

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

STYCZEŃ-LUTY 2013

www.dental-tribune.com

CENA: 9,50 zł

ISSN 1730-315X
VOL. 11, NR 1+2



Praktyka

Wybielanie – procedura wg Dyrektywy UE

► Strona 4



Wydarzenia

Kolejna edycja "Dental Spaghetti" w Krakowie

► Strona 6



Opinie

Skuteczność szczotkowania zębów

► Strona 8

E-system będzie przypominał pacjentom o lekach i wizytach u lekarza

Jeszcze w tym roku pacjenci będą mogli sprawdzić w systemie elektronicznym historię wizyt u lekarza i rodzaj przepisanych leków, a w 2014 r. również historię choroby – zapowiada Michał Boni.

Minister administracji i cyfryzacji ocenia, że wprowadzony 1 stycznia br. system potwierdzania prawa do świadczeń zdrowotnych, tzw. eWUŚ sprawdza się w praktyce. Zapewnia też, że jest on i będzie bezpieczny, a dane pacjentów są dobrze chronione. Już w niedalekiej przyszłości minister zapowiada wprowadzenie możliwości sprawdzenia w Internecie częstotliwości wizyt u lekarza i własnej historii choroby.

„Do swojej historii choroby będziemy mieli dostęp w drugiej połowie 2014 r., ale już w ciągu 2013 r. zostanie wprowadzone rozwiązanie, pozwalające pacjentowi o wiele

lepiej orientować się w tym, ile razy był u lekarza, kiedy był, co mu zalecono. Pracujemy nad tym. Minister zdrowia jest wiodącym podmiotem do przygotowania tych zmian, ale na pewno od strony informatycznej muszą to być rozwiązania bezpieczne z punktu widzenia ochrony danych osobowych” – mówi Michał Boni.

To właśnie ten etap cyfryzacji opieki zdrowotnej budzi obawy Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, który określa planowane w prawie zabezpieczenia systemu jako niewystarczające.

Od nowego roku podstawowym sposobem sprawdzania przez placówki medyczne, czy mamy prawo korzystania z publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, jest numer PESEL. Michał Boni pozytywnie ocenia start tego systemu. „System

eWUŚ od strony informatycznej na pewno się sprawdził.

Pierwszego dnia działania systemu zweryfikowano ponad 1,5 mln pacjentów (w projekcie zakładano 1 mln sprawdzeń dziennie). I tylko dla 5% z nich system

wskazał na problemy z ubezpieczeniem. Przedstawiciele resortu przypominają jednak, że w takich sytuacjach, gdy system nie potwierdzi prawa pacjenta do leczenia ze środków NFZ, mimo że jest ubezpieczony, podpisuje on gotowe oświadczenie, że ma prawo do le-

10+1 GRATIS
PROMOCJA PILNIKÓW ENDOSTAR
STOISKO D23

Poldent®

czenia lub pokazuje dotychczas obowiązujące zaświadczenia (np. druk ZUS RMUA). [DT](#)
źródło: Newseria

Żurawina dla zdrowia zębów

Wyciąg z żurawiny wykorzystuje się w profilaktyce i leczeniu chorób dróg moczowych, w kosmetyce wspomaga leczenie trądziku, rozjaśnia przebarwienia i rozświetla szarą i zmęczoną cerę. W żołądku hamuje rozwój bakterii z grupy *Helicobacter pylori*. Warto wykorzystać żurawinę także w stomatologii, bo może zapewnić zdrowy i oświecający uśmiech.

Związki roślinne, zwane NDM, zawarte w owocach żurawiny tworzą na powierzchni zębów nieprzylegającą powłokę, która je chroni. „Taką warstwę ochronną wytworzoną na zębach można przyrównać do teflonu. Podobnie jak on, warstwa adhezyjna wytworzona dzięki składnikom zawartym w żurawinie, uniemożliwia przywieranie bakterii do powierzchni szkliwa. Dzięki temu bakterie nie będą w stanie nie tylko namnażać się, ale także penetrować szkliwa i dziąseł – wyjaśnia lek. stom. Bartosz Nowak z Gliwic.

Jak odkryli indyjscy naukowcy, sok z żurawiny zmniejsza ryzyko chorób jamy ustnej wywołanych przez paciorkowce. By wykorzystać dobroczynne działanie soku z żurawiny, należy pić go 2 szklanki dziennie, najlepiej w trakcie posiłków.

Bioaktywne związki zawarte w żurawinie mogą także chronić przed próchnicą. Jak dowiedli japońscy uczeni, za rozwój próchnicy odpowiadają także bakterie z grupy paci-

kowców, a ich wyjątkowa zdolność do przylegania do powierzchni szkliwa to czynnik sprzyjający rozwojowi tej choroby.

Badacze z Uniwersytetu w Rochester w USA wyliczyli, że substancje czynne zawarte w żurawinie powodują, że aż 85% bakterii nie przylega do szkliwa. „To bardzo ważna wiadomość dla przemysłu kosmetycznego, który produkuje preparaty do higieny jamy ustnej. Wykorzystanie wyciągu z tych owoców może dać pacjentom dodatkową ochronę przed próchnicą” – mówi dentysta. Ponadto, żurawina bogata jest w związki z grupy polifenoli, witaminy B1 i B2 oraz C, wapń, jod i magnez, a także garbniki, taniny i cytryniany.

Ten sam mechanizm, który działa w przypadku bakterii uniemożliwia także przyleganie osadów z kawy, herbaty, wina i innych silnie „barwnych” potraw, jak np. buraczki. Żucie tych owoców z powodzeniem może być wykorzystywane jako uzupełnienie wybielającej pasty do zębów. By zapewnić sobie biały uśmiech, wystarczy zjadać zaledwie 10 suszonych owoców żurawiny dziennie. „Żurawina jest bogata w witaminę C i kwasy owocowe, zwłaszcza te ostatnie mają właściwości wybielające” – podkreśla dr Nowak. „Profilaktyka jest bardzo istotnym czynnikiem, dzięki któremu można zachować zdrowie jamy ustnej, jednak nie zastąpi ona regularnych wizyt u dentysty” – przypomina Bartosz Nowak. [DT](#)

KUP 10 OPAKOWAŃ PILNIKÓW POLDENT
Z NAJNOWSZEJ SERII ENDOSTAR
A 1 OPAKOWANIE DOSTANIESZ GRATIS*

*GRATIS DOTYCZY TEJ SAMEJ GRUPY CENOWEJ, OFERTA AKTUALNA TYLKO NA KRAKDENT

827,-

SYNERGY D6

PEŁNA GAMA KOLORÓW PRZY UŻYCIU TYLKO 7 ODCIENI

CO60014361 Zestaw SYNERGY D6 - 13 strzykawek po 4,0 g
5 strzykawek A2/B2, 5 strzykawek A3/D3, 1 strzykawka A3.5/B3,
1 strzykawka A4/C4, 1 strzykawka z odcieniem uniwersalnym do szkliwa

TYLKO NA
KRAKDENT

STRZYKAWKA
W ZESTAWIE
TYLKO 63 ZŁ
(REGULARNA
CENA 190 ZŁ)

Poldent®

www.poldent.pl

Zły stan zdrowia jamy ustnej sprzyja chorobom układu oddechowego

Zły stan zdrowia jamy ustnej lekarze zwykle wiązali z ogólnym stanem zdrowia pacjenta. Jak dowodzą jednak ostatnie badania, bakterie rozwijające się w jamie ustnej podnoszą ryzyko zachorowania na zapalenie płuc.

Niskie temperatury, a także ślota i silne wiatry sprzyjają infekcjom zarówno górnych, jak i dolnych dróg oddechowych. Ale nie tylko aura ma wpływ na ryzyko zachorowania. Jak dowodzą naukowcy w swoich badaniach, na to ryzyko ma wpływ także stan zdrowia uzębienia. Autor tych badań, dr Samit Joshi z Yale University School of Medicine połączył zmiany bakterii występującej w jamie ustnej ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na zapalenie płuc. To nie pierwszy raz, gdy naukowcy zwrócili uwagę na zwiększone ryzyko zapadalności na różne

choroby przy fatalnym stanie zdrowia jamy ustnej, jednak po raz pierwszy powiązano zapalenie płuc ze złym stanem zdrowia jamy ustnej.

„Zły stan zdrowia jamy ustnej jest związany najczęściej z chorobami układu oddechowego, jednak do tej pory uważaliśmy, że ta zależność dotyczy głównie bakteryjnych infekcji dróg oddechowych. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, bo wdychając powietrze, wdychamy także drobne kropelki śliny, w której znajdują się bakterie. Następnie przenikają one z gardła i jamy ustnej do płuc i dochodzi do zachorowania” – tłumaczy dr n. med. Mariusz Duda.

U osób, które zachorowały na zapalenie płuc z powodu fatalnego stanu zdrowia jamy ustnej, lekarze

obserwują nawet wyższy wskaźnik śmiertelności. „To powinno być bardzo niepokojące dla pacjentów. Wielu nie zdaje sobie sprawy z tego, jak poważne konsekwencje dla ich zdrowia mogą mieć zepsute zęby. Wielu bagatelizuje problem mówiąc, że ma tylko jeden mały ubytek albo cierpi na ich zdanem niegroźne choroby przyzębia. Tymczasem okazuje się, że nawet jedna mała dziurka może skutkować fatalnymi konsekwencjami” – ostrzega dr Duda.

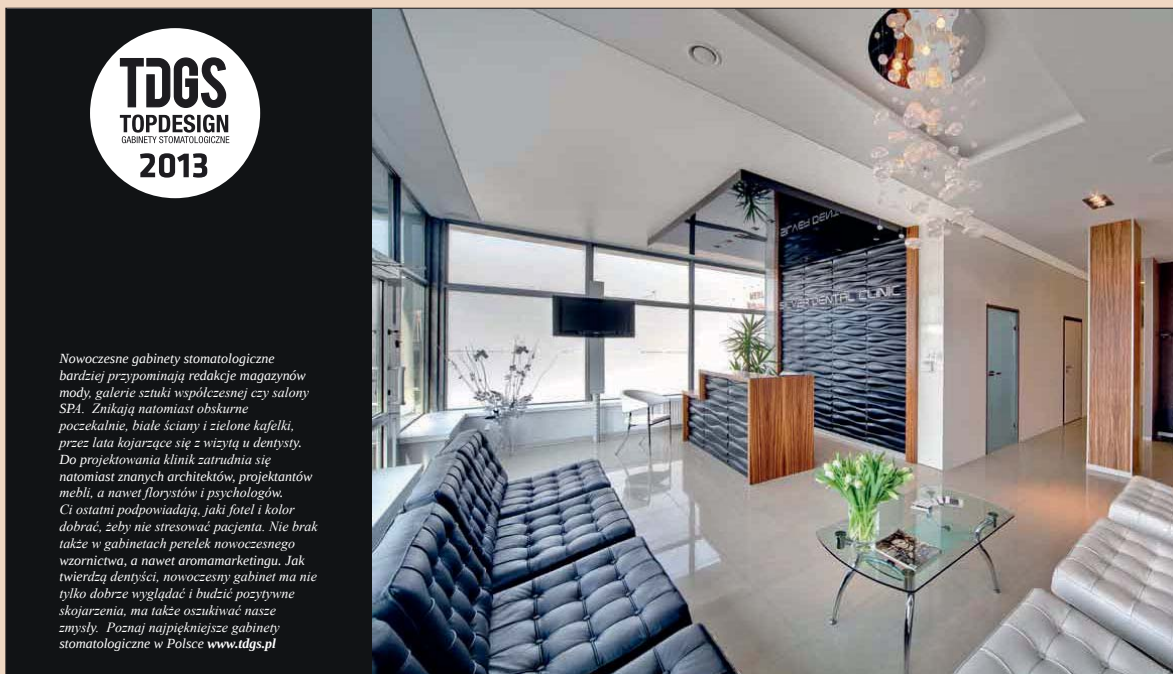
Przy złym stanie zdrowia uzębienia nie tylko jesteśmy bardziej podatni na choroby dróg oddechowych, zwłaszcza w okresie zimowym. Często też skutkuje to dłuższym leczeniem, cięższą postacią infekcji i występowaniem wielu powikłań. Zapobieganie w tym wypadku może być bardzo proste. Wy-

starczy odwiedzić gabinet stomatologiczny i przywrócić zdrowie zębom i dziąsłom tak, by w jamie ustnej nie było warunków do rozwoju szkodliwych bakterii. „Swoim pacjentom zalecam regularne kontrole u lekarza dentysty. Jeśli jesteśmy wyleczeni, to przynajmniej raz na pół roku powinniśmy odwiedzić swojego dentystę, by zobaczył, czy w jamie ustnej nie dzieje się coś niedobrego. Nieraz sami mamy wrażenie, że jest wszystko w porządku, nie mamy ubytków, ale dopiero lekarz po badaniu może to z całą pewnością potwierdzić” – przekonuje dr Mariusz Duda. Dodaje, że jama ustna to idealne środowisko dla rozwoju bakterii. Stała, temperatura, duża wilgotność, wstępne procesy trawienne, do których dochodzi przy posiłkach to świetna pożywka dla szkodliwych bakterii.

Uważać powinny zwłaszcza osoby starsze, gdyż w ich wieku znacznie trudniej jest wyleczyć zapalenie płuc niż w przypadku osoby młodej, która ma silny organizm. „Z doświadczeń w mojej pracy wynika, że starsze osoby dużo rzadziej odwiedzają gabinet niż osoby w kwiecie wieku. Część z nich jest przekonana, że z ubytkami nic nie da się zrobić, że pozostaje jedynie usunąć pozostałe zęby lub czekać na utratę reszty uzębienia i dopiero wtedy decydować się na protezę. Nic bardziej mylnego, bo nawet duże ubytki można wypełnić. Jeśli brakuje pojedynczego zęba, idealnym rozwiązaniem jest wszczepienie implantu, w przypadku większych ubytków zawsze można zastosować mosty lub protezy mocowane na implantach” – tłumaczy lekarz.

DT

AD



POLSKIE GABINETY CORAZ PIĘKNIEJSZE

U dentysty gra muzyka

Polskie gabinety stomatologiczne zaczynają dorównywać jakością placówkom z USA, Niemczech i Wielkiej Brytanii. I to nie tylko jakością leczenia, ale także wyglądem. W zapomnienie odchodzą zimne i nieprzyjemne wnętrza, w których unosił się zapach dentysty i dźwięk wiertła. Wszystko z powodu leku przed dentystą. Dziś aż 39 proc. Polaków panicznie boi się wizyty u dentysty – czytamy w badaniach „Nawyki Europejczyków związane z higieną i zdrowiem jamy ustnej”. To jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Okazuje się, że jego przyczyną jest nie tylko perspektywa bólu podczas leczenia, ale już samo wnętrze gabinetu, które wciąż kojarzy nam się z miejscem zimnym i nieprzyjemnym. Dla ponad 40 proc. Polaków stresujący jest już sam dźwięk wiertła, który słyszymy czekając na wizytę, 5 proc. stresuje zwykły wygląd poczekalni. Kojąco natomiast działa na nas muzyka w gabinecie, uspokaja ona 45 proc. pacjentów, a także wystrój gabinetu, ważny dla 19 proc. – podaje dentysta.eu. Nie dziwi, więc wielomilionowe inwestycje stomatologów w wizerunek. Powód? Coraz częściej staje się on narzędziem w walce z naszą próchnicą. – Znamia otoczenia wiele zmienia w pojęciu pacjenta do leczenia. Ważne, żeby poczekalnia nie nakręcała naszych lęków, nie potęgowała stresu, który nie da się całkowicie wyeliminować. Stąd też wiele gabinetów wycisza dziś wnętrza, montuje specjalne systemy wentylacji odprowadzające nieprzyjemny zapach. Co więcej zastępuje go aromaterapią i muzykoterapią. Coraz powszechniej w poczekalni spotykamy się także z arteterapią, stąd też na ścianach dzieła sztuki lub rzeźby stojące w poczekalniach – mówi dr n. med. Konrad Walerzak, właściciel NZOZ Centrum leczenia Wad Zgryzu Face-Clinic w Warszawie.

Nagie kobiety, rtf i Boticelli – u dentysty! Wiele dentystów idzie nawet o krok dalej. Drżsijsze gabinety coraz mniej przypominają zimne kliniki, bliżej im do industrialnych loftów, wnetrz nowojorskich galerii na Soho i gabinetów medycyny estetycznej urządzonych zgodnie z zasadami feng-shui. Na ścianach zamiast grafik z zębami, znajdujemy dziś kobiece akty, dzieła młodych artystów oraz rzeźby. Nie brak także światowego designu wprost z rozkładówek Wallpaper’a. W jednej z katowickich klinik znajdziemy lampę w kształcie kropli rtęci projektu

Rossa Lovegrove, tego samego projektanta, który zaprojektował iMac dla Apple. W Piasecznie natomiast pacjenci siedzą w fotelach projektu Miesa van der Rohe – ikony modernizmu, w Warszawskiej Face-Clinic z kolei na ścianie znajduje się gigantyczna reprodukcja Boticellogo wykonana na szkle. W Sopocie natomiast na ścianach jednego z gabinetu widnieją kobiece akty. Po co to wszystko? Jak tłumaczy specjalista takie elementy potrafią rozproszyć naszą uwagę. – Wchodząc do gabinetu pełnego ciekawych elementów oszukuje się zmysły, zapominamy w jakim wnętrzu się znajdujemy. Co więcej nasza uwaga rozprzyska się, kontrujemy się na oglądaniu otoczenia, a nie na nerwowym wyczekiwaniu na zabieg. Takie wnętrza spełniają, więc ważną rolę psychologiczną. Co więcej, często w doborze swoistych rozpraszaczy, kolorów, układu elementów pomagają psycholodzy – mówi Małgorzata Wasio – Malinka, jurorka plebiscytu TOP DESIGN Gabinetów Stomatologicznych, który co roku nagradza najlepiej zaprojektowane gabinety w Polsce.

Co nas relaksuje? Światło i Avatar!

Ale uwagę w gabinecie rozprzyska nie tylko słońce na ścianie, pomaga także światło. Przykładem jest klinika w Olsztynie, która kształtowana jest światłem. Pomaga w tym specjalne ułożenie punktowego oświetlenia, które kontruje się na tym, na co powinien zwracać uwagę pacjent. Zaciemnione natomiast są miejsca, które mogą budzić negatywne skojarzenia. – Patrz tu, nie patrz tam, mniej więcej tak to działa. Dzięki temu siedząc w poczekalni skupiamy uwagę na pozytywach, np. fotografiach na ścianie, nie patrzymy w kierunku gabinetów, nie błądzimy nerwowo wzrokiem, ale się koncentrujemy – mówi lek. stom. Izabela Sokółowska ze Specjalistycznej Praktyki Stomatologicznej Izabela i Andrzej Sokółowscy w Olsztynie. Pacjenci są na tego typu elementy szczególnie wyczuwliwi. I coraz częściej sami przyznają, że wystrój może wpłynąć na ich postawę podczas leczenia. Z badań „dentofobia – jak oswoić przerażonego pacjenta” przeprowadzonych przez portal Dentysta.eu wynika, że 27 proc. z nas w gabinecie potrafią zrelaksować przyjemny zapach, muzyka istotna jest dla 40 proc. Kolory ścian gabinetów i poczekalni wpływają na poziom stresu 15 proc. z nas, a wygodne fotele pomagają się zrelaksować 30 proc. Odpowiednie, stonowane światło i film w poczekalni relaksuje 10 proc. pacjentów.

Top Design Gabinetów Stomatologicznych to ogólnopolski plebiscyt organizowany przez miesięcznik „Dobre Wnętrze” oraz firmę Dental Depot Wasio, która co roku nagradza najlepiej zaprojektowane gabinety stomatologiczne w Polsce. Wyboru dokonują czytelnicy, internauci oraz jury, w skład którego wchodzi architekt, dekorator wnętrz, dziennikarze i przedstawiciele środowisk medycznych. W tym roku do finału zakwalifikowało się 11 klinik z całej Polski. Celem konkursu jest obalenie stereotypowego postrzegania gabinetu stomatologicznego i walka z dentofobią wśród Polaków. Więcej: www.tdgs.pl

O wydawcy

Wydawca:

dti Dental Tribune International

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, Melissa Brown, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Esther Wodarski

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: +852 3113 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

Głosuj na gabinety
www.urzadzamy.pl/topdesign

Organizatorzy: WASIO, COMET 3, Wnętrze, Partnerzy: ALMI DECOR, DENTONET.pl, EXSPACE, GAGGENAU



Tribune CME

6 Months Clinical Masters Program in **Implant** Dentistry

May 2013 to November 2013, a total of **12 days**
in **Heidelberg** (DE), **Como** (IT), **Maspalomas** (ES)

Program director
Dr. Marius Steigmann



Live surgery and **hands-on** with the masters in their own institutes plus online mentoring and on-demand learning at your own pace and location.



Dr. Tiziano Testori



Dr. Hom-Lay Wang



Dr. Scott D. Ganz



Dr. Jose Navarro



Dr. Philippe Russe



Dr. Stavros Pelekanos



Dr. Marius Steigmann

Session 1

Heidelberg, Germany - May 2-5

Session 2

Como, Italy - July 4-7

Session 3

Maspalomas, Canary Islands - November 6-10

During each module, the participants will have the opportunity to practice their new skills on hands-on casts, porcine models, and to watch or assist live surgeries.



Course fee: € 11,900

Register by the end of 2012 and you will receive a complimentary iPad preloaded with premium dental courses.

Tel.: +49-341-48474-302

email: info@tribunecme.com

www.TribuneCME.com

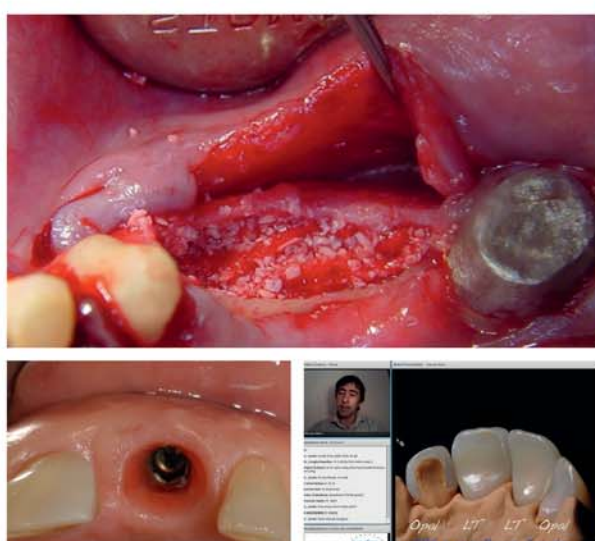


Access our online learning platform: hours of premium video training and live webinars. Collaborate with peers and faculty on **your cases**.

ADA CERP® 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.

Discover the Masters' secrets and enjoy three superb locations.



100
C.E. CREDITS

ADA CERP® Continuing Education Recognition Program





www.cede.pl ☎ 42 632 28 66

23. Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych

23RD Central European Dental Exhibition

**Poznań
12-14.09.2013**



POLSKA AKADEMIA
PASE
STOMATOLOGII
ESTETYCZNEJ

Art Oral

22–23 maja 2013, Złote Tarasy, WARSZAWA
DWUDNIOWA SESJA SPECJALNA
Dr Johna KOISA: Planowanie leczenia i OKLUZJA

**XII MIĘDZYNARODOWA
KONFERENCJA NAUKOWA**

Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej i ART ORAL
“back to the roots – looking for the future”
20–22 czerwca 2013, SOPOT, Hotel Sheraton

Swój udział potwierdzili znakomici wykładowcy:
Claudio Pinho – Brazylia, Christian Coachman – Brazylia,
Urs Brodbeck – Szwajcaria, Tal Morr – USA, Ed McLaren – USA,
Bart Bekmans – Holandia, Martijn Moolenaar – Holandia,
Gerd Körner – Niemcy, Arndt Happe – Niemcy, Klaus Mütterthies – Niemcy,
Marco Degidi – Włochy, Enrico Steeger – Włochy, Michel Magné – USA
Tony Rotondo – Australia, Sam Lee – USA, Fernando Rojas Viskaya – Hiszpania

Wspaniałe warsztaty praktyczne, porywająca sesja Pascala Magne,
znakomita czerwcową pogodą i Gala party z widokiem na morze.

Ceny: Sesja Johna Koisa + Konferencja od 2590 zł
Sesja Johna Koisa od 1890 zł
Konferencja Sopot od 1490 zł

Platynowy sponsor: **DENTSPLY IMPLANTS**

Partner merytoryczny: **Optident**

Partner radiologiczny: **Carestream**

Srebrny sponsor: **PHILIPS sonicare**, **HAGER POLSKA**, **OSSTEM IMPLANT**, **DENTONET.pl**, **dentalwizja.pl**, **dentolabor**

Patronat medialny: **ivoclar vivadent**, **DENT4ID**, **dentolabor**

informacje i rejestracja: www.pase2013.pl

Wybielanie – nowy kształt procedury po zmianie Dyrektywy UE

Agnieszka Ciszewska, Polska

Rada Unii Europejskiej przyjęła poprawkę dodyrektywy dotyczącej produktów kosmetycznych, obowiązującą od 31. października 2012 r. W myśl nowych zapisów, produkty wybielające do zębów klasyfikuje się obecnie jako produkty kosmetyczne, w których maksymalne dopuszczalne stężenie nadtlenu wodoru (lub związków ekwiwalentnych) w przypadku stosowania w gabinecie stomatologicznym nie może przekraczać 6%.

Wprowadzona dyrektywa jest wynikiem dyskusji w Komisji Europejskiej prowadzonych od 1999 r., a związanych z uregulowaniem stosowania nadtlenu wodoru w wyrobach do wybielania zębów. W kwestii bezpieczeństwa tego rodzaju kosmetyków wielokrotnie wypowiadały się kolejne Komitety Naukowe: Naukowy Komitet ds. Kosmetyków i Produktów Nieżywnościowych Przeznaczonych dla Konsumentów, Naukowy Komitet ds. Produktów Konsumenckich oraz Naukowy Komitet ds. Bezpieczeństwa Konsumentów. Ostatecznie, w drodze kompromisu, w 2011 r. została przyjęta dyrektywa regulująca warunki stosowania nadtlenu wodoru w wyrobach do wybielania zębów.

Dyrektywa określa maksymalne dopuszczalne stężenie nadtlenu wodoru w tego rodzaju wyrobach na do 6% i jednocześnie wprowadza ograniczenia ich dostępności i stosowa-

niu (np. wyroby będą mogły być sprzedawane wyłącznie lekarzom denty stom, a pierwsze zastosowanie ma się odbywać pod kontrolą denty sty). Państwa członkowskie Unii Europejskiej są zobowiązane do stosowania przepisów dyrektywy od 31. października ubiegłego roku. Wprowadzone zmiany rozszerzają dozwolone zastosowanie nadtlenu wodoru w kosmetykach o produkty do wybielania zębów. Przewidziano, że nadtlenek wodoru i związki go uwalniające będą mogły być stosowane w produktach do wybielania zębów w ilości do 6% (H₂O₂ obecnego lub uwolnionego). Mając na uwadze ochronę zdrowia konsumentów, przyjęto równocześnie ograniczenia wiekowe w zakresie stosowania takich wyrobów: nie będzie można ich stosować u osób w wieku poniżej 18 lat, a także ograniczenia w dostępności: wyroby te będą mogły być sprzedawane wyłącznie lekarzom denty stom.

W każdym cyklu wybielania pierwsze zastosowanie będzie przeprowadzane przez lekarza denty stę i następnie środek kosmetyczny będzie mógł być przekazany konsumentowi do dalszego stosowania.

Wprowadzona zmiana przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowia pacjentów, w szczególności poprzez dokładne uregulowanie wymagań stawianych produktom do wybielania zębów.

W Polsce i na świecie wzrasta wartość „białego” rynku

W USA rynek produktów wybielających i past do zębów wart jest już 1,6 mld dolarów. Do 2017 r. osiągnie on wartość 2 mld. Zdaniem analityków, przede wszystkim dzięki popularności produktów do wybielania zębów.

Wartość „białego” rynku rośnie także w Polsce, głównie z powodu spadających cen zabiegów wybielania w gabinetach stomatologicznych i rosnącej sprzedaży past. „Od 2 lat obserwujemy boom na produkty i zabiegi wybielające. Polacy kupują preparaty do użytku domowego, ale również korzystają z zabiegów u denty sty – i to coraz chętniej, bo ich ceny spadają, w niektórych miastach nawet o 70%” – mówi dr Dariusz Wilisowski, właściciel jednego z gabinetów denty stycznych w Krakowie.

Zabiegi wybielania zębów stanowią obecnie 20-30% wszystkich zabiegów wykonywanych w polskich gabinetach. W ciągu ostatnich 2 lat zainteresowanie poprawą koloru zębów wzrosło niemal o połowę. Zwiększyły się także wydatki Polaków w tym zakresie. Średnio na zabieg ekspresowego wybielania w 30-45 min. w gabinecie trzeba wydać 450-1000 zł. Jeszcze 3 lata temu ten sam zabieg kosztował ponad 1500 zł.

„W ostatnich 2 latach liczba zabiegów wybielania wzrosła w naszym gabinecie o ponad 60%. Podobna sytuacja panuje w większości prywatnych placówek w Polsce, szczególnie w dużych miastach. Pacjenci przychodzą zarówno na zabiegi do gabinetu i korzystają z ofert ekspresowego wybielania, jak również decydują się na metody nakładkowe. Z jednej strony, to zasługa niższych cen zabiegów, te spadły nawet o 50%, z drugiej – to efekt mody

na białe zęby, a także pojawienia się w gabinetach stomatologicznych pacjentów w wieku 20-30 lat, silnie zorientowanych na atrakcyjny wygląd” – mówi lek. stom. Dariusz Wilisowski.

Jak twierdzą denty ści, wzrost popularności zabiegów wybielających w ostatnich 2 latach podyktowany jest w dużej mierze pojawieniem się zabiegów w ofercie zakupów grupowych. Serwisy grupowe oferują wybielanie w gabinetach nawet o 70% taniej niż w cenniku. „W ofertach zakupów grupowych ceny wybielania spadają o 50-70%. Im większe miasto, większy gabinet, tym większe można znaleźć zniżki na wybielanie. Z jednej oferty do gabinetu przychodzi 40-70 osób miesięcznie, a to 2 razy tyle, co przy ofercie cennikowej. Gabinetom takie rozwiązanie się opłaca, bo wielu pacjentów oprócz wybielania, decyduje się także na inne zabiegi. Wybielanie stało się więc marketingowym magnesem na pacjenta” – mówi dr Wilisowski.

Gabinety zarabiają także na preparatach podtrzymujących efekty wybielania, pastach do zębów i szczoteczkach. Do 2015 r. wartość światowego rynku past do zębów ma osiągnąć poziom 12,6 mld dolarów – podaje Global Industry Analysts. Jako główny czynnik tego rozwoju podkreśla się wzrost zainteresowania produktami wybielającymi, np. paskami, pastami i preparatami do płukania ust. Tylko od stycznia do grudnia 2010 r. wysokość sprzedaży past do zębów w Polsce wyniosła ponad 664 mln zł. Polacy kupili w sumie 10,3 mln litrów pasty do zębów. Ponad 40,9% z nich to pasty wybielające zęby. W stosunku do r. 2009 zanotowano 0,8% wzrost.

Na podst.: CS Luxdentica, Nielsen, iData Research

Ustawa a życie – sankcje w przypadku łamania przepisów

Od początku stycznia tego roku inspektoraty Sanepidu rozpoczęły akcję kontroli w gabinetach stomatologicznych. Jak informuje Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie, kontrole obejmują produkty do wybielania. Efekty kontroli zaskakują inspektorów, ponieważ lekarze dentyści nie są świadomi, iż dyrektywa weszła w życie i dotyczy wszystkich produktów do wybielania. Jeden z inspektorów w Warszawie mówi: „Przeprowadziliśmy kontrolę w ponad 30 gabinetach zajmujących się wybielaniem. W ponad 26 stwierdzono obecność produktów o zawartości nadtlenu wodoru powyżej 6%, a więc takich, które nie spełniają wymogów dyrektywy unijnej. Inspektorzy nakazali utylizację tych preparatów. Lekarze zostali pouczeni, a w niektórych przypadkach otrzymali ostrzeżenie. Planujemy powtórne kontrole w tych miejscach, w których stwierdzono naruszenie przepisów. Jeśli podmioty nie zastosują się do zaaleceń inspektorów, zostaną ukarane grzywną. Jednocześnie planowane jest zwiększenie skali kontroli. We względu na skalę zjawiska przewidywane jest zastosowanie nakazu utylizacji wraz z karą grzywny w związku z naruszeniem przepisów”.

Zakaz sprzedaży w Internecie i wykonywania zabiegu przez kosmetyczki – większy rynek dla gabinetów

Kontrole obejmują również sprzedaż produktów do wybielania poza gabinetami stomatologicznymi. Zgodnie z dyrektywą unijną, sprzedaż produktów może odbywać się wyłącznie przez lekarzy dentyistów. Pierwszy zabieg musi być wykonany pod ich nadzorem. Inspekcją objęto więc również zakłady kosmetyczne oraz sprzedaż internetową.

Problem dostępności produktów w sklepach internetowych i serwisach aukcyjnych

Maria Suchowiak – Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Żywności i Żywnienia informuje, iż Główny Inspektor Sanitarny poinformował wszystkich Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych o konieczności stosowania w nadzorze nad kosmetykami przeznaczonymi do wybielania zębów przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22. października 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie list substancji niedozwolonych lub dozwolonych z ograniczeniami do stosowania w kosmetykach oraz znaków graficznych umieszczanych na opakowaniach kosmetyków (Dz. U. poz. 1185). Poinformował również serwisy aukcyjne o ww. przepisach i zwrócił się do Szefa Służby Celnej z prośbą o zwrócenie szczególnej uwagi na wyroby przeznaczone do wybielania zębów.

Usługi wybielania zębów podlegają opodatkowaniu podstawową stawką podatku VAT

Stanowisko w sprawie produktów do wybielania zajęła również Izba Skarbowa. (interpretacją dyrektora Izby Skarbowej w Poznaniu z 4. października 2011 r., sygn. ILPP2/443-1140/11-5/SJ).

Zdefiniowanie w przepisach art. 43 ust. 1 pkt 18, pkt 18a, pkt 19 i pkt 19a ustawy o VAT zakresu zwolnienia jest zawężone wyłącznie do usług opieki medycznej służących profi-

laktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. W związku z tym każdorazowo należy poddawać analizie, jaki cel przyświecał danej usłudze świadczonej na rzecz pacjenta. W przypadku, gdy świadczone usługi nie będą związane z ochroną zdrowia i takiego celu nie będą realizować, nie mogą korzystać ze zwolnienia.

Zabiegi wybielania zębów przeprowadzane przez lekarzy dentyistów nie spełniają podstawowego warunku umożliwiającego zastosowanie zwolnienia od podatku. Celem tych usług jest przywrócenie wcześniejszej barwy uzębienia, co wskazuje bardziej na charakter kosmetyczny usługi. W związku z tym usługi wybielania zębów będą podlegały opodatkowaniu podatkiem od towarów i usług, zgodnie z art. 43 ust. 1 w zw. z art. 146a pkt 1 ustawy o VAT, w wysokości 23%.

W związku z dyrektywą firma Philips wstrzymała sprzedaż zestawów Zoom do wybielania gabinetowego z użyciem lampy (LAW), które zawierają żel wybielający z nadtlenu wodoru w stężeniu 25%. Wyjątek stanowią wybrane państwa takie, jak: Niemcy, Francja, Hiszpania, Szwajcaria, Austria i Dania, gdzie nadal dopuszcza się stosowanie produktów zawierających stężenia przekraczające 6%. Należy podkreślić, że we wszystkich państwach Unii Europejskiej (w tym również państwach wymienionych jako wyjątki) produkty do stosowania w warunkach domowych będą zawierały nadtlenu wodoru (lub związki ekwiwalentne) w stężeniu 6% i będą sprzedawane jako kosmetyki zgodnie z klasyfikacją przyjętą w poprawce do dyrektywy dotyczącej produktów kosmetycznych.

Dzięki owocnej współpracy organizacji w poszczególnych państwach, Działu Marketingu, Rejestracji, Spraw Prawnych oraz Innowacji i Projektowania możemy poinformować, że Philips Zoom już wkrótce pojawi się na rynku jako nowy, udoskonalony zabieg wybielania gabinetowego z użyciem lampy Zoom-LAW, spełniający wszystkie wymagania dyrektywy dotyczącej produktów kosmetycznych obowiązującej w UE. Oferta Philips Zoom będzie obejmować nowe produkty do wybielania gabinetowego przy użyciu lamp Zoom, zawierające żele wybielające z nadtlenu wodoru w stężeniu 6%, dzięki czemu dentyści będą mogli zapewnić swoim pacjentom białe i zdrowe zęby, nie naruszając przy tym prawa (Philips Zoom LAW 6% z preparatem DW 6% do stosowania w warunkach domowych, zestaw 2-stopniowy oraz Philips Zoom LAW 6% z preparatem NW 16% do stosowania w warunkach domowych, zestaw 2-stopniowy).

Oficjalna premiera produktu będzie miała miejsce podczas Targów IDS w Kolonii. Produkty dla lekarzy będą dostępne na początku kwietnia 2013 r. Aktywowany światłem zestaw do wybielania gabinetowego Philips ZOOM 6% obejmuje nowy protokół wybielania, dzięki któremu zęby są zauważalnie bielsze już po 1 godz. sesji wybielającej, a do tego bardziej gładkie i błyszczące, przy jednoczesnym zmniejszeniu nadwrażliwości zębów, jaka często występuje po wybielaniu. Philips Zoom 6% HP z ACP spełnia wymogi okre-

ślone w nowej dyrektywie Komisji Europejskiej, która zabrania sprzedaży na terenie Unii Europejskiej produktów wybielających zawierających nadtlenu wodoru w stężeniu przekraczającym 6%.

„Firma Philips specjalizuje się w opracowywaniu bezpiecznych, skutecznych i innowacyjnych produktów, dzięki którym pacjenci gabinetów stomatologicznych zyskują dostęp do rozwiązań zapewniających najwyższy komfort i najlepsze rezultaty zabiegów dentystycznych” – powiedział Frank McGillin, dyrektor generalny Philips Oral Healthcare Los Angeles.

Joerg Strate, szef Global Clinical Affairs w Philips Consumer Lifestyle dodaje: „Philips jest liderem w dostarczaniu innowacyjnych produktów pomagających pacjentom uzyskać zdrowy, promienny uśmiech. Nowa 6% formuła naszego aktywowanego światłem systemu wybielającego stosowanego w gabinecie zapewnia pacjentom optymalne doznania z widocznymi rezultatami wybielania zarówno bezpośrednio po wizycie w gabinecie, jak i w domu”.

Nowy zestaw do wybielania gabinetowego Philips ZOOM 6% zapewnia lekarzom zgodny z unijnymi dyrektywami produkt wybielający, charakteryzujący się jakością, bezpieczeństwem i skutecznością. Nowa procedura stosowania aktywowanego światłem wybielania Philips ZOOM 6% obejmuje 4 sesje po 15 min. każda w gabinecie z wykorzystaniem nowej formuły żelu wybielającego o stężeniu 6%. Nowa formuła żelu zawiera ACP (amorficzny fosforan wapnia), związek zapewniający niezwykle gładkość zębów. Po sesji wybielania w gabinecie, pacjenci dodatkowo otrzymują zestaw Philips ZOOM DayWhite lub NiteWhite, dzięki któremu mogą kontynuować wybielanie zębów w domu.

Wyjątkowe połączenie wybielania gabinetowego z domowym, jakie oferuje nowy system wybielania ZOOM zapewnia pacjentom osiągnięcie pożądanego wybielenia zębów, jednocześnie poprawia ich blask i czyni je bardziej gładkimi dla osiągnięcia pięknego, zdrowego i białego uśmiechu. Nowa formuła aplikowana w gabinecie jest zgodna

ze wszystkimi aktualnymi lampami Zoom.

Z punktu widzenia lekarzy dentyistów dodatkowym atutem produktu jest opatentowana 2-komorowa strzykawka, która dzięki rozdzieleniu składników żelu zapewnia jego stabilność w trakcie całego okresu ważności bez konieczności przechowywania w warunkach chłodniczych. Dzięki temu zęby odzyskują piękny kolor i połysk, a ryzyko pojawienia się nadwrażliwości jest znacznie niższe niż w przypadku preparatów wybielających, które nie awierają ACP. Zoom 6% Formuła z ACP to gwarancja zdrowego, olśniewająco białego uśmiechu. Dodatkowo u pacjentów stosujących żele z dodatkami ACP rzadziej obserwuje się ponowne występowanie przebarwień po upływie 6 miesięcy.

Zestaw Philips Zoom LAW jest zgodny z nową dyrektywą Komisji Europejskiej, która zakazuje komercjalizacji wszelkich produktów wybielających w Unii Europejskiej, zawierających więcej niż 6% nadtlenu wodoru. [DT](#)

AD



PHILIPS sonicare

Spróbuj jak działają produkty PHILIPS Sonicare już dziś

Zapraszamy na stoisko **ARS DENTAL**

Nr stoiska: C - 33

Spytaj o Zestaw Trialowy dla Profesjonalisty.

Produkty dostępne u naszych Partnerów handlowych.



bestom DENTONET.pl

Nr stoiska: D - 39

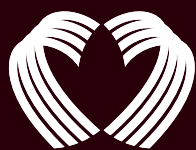
Więcej informacji na www.sonicare.com/dp

shop-dent

Nr stoiska: D - 20

JESZCZE ZDAŻYSZ SIĘ ZAPISAĆ!

Ostatnie wolne miejsca czekają w punkcie rejestracji przy wejściu na targi!



XII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA STOMATOLOGICZNA

DENTAL SPAGHETTI

Dylematy pomiędzy estetyką a okluzją
- różne punkty widzenia i rozwiązania

9 marca 2013

Manggha, Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej, Kraków, ul. M. Konopnickiej 26

www.dental spaghetti.pl



Najlepsi wykładowcy dla najlepszych stomatologów



Sponsorzy: 3M ESPE



Heraeus



marrodent

Patronat honorowy: PASE



Patronat prasowy: dti



medycyna praktyczna

deniomed

12. Dolnośląskie
Targi Stomatologiczne
we Wrocławiu

08-09
listopada
2013
Wrocław



Targi
w Krakowie

www.targidentamed.pl

targi



Kolejna edycja „Dental Spaghetti” w Krakowie!

Maciej Żarow, Polska

Stomatologia ogromnie
zmieniła się w ostatnich 10-
20 latach. Gdy w 1995 r. roz-
począłem staż podyplo-



mowy w jednym z krakowskim ZOZ-ów i wspominałem kolegom o koferdamie, którego używałem w czasie moich studiów odbytych za granicą, patrzono na mnie z po-
błażaniem. Nie rozumiano sensu marnowa-
nia czasu na założenie koferdamu, nie
rozumiano dlaczego lekarz dentysta... ma
się aż tak „męczyć” podczas jego zakłada-
nia...

Po kolejnych 2 latach pracy w publicz-
nych przychodniach przestałem wierzyć, że
kiedykolwiek moja praca będzie przebiegała
zgodnie z procedurami, których naoglądałem
się m.in. na praktykach w Szwecji.

Zwątpiłem, że będę mógł stosować kofer-
dam podczas każdego leczenia zachowaw-
czego czy endodontycznego. A jednak
zmiany nastąpiły, choć powoli i krok po
kroku, to w całej polskiej stomatologii. Od
2000 r. postanowiłem standardowo stosować

koferdam w mojej praktyce i zakładać go
regularnie prawie u każdego pacjenta. To
był milowy krok w mojej karierze stoma-
tologicznej. Prawdziwy nastąpił jednak
w 2001 r., kiedy wraz z prof. Krupińskim
postanowiliśmy zorganizować Międzyna-
rodowe Sympozjum w ramach Targów
Krakdent® w Krakowie.

Poprzez nasze zagraniczne kontakty i
dzięki pomocy zaprzyjaźnionej mistrzyni
techniki dentystycznej z Nowego Jorku po-
stanowiliśmy zaprosić sławy stomatologii z
zagranicy. Na początku nie było jednak ła-
two, bo wtedy jeszcze Polski nie traktowano
poważnie na tzw. światowej mapie kongreso-
wej. Dzięki „amerykańskim” znajomościom
przyjechał do nas skromny, ale wybitny den-
tysta z Rzymu, który przyrzędził u mnie
w domu genialne spaghetti, oczywiście *al
dente*, a później oczarował publiczność na-
szego sympozjum „innym, nowym wymia-



rem” stomatologii – stomatologii estetycznej, dokładnie zaplanowanej indywidualnie dla każdego pacjenta.

Muszę przyznać, że byłem wtedy jeszcze bardzo młody i nie od razu rozumiałem genialność tych wykładów. Czułem jednak instynktownie, że trzeba podążać w tym kierunku. W kolejnych latach Marco powracał na nasz kongres,

matologią estetyczną a okluzją. Młody dentysta, rozpoczynający zaraz po studiach pracę zawodową, myśli najczęściej poprzez pryzmat jednego zęba, który w danej chwili jest leczony. Nie bada zgryzu, artkulacji, nie zastanawia się co było przyczyną złamania, pęknięcia, nie patrzy na materiał znajdujący się na zębie przeciwnym. Po latach szkoleń podyplomowych oraz praktyki klinicznej zmienia się nasz punkt widzenia – już nie jest tak proste i oczywiste jak było kiedyś. Widzimy więcej problemów i mamy więcej dylematów jak je rozwiązać. Szukamy opinii kolegów innych specjalności, korzystamy z pomocy periodontologów, implantologów i lekarzy specjalizujących się w problemach stawów skroniowo-żuchwowych. To dojrzałe, interdyscyplinarne podejście świadczy o postępie w naszych praktykach stomatologicznych.

Na XII Międzynarodową Konferencję „Dental Spaghetti” zaprosiliśmy naszych kolegów, aby rozmawiać o tym nowym, interdyscyplinarnym podejściu.

Dr Stefen Koubi z Marsylii jest jednym z najlepszych praktyków we Francji, który specjalizuje się w minimalnie inwazyjnym podejściu do rozwiązywania problemów starcia i erozji zębów. Problemy te, tak częste w XXI w., stają się prawdziwą zimą dentystów, a opinie na temat sposobów leczenia bywają tak różne, że z pewnością wymagają usystematyzowania i ustalenia właściwego standardu leczenia. I tego właśnie organizatorzy oczekują od wykładu dr Koubi.

Dr Dinos Kountouras to mój serdeczny kolega z Grecji, który poza praktyką w Salonikach, prowadzi również klinikę w Szanghaju (Chiny). Dr Kountouras jest jednym z założycieli Greckiej Akademii Stomatologii Estetycznej i w tej dziedzinie prowadzi wykłady. Z czasem jednak zauważył, że trwałość leczenia estetycznego zależy również od funkcji zębów, a więc od właściwej okluzji i artkulacji. Dr Kountouras odbył więc studia podyplomowe z zakresu gnatologii u dr. Petera Dawsona w USA. Te doświadczenia i dylematy pomiędzy estetyką i funkcją przekazał nam na spotkaniu w Krakowie.

Kolejnym wykładowcą będzie dr Andrea Ricci, jedna z najjaśniejszych postaci współczesnej włoskiej implantoprotetyki. Andrea będzie naszym gościem po raz drugi (poprzednio gościliśmy go w 2011 r.), a ci, którzy pamiętają jego sposób prowadzenia wykładu i prezentowaną dokumentację, z pewnością go zarekomendują. Dr Ricci będzie mówił o planowaniu estetyki na implantach, ale zwróci też uwagę na rolę analizy funkcjonalnej zgryzu. Warto dodać, iż Andrea pracuje we Florencji w wielopokoleniowej rodzinnej klinice. Jego ojciec jest jednym z twórców włoskiej szkoły periodontologicznej, stąd wyjątkowa dokumentacja dr. Ricci jest wzbogacona o kilkudziesięcioletnie doświadczenia kliniczne.

Wykład dr. Francesca Abella jest wynikiem naszej wieloletniej współpracy z Universitat Internacional de Catalunya w Barcelonie



(Hiszpania). Dr Abella przedstawi praktyczne, nowe możliwości związane z zastosowaniem tomografii komputerowej w stomatologii. Technologia ta dynamicznie weszła w Polsce do praktyki klinicznej, a liczba urządzeń przekroczyła nasze wszelkie przewidywania sprzed kilku lat. Dlatego jesteśmy przekonani, że wykład będzie odpowiedzią na zainteresowanie tą technologią lekarzy w naszym kraju.

Na zakończenie, swoisty „deser”, zostawiliśmy niezwykle ciekawy wykład szczególnie bliskiego nam gościa. Dr Walter Devoto to wielki przyjaciel „Dental Spaghetti” i polskiej stomatologii.

Gościł u nas na wielu wykładach, przeprowadził mnóstwo kursów praktycznych, zarekomendował wielu nowych wykładowców na nasz kongres. Przede wszystkim jednak, jest to jeden z najlepszych praktyków klinicznych, jakiego zdarzyło mi się poznać! Jego sposób pracy, bardzo racjonalne spojrzenie na stomatologię, praktyczne rady dotyczące tego, kiedy stosować metody pośrednie, a kiedy bezpośrednie będą zapewne bezcenne.

Podsumowaniem spotkania będzie ulubiona przez nas dyskusja okrągłego stołu. Każdy będzie mógł zadać pytania i usłyszeć na nie różne odpowiedzi i opinie naszych

wykładowców – bo przecież reprezentują oni różne specjalności i zazwyczaj mają nieco odmienne spojrzenie na daną sytuację kliniczną.

Moderatorami dyskusji i kongresu, jak co roku, będą: prof. Jerzy Krupiński i dr Maciej Żarow, wspomagani przez Kamillę Siekierski z Nowego Jorku.

Wszystkie szczegółowe informacje na temat Międzynarodowej Konferencji Stomatologicznej „Dental Spaghetti”, a także formularze rejestracyjne znaleźć można na stronie internetowej:

www.dental spaghetti.pl

który nazwaliśmy „Dental Spaghetti” na cześć jego zdolności kulinarnych i – jak nazwa wskazuje – rozwinęliśmy nasze coroczne wydarzenie w kierunku Włoch. Co roku pozyskiwaliśmy najlepszych twórców włoskiej szkoły stomatologii estetycznej, endodocji, periodontologii czy implantologii. Co roku nasz poziom rozumienia wzrastał i przenosiliśmy go do naszych praktyk dentystycznych.

Po „tłustych włoskich latach” powoli kończył nam się wybór tamtejszych tuzów stomatologii, zaczęliśmy więc sięgać po specjalistów innych narodowości.

Do udziału w „Dental Spaghetti” zawsze staraliśmy się zapraszać wykładowców, którzy są doskonałymi klinicystami i potrafią opowiedzieć o stomatologii również za pomocą praktycznych rad. I tak, krok po kroku wchodziliśmy w inny wymiar stomatologii, zarówno my – twórcy „Dental Spaghetti”, jak i nasza publiczność, która wspianale nam towarzyszy od lat. Z przyjemnością stwierdzam, że lekarze przyjeżdżający na sympozjum reprezentują bardzo wysoki poziom kliniczny – to niewątpliwie czołówka polskiej stomatologii!

Moja kariera lekarza dentysty i kariera lekarzy uczestniczących od lat w „Dental Spaghetti” dojrzała według zagadnień prezentowanych w czasie wykładów. Dawniej hitem było usłyszenie regułek na temat przygotowania zęba pod licówkę, onlaya czy dostępu do komory podczas leczenia endodontycznego. Dzisiaj bardziej skupiamy się na kwestiach interdyscyplinarnych, łączących stomatologię odtwórczą z periodontologią czy gnatologią.

Tematem „Dental Spaghetti” 2013 będą dylematy pomiędzy sto-



KRAKDENT stoisko C36

NAJWYŻSZA SKUTECZNOŚĆ ZNIECZULEŃ

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

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

QuickSleeper 4 jedyny komputerowy system znieczuleń umożliwiający iniekcję techniką Osteocentral



10 LAT SUKCESÓW W POLSCE

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

DENTAL HI TEC

Skuteczność szczotkowania zębów

Fridus van der Weijden i Dagmar Else Slot, Holandia

Kontrola płytki stanowi podstawę profilaktyki chorób przyzębia oraz próchnicy. Mimo że przepływ śliny powoduje w ograniczonym zakresie usuwanie resztek z przestrzeni międzyzębowych i zagłębień na powierzchniach zwarciowych, to jest mniej skuteczny w zakresie usuwania płytki.

Naturalne oczyszczanie zębów przez siły fizjologiczne, tzn. ruchy języka i policzków, praktycznie nie występuje. Z tego względu kontrola płytki wymaga jej usuwania przy użyciu aktywnych metod. Wyniki dużych badań kohortowych wykazały, że wysoki poziom higieny jamy ustnej zapewnia skuteczne usuwanie płytki nazębnej. Istnieją poważne dowody na to, że szczotkowanie zębów pozwala kontrolować płytkę, pod warunkiem jednak, że jest przeprowadzane dostatecznie dokładnie i z właściwą częstotliwością. Do czynników, które wpływają na skuteczność szczotkowania zębów należą: budowa szczoteczki, sposób jej działania, łatwość użycia oraz współpraca pacjenta.

Przeglądy systematyczne

Stomatologia oparta na wynikach badań (*Evidence Based Dentistry*) oznacza takie podejście do pielęgnacji zdrowia jamy ustnej, które wymaga rozsądnej integracji systematycznych przeglądów wyników badań klinicznych o znaczeniu praktycznym z doświadczeniem klinicznym pracownika gabinetu stomatologicznego, potrzebami leczniczymi i preferencjami pacjenta oraz dostępnymi narzędziami. Obecnie uważa się, że systematyczne prace przeglądowe zapewniają najwyższy poziom dowodów i stanowią główne narzędzie służące podsumowaniu istniejących wyników badań w powtarzalny, systematyczny sposób. Są wobec tego kluczowe dla podejmowania decyzji na podstawie wyników badań.

Systematyczne przeglądy minimalizują ryzyko błędu systematycznego oraz pozwalają uzyskać wszechstronny współczesny stan wiedzy na dany temat. Analizy tego typu są obiektywne w ocenie i przejrzyste w analizie zmienności, dzięki czemu pozwalają innym na samodzielną ocenę metodologii i jakości samej pracy przeglądowej. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* podaje, że analizy przeglądowe są niezbędne dla zapewnienia, że decyzje zdrowotne są podejmowane w oparciu o zawierające istotną treść współczesne wyniki badań wysokiej jakości. Ponadto American Dental Association donosi o uruchomieniu internetowej bazy Center for Evidence-Based Dentistry, która zawiera ponad 1600 klinicznie istotnych, systematycznych badań przeglądowych.

Zasada PICO(S)

Protokół systematycznego badania przeglądowego zaczyna się od starannie sformułowanego pytania, opartego o zasadę PICO(S) – pacjent (Patient), interwencja (Intervention), porównanie (Compari-

son), parametry oceny końcowej (Outcome parameters) i projekt badania (Study design). Sposób sformułowania pytania ma decydujące znaczenie dla interpretacji wyników badania. Po spisaniu protokołu badania przeprowadza się obiektywną analizę piśmiennictwa w celu znalezienia odpowiednich artykułów przy jak najmniejszym ryzyku przeoczenia jakiegokolwiek badania. Parametry użyte do oceny wyników również mają istotne znaczenie dla wniosków. Przykładem takiego parametru jest redukcja płytki i zapalenia dziąseł w związku ze stosowaniem różnego rodzaju szczoteczek do zębów.

Szczotkowanie zębów

Już starożytni Egipcjanie wykorzystywali mechaniczne narzędzia do rutynowego oczyszczania zębów. Wykonywali szczoteczki, żując jeden koniec gałązki tak, aby ją wystrzępić. Dzisiaj istnieją setki szczoteczek ręcznych o różnym kształcie, w tym szczoteczki o takiej budowie włosia, które ma ułatwiać usuwanie płytki z trudnodostępnych obszarów, szczególnie z przestrzeni interproksymalnych. Duży nacisk kładzie się także na nowe rozwiązania ergonomiczne, np. wielkość uchwytu szczoteczki dostosowaną do wielkości dłoni użytkownika, jednak nawet dorośli, pomimo widocznych wysiłków nie są w stanie usunąć płytki tak skutecznie, jak można by tego oczekiwać.

Skuteczność ręcznych szczoteczek do zębów w systematycznej pracy przeglądowej

Badania ćwiczeń szczotkowania zębów, stosowane powszechnie do oceny szczoteczek, stanowią przydatny wskaźnik zdolności szczoteczki do usuwania płytki oraz ułatwiają kontrolę takich czynników zakłócających, jak współpraca pacjenta. W przeprowadzonym ostatnio systematycznym badaniu przeglądowym oceniano skuteczność ręcznych szczoteczek do zębów w zależności od ich kształtu i czasu szczotkowania po takich ćwiczeniach. Analiza piśmiennictwa przyniosła 2079 tytułów i abstraktów, spośród których kryteria kwalifikacji spełniało 59 badań z 212 ćwiczeniami szczotkowania jako oddzielnymi etapami badań oraz 10 806 uczestnikami. Na podstawie średniej wartości wskaźnika płytki przed i po szczotkowaniu obliczono ogólną średnią ważoną redukcję wskaźnika płytki (42%).

Szczególna wartość wyników wynikała z dużej liczby uczestników i zmienności obserwowanej w projektach poszczególnych badań, ponieważ odzwierciedlają one sytuacje, jakich można oczekiwać w zakresie higieny jamy ustnej od ogólnej populacji. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono średnią ważoną redukcję wskaźnika płytki wg Quigleya-Heina o 30% (95% CI: 27-33%), natomiast w przypadku badań wykorzystujących wskaźnik płytki wg Navy, jego średnia ważona redukcja wynosiła 53% (95% CI: 50-56%). Analiza w podgrupach w zależności od układu pęczków włosia wykazała różną

zdolność usuwania płytki (24-61%). Najwyższą ogólną średnią ważoną redukcję wskaźnika płytki (niezależnie od użytego wskaźnika) zapewniało włosie ustawione pod kątem. Analiza wpływu czasu trwania szczotkowania wykazała ogólną średnią ważoną redukcję wskaźnika płytki o 27% po 1 min. szczotkowania oraz o 41% po 2 min. minutach. Na tej podstawie wnioskowano, że skuteczne usuwanie płytki prowadziło do ogólnej średniej ważonej redukcji wskaźnika płytki o 42% (30-53% w zależności od wybranego wskaźnika płytki). Dostępne dane wskazują, że ustawienie pęczków włosia (płasko przycięte, wielopoziomowe, ustawione skosem) oraz czas trwania szczotkowania to zmienne związane ze skutecznością usuwania płytki. Niezależnie od zastosowanego wskaźnika wydaje się, że można jeszcze poprawić jakość szczotkowania z użyciem szczoteczek ręcznych.

Szczoteczki elektryczne

Pierwszą skuteczną szczoteczkę elektryczną (Broxodent) opracował w 1954 r. w Szwajcarii dr Philippe-Guy Woog. Pierwsza generacja szczoteczek elektrycznych miała główkę o kształcie analogicznym do szczoteczek ręcznych i wykonywała połączone ruchy poziome i pionowe. W latach 80. XX w. rozpoczął się szybki postęp w tej dziedzinie. Od tego czasu stworzono różne szczoteczki elektryczne w celu poprawy skuteczności usuwania płytki.

Dostępne na rynku szczoteczki elektryczne różnią się pod względem działania. Szczoteczki oscylacyjno-rotacyjne mają okrągłą główkę, która porusza się na przemian w kierunku zgodnym i przeciwnym do ruchu wskazówek zegara. Szczoteczki o ruchu okrężnym obracają się tylko w jednym kierunku, szczoteczki kontroscylacyjne mają pęczki włókien, które obracają się tam i z powrotem niezależnie od pozostałych włókien, inne (w tym szczoteczki soniczne) wykonują ruchy przód-tył. W kolejnych latach prowadzone były pojedyncze badania dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa poszczególnych kategorii szczoteczek elektrycznych, a łącznie wyniki opisano w systematycznych pracach przeglądowych.

Szczoteczki elektryczne vs szczoteczki ręczne

Jedną z pierwszych stomatologicznych systematycznych prac przeglądowych powstała we współpracy z Cochrane Oral Health Group i dotyczyła porównania szczoteczek elektrycznych i ręcznych w codziennym użyciu, a w szczególności pod względem usuwania płytki nazębnej i zdrowia dziąseł. W ramach tej pracy przeszukano 5 elektronicznych baz danych, poszukując randomizowanych badań z grupą kontrolną, porównujących szczoteczki elektryczne i ręczne (do połowy 2002 r.), w których uczestnikami były osoby z populacji ogólnej, w pełni sprawne fizycznie, które szczotkowały zęby bez nadzoru

przez co najmniej 4 tygodnie. Pierwszą aktualizację tej pracy wykonali Robinson i wsp. (2005), ostatnią opublikowali Yacoob i wsp. (2011). Łącznie w pracy przeglądowej uwzględniono 50 spełniających kryteria badań, obejmujących 4326 uczestników i wolnych od stwierdzonego błędu systematycznego dotyczącego publikacji.

Oscylacyjno-rotacyjne szczoteczki elektryczne zapewniały większą redukcję płytki oraz zapalenia dziąseł w porównaniu do szczoteczek ręcznych. Standaryzowana średnia różnica dla redukcji płytki i zapalenia dziąseł w krótkotrwałej obserwacji (1-3 miesiące) wynosiła odpowiednio 0,53 (95% CI: -0,74 do -0,31) oraz 0,49 (95% CI: -0,73 do -0,26). Także w perspektywie długoterminowej (powyżej 3 miesięcy) stwierdzono statystycznie większą redukcję płytki i zapalenia dziąseł, m.in. o ok. 27% mniej miejsc wykazujących krwawienie przy zgłębnikowaniu.

Na podstawie tej ostatniej pracy przeglądowej stwierdzono, że łącznie w odniesieniu do szczoteczek oscylacyjno-rotacyjnych istnieją jednoznaczne dowody na kliniczną ich przewagę nad szczoteczkami ręcznymi oraz większą zdolność redukcji płytki i zapalenia dziąseł. Wyniki te potwierdzają obserwacje i wnioski z wcześniejszych prac przeglądowych, w których porównywano elektryczne i ręczne szczoteczki do zębów.

Porównanie różnych szczoteczek elektrycznych

Najnowsza praca przeglądowa Cochrane poświęcona była ocenie porównawczej skuteczności szczoteczek elektrycznych o różnej budowie oraz ich wpływu na zdrowie jamy ustnej. Przeszukano 5 elektronicznych baz danych w poszukiwaniu prac przeprowadzonych do lipca 2010 r. Znalezione 17 kwalifikujących się badań, obejmujących razem ponad 1300 uczestników. Kryteriami wyboru badania były: randomizacja, porównanie co najmniej 2 szczoteczek elektrycznych o różnych mechanizmie działania i objęcie badaniem co najmniej 4 tygodni szczotkowania bez nadzoru oraz pełna sprawność manualna uczestników. Oceniano szczoteczki o ruchach oscylacyjno-rotacyjnych, kontroscylacyjnych, przód-tył, okrężnych, ultradźwiękowe, wielowymiarowe oraz jonowe (aktywne elektryczne).

Na podstawie 7 badań o czasie trwania do 3 miesięcy, bez znaczącego zróżnicowania stwierdzono, że szczoteczki oscylacyjno-rotacyjne powodowały znacząco większą redukcję płytki w obserwacji krótkookresowej (1-3 miesiące) w porównaniu do szczoteczek o ruchach przód-tył. Standaryzowana średnia różnica wyniosła 0,24 (95% CI: 0,02-0,46). Klinicznie wyższość szczoteczek oscylacyjno-rotacyjnych nad szczoteczkami o ruchach przód-tył wyrażała się 7% redukcją wartości wskaźnika płytki wg Quigley-Hein w modyfikacji Turesky'ego. Standaryzowana

średnia różnica, wynosząca 0,35 (95% CI: -0,04 do 0,74), nie była statystycznie. Ponieważ dostępne było tylko jedno badanie o czasie trwania powyżej 3 miesięcy przeprowadzone na niewielkiej grupie uczestników, nie było możliwe wyciągnięcie długoterminowych wniosków.

Bezpieczeństwo szczoteczek elektrycznych

W ostatnim czasie przeprowadzono systematyczną analizę przeglądową bezpieczeństwa szczoteczek oscylacyjno-rotacyjnych w porównaniu do szczoteczek ręcznych dla tkanek twardych i miękkich. Wybrano 35 oryginalnych prac do uwzględnienia w przeglądzie, które pogrupowano w zależności od typu badania (randomizowane badania z grupą kontrolną, gdzie bezpieczeństwo było głównym parametrem oceny końcowej; badania, w których bezpieczeństwo było drugorzędowym parametrem oceny; badania, które wykorzystwały zastępczy marker bezpieczeństwa oraz badania laboratoryjne).

Autorzy przeglądu podsumowali go słowami: „Niniejsza systematyczna praca przeglądowa, oparta o liczne dane pochodzące z badań opublikowanych w ostatnich 20 latach wykazała jednoznacznie, że szczoteczki oscylacyjno-rotacyjne są bezpieczne w porównaniu do szczoteczek ręcznych i nie stanowią klinicznie istotnego zagrożenia ani dla tkanek twardych, ani miękkich”. Wyniki te są zgodne z obserwacjami, jakie poczynili w swoich pracach przeglądowych Robinson i wsp. (2005) oraz Yacoob i wsp. (2011), co potwierdza bezpieczeństwo elektrycznych szczoteczek oscylacyjno-rotacyjnych. Obecnie nie są dostępne systematyczne prace przeglądowe dotyczące bezpieczeństwa innego rodzaju szczoteczek elektrycznych.

Inne czynniki

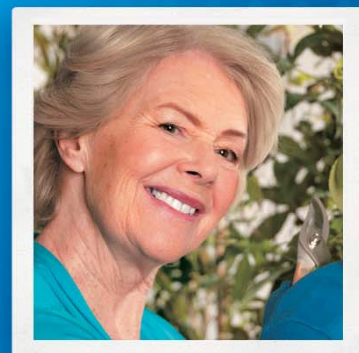
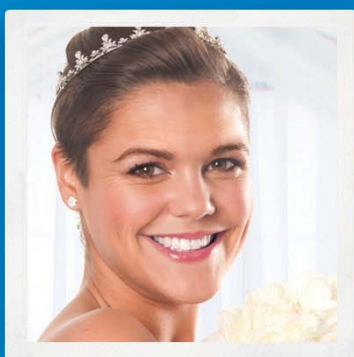
Stomatologia oparta na faktach ma istotne znaczenie dla podejmowania decyzji. Należy jednak zaznaczyć, że efekt kliniczny może nie być jedynym czynnikiem, od którego ta decyzja zależy. Skuteczność usuwania płytki zależy ostatnie od tego, jak pacjent szczotkuje zęby. Rolą personelu stomatologicznego jest wspieranie i motywacja pacjenta. Cechy takie jak wbudowany timer i wzrokowe sygnały na obudowie szczoteczki pomagają uzyskać większe zaangażowanie ze strony użytkownika i prowadzą do poprawy jakości szczotkowania i współpracy pacjenta. [\[4\]](#)

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Kontakt

Fridus Van der Weijden lub Dagmar Else Slot
Department of Periodontology
Academic Centre for Dentistry
Amsterdam
University of Amsterdam and
VU University Amsterdam
Gutav Mahlerlaan 3004
1080 LA Amsterdam
Holandia
Tel.: +31 20 5980 179/307
E-mail:
g.vd.weijden@acta.nl,
d.slot@acta.nl

Jedna rekomendacja. Zdrowy uśmiech na całe życie



Oral-B®

Nr 1

Oral-B marką szczoteczek rekomendowanych przez najwięcej dentystów na świecie **

kontynuacja ochrony rozpoczętej w Twoim gabinecie

