpoznaje chorobę inną niż ta, na którą pacjent faktycznie cierpi. Omawiana kategoria błędu wynika zazwyczaj z niewłaściwej interpretacji symptomów (objawów), na których oparł się lekarz, dokonując rozpoznania. Najczęściej konsekwencje błędu diagnostycznego pojawiają się dopiero na etapie stosowania terapii, chyba że błąd powoduje zaniechanie podjęcia jakichkolwiek działań leczniczych. W każdym jednak wypadku przesłanką odpowiedzialności musi być wyrządzenie szkody. Przyczyny błędnej diagnozy mogą być różne, przy czym pamiętać należy, że lekarz poniesie odpowiedzialność tylko wtedy, gdy nie dochował należytej staranności podczas czynności podjętych w celu postawienia właściwej diagnozy. Nie każde obiektywnie wadliwe rozpoznanie oznacza bowiem, że lekarz jest za nie odpowiedzialny, bo czasami wadliwa diagnoza może być wynikiem niedostatecznej wiedzy na temat danego schorzenia i bezradności medycyny, która jest dopiero na etapie wstępnych badań albo rezultatem obiektywnego braku dostępu do najnowszej aparatury diagnostycznej, czy też pomyłki w laboratorium. Należy jednak podkreślić, że pominięcie badań koniecznych dla postawienia diagnozy i możliwych w danych warunkach do przeprowadzenia należy zawsze oceniać na płaszczyźnie błędu.

Błąd terapeutyczny

Drugą kategorią jest błąd terapeutyczny. Zachodzi on wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Może mieć on charakter wtórny (wtedy, gdy jest rezultatem błędnej diagnozy) albo pierwotny (gdy diagnoza została postawiona prawidłowo, ale lekarz podjął następnie niewłaściwe decyzje terapeutyczne). Szczególną postacią błędu terapeutycznego jest tzw. błąd ope-

Matthew Benoit /Shutterstock.com

O wydawcy

Wydawca :

dti] Dental Tribune International

Biuro w Polsce:
Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa

info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna:
Marzena Bojarczuk,
m.bojarczuk@dental-tribune.com

Tłumacz:
Ewa Ganowicz

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com

Informacje w sprawie prenumeraty:
info@dental-tribune.com
Tel.: 664 608 740

Nakład: 10.000 egz.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja *Dental Tribune* dokłada wszelkich starań, aby publikować artykuły kliniczne oraz informacje od producentów jak najrzetelniej. Nie możemy odpowiadać za informacje, podawane przez producentów. Wydawca nie odpowiada również za nazwy produktów oraz informacje o nich, podawane przez ogłoszeniodawców. Opinie przedstawiane przez autorów nie są stanowiskiem redakcji *Dental Tribune*.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE The World's Dental Newspaper

Licensing by Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

Group Editor
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
Tel.: +49-341/4 84 74-107

Editor Specialities
Magdalena Wojtkiewicz

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Matthias Diessner, Vera Baptist, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Nadine Dehmel

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49-341-4 84 74-302
Fax: +49-341-4 84 74-173
info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax +8523113 6199

The Americas
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York,
N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 224 7185

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Esthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof. Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry,
Dr Edward Lynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2012, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

racyjny, polegający na wadliwym (nieprawidłowym) przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego. Praktyka dowodzi, że wywołuje on stosunkowo najpoważniejsze skutki, przede wszystkim w postaci szkód nieodwracalnych.

Błąd rokowania

Kolejną z wymienionych kategorii jest błąd rokowania, czyli prognozy co do stanu zdrowia chorego. O odpowiedzialności za błąd tego rodzaju można mówić tylko wtedy, gdy prowadzi on do powstania szkody. Może to być szkoda, która powstaje np. w związku z wydaniem zaświadczenia o częściowej niezdolności do pracy, podczas gdy pacjent w ogóle nie powinien pracować albo szkoda polegająca na załamaniu psychicznym chorego wskutek przedstawienia mu błędnych informacji na temat prognozowanego stanu zdrowia, co nie pozostaje bez znaczenia dla dalszego procesu leczenia. Ten rodzaj błędu najczęściej nie jest jednak rozpatrywany oddzielnie, lecz wiąże się go z błędem diagnostycznym.

Obok opisanej klasyfikacji, można wyróżnić również błąd techniczny, który polega na niepoprawnym sposobie realizacji decyzji diagnostycznej lub terapeutycznej, np. może być on spowodowany podaniem niewłaściwego leku lub zastosowaniem nieprawidłowych metod operacyjnych.

Odpowiedzialność za popełniony błąd

Kolejną istotną kwestią jest odpowiedzialność w związku z błędem medycznym.

Odpowiedzialność cywilna

Należy podkreślić, że popełnienie błędu medycznego nie jest wystarczającym warunkiem zaistnienia po stronie lekarza odpowiedzialności cywilnej. Osoba dochodząca renty, odszkodowania lub zadośćuczynienia musi ponadto udowodnić, że:

– poniosła szkodę,
– lekarz dopuścił się wobec niej błędu w sztuce medycznej, przy czym błąd ten musi być zawiniony, tzn. lekarz musi chcieć go popełnić albo popełnić błąd wskutek niedbalstwa lub lekceważenia ciążących na nim obowiązków,
– pomiędzy szkodą a działaniem lekarza zachodzi bezpośredni, adekwatny związek przyczynowy.

Aby roszczenia poszkodowanego były prawnie uzasadnione, wszystkie wymienione warunki muszą być spełnione kumulatywnie.

Odpowiedzialność karna

W przedmiocie odpowiedzialności karnej, muszą występować łącznie następujące przesłanki:

– błąd,
– ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta określone w przepisach prawa karnego (uszkodzenie ciała, spowodowanie śmierci),
– związek przyczynowy między błędem a ujemnymi następstwami,
– wina osoby wykonującej zabieg.

Wyjątki

Kończąc rozważania na temat błędów medycznych, należy także zaznaczyć pewne wyjątki w omawianej materii. Zgodnie z utrwalonym stanowiskiem polskiej judykatury i piśmiennictwa, pojęcie błędu medycznego nie obejmuje w szczególności:

– przekroczenia czasu naświetlania pacjenta promieniami rtg,
– wadliwej identyfikacji chorego, prowadzącej do wykonania zabiegu lub przeprowadzenia operacji u innego pacjenta,
– pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym,
– niezachowania zasad aseptyki przy dokonywaniu zabiegów i operacji (np. użycie przez personel medyczny niesterylnych igieł, innych instrumentów chirurgicznych i materiałów opatrunkowych, przystąpienie do operacji bez umycia rąk przez operatora lub dezynfekcji skóry operowanego pacjenta),
– braku technicznego przygotowania do zawodu (np. zbyt szybkie tempo dokonywania iniekcji, transfuzja krwi niewłaściwej grupy),
– odmowy lub zwłoki w udzieleniu pomocy,
– operacji zdrowego organu w miejsce chorego,
– inne przypadki związane z uchybieniami natury organizacyjnej (błędy „techniczne" lekarza i personelu medycznego, np. zamiana wyników badań diagnostycznych pacjenta, pomyłki przy wypisywaniu karty choroby, zamiana leku lub jego nieprawidłowe przyrządzenie bądź podanie, itp.). DT

Autorka

Małgorzata Świeca

– zastępca dyrektora oddziału lubelskiego Kancelarii Prawnej Świeca i Wspólnicy.

Szkolenia dla przedsiębiorców – lekarzy i lekarzy dentystów

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego (wykonujących pracę lub zamieszkałych), mających zarejestrowaną praktykę lekarską lub zatrudnionych w mikro- albo małych przedsiębiorstwach na szkolenia w ramach projektu: „Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy. Szkolenia kompetencyjne szansą na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej."

Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Szkolenia są akredytowane, a ich uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Tematy szkoleń:

Styczeń 2013:

- *11.01.2013 r. (piątek)* – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu",
- *18.01.2013 r. (piątek)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych",
- *19.01.2013 r. (sobota)* – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu",
- *19.01.2013 r. (sobota)* – „Techniki negocjacji – warsztaty",
- *20.01.2013 r. (niedziela)* – „Autoprezentacje",
- *25.01.2013 r. (piątek)* – „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent",
- *26.01.2013 r. (sobota)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych".

Luty 2013:

- *02.02.2013 r. (sobota)* – „Asertywna komunikacja lekarzy",
- *08.02.2013 r. (piątek)* – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu",
- *09.02.2013 r. (sobota)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych",
- *26.02.2013 r. (wtorek)* – „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent".

Marzec 2013:

- *01.03.2013 r. (piątek)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych",
- *02.03.2013 r. (sobota)* – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu",
- *02.03.2013 r. (sobota)* – „Autoprezentacje",
- *03.03.2013 r. (niedziela)* – „Techniki negocjacji – warsztaty",
- *04.03.2013 r. (poniedziałek)* – „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym (w tym swoim kolegom)",
- *08.03.2013 r. (piątek)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych",
- *09.03.2013 r. (sobota)* – „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent",
- *23.03.2013 r. (sobota)* – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych",
- *23.03.2013 r. (sobota)* – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu",
- *24.03.2013 r. (niedziela)* – „Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent",
- *24.03.2013 r. (niedziela)* – „Techniki negocjacji – warsztaty dla lekarzy dentystów".

Informacje i zapisy:

www.pokl.nil.org.pl
tel.: (22) 559 13 10, (22) 559 13 44,
Naczelna Izba Lekarska
Ośrodek Doskonalenia
Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów,
ul. Sobieskiego 110
00-764 Warszawa,
e- mail:
szkoleniaunijne@hipokrates.org.

AD

Przykłady zastosowania systemu bezpośrednich licówek kompozytowych Componeer

Karolina Walczyńska-Dragon i Janina Walczyńska, Polska

Nie każdy jest obdarzony uśmiechem, w czasie którego eksponuje piękne, białe zęby. Przyczyn defektów estetycznych jest wiele, np. wady rozwojowe szkliwa, hipoplazja, fluoroza, przebarwienia tkanek zęba po leczeniu endodontycznym, nieprawidłowe ustawienie zębów w łuku zębowym, rozległe wypełnienia, stosowanie używek takich, jak kawa czy tytoń oraz uprawianie parafunkcji.

Standardowe wypełnienia kompozytowe, które są najtańszą metodą estetycznej odbudowy zębów w odcinku przednim, nawet jeśli wykonane starannie, po pewnym czasie wymagają wymiany lub „odświeżenia". Inną, bardziej inwazyjną metodą jest wykonanie licówek lub koron porcelanowych. Niestety, metoda ta wymaga oszlifowania koron zębów, a także związana jest z większym kosztem ponoszonym przez pacjenta. Dodatkowo, w razie uszkodzenia uzupełnień porcelanowych, ich naprawa jest trudna i zwykle tymczasowa. Nasuwa się zatem wniosek, że najlepiej byłoby połączyć zalety uzupełnień wykonanych materiałem kompozytowym z wytrzymałością i estetyką uzupełnień porcelanowych.

W ostatnich miesiącach na polski rynek wprowadzono system bezpośrednich licówek kompozytowych Componeer. Licówki te wykonane są wg szablonu w standardowych, różnych wielkościach z kompozytu nanohybrydowego utwardzanego fabrycznie. Licówki te nazywane są „łuskami szkliwa" i tak rzeczywiście wyglądają. Cechuje je duża twardość i wytrzymałość oraz wyjątkowa gładkość powierzchni zewnętrznej. Grubość licówki wynosi 0,3 mm, co pozwala na jej łagodne przejście w tkanki zęba po jej osadzeniu (co jest ważne zwłaszcza w okolicy przyszyjkowej). Powierzchnia wewnętrzna licówki jest odpowiednio przygotowana i nie wymaga zmatowienia przed osadzeniem.

Korzyści ze stosowania licówek Componeer zarówno dla lekarza dentysty, jak i dla pacjenta to łatwe i efektywne wykonanie odbudowy zębów na jednej wizycie, gwarantujące doskonałą estetykę. Nie ma konieczności robienia wycisków, co pozwala na pominięcie fazy laboratoryjnej. Jest to system ekonomiczny i dla pacjenta, i dla lekarza, posiada także szeroki zakres wskazań terapeutycznych.

Wskazania i przeciwwskazania:

1. Rozległe ubytki lub nieestetyczne wypełnienia w zębach przednich.
2. Wydłużenie brzegów siecznych zębów abrazyjnych.
3. Odłamanie korony zęba.
4. Przebarwienia zębów po leczeniu endodontycznym.
5. Deformacje anatomiczne.
6. Zamknięcie diastemy.

W zasadzie brak jest przeciwwskazań bezwzględnych, jedynym przeciwwskazaniem może być utrwalony bruksizm, ponieważ wówczas mogłoby dojść do odłamania brzegu siecznego (uzupełnienia ceramiczne także ulegną wtedy zniszczeniu).

Po osadzeniu licówek nie należy stosować płukanek do jamy ustnej zawierających chlorheksydynę, ponieważ może ona powodować przebarwienia licówki na obrzeżach. Ewentualne uszkodzenie zawsze można w prosty i szybki sposób naprawić materiałem kompozytowym, którym licówka została osadzona.

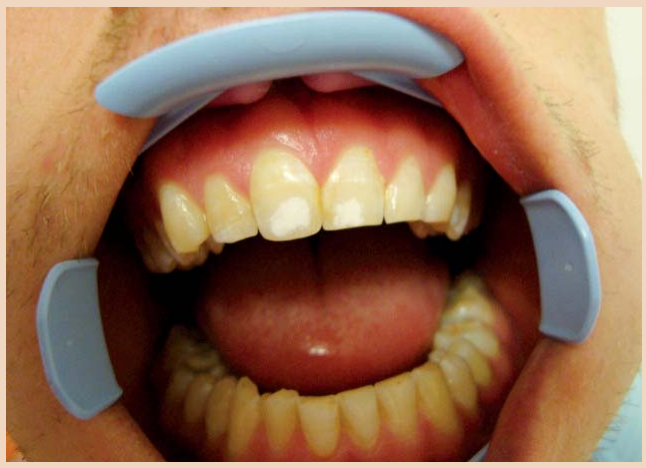
Licówki są produkowane w 2 odcieniach szkliwnych: naturalnym Universal i do zębów wybielanych, bardzo jasnych White Opalescent. Licówki można stosować w odcinku przednim na zębach 14-24 w łuku górnym i 33-43 w łuku dolnym. Na podstawie naszych doświadczeń wiemy, że z powodzeniem można także stosować licówki przeznaczone na zęby 13 oraz 23 na przedtrzonowce. Doskonałym rozwiązaniem jest osadzenie licówki na zębie, na którym spoczywa klamra protezy ruchomej częściowej. Stanowi to zabezpieczenie przed zniszczeniem powierzchni zęba przez klamrę.

Licówki są osadzane na materiale kompozytowym Synergy D6. Jest to kompozyt o twardości zbliżonej do szkliwa, cechuje go duża wytrzymałość na obciążenia – nie odnotowano przypadków utraty retencji licówki. Synergy D6 to kompozyt nanohybrydowy o dużej zawartości wypełniacza, przeznaczony nie tylko do osadzania licówek, ale także do odbudowy wszystkich ubytków zębów. W jego skład wchodzą: metakrylan, szkło barowe silanizowane oraz krzemionka amorficzna hydrofobowa (średnia wielkość cząsteczek to 0,6 mikrona). Odcienie zębinowe Synergy D6 mają następujące zastosowanie:

– bezpośrednie uzupełnienie ubytków wszystkich klas,
– prewencyjne uszczelnianie bruzd i szczelin,
– naprawy licówek kompozytowych i ceramicznych,
– cementowanie adhezyjne odbudowy ceramicznej i kompozytowej.

Synergy D6 Dentine White Bleach służy do odbudowy zębów wybielonych, poprawy koloru zębów przebarwionych pod licówkę oraz do charakteryzacji zębów, np. wykonania plam na szkliwie. Kompozyt Synergy D6 posiada także unikalne własności dopasowania koloru (efekt kameleona). Zaletami materiału jest odporność na odkształcania w czasie modelowania (nie rozpływa się przed utwardzeniem, zachowując nadany mu kształt), nie lepi się do instrumentów, ma również wysoką szczelność brzeżną.

Synergy D6 Enamel Universal to kompozyt szkliwny o dużej przezierności, służący do odbudowy brzegów siecznych. Synergy D6



Ryc. 1: Pacjent z fluorozą górnych zębów siecznych.

Ryc. 2: Pacjent z fluorozą po osadzeniu licówek.

Ryc. 3: Pacjentka z diastemą oraz przebarwionymi koronami zębów siecznych górnych.

Ryc. 4: Pacjentka po osadzeniu licówek na zębach 11 i 21.

Ryc. 5: Zęby dolne 31, 32 i 33 z osadzonymi licówkami.

Ryc. 6: Klamra protezy ruchomej częściowej na gładkiej powierzchni licówki (ząb 33).

Ryc. 7: Zniszczona korona zęba 41.

Ryc. 8: Osadzona licówka na zębie 41.

Enamel White Opalescent jest wysoko transparentnym kompozytem i służy do odbudowy brzegu siecznego przy bardzo jasnych lub wybielonych zębach. Istnieje również możliwość zastosowania materiału Synergy D6 Connect, który służy do naprawy licówek ceramicznych i kompozytowych. Wachlarz możliwości wyboru odpowiedniego kompozytu jest więc ogromny. Pod materiał Synergy D6 można z powodzeniem użyć na powierzchnię położoną blisko miazgi podkład z cementu na bazie wodorotlenku wapnia.

Podczas utwardzania materiał kompozytowy należy nakładać warstwami, ponieważ w przypadku niedostatecznego utwardzenia istnieje ryzyko niecałkowitej polimeryzacji i wówczas licówka może utracić swoją retencję. W systemie Componeer istnieje możliwość zindywidualizowania koloru przez nałożenie na licówkę cienkiej warstwy koloru opakerowego. Istnieją różne jego odcienie: od białego po barwy bardziej żółtawe, co pozostawia lekarzowi dużą swobodę pracy.

Na rynku pojawił się również drugi system licówek bezpośrednich – Direct Venear, jednak system Componeer jest łatwiejszy w stosowaniu. Licówka w systemie Componeer jest delikatniejsza i posiada przygotowaną referencyjną powierzchnię wewnętrzną. Stosuje się jeden, ten sam bond zarówno na powierzchnię zęba, jak i licówkę. Materiał kompozytowy jest bardziej plastyczny, mniej twardy i wolnowiążący, dlatego można delikatnie i w dowolnym czasie osadzić licówkę na zębie, dokonując ewentualnych korekt położenia przed ostatecznym naświetleniem lampą polimeryzacyjną.

Procedury postępowania z licówkami Componeer będą szczegółowo przedstawiane na wykładach i warsztatach, prowadzonych przez firmę Kol-Dental w wielu miastach. Każdy z uczestników, w ramach zajęć praktycznych, będzie miał możliwość osadzenia licówki na fantomie.

Na przedstawionych rycinach zaprezentowano kilka wybranych przypadków klinicznych, które mogą zachęcić lekarzy do stosowania tej metody poprawiania estetyki zębów u swoich pacjentów. Obecnie mamy kilkumiesięczne obserwacje kliniczne i nie odnotowaliśmy niepowodzeń w stosowanym leczeniu. DT

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Kontakt

Lek. dent.
Karolina Walczyńska-Dragon
Dr n. med. Janina Walczyńska

NZOZ PRODENTIN
ul. Nowy Świat 7/1
44-100 Gliwice
karolinadragon@wp.pl
www.prodentin.pl

Techniki negocjacji – warsztaty dla lekarzy dentystów

Naczelna Izba Lekarska organizuje kurs dla lekarzy dentystów, dotyczący technik negocjacji. Szkolenie odbędzie się w Warszawie 24. marca 2013 r.

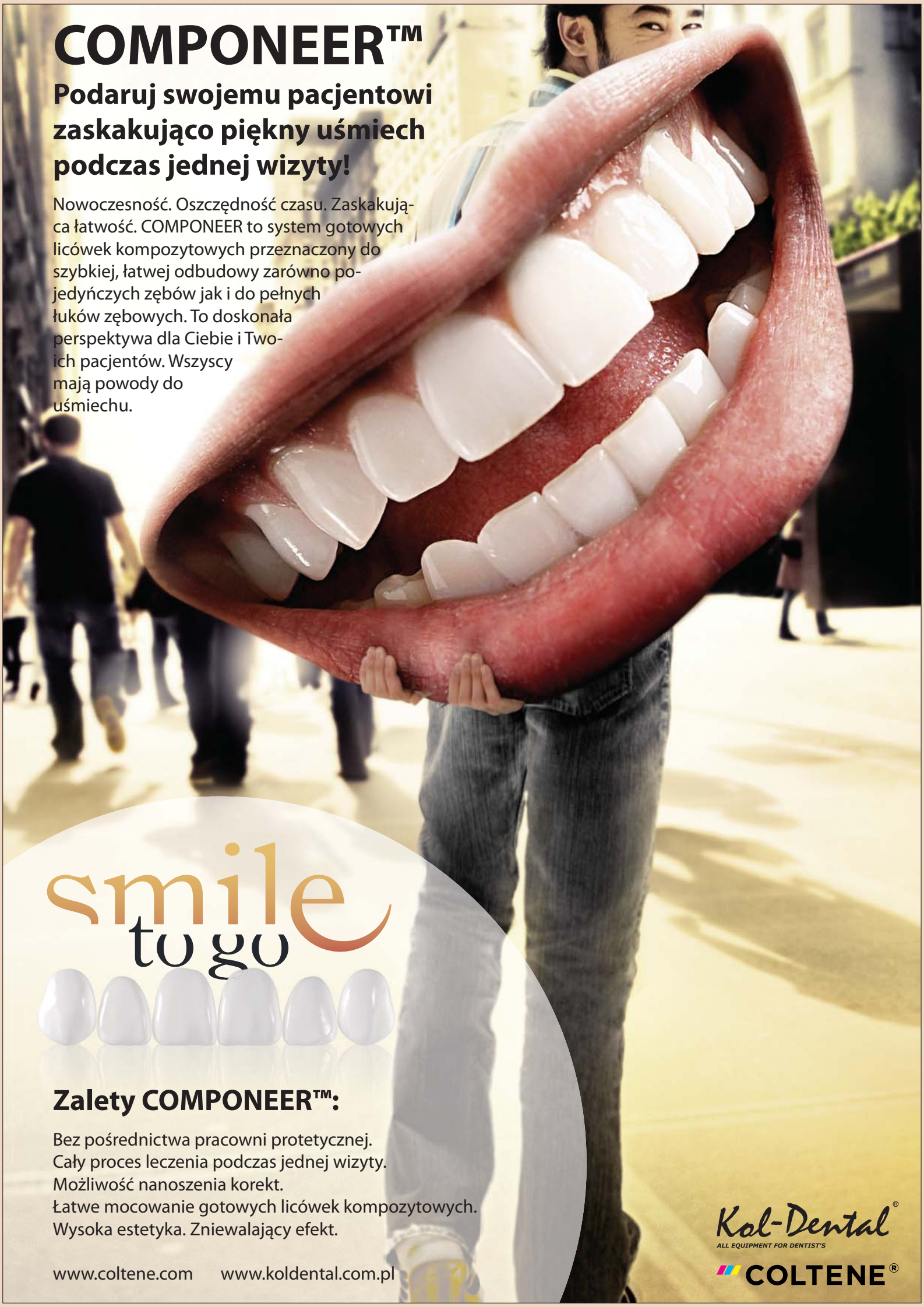
Kurs dedykowany jest lekarzom dentystom, którzy chcą zdobyć wiedzę na temat zastosowania technik negocjacji w praktyce stomatologicznej. W programie szkolenia:

- doskonalenie umiejętności przygotowania i prowadzenia partnerskich negocjacji,
- analizy przypadków, ćwiczenia, dyskusje na temat negocjowania kwestii takich, jak: zakup sprzętu medycznego, wynajem lokalu, warunki zatrudnienia i inne,
- szczególnie cenny dla lekarzy dentystów wzorzec rozmowy z pacjentem na temat planu leczenia oraz jego kosztów.

Organizator kursu zaprasza lekarzy dentystów zamieszkałych lub pracujących na terenie województwa mazowieckiego, samozatrudnionych lub pracujących w mikro- albo małych przedsiębiorstwach, którzy do tej pory nie uczestniczyli w kursach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach tego projektu.

Liczba miejsc jest ograniczona, a o przyjęciu na kurs decyduje kolejność zgłoszeń. Zapisy i szczegółowe informacje: *www.pokl.nil.org.pl* lub pod numerami: tel.: (22) 559 13 10/44, faks: (22) 559 13 13.

AD



DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper
www.dental-tribune.pl

Leczenie zespołowe w stomatologii

Agnieszka Laskus, Polska

Terapia stomatologiczna dla wielu pacjentów wiąże się z bólem, dyskomfortem, a także zaangażowaniem czasowym i finansowym. W przypadku licznych problemów w jamie ustnej zakres potrzebnych działań może budzić strach pacjentów i zniechęcać wielu z nich. W takim wypadku rozwiązaniem może okazać się leczenie zespołowe.

Leczenie interdyscyplinarne, nazywane też zespołowym, polega na współpracy lekarzy różnych specjalności. Terapia przebiega w oparciu o plan leczenia schorzeń zdrowotnych z uwzględnieniem holistycznego spojrzenia na organizm jako złożoną całość. Celem takich zabiegów jest całkowite wyleczenie pacjenta w jak najkrótszym czasie i przy możliwie zminimalizowanym stresie i cierpieniu.

Leczenie zespołowe w stomatologii stosowane jest m.in. w ortodoncji, implantologii i periodontologii. Gdy chcemy skorygować układ zębów poprzez ich przemieszczenie, często przed założeniem aparatu ortodontycznego musimy poddać się zabiegom periodontologicznym. Mają one na celu wyleczenie choroby przyzębia (dziąseł, więzadeł, kości wokół zębów). Po wzmocnieniu struktur otaczających zęby możliwe jest dalsze, skuteczne leczenie ortodontyczne i protetyczne, co w rezultacie skutkuje utrzymującymi się w czasie dobrymi wynikami leczenia dla pacjenta.

W przypadku leczenia chirurgiczno-implantologicznego możliwe jest z kolei połączenie wysiłku chirurga, laryngologa, dentysty oraz protetyka i przeprowadzenie zabiegów w tym samym czasie dzięki współpracy z anestezjologiem. Możemy w ten sposób podczas jednego zabiegu usunąć ząb i od razu uzupełnić lukę implantem, stosując liczne techniki regeneracyjne (z zastosowaniem materiałów najnowszych generacji), czy też w związku z leczeniem implantologicznym podnieść zatoki szczękowe po wcześniejszej endoskopowej operacji zatok lub przeprowadzić plastykę przegrody nosowej. Zastosowanie znieczulenia ogólnego redukuje liczbę wizyt u lekarzy i skraca tym samym czas leczenia. Zabiegi mniej złożone mogą być przeprowadzane w półuśpieniu (sedacji) lub jedynie przy asyście anestezjologicznej poprzez podanie leków przeciwlękowych.

Leczenie interdyscyplinarne może być również rozwiązaniem atrakcyjnym pod względem finansowym. Dzieje się tak przy zabiegach związanych z paradontozą lub w leczeniu implantologicznym, kiedy stosuje się techniki regeneracyjne, mające na celu odbudowę tkanek kości i plastykę tkanek miękkich. Dzięki zastosowaniu znieczulenia ogólnego można przeprowadzić leczenie na większym obszarze, zużywając mniejszą ilość materiałów niż w przypadku przeprowadzenia kilku zabiegów w znieczuleniu miejscowym. Pacjent przyjmuje po zabiegu leki (np. antybiotyk) jednorazowo, nie zaś wielokrotnie, co byłoby konieczne w przypadku kilku zabiegów. Mamy więc do czynienia nie tylko z mniejszym obciążeniem finansowym, ale także mniejszym obciążeniem farmakologicznym organizmu.

Interdyscyplinarny system terapii istnieje także w ortognatyce, zajmującej się korektą zniekształceń szczękowych. Dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych i wady zgryzu prowadzą do wzmożonego napięcia mięśni w okolicach nieprawidłowo położonych struktur kostnych. Napięcie to często prowadzi do kolejnych negatywnych zmian i reakcji bólowych, także w bardzo odległych rejonach ciała.

Ze względu na fakt, że wszystkie układy ludzkiego ciała są powiązane i współdziałają ze sobą, wady zgryzu i dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych mogą powodować zaburzenia stabilności kręgosłupa, obręczy barkowej, szyi oraz bóle głowy. Leczenie w takiej sytuacji musi więc być z założenia wielospecjalistyczne i wielokierunkowe. Stomatologiczne leczenie zespołowe z wykorzystaniem znieczulenia ogólnego jest też w niektórych przypadkach jedynym dostępnym rozwiązaniem. Stosowane jest choćby u osób niepełnosprawnych umysłowo, które nie są skłonne do współpracy z lekarzem, a także u dzieci, które reagują silnym stresem. W ten sposób jesteśmy w stanie skrócić leczenie, które normalnie trwałoby nawet kilka miesięcy i ograniczyć tym samym stres i cierpienie pacjenta. DT

Autorka

Dr n. med. Agnieszka Laskus – lekarz dentysta, specjalista I st. w zakresie stomatologii ogólnej i II st. w zakresie periodontologii. Ukończyła AM w Warszawie, w 2001 r. obroniła tytuł doktora nauk medycznych. Jako jedna z pierwszych osób w Polsce zdobyła w maju 2012 r. prestiżowy tytuł Master of Oral Implantology, będący uwieńczeniem podyplomowych studiów magisterskich z zakresu implantologii na Uniwersytecie Medycznym im. J. W. Goethego we Frankfurcie. Kształciła się również na Uniwersytecie w Los Angeles, w Goteborgu i Bernie. Jest autorem ponad 100 publikacji i wystąpień naukowych, w tym kilkunastu zagranicznych.

Fundacja Wiewiórki Julii zbiera fundusze na dentobus

Ze statystyk MZ wynika, że 91,8% 15-latków w Polsce i niemal 80% 5-latków ma zaawansowaną próchnicę zębów. Próbą rozwiązania tego problemu ma być mobilny gabinet dentystyczny. Fundacja Wiewiórki Julii zbiera fundusze na jego zakup i wyposażenie.

Do akcji włącza się Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii. Jego wiceprezes Sadri Rayad stwierdził, że problem próchnicy plasuje Polskę na poziomie takich krajów, jak Wietnam czy Bośnia i Hercegowina. „Bardzo mnie cieszy, że taki projekt powstaje i że będzie nie tylko zbierał informacje, ale pokazywał, że w ten sposób możemy dojechać tam, gdzie do tej pory nikt nie docierał" – powiedział Rzecznik Praw Dziecka Marek Michalak.

Fundacja zamierza dotrzeć do dzieci z małych miejscowości dentobusem – specjalnie wyposażonym gabinetem stomatologicznym na kółkach. Dentobus ma dotrzeć do tych miejsc w Polsce, w których opieka dentystyczna jest niemal nieosiągalna.

Fundacja Wiewiórki Julii została powołana w 2005 r. jako organizacja zapewniająca bezpłatną opiekę dentystyczną dla dzieci i młodzieży, a także oferująca regularne konsultacje i przeglądy. Na początku działalności pomagała podopiecznym domów dziecka

oraz placówek socjalnych w Warszawie i okolicach.

Do czasu zebrania środków na zakup i wyposażenie dentobusu grupa lekarzy dentystów będzie jeździła po Polsce, odwiedzając zgłoszone do projektu placówki, np. szkoły czy domy dziecka. Dzięki temu powstanie wstępna karta medyczna dzieci oraz mapa miejscowości, które wezmą udział w programie. DT

Mężczyźni w Polsce żyją krócej niż kobiety

Obecnie Polacy dożywają przeciętnie wieku, jaki mężczyźni ze „starej" UE osiągali 21 lat temu. Niedawny raport o zdrowiu mężczyzn w Europie zawiera 19 rankingów, Polska zajmuje jedno z kilku ostatnich miejsc w 18 z nich.

Takich statystyk można przywołać więcej. Jak to zatem możliwe, że jednocześnie polscy mężczyźni nie chodzą do lekarzy i deklarują znacznie lepszy stan zdrowia niż kobiety w ich wieku? Skąd ta zastanawiająca rozbieżność?

Ubiegłoroczny raport w tej sprawie został przyjęty pozytywnie przez środowiska medyczne, organizacje pozarządowe i media, a dotyczył barier korzystania z profilaktyki przez kobiety. Twórcy kolejnego raportu przyjrzeli się męskiemu zdrowiu z wielu różnych perspektyw. Na potrzeby raportu przeprowadzono pierwsze w Polsce tak szeroko zakrojone badania jakościowe, połączone z ogólnopolskim sondażem. Przedmiotem analiz były także przekazy medialne dotyczące zdrowia, skierowane do mężczyzn i kobiet. Wykorzystano istniejące dane statystyczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, NFZ i GUS.

Badania pokazały, jak złożone są uwarunkowania stosunku mężczyzn do własnego zdrowia. Czują oni, że nie mogą skarżyć się na dolegliwości i zajmować zdrowiem, a jednocześnie boją się chorować, bo wiążą to z wypadnięciem na margines życia. „Mężczyźni ukrywają swoje choroby, przychodzą do nas za późno" – twierdzą badani lekarze. „Chory facet to gorzej niż 2 chorych dzieci" – mówią z kolei respondentki.

Autorzy raportu podkreślają, że głos mężczyzn z tego badania to dramatyczne wołanie o pomoc: do kobiet, które piętnują męskie słabości i do lekarzy, którzy nie rozumieją ich potrzeb. Ale widać też początek swoistej emancypacji mężczyzn: świadomi tego, że są ofiarami przestarzałych stereotypów, przestają postrzegać dbanie o swoje zdrowie jako coś niemęskiego. DT

Na podst.: Lignar PR

Boimy się dentysty bardziej niż reszta Europy

Polacy najczęściej chodzą do dentysty z powodu bólu, o wiele rzadziej odwiedzają gabinety w celu odbycia wizyty kontrolnej i zabiegów profilaktycznych.

Wyniki badania pt.: „Nawyki Europejczyków związane z higieną i zdrowiem jamy ustnej", przeprowadzone w 7 krajach Europy pokazały, że Polacy bardziej niż Włosi, Francuzi, Hiszpanie i Brytyjczycy boją się chodzić do dentysty.

Z badań wynika, że głównym powodem omijania gabinetów stomatologicznych przez Europejczyków są wysokie koszty leczenia – przyczynę taką podało 40% wszystkich badanych. Wizytę u lekarza dentysty ze względu na jej koszt najczęściej przekładają Irlandczycy (51%), Hiszpanie (50%) i Polacy (49%). Najrzadziej robią to Francuzi (24%) i Niemcy (25%).

Drugą główną przyczyną zaniedbywania regularnych wizyty stomatologicznych jest strach przed wiertłem i bólem – przyznaje się do tego co trzeci badany Europejczyk. Najliczniejszą grupą są tu Polacy – aż 39% naszych rodaków boi się chodzić do dentysty. Na dalszych miejscach znaleźli się m.in. Włosi (34%). Większość (61%) Europejczyków regularnie odwiedza lekarza dentystę – 32% raz w roku, a 29% raz na pół roku.

Najczęściej do gabinetów stomatologicznych chodzą Brytyjczycy – 46% z nich raz na pół roku. Aż 45% Polaków odwiedza dentystę co najmniej 2 razy w roku, ale celem tych wizyt przeważnie nie są regularne kontrole. Wskazało na nie 40% badanych wobec średniej z badania 58%. Częściej chodzimy do dentysty, by leczyć zęby, np. wypełniać ubytki (56%) oraz usuwać ząb (20%).

Z raportu wynika także, że dla większości przebadanych Europejczyków (81%) do najważniejszych aspektów zdrowia jamy ustnej należy zachowanie własnego, pełnego uzębienia i brak próchnicy. Statystyki wskazują jednak, że ponad połowa mieszkańców starego kontynentu nie ma wszystkich własnych zębów. Z danych zbieranych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej Polaków" wynika, że ok. 44% polskich emerytów jest bezzębnych.

Badania zostały przeprowadzone w czerwcu br. na reprezentatywnych grupach mieszkańców 7 krajów Europy: Niemiec, Francji, Włoch, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Irlandii i Polski. Łącznie wzięły w nich udział 3504 osoby. DT

PRZEDSTAWIAMY

Two Striper®

THE P.B.S.® BOND ADVANTAGE

TRWALSZE WIERTŁA

- Dzięki trwałemu zamocowaniu kryształów diamentu nie dochodzi do ich wypadania

SZYBKIE, GŁADKIE CIĘCIE

- Więcej ziaren diamentu na powierzchni w każdej chwili zwiększa skuteczność

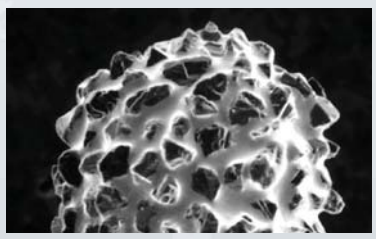
SZYBKIE USUWANIE TKANEK

- Równomierne rozmieszczenie i duża gęstość kryształów diamentu

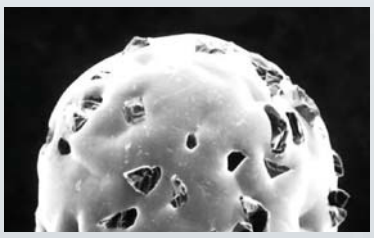
INNOWATOR W DZIEDZINIE PRZEMYSŁU

- Jedyne na rynku wiertło wytwarzane z użyciem technologii osadzania P.B.S.®

Wierzchołek nowego wiertła diamentowego

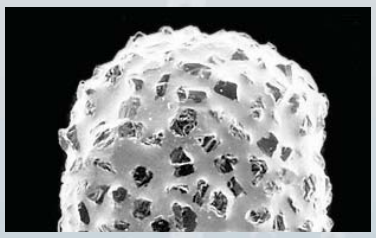


Nowe wiertło Two Striper®

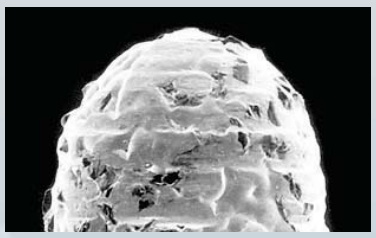


Nowe wiertło w technologii galwanicznej

Wierzchołek używanego wiertła diamentowego



Używane wiertło Two Striper®



Używane wiertło w technologii galwanicznej

abrasive technology®

PRECISELY.®

USA 1.740.548.4100 | www.abrasive-tech.com

Dentamed® 2012

Po raz 11. firma Targi w Krakowie Sp. z o. o. zorganizowała kolejną edycję targów regionalnych poświęconą stomatologii – Dolnośląskie Targi Stomatologiczne Dentamed®. Targi odbyły się w dn. 09-10 listopada 2012r. we Wrocławiu.

Patron honorowy nad tym przedsięwzięciem objął prof. dr hab. Marek Ziętek, Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Na wystawie swoje produkty i usługi zaprezentowało 127 firm z Polski, Danii, Finlandii, Holandii, Korei Płd., Niemiec, Słowacji, USA i Włoch. targi odwiedziło ponad 2200 osób.

Podczas tegorocznej edycji targów Dentamed® odbyła się XI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla lekarzy dentystów we współpracy z Oddziałem Dolnośląskim Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego pt.: „Co nowego w stomatologii". Wzięło w niej udział 80 osób. W Komitecie organizacyjnym konferencji znaleźli się: dr hab. Marzena Dominiak prof. nadzw., prof. dr hab. Tomasz Gedrange, prof. dr hab. Marek Ziętek, dr n. med. Dobrochna Zeńczak-Więckiewicz i Jolanta Pilarska. Komitet naukowy konferencji: dr hab. Marzena Dominiak prof. nadzw., prof. dr hab. Tomasz Gedrange, prof. dr hab. Marek Ziętek, dr hab. Beata Kawala prof. nadzw., prof. dr hab. Urszula Kaczmarek oraz dr hab. Włodzimierz Więckiewicz prof. nadzw. W program konferencji

znalazły się m.in. wykłady poświęcone zastosowaniu laserów we współczesnej stomatologii (mgr inż. Tomasz Kowalczyk), sesja implantoperiodontologiczna (dr Wojciech Bednarz, dr Hubert Kubica), a także Forum Ekspertów.

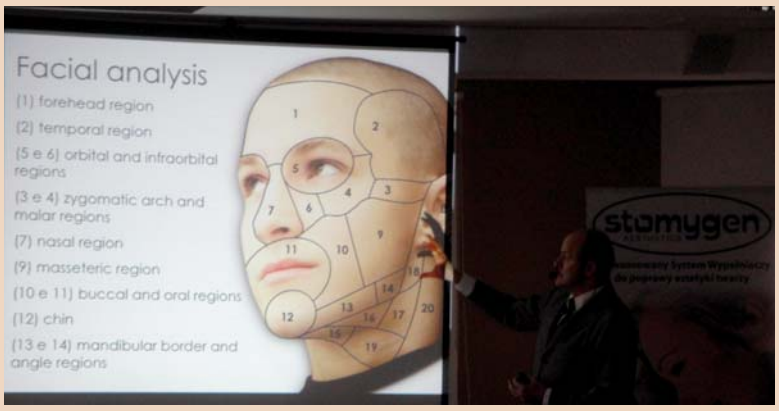
Na terenie targów odbyły się liczne prezentacje i szkolenia firm uczestniczących w wystawie, a także badania funkcjonalne układu narządu ruchu. Termin następnej edycji Targów Dentamed® we Wrocławiu to: 8-9.11.2013r. DT

Medycyna estetyczna dla lekarzy dentystów

23. listopada br. w Warszawie odbyło się seminarium pt.: „Medycyna estetyczna dla lekarzy dentystów". Spotkanie okazało się ogromnym sukcesem frekwencyjnym i organizacyjnym, wzięło w nim udział 85 osób, z których zdecydowaną większość stanowili lekarze dentyści.

Powodzenie przedsięwzięcia jednoznacznie potwierdza ogromne zainteresowanie lekarzy dentystów tą dziedziną medycyny. Wykład prof. Ezio Costy został przyjęty z ogromnym zaciekawieniem, a lekarze już dziś zgłaszają chęć udziału w specjalnych dedykowanych szkoleniach z zakresu medycyny estetycznej.

Już w styczniu 2013 r. (19-20.01.) odbędzie się 2-dniowe szkolenie teoretyczno-praktyczne dla lekarzy dentystów zainteresowanych zagadnieniami z dziedziny medycyny estetycznej, a szczególnie tzw. zintegrowanej stomatologii kosmetycznej – trendu, który coraz wyraźniej zaznacza się w praktyce lekarzy dentystów i jest odpowiedzią na zwiększające się



oczekiwania pacjentów w tej dziedzinie. Szkolenie pt.: „Medycyna estetyczna dla lekarzy dentystów – nowe wielokierunkowe podejścia do estetyki twarzy polegające na łączeniu technik medycyny estetycznej i stomatologii kosmetycznej w zabiegach estetyki twarzy i uśmiechu", składać się będzie z części teoretycznej i praktycznej.

W pierwszej części teoretycznej zostaną omówione następujące zagadnienia:

- szczegółowa i prawidłowa analiza twarzy,
- preparaty do wypełnień, plastyka twarzy oraz biorewitalizacja i rekonstrukcja objętości twarzy z wykorzystaniem wypełniaczy marki Stomygen,
- wybór optymalnej techniki zabiegu oraz szczegółowa procedura wykonywania zabiegu,
- zabiegi korekcji 1/3 dolnej części twarzy usieciowanym kwasem hialuronowym: okolica jarzmowa, bruzda nosowo-wargowa, linia żuchwy, zmarszczki średniej głębokości i zmarszczki palacza,
- poprawa estetyki ust, analiza uśmiechu ze szczególnym uwzględnieniem budowy i kształtu ust, modelowanie i powiększanie ust, plastyka asymetrycznych ust,
- technika igły i kaniuli.

W części praktycznej odbędą się zabiegi modelowania 1/3 dolnej części twarzy usieciowanym kwasem hialuronowym Stomygen oraz ćwiczenia wykonywane pod nadzorem prowadzącego i lekarzy praktyków.

Wykłady poprowadzi dr Ezio Costa – prof. nadzwyczajny na Uniwersytecie w Cagliari, w szkole specjalizującej się w Ortodoncji. Dr Costa jest członkiem Komitetu Koordynującego kursu Master II: „Estetyka wewnątrz- i wokółustnych tkanek w stomatologii" na wydziale ze specjalizacją medyczno–chirurgiczną Uniwersyttu w Padwie. Jest też założycielem i przewodniczącym POIESIS (Międzynarodowe Towarzystwo Połączonych Nauk Estetycznych Wewnątrz- i Wokółustnych), a także: AIOP (Włoskie Stowarzyszenie Stomatologii Protetycznej), SidP (Włoskie Towarzystwo Periodontologii), AMIEst (Włoskie Stowarzyszenie Medycyny Estetycznej) ii AMIA (Stowarzyszenie Medycyny Przeciw Starzeniu).

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: *www.stomygen.pl*. DT

Tribune CME

Clinical Masters Program
in Aesthetic and Restorative Dentistry

10-14 January 2013 and **24-27 April** 2013 in Dubai, for a total 9 days

Didier Dietschi

Francesco Mangani

Panos Bazos

Session I: 10 - 14 January 2013 (5 days)

- Direct/Indirect composite Artistry in the Anterior Segment
- Direct/Indirect composite Artistry in the Posterior Segment
- Photography and shade analysis

Clinical Masters:

Didier Dietschi, Francesco Mangani, Panos Bazos

Mauro Fradeani

Urs Brodbeck

Session II: 24 - 27 April 2013 (4 days)

- Full coverage Anterior/Posterior Restoration
- Partial coverage Anterior/Posterior Restoration, Ceramic Restoration

Clinical Masters:

Mauro Fradeani, Urs Brodbeck

ADA C·E·R·P® | Continuing Education Recognition Program

Tribune America LLC 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.

+ Full access to our online learning platform: hours of premium video training and live webinars collaborate with peers and faculty on **your cases**

Registration info

Course fee: € 8,900

Register by the end of October and you will receive a complimentary iPad preloaded with premium dental courses

Tribune CME
Tel.: **+49-341-48474-302**
email: **info@tribunecme.com**
www.TribuneCME.com

Discover the Master's secrets and Dubai's superlatives

100
C.E. CREDITS
ADA C·E·R·P