ICV: 31,38 pkt.

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

www.dental-tribune.com

CENA: 15 zł

ISSN 1730-315X

VOL. 17, NR 1

POZNAJ OPINIĘ EKSPERTA

Rozwiązania dla protetyki? Wejdź na:

poznajopinieeksperta.pl

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

„Biznes stomatologiczny to nie sprint, to maraton”

O tym, jak w dobie nasycenia rynku, szumu informacyjnego i walki konkurencyjnej znaleźć swoje miejsce w branży, rozmawiamy z Wojciechem Augustyniakiem – Dyrektorem Zarządzającym W&H Poland.

Wojciech Augustyniak - Dyrektor Zarządzający W&H Poland

Mijają 3 lata od otwarcia Centrum Szkoleniowego W&H, w którym uczestniczyła także redakcja Dental Tribune Polska. Jak Pan ocenia ten czas? Czy patrząc z perspektywy, była to dobra decyzja?

Jesienią 2015 r., nakładem olbrzymich środków, otworzyliśmy w Warszawie jedno z najnowocześniejszych Centrów Szkoleniowych w Europie. Przyświecała nam idea stworzenia miejsca, którego wyposażenie będzie jak najbardziej odpowiadało warunkom, w jakich pracują lekarze dentyści i cały personel gabinetu. Z dzisiejszej perspektywy decyzja o tej inwestycji to spektakularny sukces – z naszego Centrum Szkoleniowego skorzystało już ponad 1000 lekarzy dentystów i higienistek stomatologicznych.

Skąd pomysł, aby w dobie niezliczonej liczby kursów, szkoleń, warsztatów, targów i kongresów tworzyć kolejne miejsce szkoleniowe? Czy naprawdę istnieje taka potrzeba?

Z pewnością pomysł na stworzenie takiego Centrum Szkoleniowego jest unikalny. Chcieliśmy stworzyć inny model aktywności niż szkoleniowo-sprzedażowy – obecnie najpopularniejszy w Polsce. Od lat dostrzegamy tendencję, która przechyla szalę aktywności branżowych z ogólnych i masowych na specjalistyczne i praktyczne. Jednocześnie warto zaznaczyć, że w tym przedsięwzięciu firma W&H Poland nie jest organizatorem kursów, nie rekrutuje uczestników i nie zatrudnia wykładowców. Nasza rola ogranicza się do zapewnienia kompleksowego zaplecza szkoleniowego. Część merytoryczną pozostawiamy w wyłącznej gestii prowadzących, którzy tworzą autorskie kursy podyplomowe. Warto to podkreślić – nie próbujemy wpływać na merytoryczną zawartość szkoleń, wychodząc z założenia, że to nie my jesteśmy ekspertami, lecz doświadczeni lekarze praktycy, których zapraszamy do współpracy.

Jakie to ma zalety? Czy prowadzący i uczestnicy doceniają taką formułę?

Z punktu widzenia komfortu wszystkich zaangażowanych – prowadzącego, uczestników, a także nas – takie podejście ma wiele zalet. Prowadzący zachowuje pełną niezależność, uczestnicy otrzymują autorski materiał szkoleniowy, a W&H może skupić się na swojej działalności podstawowej, tzn. projektowaniu, wytwarzaniu i sprzedaży innowacyjnych produktów. Dla skuteczności szkolenia kluczowa jest możliwość pracy przy fantomie, w optymalnej pozycji, z odpowiednim sprzętem i umiejętnościami lekarza, który wie, jak taką procedurę wykonać. To dopiero daje wartość.

Dr n. med Jacek Iracki

Z czego wynika tak duże zainteresowanie szkoleniami w Centrum?

Lekarze dentyści wybierają szkolenia, które mają dla nich konkretną wartość i gwarancję zwrotu poniesionej inwestycji – zarówno pieniędzy, jak i czasu. Chcą mieć pewność, że nabędą praktyczną wiedzę. Szukają konkretnych odpowiedzi na konkretne pytania. Stąd zapotrzebowanie na kursy praktyczne. Kryterium wyboru kursu jest oczywiście tematyka, ale kluczowy jest Prowadzący – kursanci chcą zobaczyć metody i sposób pracy wybranych ekspertów – autorytetów w danej dziedzinie. Tak, jak wspominałem, W&H Poland nie prowadzi kursów, ponieważ tak naprawdę nie do końca mamy kompetencje w tym zakresie. Mają je praktycy i klinicyści. My tylko stworzyliśmy przestrzeń i warunki, które zdecydowanie zwiększają szansę na skutecznie przeniesienie zdobytych umiejętności do gabinetu. Zatem z dzisiejszej perspektywy decyzja o tej inwestycji to spektakularny sukces!

A czy dostrzega Pan jakiekolwiek negatywne strony takiego przedsięwzięcia?

Patrząc krótkoterminowo, wadą takiego rozwiązania może być fakt, że nie generujemy bezpośrednich przychodów ze szkoleń. Oczywiście, mogłyby one amortyzować poniesione inwestycje. Co więcej, podczas szkoleń nie próbujemy niczego uczestnikom sprzedać – nie to jest naszym celem. Zależało nam, aby w sposób nienachalny i poparty praktyką dać okazję uczestnikom do pracy naszymi urządzeniami. Jestem przekonany, że jakość i ergonomia naszych produktów broni się sama, a lekarze będą o tym pamiętać, kiedy przyjdzie czas na zakup sprzętu.

Lek. dent. Monika Dzieciątkowska

Skoro o urządzeniach mowa, proszę opowiedzieć kilka słów o wyposażeniu Centrum.

Jak wspominałem na początku, chcieliśmy stworzyć miejsce edukacyjne jak najbardziej zbliżone do naturalnych warunków klinicznych. I to się udało. Zupełnie inaczej opracowuje się sztuczny ząb na modelu leżącym na stole lub trzymanym w ręku, a inaczej pracując przy fantomie, ograniczającym dostęp do pola zabiegowego w podobny sposób, jak podczas pracy z pacjentem. Unit A-dec z fantomem Frasaco umożliwiającym pracę z lukiem twarzowym to dopiero początek – stanowiska pracy wyposażone są w szeroką gamę instrumentów: turbiny o różniej charakterystyce, kątnice zwalniające, przyspieszające, profilaktyczne, z ruchem recyprokalnym itd. Każdy uczestnik ma do dyspozycji mikroskop Global, a stanowisko prowadzącego szkolenie dodatkowo tor wizyjny umożliwiający oglądanie pokazu na żywo w jakości Full HD. Idea jest taka, aby każdy sam ocenił, czy użycie takich narzędzi robi różnicę. Decyzja jest zawsze po stronie lekarza – podejmie ją, kiedy będzie do tego gotowy. Jedyne, na czym nam zależy, to aby lekarz miał szansę spróbować popracować naszymi urządzeniami i mógł wyrobić sobie o nich własne zdanie.

Czyli urządzenia i wyposażenie z najwyższej półki. Czy naprawdę postawienie poprzeczki tak wysoko było niezbędne?

Poziom usług stomatologicznych w Polsce jest jednym z najwyższych na świecie, a wyposażenie polskich klinik jest często znacznie

Dr n. med. Maciej Żarow

Dr n. med. Krystian Owczarczak

O wydawcy

Wydawca:
DTI Media
Abrahama 18 lok. 168
03-982 Warszawa

na licencji
Dental Tribune International GmbH

dti Dental Tribune International

www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:
Redaktor naczelna:
Marzena Bojarczuk
m.bojarczuk@dental-tribune.com
Tel.: 607 811 250
Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com
Tel.: 602 202 508
Informacje w sprawie prenumeraty:
m.spytek@dental-tribune.com
Tel.: 600 019 616
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/President/Chief Executive Officer
Torsten R. Oemus
Chief Financial Officer
Dan Wunderlich
Director of Content
Claudia Duschek
Senior Editor
Yvonne Bachmann
Clinical Editors
Nathalie Schüller
Magda Wojtkiewicz
Editor & Social Media Manager
Monique Mehler
Editors
Brendan Day
Kasper Mussche
Franziska Beier
Assistant Editor & Video Producer
Luke Gribble
Copy Editors
Ann-Katrin Paulick
Sabrina Raaff
Business Development & Marketing Manager
Alyson Buchenau
Digital Production Manager
Tom Carvalho
Junior Digital Production Manager
Hannes Kuschick
Project Manager Online
Chao Tong
IT & Development
Serban Veres
Graphic Designer
Maria Macedo
E-Learning Manager
Lars Hoffmann
Product Manager CME
Sarah Schubert

Product Manager Surgical Tribune & DDS.WORLD
Joachim Tabler
Sales & Production Support
Nicole Andrä
Puja Daya
Madleen Zoch
Accounting
Karen Hamatschek
Manuela Hunger
Database Management & CRM
Annachiara Sorbo
Media Sales Managers
Antje Kahnt (International)
Melissa Brown (International)
Hélène Carpentier (Western Europe)
Matthias Diessner (Key Accounts)
Weridiana Mageswki (Latin America)
Barbora Solarova (Eastern Europe)
Peter Witteczek (Asia Pacific)
Executive Producer
Gernot Meyer
Advertising Disposition
Marius Mezger
Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

©2018, Dental Tribune International GmbH.
All rights reserved. Dental Tribune International 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, claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

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 L ynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2017, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

bardziej nowoczesne niż w Europie Zachodniej. Nasi specjaliści szybko i sprawnie wdrażają u siebie najnowsze technologie. Uczestnicy stają się zatem coraz bardziej wymagający. Musimy sprostać ich wymaganiom – i to się udaje.

W tym roku W&H świętuje 20-lecie istnienia w Polsce.
Początki naszej obecności na polskim rynku sięgają przełomu lat 90. Ale W&H to nie tylko innowacyjne i niezawodne produkty. W&H to przede wszystkim ludzie, których codzienne zaangażowanie czyni nas firmą tak wyjątkową. W 1998 r. powstała spółka – importer produktów W&H. Wcześniej, już od 1993 r. działalność w Polsce koordynowało przedstawicielstwo W&H Dentalwerk. Dziś nasz Zespół to 20 osób. Większość pracowników biurowych to ten sam zespół, który pracuje z nami od 20 lat. To o czymś świadczy. W ciągu ostatnich kilku lat stworzyliśmy także Centralny Serwis oraz 7-osobowy zespół pracujący w terenie.

Strategia i działania W&H Poland oparte są na pracy z liderami opinii i użytkownikiem końcowym. Czy ta strategia jest skuteczna?
Nasze strategie są długoterminowe. Mamy świadomość, że ten rynek wymaga czasu i cierpliwości. Wszyscy, który oczekują natychmiastowych rezultatów na tym rynku, rozczarują się. To, co jest dla nas bardzo komfortowe to bycie firmą rodzinną, a nie np. spółką giełdową. Nie musimy walczyć za wszelką cenę o wyniki miesięczne, a koniec kwartału nie oznacza końca świata. Zwrot z inwestycji nie musi przyjść zatem tak szybko. Konsekwencja w danej strategii daje rezultaty w czasie. Nie da się zrobić czegoś takiego „na szybko". Nie da się pójść na skróty. Praca w biznesie stomatologicznym to nie jest sprint, to maraton.

Z dzisiejszej perspektywy można powiedzieć tylko tyle, że w ciągu ostatnich 5 lat skala naszego biznesu w Polsce się podwoiła. Inwestujemy w długoterminowe partnerstwa – od lat współpracujmy m.in. z PASE, PAPS, czy PSI, a jednocześnie

Lek. dent. Marzanna Danecka

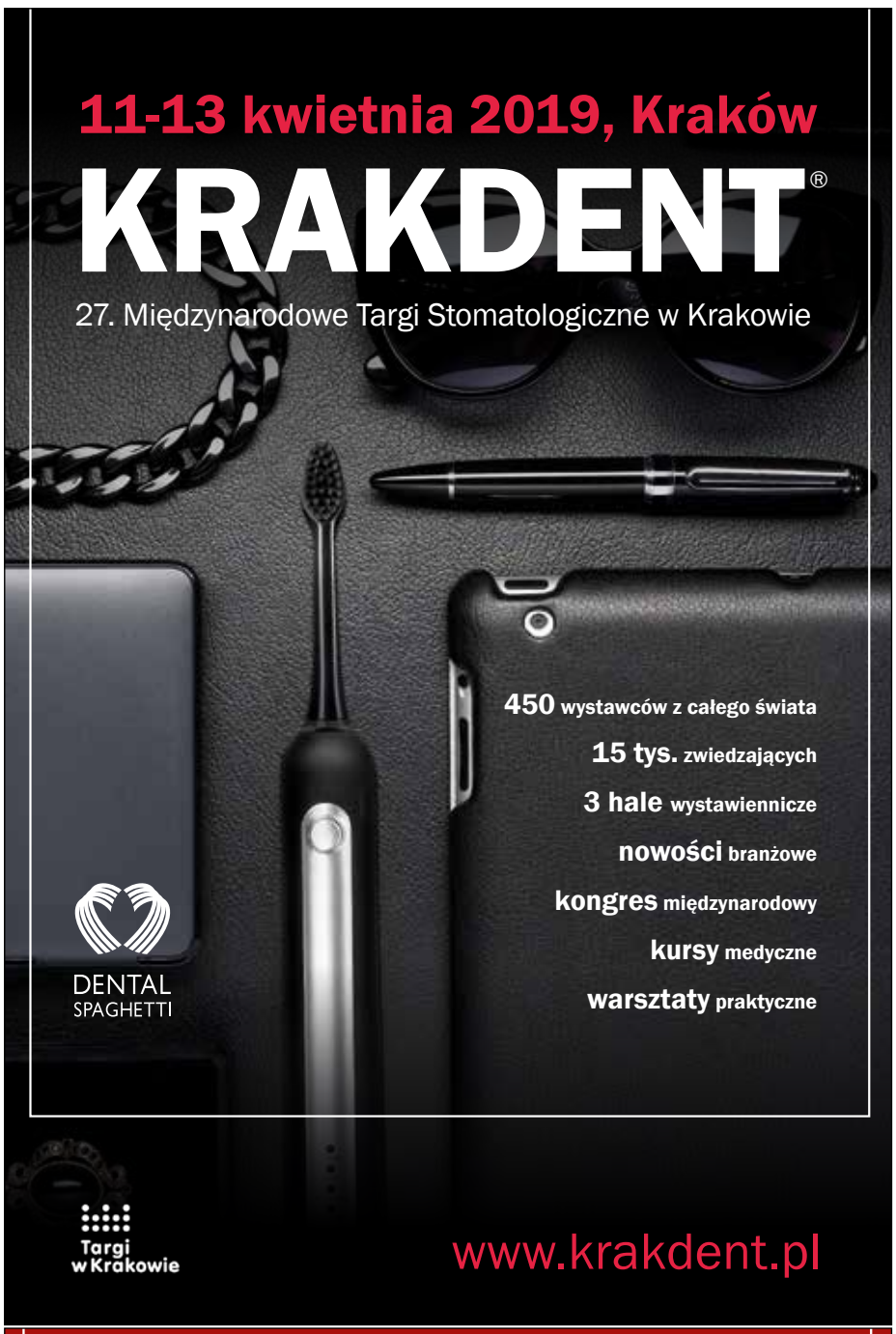
zmniejszamy naszą obecność na imprezach targowych, gdzie przełożenie uczestnictwa na zastosowanie kliniczne jest najmniejsze. Bo tam, gdzie jest praktyczna wiedza, tam też jest rozwój. DT

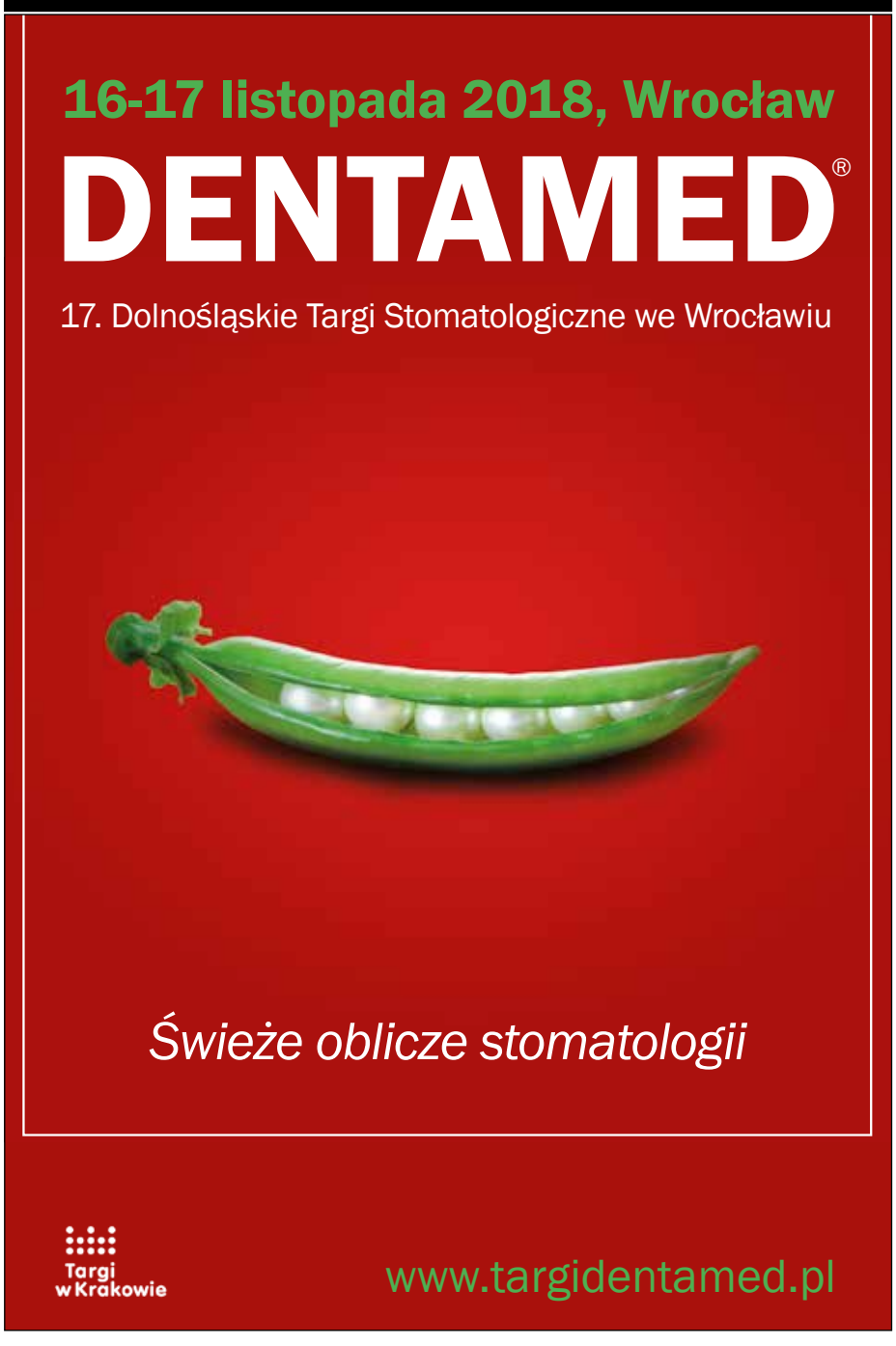
Rozmawiał: Grzegorz Rosiak

Lek. dent. Jerzy Perendyk

Zespół W&H Poland

AD





„Wierzę, że innowacje są motorem firmy”

Założona w 1890 r. firma W&H działa obecnie na całym świecie jako wiodący producent instrumentów i przyrządów stomatologicznych. Zatrudniając ponad 1200 pracowników na całym świecie, firma eksportuje swoje produkty do ponad 110 krajów. Rodzinna firma prowadzi 3 zakłady produkcyjne: w Bürmoos i w Brusaporto, a także 19 oddziałów w Europie, Azji i Ameryce Pln. Z prezesem W&H, Peterem Malatą rozmawiamy o sukcesach i filozofii firmy.

Tylko kilka stomatologicznych firm na całym świecie może spojrzeć wstecz na 125-letnią historię. Jakie są główne powody długotrwałego sukcesu W&H?
Jest kilka czynników, które przypisałbym naszemu udanemu udziałowi w rynku stomatologicznym przez tak długi czas.

Po pierwsze, innowacyjność: historia W&H jest historią licznych innowacji technologicznych takich, jak: sprzęgło Roto Quick, pierwszy zaciskowy system uchwytowy do turbin, pierwsza prosta kątnica do preparacji pracująca do 200 000 obrotów na minutę, Assistina – pierwsza na świecie jednostka czyszcząca i konserwacyjna, Lisa – pierwszy sterylizator klasy B dostępny na rynku, Synea Vision – pierwsza turbina z 5-krotnym pierścieniem LED+ i nasza najnowsza innowacja – turbina Primea Advanced Air.

Stale dostarczamy produkty i usługi dostosowane do indywidualnych potrzeb klientów, które wspierają codziennie dentystów i ich zespoły, ułatwiając im codzienną pracę. Nasze produkty są używane w gabinetach stomatologicznych i klinikach, laboratoriach dentystycznych, w chirurgii jamy ustnej i chirurgii szczękowo-twarzowej w ponad 110 krajach na całym świecie.

Po drugie, nasz wewnętrzny program stażowy jest dla nas szczególnie ważny. Uważamy to za inwestycję w przyszłość. Dzięki naszemu kompleksowemu programowi szkoleniowemu koncentrujemy się nie tylko na kształceniu zawodowym młodych ludzi, ale także wspieramy ich osobisty rozwój.

Po trzecie, polegamy na ciągłości: przykładamy ogromną wagę do jakości pracy i obdarzamy wielkim zaufaniem naszych pracowników. Duch zespołowy ma dla nas ogromne znaczenie. Poziom wykształcenia naszych pracowników jest bardzo wysoki, a wiedza przekazywana jest od jednej osoby do drugiej. Dodatkowo, polegamy na „pokoleniowej mieszance” w naszych zespołach i długotrwałym zatrudnieniu pracowników, umożliwiając ciągłość, a tym samym wydajność na bardzo wysokim poziomie.

Jako członek rodziny Malata prowadzi Pan firmę od ponad 20 lat. Jakie były najważniejsze osiągnięcia w tym czasie?
W 1996 r. przejąłem firmę od mojego ojca, Petera Malaty. Moim celem było nie tylko rozwinięcie biznesu, ale także utrzymanie procesów bez przesadnej ich rozbudowy. Dlatego w 1998 r. zdecydowałem się wprowadzić w firmie strukturę zorientowaną na zespół. Obecnie ok. 700 pracowników w naszej siedzibie w Bürmoos jest zorganizowanych w ponad 100 zespołów.

Kolejnym ważnym kamieniem milowym była internacjonalizacja W&H. Obecnie prowadzimy 3 zakłady produkcyjne: 2 w Bürmoos i je-

Fot. 1: W&H President Peter Malata. (Fot.: Gregor Sams/PunktFormStrich).

Fot. 2: Zakład produkcyjny firmy W&H. (Fot.: W&H).

den w Brusaporto oraz 19 spółek zależnych na całym świecie.

Jak Pan wspomniał, innowacje są ważnym elementem w polityce firmy W&H?

Podstawą stałego wzrostu firmy W&H jest konsekwentne stosowanie najnowocześniejszych technologii oraz skoncentrowanie się na badaniach i rozwoju. Wierzę, że innowacyjność jest motorem firmy, a moim osobistym celem jest stworzenie dla niej jeszcze więcej miejsca. Ciągły rozwój naszego działu badań i rozwoju wiąże się nie tylko z zatrudnianiem dodatkowych pracowników, ale także z tworzeniem przestrzeni, umożliwiających i wspierających twórczą współpracę i komunikację. Ponadto, koncentrujemy się na współpracy z uniwersytetami i ośrodkami badawczymi, a także na pozyskiwaniu ciągłych informacji zwrotnych od użytkowników na temat ich doświadczeń w pracy naszymi urządzeniami.

Obecnie ok. 13% naszych pracowników pracuje w dziale R&D w naszej głównej siedzibie. Skupiamy się na innowacyjnych, wysokiej jakości urządzeniach medycznych i inteligentnych rozwiązaniach dla naszych klientów i partnerów. Celem jest optymalne wsparcie dentystów w codziennej pracy z zaawansowanymi rozwiązaniami sprzętowymi i programowymi. Bliska współpraca działów rozwoju i produkcji pozwoliła firmie W&H szybko reagować na zmiany na rynku i uwzględniać wymagania klientów w nowych, zrównoważonych rozwiązaniach.

W firmie W&H „ludzie są priorytetem" – jaka filozofia stoi za tym hasłem?

Jako globalna firma dentystyczna służymy wszystkim ludziom w utrzymaniu i poprawie zdrowia zębów. Jesteśmy firmą rodzinną od 60 lat. Dążymy do długotrwałych, pełnych zaufania i cennych relacji z pacjentami, klientami, partnerami i pracownikami – relacjami, na których można polegać. Nasze wartości korporacyjne: niezawodność, wiedza, otwartość i zrównoważony rozwój są zatem nie tylko hasłami na papierze, ale rzeczywistymi ideami, które realizujemy.

W marcu 2018 r. rozpoczęła się nowa kampania wizerunkowa „From a patient to a fan". W jaki sposób wpłynęło to na postrzeganie firmy przez partnerów i klientów?

Otrzymaliśmy bardzo pozytywne opinie na temat naszej nowej kampanii wizerunkowej, bezpośrednio od klientów i partnerów, a także za pośrednictwem kanałów społecznościowych. Chcemy wyjaśnić dentystom i ich zespołom praktyków, że W&H jest dla nich dostawcą rozwiązań i robi wszystko, aby pomóc im w pokonywaniu codziennych wyzwań.

W praktyce oznacza to, że nasze produkty oferują prawdziwą wartość dodaną w procesie leczenia. Optymalizując tzw. workflow, chcemy umożliwić zespołom stomatologicznym poświęcanie niepodzielnej uwagi pacjentom podczas całego procesu leczenia, np.: ponieważ warunki świetlne w jamie ustnej są zwykle słabe, naszym zadaniem jest stworzenie i dostarczenie takiego produktu, który ten problem rozwiąże i zapewni wystarczającą ilość światła. Kiedy dłonie dentysty są obolałe po długim dniu pracy, to do nas należy tworzenie lżejszych i bardziej ergonomicznych instrumentów.

Instrumenty i narzędzia muszą działać intuicyjnie, niezawodnie, a przede wszystkim precyzyjnie. Nasze produkty charakteryzują się nie tylko nowatorskimi rozwiązaniami, ale także wieloma drobnymi detalami, które zmieniają codzienną pracę naszych klientów.

Niedawno ogłosił Pan przejęcie szwedzkiej firmy Osstell. W jaki sposób ten krok uzupełnił ofertę firmy W&H?

Osstell i W&H współpracują z powodzeniem od 2016 r. Pierwszym wynikiem tej współpracy był nowy Implantmed ze zintegrowanym modułem Osstell ISQ. Osstell jest znany z pomiarów stabilności implantów i monitorowania osteointegracji. Przejęcie było częścią naszej strategii rozszerzenia działalności na segment chirurgiczny. Naszym celem jest poszerzenie kompetencji i wzmocnienie pozycji lidera w dziedzinie implantologii.

Oprócz zakładów produkcyjnych w Austrii i we Włoszech, W&H posiada filie w 19 krajach na całym świecie. Jakie są Wasze kluczowe rynki i gdzie widzi Pan największy potencjał wzrostu w przyszłości?

Firma W&H działa na całym świecie, na wszystkich rynkach. Mamy, oczywiście, konkretne cele dla różnych rynków w zależności od ich potrzeb. Aby je zidentyfikować, dysponujemy 19 filiami, 16 kierownikami obszarów oraz ogromną liczbą wyróżniających się i niezawodnych partnerów, którzy pozwalają firmie W&H zagwarantować szybką dostawę i bezproblemową obsługę techniczną w dowolnym miejscu na świecie.

W ostatnich latach utworzyliśmy również filie w Chinach i Indiach oraz wzmocniliśmy naszą sprzedaż w regionie Azji i Pacyfiku. Są to rynki, na których obecnie widzimy największy potencjał.

Rynek stomatologiczny zmienia się szybciej niż kiedykolwiek wcześniej. Jakie są Wasze strategie, aby pozostać na czele w tym wymagającym środowisku?

Naszym głównym celem jest zapewnienie prawdziwej wartości dodanej naszym klientom dzięki wszystkim naszym produktom i usługom. Jak wspomniałem wcześniej, koncentrujemy się bardzo na R&D i – osobiście jestem z tego bardzo dumny – robimy to z wielkim sukcesem, np. Primea Advanced Air otrzymała od austriackiego Ministerstwa Gospodarki nagrodę Staatspreis Innovation (Narodowa Nagroda w dziedzinie Innowacji).

Dzięki turbinie Primea Advanced Air prędkość obracania wiertła można teraz precyzyjnie ustawić, a dzięki elektronicznej regulacji pozostaje ona stała nawet wtedy, gdy nacisk wzrasta podczas obróbki. Oprócz innowacyjnej technologii napędu, turbina oferuje wszystkie zalety turbiny Synea Vision firmy W&H.

Wreszcie, coraz większą rolę odgrywają wzajemne połączenia naszych produktów i usług, np. możliwość kontrolowania naszych narzędzi za pomocą smartfona lub tabletu oraz zautomatyzowanego zarządzania zapasami i harmonogramowania usług.

Gdzie widzi Pan firmę W&H w najbliższych 10-20 latach?

Firma W&H rozszerzy swoją pozycję na światowym rynku stomatologicznym, będzie nadal doceniana przez klientów i szanowana przez konkurencję. DT

Fot. 3: Prezydent W&H Peter Malata i cały zespół byli zachwyceni nagrodą Staatspreis Innovation (National Innovation Award). Dr Margarete Schramböck (Federalny Minister ds. Cyfrowych i Gospodarczych w Austrii), Peter Malata, dr Wilhelm Brugger (szef Działu Badań i Rozwoju W&H), Michael Rothenwänder (Badania i Rozwój W&H), Johann Eibl (W&H Vice President ds. Innowacji Produktowych) i Thomas Irran (Badania i Rozwój W&H) przyjęli nagrodę (od lewej), (Fot.: W&H).

AD

PSI · ICOI EUROPE · ICOI

CURRICULUM IMPLANTOLOGII PSI

Kształcenie podyplomowe z dziedziny implantologii stomatologicznej Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego PSI 10+2

13. edycja Curriculum Implantologii PSI
listopad 2018/grudzień 2019

Zapisy i informacje
www.psi-icoi.pl

Bezpośrednie pokrycie miazgi jako procedura zachowująca żywotność miazgi zębowej

Jenner Argueta

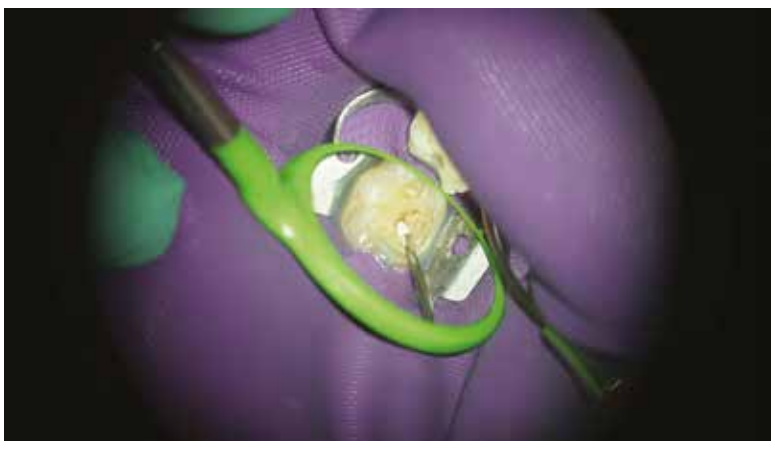
Autor:
Jenner Argueta, chirurg szczękowy – M.Sc., specjalista endodoncji, prezes Akademii Endodoncji w Gwatemali, prof. uniwersytecki w zakresie endodoncji, Uniwersytet im. Mariano Gálveza w Gwatemali.

Podchodząc do zagadnienia optymistycznie, można powiedzieć, że celem każdego lekarza dentysty wykonującego procedurę odbudowania i/lub leczenie kanałowe jest zachowanie żywotności miazgi zębowej oraz funkcjonalności zęba, przy jednoczesnym uniknięciu poczucia dyskomfortu dla pacjenta. Tkanka miazgi jest niezbędna, aby zapewnić odżywianie, unerwienie oraz odporność zęba i działa jako mechanizm obronny i ostrzegawczy w obliczu jakiegokolwiek ataku zewnętrznego.[1]

Ryc. 1

Ryc. 2

Ryc. 3



Ryc. 4

Miazga zębowa może zostać odkryta przez próchnicę lub procedury mechaniczne związane z odbudową zęba lub przygotowywaniem protez. W takich przypadkach stosowane są 2 metody leczenia: leczenie endodontyczne lub usunięcie zęba. Leczenie kanałowe jest najbardziej optymalnym rozwiązaniem. Za wszelką cenę należy unikać usuwania zębów, aby zachować odpowiedni stan i naturalną funkcję jamy ustnej pacjenta.[2-4]

Trzecim rozwiązaniem stosowanym w przypadku odkrycia miazgi jest wykonanie zabiegów mających na celu zachowanie żywej miazgi. Pośród tych zabiegów można wymienić: bezpośrednie pokrycie miazgi, pokrycie pośrednie miazgi, jeżeli nie została ona całkowicie odkryta oraz częściowe lub całkowite pulpotomie. W ten sposób można zachować żywotność zęba, funkcje związane z odczuwaniem bólu oraz odpornością całego organizmu. Dzięki wymienionym procedurom udowodniono, że okres utrzymania żywotności zęba jest dłuższy w przypadku zębów, które nie zostały poddane leczeniu kanałowemu, w porównaniu z zębami leczonymi kanałowo.[2,5,6]

Ryc. 5

W niniejszym artykule opisano 2 przypadki kliniczne, w których tkanka miazgi została odkryta mechaniczne podczas usuwania próchnicy. W obu przypadkach udało się zachować żywotność miazgi zębowej za pomocą bezpośredniego pokrycia miazgi. Protokół stosowany do sugerowanego, bezpośredniego pokrycia miazgi został przedstawiony w opisie przypadku 1. Przypadek 2 przedstawia wykonane leczenie (z kontrolami długoterminowymi), podczas którego na zdjęciach rtg można stwierdzić całkowite ukształtowanie się tkanki zwapnionej pod materiałem pokrywającym. Protokół leczenia był podobny w obu przypadkach.

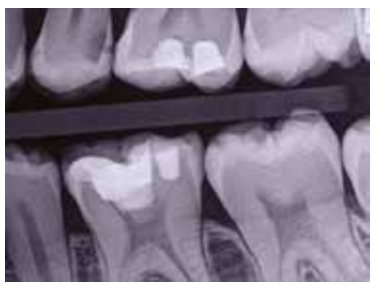
Przypadek 1

24-letni pacjent zgłosił się do kliniki i poinformował o krótkotrwałym, wywołanym bólu zęba 19 (Ryc. 1). Zdiagnozowano odwracalne zapalenie miazgi i przystąpiono do całkowitego odizolowania zęba i usunięcia próchnicy. Miazgę zęba odkryto w 2 miejscach. Doszło do niewielkiego krwawienia (Ryc. 2). Krwawienie zatrzymano, stosując stały nacisk przez 10 s, z użyciem bawełnianego wacika nawilżonego sterylnym roztworem solnym. Otwór zdezynfekowano 2,5% roztworem podchlorynu sodu (Ryc. 3). Następnie założono biały MTA (Produites Dentaires SA) jako materiał do bezpośredniego pokrycia miazgi (Ryc. 4).

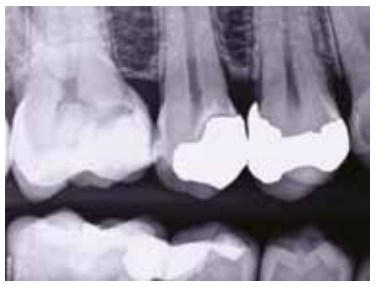
Ryc. 6

Ryc. 7

Ryc. 8



Ryc. 9



Ryc. 10

Aby zapewnić precyzyjne nałożenie MTA, wykorzystano mikroaplikator materiałów dentystycznym MAP System (Produites Dentaires SA). Dzięki temu systemowi lekarz dentysta może umieścić materiał dokładnie w miejscu odkrycia miazgi, unikając zanieczyszczenia ścian komory zęba, które z czasem mogłyby przejawiać odbarwienia spowodowane wykorzystanym materiałem (Ryc. 5 i 6).

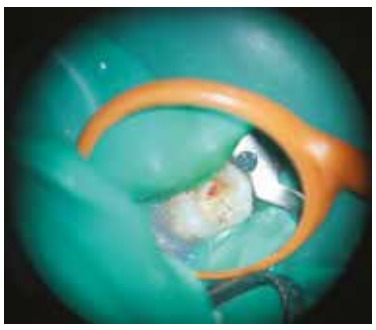
Po założeniu MTA, na odkrytej miazdze oraz na częściach górnych komory zębowej założono fotopolimeryzującą pastę z wodorotlenku wapnia w celu zabezpieczenia materiału (Ryc. 7) i kontynuowano procedurę przyklejania końcowych elementów odbudowy zęba podczas tego samego zabiegu (Ryc. 8 i 9). 7 dni po zabiegu pacjent nie miał żadnych objawów, a ząb reagował normalnie na testy czułości zęba.

W takich sytuacjach klinicznych oczekuje się uzyskania dowodów radiograficznych, które potwierdzą ukształtowanie się tkanki zmineralizowanej pod pokryciem w terminie 6 i 9 miesięcy po wykonaniu zabiegu.[7]

Przypadek 2

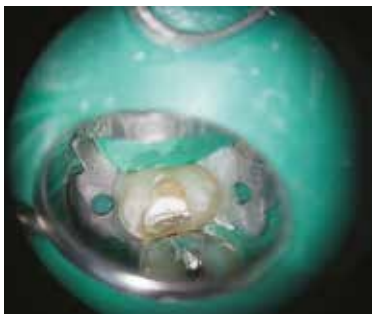
35-letni pacjent zgłosił się do kliniki i poinformował o krótkotrwałym, wywołanym bólu zęba 4. Po zdiagnozowaniu odwracalnego zapalenia miazgi wdrożono taki sam protokół leczenia żywej miazgi, jaki został opisany w poprzednim przypadku (Ryc. 10-12). Różnica polegała na tym, że w tym przypadku ostateczna odbudowa zęba nie została wykonana podczas tego samego zabiegu. Założono tymczasowy materiał odbudowujący, widoczny na prześwietleniach, dzięki któremu można było określić odpowiednią grubość materiału zakrywającego miazgę i ustalić dokładne ułożenie materiału na poziomie otworu, zachowując jednocześnie odkrytą krawędź zęba, która umożliwi odpowiednie przyklejenie materiału (Ryc. 13, 14 i 15).

Stwierdzono, że współczynnik skuteczności procedury leczenia z zachowaniem żywotności miazgi może się zmniejszyć, jeżeli końcowa odbudowa zęba jest wykonywana 2 dni po zabiegu początkowym.[8] Zastosowanie narzędzia MAP System jest bardzo przydatne w celu dokładnego i stabilnego umiejscowienia materiału stosowanego do bez-

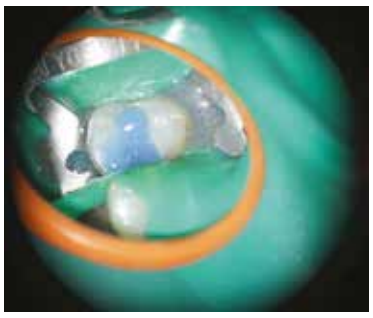


Ryc. 11

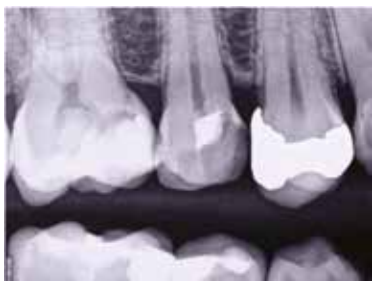
Ryc. 12



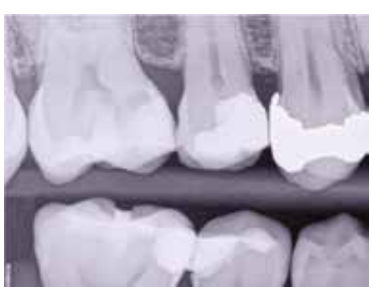
Ryc. 13



Ryc. 14



Ryc. 15



Ryc. 16

pośredniego i pośredniego pokrycia pulpotomii częściowych i całkowitych. Końcowa odbudowa zęba została wykonana 15 dni po leczeniu początkowym. Pacjent nie zgłaszał żadnych objawów. 9 miesięcy później stwierdzono kompletne ukształtowanie tkanki zwapnionej na poziomie zakrycia miazgi. Ząb jest żywy, a pacjent nie odczuwa żadnych objawów (Ryc. 16).

Podsumowanie

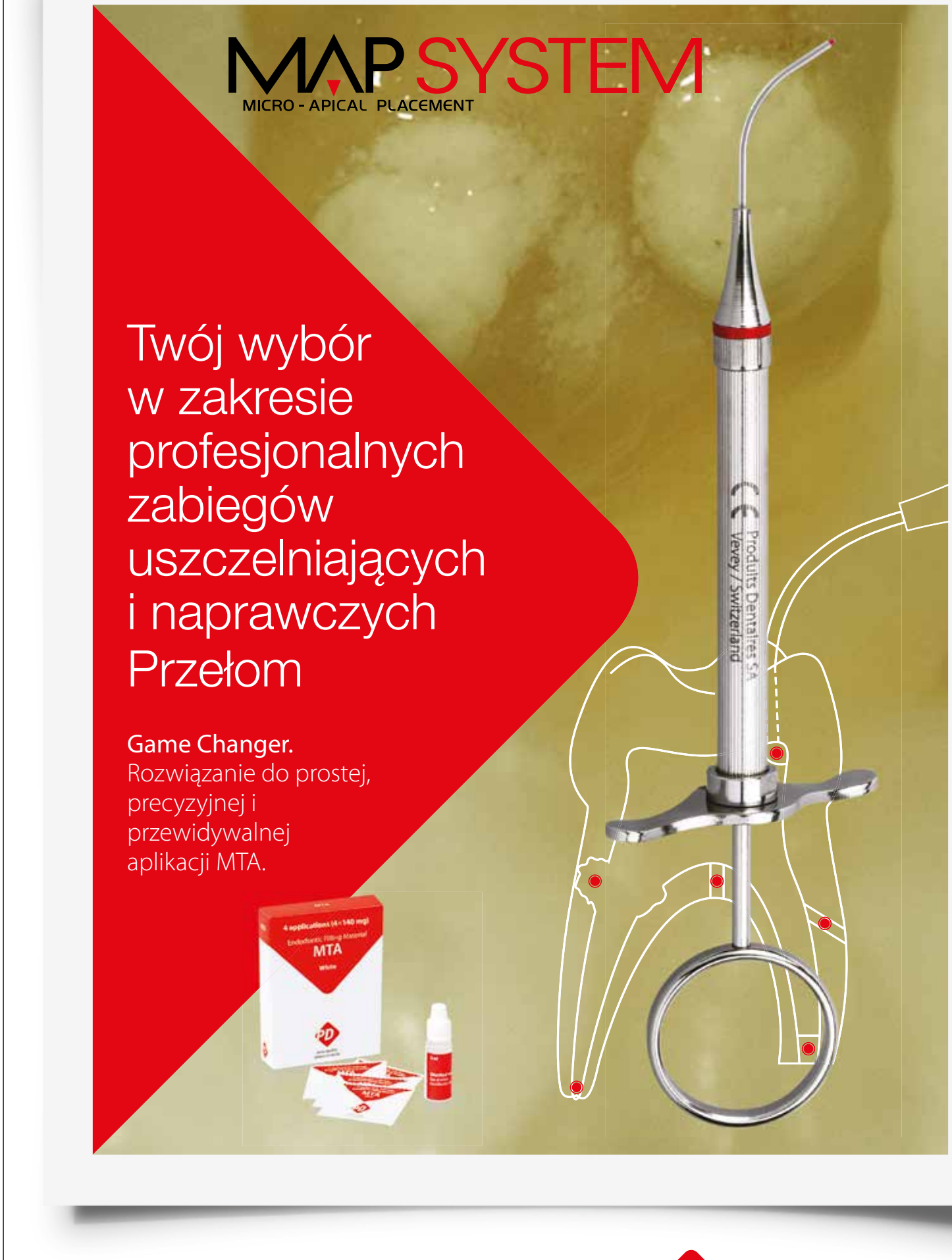
Uzyskanie odpowiedniej diagnozy ma kluczowe znaczenie dla sukcesu leczenia zachowawczego miazgi. W idealnym przypadku diagnoza stwierdza odwracalne zapalenie miazgi, bez wcześniejszego bólu spontanicznego lub długotrwałego.[9] Ogólnie akceptuje się, że ból spontaniczny lub ból nocny jest powiązany z procesem nieodwracalnego zapalenia miazgi.[10-11] W tych przypadkach można zakwestionować skuteczność procedury bezpośredniego pokrycia miazgi.[12] Istnieją jednak badania wskazujące, że nawet w takich przypadkach leczenie mające na celu zachowanie żywotności miazgi może być skuteczne.[2,13-15]

W celu uzyskania długoterminowego sukcesu procedur zachowania żywotności miazgi szczególnie ważne jest wykonanie ostatecznej odbudowy zęba, zapewniającej odpowiednie zamknięcie krawędzi. Ten ostatni czynnik, połączony z brakiem zanieczyszczenia bakteryjnego podczas leczenia jest szczególnie ważny, aby uniknąć późniejszego zapalenia miazgi.[4,16] Współczynnik sukcesu dla leczenia zachowującego żywotność miazgi z wykorzystaniem MTA i zapewnieniem kontroli przez okres do 10 lat przekracza 80%.[17] Jest to bardzo wysoka wartość dla procedury leczenia stomatologicznego we wskazanym okresie.

Wydaje się, że z biegiem czasu procedury zachowania żywotności miazgi będą coraz bardziej popularne, biorąc pod uwagę znaczenie tkanki miazgi, aktualny postęp w zakresie protokołów leczenia i dostępności odpowiednich materiałów umożliwiających zachowanie żywotności miazgi, a także czynniki ekonomiczne, które w wielu krajach mają znaczący wpływ na proces decyzyjny i zmuszają pacjentów do przedwczesnego usuwania zębów jako rozwiązania znaczenie tańszego niż leczenie endodontyczne.[2,18] DT

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

AD



Opatentowano substytut naturalnej śliny

Naukowcy z Politechniki Białostockiej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i firma Nantes Systemy Nanotechnologii opatentowali sztuczną ślinę, która ma pomagać pacjentom używającym protez czy tym, którzy mają problem z wydzielaniem naturalnej śliny.

To na tej uczelni, jak przypomniał prorektor ds. nauki Politechniki Białostockiej prof. Andrzej Sikorski, 10 lat temu rozpoczęły się prace nad sztuczną śliną, a od ok. 4 lat są one prowadzone wspólnie z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku. Obecny patent jest 3. Politechniki Białostockiej związanym ze sztuczną śliną, 2 z nich są wspólne z Uniwersytetem Medycznym.

„Nasza sztuczna ślina składa się z bazy, którą jest mucyna. Dodatkiem, który zmienia właściwości smarne jest guma ksantanowa. Dodatkiem, który nadaje właściwości biofunkcjonalne, głównie w aspekcie biologicznym są nanocząstki złota" – powiedziała koordynator projektu, dr inż. Joanna Mystkowska z Wydziału Mechanicznego Politechniki Białostockiej. Dodała, że preparat nie powoduje zużycia mechanicznych elementów ortodontycznych czy protetycznych, przez co mogą one dłużej służyć pacjentom. Właśnie to zużywanie, jak tłumaczyła dr Mystkowska, było inspiracją do prac nad sztuczną śliną, gdy badano tempo i sposób zużywania się elementów uzupełnień protetycznych.

Mystkowska powiedziała, że suchość jamy ustnej może dotykać nawet do 40% społeczeństwa, głównie osoby starsze przyjmujące leki, np. na depresję czy nadciśnienie. Dodała, że współczesny sposób życia w napięciu i stresie i przy nieodpowiedniej higienie może wpływać na zaburzenia wydzielania śliny. „Przy zaburzeniu wydzielania śliny nie jesteśmy w stanie mówić, jeść, przełykać, obniżone są właściwości trawienne, oczyszczające i reminalizacyjne" – wskazywała Joanna Mystkowska.

Prof. Halina Car z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku dodała, że problemy mają też osoby chore na raka, np. ślinianek, czyli gruczołów produkujących ślinę, ale też pacjenci, którzy mają uszkodzone te gruczoły na skutek ciężkich terapii w onkologii. „Stąd też liczba osób, którym jest potrzebny preparat sztucznej śliny wzrasta w sposób zaskakujący również dla nas" – mówiła prof. Car. „Przede wszystkim zależało nam na tym, żeby naśladować naturalną ślinę" – podkreśliła i zaznaczyła, że naturalna ślina pełni funkcje nawilżające, ale też trawienne oraz obrony organizmu przed szkodliwymi drobnoustrojami.

Dr Katarzyna Niemirowicz-Laskowska z UMB powiedziała, że przeprowadzono badania, z których wynika, że opracowany preparat zarówno poprawia tzw. smarność (związaną z tarciem), ale ma też właściwości przeciwdrobnoustrojowe, dba o higienę za pacjenta, bo nie dopuszcza do rozwoju płytki nazębnej.

„Cała sztuka polega na tym, że każdy preparat ma swoje określone właściwości, a uzyskanie kilku korzystnych właściwości w jednym jest dużym wyzwaniem. Nie oznacza to, że opracowaliśmy absolutnie najlepszy preparat. Trzeba jeszcze nad tym pracować. Udało się nam jednak stworzyć preparat, który łączy przynajmniej 4-5 właściwości śliny naturalnej. To jest ewenement" - powiedziała prof. Car.

Prace nad sztuczną śliną w Białymstoku będą kontynuowane. Uczelnie i firma, z którą współpracują chcą skomercjalizować patent. DT

źródło: PAP

AD

Dostosuj swój gabinet już dziś dzięki rozwiązaniom firmy METASYS

separator amalgamatu

obowiązujące prawo

- Duża oszczędność kosztów
- Instalowanie centralne lub przy fotelu stomatologicznym
- Szybka i łatwa instalacja
- Certyfikat ISO 11143

Odwiedź naszych przedstawicieli na CEDE 2018 w Poznaniu. Serdecznie zapraszamy!

Art. 10 rozporządzenia UE 2017/852 wymaga, aby każdy gabinet stomatologiczny w kraju był wyposażony w separator amalgamatu. Nowe prawo zacznie obowiązywać 1 stycznia 2019 roku. **Nie zwlekaj!**

METASYS

info@metasys.com | www.metasys.com

PTS o chorobach przyzębia u kobiet w ciąży

Badania epidemiologiczne przeprowadzana zarówno w kraju, jak i Europie oraz USA wskazują, że choroby przyzębia dotyczą prawie wszystkich dorosłych po 35 r.ż. Najczęściej występuje zapalenie dziąseł (90%), które leczone we właściwym czasie jest procesem odwracalnym. Jednak u ok. 20% występuje bardziej zaawansowana choroba, która wymaga leczenia specjalistycznego.

Zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie znajdują się kobiety w ciąży. Z badań wielu autorów wynika, że zapalenie przyzębia występuje u ok. 12% kobiet w ciąży, a zapalenie dziąseł średnio u ok. 50% (wg różnych autorów waha się od 40 do 90%).

Badania wykazały, że choroby przyzębia są uważane za czynnik ryzyka wielu chorób ogólnoustrojowych. Udokumentowany jest ich wpływ na cukrzycę, choroby serca, udar mózgu, a także poród przedwczesny z małą wagą urodzeniową noworodka. Mimo, że badania do chwili obecnej nie są w stanie jednoznacznie wykazać związku przyczynowo-skutkowego między tymi zależnościami, to jednak istnieje szereg badań epidemiologicznych, klinicznych i doświadczalnych potwierdzających, że korelacja taka istnieje. W patomechanizmie powiązań pomiędzy zapaleniem przyzębia a powikłaniami ciążowymi wyróżnia się drogę bezpośredniej transmisji bakterii z tkanek przyzębia do krwiobiegu, a następnie infekowaniu łożyska i płodu. Toksyny bakteryjne, a także reakcje zapalne mogą prowadzić do przedwczesnego porodu. Patomechanizm pośredni działa synergistycznie i polega na przenikaniu do krwiobiegu cytokin prozapalnych, które dodatkowo pobudzają wydzielanie z wątroby białek ostrej fazy, wzmacniając reakcję zapalną, która prowadzić może do niepożądanych skutków ciąży.

Wyniki badań wykazały, że średni odsetek porodów przedwczesnych w krajach europejskich waha się pomiędzy 6 a 8 % (4-20%), w Polsce od 4,5 do 12%, średnia 6,7%. W ok. 1/3 przypadków do przedwczesnego zakończenia ciąży dochodzi w związku zagrożeniem życia płodu lub matki. Jednym z najczęstszym i najcięższych powikłań będących przyczyną tych zaburzeń jest preeklampsja (stan przedrzucawkowy). Nadciśnienie tętnicze, białkomocz oraz zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego płodu są głównymi objawami klinicznymi tej choroby. Przeprowadzone w ostatnich latach badania kohortowe wskazują na częstsze występowanie preeklampsji u kobiet z zapaleniami przyzębia. Częstsze występowanie chorób przyzębia stwierdza się u kobiet z otyłością, która stanowi również istotny czynnik ryzyka rozwoju preeklampsji w ciąży.

W opiece nad kobietą w okresie przedkoncepcyjnym oraz w ciąży wydaje się bardzo istotnym zwrócenie uwagi na występowanie chorób przyzębia. Zarówno profilaktyka związana z edukacją w zakresie higieny jamy ustnej, jak i leczenie zaburzeń mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powikłań. Jak wskazują przeprowadzone badania, znaczenie ma przede wszystkim potwierdzenie skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych i leczniczych. DT

Polskie Towarzystwo Periodontologiczne (PTP) zostało utworzone w lutym 2013 r. Od marca 2013 r. jest zrzeszone w strukturach Europejskiej Federacji Periodontologicznej (EFP). Celem PTP jest wspieranie oraz promocja profilaktyki i zdrowia, rozwijanie badań naukowych, metod leczenia oraz badań diagnostycznych dotyczących chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej. Towarzystwo realizuje swoje cele, m.in. poprzez organizowanie konferencji, zebrań naukowych, odczytów, kursów, warsztatów i szkoleń.

Na podst.: mat. prasowe

AD