

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

WRZESIEŃ 2010

www.dental-tribune.com

CENA: 9,50 zł

ISSN 1730-315X
VOL. 8, NR 9

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ORTHO TRIBUNE

The World's Orthodontic Newspaper · Polish Edition

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · Polish Edition

Wywiad

Badania stomatologiczne nie ograniczają się tylko do jamy ustnej.

► Strona 9

Praktyka

Pierwszy preparat do wybielania w czasie leczenia ortodontycznego

► Strona 6B

Praktyka

Zanik kości żuchwy i krótkie implanty OsseoSpeed - opis przypadku

► Strona 4C

Kasy fiskalne dla lekarzy – obowiązek z ulgą i refundacja kosztów zakupu

Marzena Bojarczuk, Polska

Po długich i burzliwych dyskusjach, które toczyły się głównie w środowiskach lekarzy i prawników, decyzja zapadła: Minister Finansów podpisał rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących.

Nowe regulacje prawne wchodzą w życie z początkiem 2011 r. Nowe grupy podatników, które do-

tychczas nie musiały posiadać urządzeń rejestrujących przychody (m.in. prywatnie praktykujący lekarze), a zostaną objęte obowiązkiem ich rejestrowania przy pomocy kas fiskalnych, będą mogły korzystać z obowiązującego obecnie zwolnienia do końca kwietnia 2011 r. Kasy w gabinetach lekarskich i kancelariach prawnych pojawiają się zatem nie później niż 1.05.2011 r.

Kto ma obowiązek, a kto mu nie podlega?

Z obowiązku posiadania kasy fiskalnej zwolnione są osoby, których roczne obroty nie przekraczają kwoty 40.000 zł. Zachowane zostaną również dotychczasowe kryteria stosowania zwolnień dla podatników, którzy rozpoczynają działalność. Osoby z rocznym dochodem przekraczającym ustalony limit muszą rejestrować swoje

przychody za pomocą kasy fiskalnej tylko w sytuacji świadczenia tzw. usług dla ludności, tzn. dla osób fizycznych, a nie podmiotów gospodarczych. Lekarz świadczący swoje usługi, np. dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej albo kontraktu musi mieć kasę fiskalną tylko wówczas, gdy

→ DT strona 2

„Każdy ruch reformatorski musi mieć logiczne uzasadnienie”

Najpóźniej 1. maja 2011 r. w gabinetach lekarskich będą musiały być zainstalowane kasy fiskalne. Pomimo protestów i uwag zgłaszanych przez samorząd lekarski, Minister Finansów podpisał rozporządzenie w tej sprawie. Wejdzie ono w życie 1. stycznia 2011 r. O argumentach lekarzy przeciwko instalowaniu kas fiskalnych w gabinetach, w których prowadzą prywatne praktyki,

rozmawiamy z Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej dr. n. med. Maciejem Hamankiewiczem.

Dlaczego lekarze nie chcą kas fiskalnych w prywatnych gabinetach?

Powodów jest wiele. Pierwszy i najważniejszy to fakt, że każdy ruch reformatorski musi mieć swoje logiczne uzasadnienie. Jeśli jakieś regulacje są wprowadzane bez żadnej logiki, to najczęściej psują, a nie na-



Dr n. med. Maciej Hamankiewicz – specjalista chorób wewnętrznych, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Ukończył Śląską Akademię Medyczną w Katowicach w 1979 r., prowadzi oddział wewnętrzny w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie. Pełnił ważne funkcje w samorządzie zawodowym: w Śląskiej i Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz w Okręgowej Radzie Lekarskiej w Katowicach. Jest także aktywnym działaczem towarzystw naukowych: członkiem Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Zarządu Województwa Towarzystwa Internistów Polskich.

prawiają ustalony porządek – szczególnie jeśli chodzi o rynek ochrony zdrowia. Wprowadzenie obowiązku posiadania kas fiskalnych bez wprowadzenia zerowej stawki VAT na usługi medyczne nie ma żadnego logicznego uzasadnienia. Jedynym argumentem, który jest wciąż przytaczany jest to, że „społeczeństwo sobie tego życzy”. Nikt przy tym nie wie, co to za „społeczeństwo” i w jaki sposób swoje życzenia wyraża.

Zmiany w ustawie o VAT są aż tak potrzebne?

Zerowa stawka VAT na usługi medyczne to sprawa, o którą zabiegamy od dawna – to ona powinna być głównym celem prac Ministerstwa Finansów, a nie kasy fiskalne w lekarskich gabinetach. Taki krok mógłby spowodować obniżenie rzeczywistych kosztów świadczeń zdro-

→ DT strona 3

Blend-a-med PRO-EXPERT OCHRONA DZIAŚEŁ

pasta o działaniu bakteriostatycznym

NOWE SPOJRZENIE NA OCHRONĘ DZIAŚEŁ I NADWRAŻLIWOŚĆ

Pomaga chronić dziąsła przez działanie ograniczające rozmnażanie bakterii i uwalnianie toksyn. Pomaga w zmniejszaniu recesji dziąsła powodujących obnażanie kanałków zębinowych, które prowadzi do nadwrażliwości zębów.



Redukcja płytki
Ochrona dziąsła
Zapobieganie i leczenie nadwrażliwości zębów



P&G Oral Health

← DT strona 1

równocześnie prowadzi prywatną praktykę, w ramach której przyjmuje pacjentów, a jego roczny

wać łącznie ok. 300.000 kas fiskalnych. Obecnie w różnych segmentach rynku działa ok. 1,5 mln takich urządzeń. Refundacja części kosztów zakupu kas może



obrót z tego tytułu wynosi więcej niż 40.000 zł.

Ministerstwo Finansów zwróci część kosztów

Resort finansów szacuje, że podatnicy będą musieli zainstalo-

kosztować budżet państwa nawet 250 mln zł. Aby skorzystać z tej refundacji (do 90% wartości netto urządzenia, ale nie więcej niż 700,00 PLN), trzeba spełnić kilka warunków:

– być właścicielem kasy (podatnik,

który nabył kasę w drodze leasingu, dzierżawy, użyczenia albo kupił od firmy nie upoważnionej do sprzedaży kas, nie ma prawa do ulgi),

- posiadać dowód zapłaty całej należności za zakup urządzenia,
- posiadać kasę z homologacją Ministerstwa Finansów ważną w momencie zakupu,
- przed rozpoczęciem ewidencjonowania zgłosić oświadczenie o liczbie i miejscach instalacji kas,
- w ciągu 7 dni od ufiskalnienia powiadomić o tym właściwy urząd skarbowy.

Refundacja kosztów zakupu kasy przysługuje wyłącznie tym podatnikom, którzy rozpoczynają ewidencjonowanie.

Nie ma się czego bać, ale lepiej nie czekać

Podatnicy, którzy zgodnie z nowym rozporządzeniem, podlegają obowiązkowi ewidencjonowania swoich przychodów przy użyciu urządzeń rejestrujących (kas fiskalnych) muszą odpowiednio się do tego przygotować, dlatego nie warto odkładać tej decyzji w czasie,

bo może się okazać, że trzeba będzie ponieść dodatkowe koszty.

Zakup urządzenia rejestrującego to nie taka trudna sprawa. Na rynku jest obecnie duży wybór zarówno samych urządzeń, jak i ich dystrybutorów, a wszyscy zapewniają serwis i odpowiednie przeszkolenie w zakresie obsługi. Ważne, by zawsze sprawdzić, czy firma sprzedająca urządzenie ma do tego prawo. Dyskusja wokół przepisów prawnych, zapowiadających obowiązek posiadania kas fiskalnych toczy się już od kilku lat – przez ten czas powstało wiele poradników i serwisów internetowych na ten temat. Z pewnością nikt, kto jest zainteresowany tym tematem nie może narzekać na brak dostępu do niezbędnych informacji.

Nie wolno zapomnieć o tym, że zakupiona do celów działalności zarobkowej kasa musi być „ufiskalizowana”, a fakt posiadania i używania urządzenia należy zgłosić (przed rozpoczęciem korzystania z niego) do właściwego urzędu skarbowego – tam też uzyskać

Warto wiedzieć...

Kasa fiskalna to elektroniczne urządzenie (kasa), służące do rejestracji sprzedaży, wyposażone w tzw. pamięć fiskalną do zapisywania w niej danych. Pamięć fiskalna urządzenia zapisuje i przechowuje dane o obrotach i podatku przez okres co najmniej 5 lat. Pamięć w kasie nie od razu wykonuje swoje zadania – aby było to możliwe musi być zainicjowana, czyli ufiskalniona.

Ufiskalnienie (fiskalizacja) to operacja zainicjowania pamięci fiskalnej wykonywana przez służby serwisowe. Po jej dokonaniu kasa rozpoczyna wykonywanie czynności fiskalnych określonych obowiązującym prawem. Do tej chwili pamięć fiskalna jest nieczynna i – wg prawa – kasa nie jest urządzeniem fiskalnym.

można wszystkie informacje i odpowiedzi na pytania i wątpliwości. DT

AD

NAJLEPSI W ZNIECZULENIACH

Najnowsze implanty IDI

Bezbolesne tanie znieczulenia

Kursy Praktyczne
Praktyczny kurs implantologiczny
03-04.12.2010 r. - Warszawa

Kurs znieczuleń dokostnych
21.10.2010 r. - Wrocław
18.11.2010 r. - Łódź

Dział szkoleń -
tel. 022/869-73-50

Sleeperone3 Evolution
Doskonałość w znieczuleniach komputerowych

Quicksleeper3
Jedyny skuteczny system znieczuleń dokostnych

Wyłączny dystrybutor w Polsce

ZAPRASZAMY NA TARGI CEDE 2010
PAWILON 8A STOISKO NR 38
Implant Dental New Wave Sp.J.
Ul. Górnośląska 4A/19; 00-444 Warszawa, Tel. 022/ 869 71 00 /01; Fax 022/ 869 43 43
e-mail: info@dental.waw.pl, www.dental.waw.pl www.implant.waw.pl

O wydawcy

Wydawca:
dti Dental Tribune International

Biuro w Polsce:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa
Tel.: (22) 433 63 63
Fax: (22) 433 63 64
info@d-t.pl
www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

Konsultacja naukowa:
Prof. zw. dr hab. med.
Leszek Kryst

Redaktor naczelna:
Magdalena Wojtkiewicz
m.wojtkiewicz@d-t.pl

Thumacze:
Ewa Aleksyńska, Marcin Aleksyński,
Ewa Ganowicz, Sara Bojarczuk

Redakcja i korekta tekstów:
Marzena Bojarczuk

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak, g.rosiak@d-t.pl
Tel.: (22) 433 63 62

Informacje w sprawie prenumeraty:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.,
info@d-t.pl, Tel.: (22) 433 63 62

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.

Licensing by
Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

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

Editorial Assistant
Claudia Salwiczek
c.salwiczek@dental-tribune.com

Copy Editors
Sabrina Raaff
Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

VP Marketing & Sales
Peter Witteczek

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Executive Producer
Gernot Meyer

Production & Ad Disposition
Jens Lindenhain

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Designer
Franziska Dachsels

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, 26F, 389 King's Road
North Point, Hong Kong
Tel.: +852-3118-7508
Fax: +852-3118-7509

The Americas
Dental Tribune America, LLC
213 West 35th Street, Suite 801
New York, NY 10001
Tel.: +1-212-244-7181
Fax: +1-212-244-7185

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, Ceramics, USA
Dr Karl Behr, Endodontics, Germany
Dr George Freedman, Esthetics, Canada
Dr Howard Glazer, Cariology, USA

Prof. Dr I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland
Dr Edward Lynch, Restorative, Ireland
Dr Ziv Mazor, Implantology, Israel
Prof. Dr Georg Meyer, Restorative, Germany
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria
Dr Marius Steigmann, Implantology, Germany

© 2010, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

← DT strona 1

wotnych. Dzisiaj szpital, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, czy gabinet dentystyczny, zakupując na potrzeby własnej działalności sprzęt, materiały i wszystko to, co do codziennego funkcjonowania jest niezbędne, nie ma możliwości odliczenia niemałych kwot stanowiących podatek VAT. Grupą najbardziej poszkodowaną w tym zakresie są lekarze dentyści – w przypadku lekarzy innych specjalności zabiegowych tzw. koszty materiałowe są niewielkie, ale w przypadku lekarzy dentyistów stanowią znaczny wydatek. W tej sytuacji zerowa stawka VAT ma istotne znaczenie i wprowadzenie w pierwszej kolejności tej regulacji, a potem dopiero obowiązku posiadania kas rejestrujących jest głęboko uzasadnione.

Czy to jedyny argument przeciwko kasom?

Nasz bunt wobec obowiązku posiadania kas fiskalnych ma też źródło w samej istocie zawodu lekarza, który zawiera w sobie misję. Przez wiele dziesiątków lat, od starożytności, w wielu państwach świata, trzeba było być duchownym, aby zostać lekarzem. Do dziś lekarz ma do spełnienia misję swego rodzaju kapłaństwa i duchowości, a tym samym zbudowania szczególnej atmosfery wokół człowieka. Jak umiejscowić tu urządzenie, jakim

jest kasa fiskalna, by tej szczególnej atmosfery nie zniweczyć? Jak nie dopuścić do tego, by pacjent był przekonany, że kluczowym elementem jego wizyty u lekarza nie jest on sam, jego zdrowie i samopoczucie, tylko kasa i zapłata za wizytę? Dochodzić będzie do groteskowych wręcz sytuacji, kiedy jedynym instrumentarium medycznym lekarza, obok stetoskopu albo nawet bez niego, będzie kasa fiskalna. Tego aspektu zupełnie nie zauważają finansyści, ekonomiści i politycy. Wysłuchano, na szczęście, jednego z argumentów i uwzględniono w nowych przepisach roczny limit obrotu w wysokości 40.000 zł, do którego nie będzie obowiązku posiadania urządzenia rejestrującego.

Decyzja zapadła, rozporządzenie zostało podpisane i wydaje się, że nic już nie można zrobić. Czy samorząd lekarski będzie jeszcze rozmawiał na ten temat z Ministerstwem Finansów?

Nadal będziemy zabiegać, żeby zakres zwolnień, do których uprawniony jest Minister Finansów, uwzględniał różne rodzaje świadczeń medycznych. Poza tym, z pewnością nie zrezygnujemy ze starań o zerową stawkę VAT. Chcemy w tym zakresie ściśle współpracować m.in. z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, bo przecież wiele mamy wspólnych problemów i ten sam obszar działania.

Ministerstwo Finansów przekonuje, że nowe regulacje prawne spowodują zniknięcie tzw. szarej strefy na rynku usług medycznych. Uważa Pan, że tak się stanie?

Po pierwsze, to trzeba sobie zadać pytanie: o czym mówimy, używając określenia „szara strefa”. Jeżeli są to działania korupcyjne, objęte regulacjami Kodeksu Karnego, to kasy fiskalne w prywatnych gabinetach lekarskich z pewnością jej nie zlikwidują – ten argument jest zupełnie nielogiczny. Jeżeli mówimy o wdzięczności pacjenta wobec lekarza, to sytuacja jest podobna. Każdy obywatel tego kraju może obdarować dowolną osobę, kiedy chce i czym chce, jeśli tylko mieści się to w granicach ustanowionego prawa. Kolejne pytanie to kwestia tego, ilu lekarzy prowadzących prywatne praktyki przekroczy „magiczną” kwotę obrotu 40.000 zł i o ile ją przekroczy. Nie wiem, jakie są rzeczywiście motywy działania Ministerstwa Finansów w tej sprawie, szczególnie jeśli uwzględnimy koszty, jakie budżet państwa będzie musiał ponieść z tytułu refundacji zakupu urządzeń, a szacuje się je na niemałą kwotę niemal 250 mln zł. To są te oszczędności? Mam wrażenie, że kolejny raz bliżej nieokreślony problem społeczno-polityczny próbuje się rozwiązać narzędziem, jakim są podatki obywateli. ■

Rozmawiała Marzena Bojarczuk

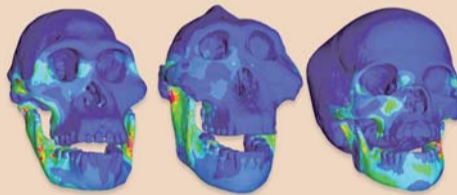
Siła zwarcia u ludzi jest największa wśród naczelnych

Claudia Salwiczek, Dental Tribune International

Badanie przeprowadzone w Australii wykazało, że współczesny człowiek jest w stanie wywolić znacznie większe siły zwarcia niż dotychczas uważano.

W pierwszym badaniu porównawczym tego typu naukowcy ze School of Biological, Earth and Environmental Sciences University of New South Wales w Sydney stwierdzili, że smukła czaszka ludzka pozwala na znacznie bardziej skuteczne zucie niż czaszka szympansa, goryla lub orangutana, a także czaszki 2 prehistorycznych członków rodziny hominidów: *Australopithecus africanus* i *Paranthropus boisei*.

Wyniki te kwestionują wcześniejsze sugestie, że ewolucyjny rozwój delikatniejszej czaszki współczesnego człowieka wiązał się z kosztem w postaci słabszego zwarcia albo stanowił konieczną odpowiedź na zmiany behawioralne, tj. przejście na bardziej miękką dietę lub intensywniejszą obróbką pożywienia dzięki powstaniu narzędzi i zastosowaniu gotowania. Sugerowano także, że redukcja wielkości mięśni żucia u człowieka była związana z rozwojem większego mózgu. Zdaniem badaczy, którzy do porównania cyfrowych modeli czaszek wykorzy-



Cyfrowe modele czaszek *Australopithecus africanus*, *Paranthropus boisei* i człowieka współczesnego. Kolor wskazuje stopień siły nacisku na zęby i kości.

stywali wyszukaną trójwymiarową metodę elementów skończonych, uzyskane wyniki mogą także wyjaśnić oczywistą sprzeczność dotyczącą bardzo grubego szkliwa u współczesnych ludzi – cechy związanej zwykle u innych gatunków z silnym zwarciem. Grube szkliwo i duże korzenie ludzkich zębów są wyrazem dobrego przystosowania do przyjmowania znacznych obciążeń podczas gryzienia. ■

Przenośne i tanie ślinociągi

Daniel Zimmermann, Dental Tribune International

Zespół studentów bioinżynierii i biologii z Rice University w Teksasie (USA) opracował przenośny ślinociąg/ssak, przeznaczony dla dentyistów z krajów rozwijających się. Niewielka, zasilana bateriami wersja powszechnie stosowanych w stomatologii ślinociągów umożliwia 5 godz. pracy z pełnym obciążeniem bez ładowania, a jej produkcja kosztuje mniej niż 200 dolarów.

Ślinociągi są dziś standardowym rozwiązaniem w większości gabinetów stomatologicznych. Są jednak trudne do wykorzystania w środowisku wiejskim lub w krajach rozwijających się, gdzie dentyści często dysponują ograniczonym

wyposażeniem i doświadczają trudności w dostępie do źródeł elektryczności. Ponadto typowy ślinociąg/ssak może kosztować nawet 1.000 dolarów.

Wg jednej z członkiń zespołu – studentki bioinżynierii Jaime Wirth, pomysł niedrogiemu przenośnemu ślinociągu pojawił się, kiedy studenci stomatologii z filii University of Texas w Houston pojechali w ubiegłym roku na misję do Ameryki Półd. Zmierzyli się tam z trudnościami w zakresie usuwania z jamy ustnej pacjentów śliny i krwi w trakcie zabiegów stomatologicznych.

„Lekarze stosowali gaziki i w efekcie produkowali znaczne ilości

niebezpiecznych odpadów” – powiedziała Wirth. „Nasz system może pracować bez bezpośredniego źródła energii i powinien chronić pacjentów przed połykaniem resztek podczas zabiegów, oszczędzać czas dentyistów, a także znacząco ograniczyć ilość odpadów, które muszą być utylizowane” – wyjaśnia.

Studenci podkreślają, że system jest cały czas dopracowywany i za kilka miesięcy przejdzie pierwsze testy polowe w wiejskich obszarach Teksasu. Jeśli próby zakończą się powodzeniem, ślinociąg stanie się standardowym wyposażeniem stomatologicznego zestawu „Lap-in-a-backpack”, opracowanego przez stowarzyszenie Beyond Traditional Borders – inicjatywę Rice University, mającą na celu zaspokojenie potrzeb medycznych w krajach rozwijających się na całym świecie. ■

KaVo Estetica E50 najlepsze rozwiązania w życiu są proste.

Unit Estetica E50

- sprawdzone rozwiązania,
- automatyczne funkcje czyszczenia,
- przygotowany na nowe technologie,
- chrom design,
- nowe kolory tapicerek i obudów.



KaVo. Dental Excellence.

KaVo Polska Sp. z o.o 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
Tel. 42 675 75 36 Fax 42 675 75 35 biuro@kavo.com
www.kavo.pl

Zgodnie z ustawą o zużytych sprzęcie elektrycznym i elektronicznym Dz. U. 2005, Nr 180, poz. 149 przypominamy o obowiązku jego prawidłowego zagospodarowania po zużyciu.

„Usługi w zakresie zdrowia jamy ustnej w sektorze publicznym zostały odstawione na boczny tor...”

Rozmowa z prof. Sudeshni Naidoo z University of Western Cape (Cape Town) na temat zdrowia jamy ustnej w RPA.



Prof. Sudeshni Naidoo (DTI; fot. Annemarie Fischer).



Wydział Stomatologii UWC oferuje wiele programów kształcenia podyplomowego.



Khayelitsha – okręg podmiejski niedaleko Cape Town.

Republika Południowej Afryki to pierwszy kraj afrykański, w którym zorganizowano Mistrzostwa

Świata w piłce nożnej, ale to także kraj wielu wyzwań, takich jak wysoka przestępczość i częstość

zakażeń HIV/AIDS. W kraju tym bardzo rozpowszechniona jest także próchnica zębów, szczegól-

nie u małych dzieci. Daniel Zimmermann z Dental Tribune International Group rozmawiał z prof. Sudeshni Naidoo z Katedry Stomatologii Społecznej Wydziału Stomatologii University of the Western Cape (UWC) w Cape Town na temat wyzwań dotyczących zdrowia jamy ustnej oraz wpływu pandemii HIV/AIDS na pracowników placówek stomatologicznych.

Jak przedstawia się obecnie sytuacja w zakresie zdrowia jamy ustnej w RPA?

Ostatnie krajowe badanie zdrowia jamy ustnej zostało przeprowadzone bardzo dawno – w latach 1989-1990. Kolejne badanie, zorganizowane ok. 10 lat później uwzględniało jedynie dzieci do 15 r.ż. Dlatego obecnie bardzo trudno jest komentować stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców RPA. Oczywiście, publikowano także wyniki innych badań, np. Badania Demograficznego i Zdrowotnego Południowej Afryki w 2003 r., w ramach którego zadawano respondentom pytania dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej. Na podstawie tych danych stwierdziliśmy, że stan zdrowia jamy ustnej w RPA jest bardzo zróżnicowany. Różnice dotyczą szczególnie populacji wiejskiej i miejskiej, gdzie stwierdzono znacznie częstsze występowanie próchnicy. Jedną z przyczyn tego stanu jest migracja znacznej liczby ludności z obszarów wiejskich do dużych miast po 1994 r. W tych populacjach notuje się szybkie pogorszenie stanu zdrowia jamy ustnej w związku ze zmianami w sposobie odżywiania. Jestem przekonana, że gdybyśmy teraz przeprowadzili takie badanie, okazałoby się, że częstość występowania próchnicy nadal rośnie.

Próchnica wczesna (early childhood caries – EEC) jest jednym z głównych problemów dotyczących zdrowia jamy ustnej zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Czy tak samo jest w Południowej Afryce?

Próchnica wczesna jest znaczącym problemem w całym kraju, ale zwłaszcza w prowincji Western Cape, która ma najwyższy odsetek dzieci dotkniętych EEC, zwaną także „próchnicą kwitnącą”. Przy-

czyną jest przede wszystkim dieta i nieprawidłowe nawyki. Matki często karmią dzieci pożywieniem bogatym w cukry i słodkimi napojami podawanymi w butelkach ze smoczkami. Powszechnie podaje się też skondensowane mleko, co często prowadzi do szybkiego rozwoju próchnicy. Muszę przyznać, że jak dotąd nie poszukiwaliśmy wszechstronnego rozwiązania tego problemu. Jedną ze spraw, którymi koniecznie musimy się zająć jest uwzględnienie informacji dotyczących zdrowia jamy ustnej w komunikatach o ogólnym stanie zdrowia, rozpowszechnianych przez Ministerstwo Zdrowia. W kwestii próchnicy wcześniej musimy współpracować z klinikami ginekologiczno-położniczymi i edukować matki oraz kobiety ciężarne i planujące urodzenie dziecka w zakresie profilaktyki i sposobu pielęgnacji zębów dzieci.

Na jakim poziomie jest świadomość zdrowia jamy ustnej w kraju?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, muszę cofnąć się do ostatniego Badania Demograficznego i Zdrowotnego Południowej Afryki. W ramach tego projektu uzyskaliśmy dane, które pozwoliły na stwierdzenie, że ponad 90% respondentów odpowiedziało „tak” na pytania: „Czy masz szczoteczkę do zębów?” albo „Czy szczotkujesz zęby?”. Tak duży odsetek odpowiedzi pozytywnych trochę nas zaskoczył, ponieważ z mniejszych badań wynikało, że gospodarstwa domowe o niskich przychodach zwykle nie mogą sobie pozwolić na zakup szczoteczki lub pasty do zębów i że czasami jednej szczoteczki używa 6 albo 8 członków jednej rodziny!

Programy profilaktyczne prowadzone w szkołach, np. w Azji, przynosiły obiecujące efekty w dziedzinie poprawy osobistej higieny jamy ustnej. Czy takie programy można uznać za wzór dla RPA?

Zdecydowanie tak! Jednak problem z wprowadzeniem takich programów w Południowej Afryce polega na braku koordynacji. W ciągu ostatnich lat wprowadzono już kilka programów w różnych częściach kraju, ale ich przebieg nie był jednolity. W epoce apartheidu

AD

piękno odbudowy

SYNERGY® D6
ULTRAESTETYCZNY KOMPOZYT 2 KOLORY W JEDNYM
ESTETYKA, UNIWERSALNOŚĆ, ŚWIETNE PARAMETRY I EKONOMIA

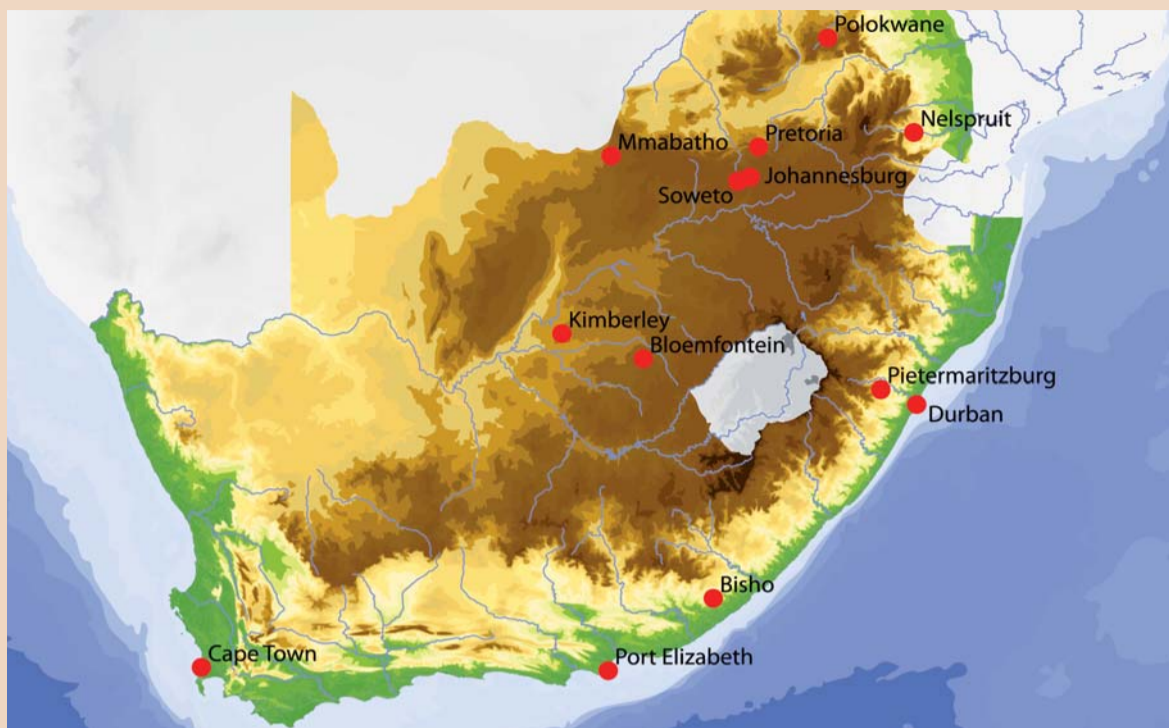
ODWIEDŹ NAS JUŻ PO RAZ 20-TY NA CEDE 2010, STOISKO 8.04

Poldent®
www.poldent.pl

mieliśmy programy pielęgnacji zdrowia jamy ustnej, były wydzielone pieniądze na opiekę stomatologiczną. Jednak od czasu zdecentralizowania sektora opieki zdrowotnej i wprowadzenia systemu okręgowego w połowie lat 90. XX w., każdy region otrzymuje ogólny budżet na służbę zdrowia, bez podziału na określone programy. Dlatego usługi dotyczące zdrowia jamy ustnej w sektorze publicznym zostały odstawione na boczny tor. Musimy naprawdę zacząć myśleć o ponownym wprowadzeniu tych wszystkich programów. Szczególnie, że nie stwierdziliśmy znaczącego spadku częstości występowania próchnicy w swoich gabinetach. Pomocne mogą okazać się doświadczenia innych krajów rozwijających się, które tego typu programy prowadzą.

Jakie jeszcze inne kroki należy podjąć, aby poprawić sytuację w RPA?

Oprócz świadomości złego stanu zdrowia jamy ustnej najważniejsze wyzwanie stanowią dla nas znaczne nierówności pomiędzy różnymi częściami kraju i przepaść pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym. Mamy prywatne gabinety medyczne i stomatologiczne, które mogłyby równać się z najlepszymi placówkami w Europie i Ameryce Płn. Jednak w sektorze publicznym daleko nam do stanu porównywalnego do tego, jaki można zaobserwować np. w Skandynawii. Obecnie niemal 70% populacji korzysta z leczenia w sektorze publicznym i nie może pozwolić sobie na prywatną opiekę medyczną. Nie spodziewam się, aby liczba dentystów znacząco wzrosła w najbliższych 5-10 latach. Musimy zatem postarać się wykorzystać inne działania, które pozwolą nam poprawić stan zdrowia jamy ustnej mieszkańców RPA, np. aktywnie angażując się w ogólnomedyczne programy profilaktyczne, które są właśnie wprowadzane w naszym kraju. Musimy także przekonać naszych kolegów lekarzy, że jama ustna jest „bramą do zdrowia”, a jej stan ma wpływ na ogólny stan zdrowia pacjentów, a co za tym idzie – na jakość ich życia. Musimy też ponownie przeanalizować niektóre aspekty prawne, np. dotyczące fluorkowania wody. W ostatnich latach starania o wprowadzenie fluorkowania wody uległy spo-



Wydział Stomatologii UWC znajduje się w szpitalu Tygerberg na przedmieściach Bellville, na płn.-wsch. od Cape Town (DTI; fot.: Arid Ocean).

wolnieniu. Obowiązujące prawo przewiduje dodawanie fluoru do publicznych źródeł wody, jednak wiele miast stanowczo odmówiło lub nie było w stanie zastosować metod fluorkowania wody.

Południowa Afryka jest obecnie krajem, w którym żyje najwięcej osób z HIV/AIDS na świecie. Czy ta pandemia ma wpływ na pracowników opieki zdrowotnej?

Pandemia HIV/AIDS ma oczywiście katastrofalny wpływ na sektor publicznej opieki zdrowotnej i powoduje przeciążenie pracą lekarzy, w tym także dentystów. Szacuje się, że w niektórych częściach kraju nawet 75% pacjentów hospitalizowanych w szpitalach publicznych przebywa tam z powodu chorób związanych z HIV/AIDS. Dodatkowo RPA jest jednym z krajów o największym poziomie występowania gruźlicy. Centrum zachorowań jest prowincja Western Cape. Nie sądzę, abyśmy mieli poradzić sobie z tym problemem w ciągu najbliższych 10-20 lat. Chociaż udało nam się zwiększyć liczbę osób poddawanych leczeniu przeciwretrowirusowemu, wciąż setki tysięcy osób potrzebują opieki, a nie mają do niej dostępu.

Czy dentyści mają dostateczną świadomość tej choroby?

Poziom świadomość pracowników opieki zdrowotnej w tym za-

kresie znacznie się poprawił. Bardzo pozytywnym zjawiskiem było porzucenie postawy zaprzeczania problemowi HIV/AIDS, szczególnie przez środowiska decyzyjne i osoby rządzące. W tym miesiącu

najważniejsi przedstawiciele rządu oraz prezydent poddali się badaniom w kierunku HIV/AIDS, a wyniki tych badań zostały podane do publicznej wiadomości. Niestety, postawa wielu pracowników opieki

zdrowotnej nadal w znacznym stopniu związana jest z ryzykiem i strachem przed zakażeniem HIV/AIDS. Dotychczas nie było ani jednego udokumentowanego przypadku zakażenia w gabinecie stomatologicznym. Na Wydziale Stomatologii UWC mówimy naszym studentom, że ryzyko zakażenia jest realne, ale bardzo małe. Dajemy im też solidne podstawy w postaci wiedzy na temat środków profilaktycznych, ale także opieki nad pacjentami zakażonymi wirusem HIV i chorymi na AIDS, w tym na temat wykrywania i leczenia objawów infekcji HIV. Ponadto, w programach kształcenia ustawicznego koncentrujemy się na etycznych aspektach leczenia pacjentów z HIV/AIDS. Pracownicy opieki zdrowotnej, którzy chcą się np. zarejestrować w Radzie Zawodów Medycznych (Health Professions Council), muszą uzyskać 30 pkt. edukacyjnych, wynikających z kształcenia ustawicznego w ciągu roku. Dlatego wydaje mi się, że pracownicy sektora zdrowotnego w naszym kraju są w tej dziedzinie dobrze wyedukowani i świadomi istniejących problemów.

DI

AD

Czy ludzie żyjący w gorszych warunkach inaczej definiują zdrowie jamy ustnej?

Shirley Glasstone Hughes (SGH) Trust Fund przeznacza 200.000 £ na badania dotyczące podstawowej opieki dentystycznej.

SGH Trust Fund zaprosiła profesjonalistów, którzy pracują obecnie w sferze podstawowej opieki dentystycznej, aby przeprowadzić badania oraz odpowiedzieć na główne pytanie: czy ludzie mieszkający w gorszych warunkach materialnych definiują zdrowie jamy ustnej inaczej niż ci, którzy żyją w lepszych. Celem przedsięwzięcia jest także określenie czynników wpływających na zachowanie powiązane z opieką nad stanem zdrowia jamy ustnej.

Peter Ward – zarządca SGH Trust Fund powiedział: „Wiele spraw skupia się na odmiennym stosunku wobec opieki jamy ustnej wśród różnych grup społeczno-ekonomicznych. Nie istnieją żadne formalne dowody potwierdzające naszą tezę, jednak Trust zamierza poruszyć ten ważny temat dotyczący podstawowej opieki zdrowotnej”.

Temat badań został wybrany przez dentystów, którym została zaproponowana możliwość głosowania dotycząca obszaru badań. Głosowanie zostało przeprowadzone na stronie internetowej organizacji Trust, na forum dotyczącym podstawowej opieki dentystycznej. DI

Heraeus

Odkryj kolejny wymiar naturalnego piękna. Charisma® Diamond.

- Wytrzymałość**
Odkryj minimalny skurcz i naprężenie skurczowe, bardzo gładką powierzchnię, dużą elastyczność oraz zoptymalizowaną twardość powierzchni.
- Łatwość opracowywania**
Odkryj przedłużony czas opracowywania, nawet w warunkach oświetlenia roboczego. Charisma Diamond to nieklejący materiał o lepszej skuteczności w zakresie modelowania.
- Wszechstronność**
Odkryj bardzo dobre rezultaty uzyskiwane za pomocą techniki jednego koloru w prostych przypadkach, a jeszcze lepsze rezultaty uzyskiwane za pomocą techniki wielowarstwowej. Stwórz piękne uzupełnienia korzystając z Charisma Diamond.

CHARISMA®
Naturalne piękno.

Biurowo: (33) 496 35 39, biuro@heraeus-kulzer.pl; Konsultant: lek. dent. Małgorzata Grzegorzak-Nowakowska, +48 600 975 896; Przedstawiciele: Łódź, Częstochowa, Katowice, Kraków i okolice – Konrad Kędziora, +48 600 976 698; Radom, Lublin, Rzeszów, Kielce i okolice – Grzegorz Welo, +48 600 976 792; Poznań, Kalisz, Sieradz, Wrocław i okolice – Piotr Kupis, +48 604 241 425; Trójmiasto, Bydgoszcz, Toruń – Grzegorz Rymarzak, +48 502 261 007

www.heraeus-dental.pl

Vector – nowa generacja urządzeń piezoelektrycznych

Renata Gruza, Polska

Choroby przyzębia są schorzeniami aparatu zawieszeniowego zęba o bardzo złożonej etiologii. Bezpośrednim czynnikiem indukującym wystąpienie choroby jest obecność biofilmu bakteryjnego. Skład biofilmu oraz rodzaj odpowiedzi gospodarza decydują o rozwoju i postępie destrukcji tkanek przyzębia.

Płytką bakteryjną (biofilm) tworzy się w ciągu kilku godzin na powierzchni oczyszczonych zębów. Jest nośnikiem drobnoustrojów, które bezpośrednio lub przez indukcję reakcji gospodarza doprowadzają do uszkodzenia tkanek podporowych zęba.

Postępowanie terapeutyczne obejmuje leczenie przeciwniektymiczne, a eliminacja bakterii z kieszonek dziąsłowych odbywa się poprzez mechaniczne usunięcie biofilmu i kamienia. Leczenie chorób przyzębia można prowadzić metodą chirurgiczną i niechirurgiczną. Powtarzalne usuwanie złogów nad- i poddziąsłowych, wygładzanie powierzchni korzenia stanowi alternatywę dla leczenia chirurgicznego (jeżeli głębokość kieszeni nie przekracza 6 mm). Zabiegi oczyszczania zębów należą do najczęściej stosowanych w praktyce stomatologicznej. Mogą być wykonywane ręcznie lub mechanicznie. Do grupy znanych i pomocnych w tym zakresie urządzeń w 1999 r. dołączył Vector.

Vector należy do nowej generacji urządzeń piezoelektrycznych, w jego rękojeści zamontowano rezo-

natorpierzścienny. Umożliwiło to eliminację drgań elipsoidalnych na końcówce instrumentu. Końcówka pracująca w Vectorze ustawiona jest pod kątem prostym do osi dłu-

stosując przede wszystkim w fazie przyczynowej i podtrzymującej leczenia przyzębia. W pracy periodontologa wielokrotnie spotkałam się z negatywną opinią pacjentów,

nale sprawdza się końcówka współpracująca z fluidem polerującym. Pacjenci w większości potwierdzają zmniejszenie odczucia bólu w czasie zabiegu. Ok. 20% pa-

powierzchnia cementu korzeniowego jest tylko nieznacznie usunięta. Powierzchnia tkanek twardych zęba pozostaje gładka, bez zarysowań i wgłębień. W czyszczeniu poddziąsłowym wykorzystuję oprócz wody destylowanej roztwory dwuglukoianu chlorheksydyny i metronidazolu. Preparaty te dodatkowo zmniejszają liczbę bakterii w kieszeniach dziąsłowych oraz hamują ich agregację. Duże znaczenie zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego ma brak aerozolu wodnego. Płyn chłodzący w systemie Vector podawany jest na końcówkę pulsacyjnie. Eliminuje to zjawisko kontaminacji bakterii. Producent zaleca w trakcie pracy Vectorem stosowanie ślinociągu, a nie ssaka, aby fluid mógł pozostać w obszarze zabiegu.

U wielu pacjentów określenie „zabieg chirurgiczny na przyzębiu” wywołuje paniczny strach. U osób, u których badanie wstępne nie wykazuje kieszeni głębszych niż 6 mm wykonuję zamknięte oczyszczenie kieszeni i wygładzenie powierzchni korzenia. Vector jest tutaj nieoceniony. Umożliwia dokładne usunięcie złogów, biofilmu, zapewnia intensywne płukanie kieszeni, nie niszczy tkanek twardych zęba.

Urządzenie wyposażone jest w wiele różnokształtnych końcówek. Pozwalają one na oczyszczenie zróżnicowanej struktury korzeni i dotarcie do furkacji. Vector doceniany jest także przez praktyki zajmujące się implantologią. W zestawie znajdują się końcówki zbudowane z miękkich kompozytowych włókien, służące do usuwania biofilmu z powierzchni implantów. Osoby rozpoczynające pracę z Vectorem muszą planować dłuższy czas na przeprowadzenie zabiegu. Vector bardzo dokładnie oczyszcza każdą powierzchnię korzenia, ale trwa to dłużej niż w przypadku scallerów konwencjonalnych. Po zabiegach czyszczenia zamkniętego Vectorem obserwuję zdecydowanie szybsze gojenie tkanek przyzębia i brak nadwrażliwości pozabiegowej.

Sukces leczenia periodontologicznego to faza podtrzymująca. Regularnie wykonywane zabiegi czyszczenia w znacznym stopniu ograniczają progresję choroby przyzębia i zmniejszają liczbę trzonowych zębów. Najnowsze wyniki badań wskazują na konieczność używania skalera tylko tam, gdzie znajduje się kamień. Pozostałe miejsca powinny być traktowane delikatnymi urządzeniami – takimi jak Vector lub piaskarki poddżąsłowe. Biofilm wymaga usuwania, ale nie powinno się uszkadzać tkanek twardych zębów, gdyż mają one służyć pacjentom przez wiele lat.

System Vector ma wiele zalet w odniesieniu do przyzębia, jego specyficzny sposób pracy wymaga jednak dyscypliny personelu, aby utrzymać urządzenie w czystości i sprawności. Nie przesłania to zalet systemu Vector, który z pewnością znajdzie zastosowanie zarówno w praktyce ogólnostomatologicznej, jak i periodontologicznej. [\[1\]](#)



giej rękojeści i wykonuje ruch linijno-pionowy. Preparat chłodzący to zawiesina hydroksyapatytu o średnicy ziaren 10 mikrometrów i właściwościach polerujących. W systemie Vector dostępny jest także scaler konwencjonalny.

Od pewnego czasu korzystam z systemu Vector w swojej praktyce periodontologicznej. Urządzenie

dotycząca scallingu. Często skarżą się oni na nadwrażliwość w trakcie i po zabiegu, zaostrzenie stanu zapalnego, nieprzyjemne wrażenia akustyczne.

Scalling wstępny, usuwający kamień naddziąsłowy wykonuję scalerem ultradźwiękowym. Do zabiegu czyszczenia poddziąsłowego i usunięcia biofilmu dosko-

pacjentów do pełnego komfortu wymaga znieczulenia. Spadek odczuwania bólu związany jest niewątpliwie z właściwościami fluidu polerującego i systemu Vector. Użycie Vectora w czasie scallingu powoduje powstawanie w szczeliny dziąsłowej zjawisk podobnych do czyszczenia w myjce ultradźwiękowej. Złogi poddziąsłowe i biofilm są dokładnie usuwane, a

Astra Tech i implantologia – wyznaczanie nowych standardów

Björn Delin, Szwecja

Astra Tech jest jedną z wiodących firm w dziedzinie rozwoju implantologii stomatologicznej – firmą stale podążającą w kierunku bardziej zaawansowanej technologii i lepszej opieki nad pacjentem. W wielu dziedzinach Astra Tech mierzy się z dawnymi standardami obowiązującymi w całym przemyśle implantologicznym.

Współczesne standardy powodzenia leczenia implantologicznego zostały określone przez prof. Tomasza Albrektssona i jego współpracowników w 1986 r. Zgodnie z tymi wytycznymi, akceptowalny poziom utraty kości brzeżnej wynosił średnio 1,5 mm w ciągu 5 lat.

Standardy te opierały się jednak na technologiach i danych dostępnych w tamtym czasie. W ciągu minionych 2 dekad w dziedzinie implantologii dokonano się znaczący postęp, zarówno w odniesieniu do dostępnych produktów, jak i technik. Zespół Astra Tech zawsze dążył do osiągnięcia u pacjentów leczonych implantologicznie jak naj-

lepszych efektów czynnościowych i estetycznych. Wyrazem tego jest rygorystyczna dokumentacja naukowa dotycząca systemu implantologicznego opartego na zasadach



Björn Delin jest dyrektorem oddziału Dental Astra Tech AB, Szwecja.

biologicznych i biomechanicznych. Najnowsze dane wykazały, że w przypadku stosowania implantów Astra Tech utrata kości brzeżnej w ciągu 5 lat wynosi ok. 0,3 mm. Oznacza to tempo zaniku

4-5 razy mniejsze niż to przewidyuje obecny standard rynkowy.

Nadszedł jednak czas, aby zastanowić się nad możliwością wprowadzenia nowych standardów, wykorzystywanych do oceny produktów w tej dziedzinie przemysłu, co mogłoby poprawić jakość opieki nad pacjentami. Dlatego właśnie prof. Albrektsson zasugerował określenie nowego standardu, zgodnie z którym poziom akceptacji resorpcji kości wynosiłby jedynie 50% lub mniej dopuszczalnego obecnie zaniku.

Firma Astra Tech jest również wiodącym producentem w dziedzinie stomatologii cyfrowej. Większość indywidualnych rozwiązań w tej dziedzinie istnieje już od pewnego czasu, dotąd nie było jednak jednego zintegrowanego systemu. Firma Astra Tech proponuje Atlantis™ – system CAD/CAM, który wykorzystuje dane pochodzące ze skanu uzębienia pacjenta do trójwymiarowej prezentacji warunków anatomicznych i pozwala wykonać łączniki projektowane indywidualnie dla każdego

pacjenta, oszczędzając czas i pieniądze.

Firma wprowadza także innowacje w dziedzinie implantów stomatologicznych. Opierając się na korzystnych efektach stosowania unikalnego systemu Astra Tech BioManagement Complex™, stworzono krótkie i wąskie implanty, przeznaczone do stosowania w obszarach o gorszych warunkach anatomicznych. Implanty te zostały opracowane w oparciu o mocne podstawy naukowe i dokumentację potwierdzającą ich skuteczność i bezpieczeństwo.

Ustalanie standardów ma kluczowe znaczenie dla podnoszenia jakości opieki nad pacjentami, jednak w obliczu nowych, ulepszonych technologii standardy te wymagają ponownej analizy. Astra Tech angażuje się w poszerzanie granic w dziedzinie implantologii stomatologicznej, dbając o to, aby wszystkie produkty powstawały w oparciu o jednoznaczne podstawy naukowe i dobrze udokumentowane wyniki. Najwyższym celem jest zawsze dobro pacjentów. [\[2\]](#)

Earl Howe nowym ministrem ds. stomatologii w Wielkiej Brytanii

Lisa Townshend, Dental Tribune Wielka Brytania

W efekcie koalicji pomiędzy Konserwatystami i Liberalnymi Demokratami, nowym ministrem ds. stomatologii w Wielkiej Brytanii został Frederick Howe.

Jako nowy podsekretarz stanu Howe będzie również odpowiedzialny za publiczną służbę zdrowia (National Health Service, NHS), reformy NHS, podstawową opiekę zdrowotną, leki, farmację i przemysł, NICE, badania i rozwój, innowacje i finanse oraz quasi-re-sortowe instytucje publiczne (Arm's Length Bodies).



Earl Howe (po prawej), DTI; fot. dzięki uprzejmości The Prostate Cancer Charity.

Earl Howe był rzecznikiem opozycji w kwestiach zdrowia i opieki społecznej w Izbie Lordów od 1997 r. W 1995 r. został powołany na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Obrony. Funkcji tej zrzekł się w r. 1997 podczas wyborów powszechnych. Po wyborach w r. 1992 został Sekretarzem Parlamentarnym w Ministerstwie Rolnictwa, Rybołówstwa i Żywności.

Pozostałymi członkami nowego zespołu ministerialnego ds. zdrowia zostali: Paul Burstow (Liberalni Demokraci) oraz Simon Burns i Anne Milton (Konserwatyści). A. Milton będzie odpowiedzialna za kwestie fluoryzacji. Sekretarz Zdrowia Andrew Lansley powiedział: „Stworzyliśmy w ministerstwie silny zespół, który ma duże doświadczenie w dziedzinie zdrowia. Simon Burns pracował wcześniej w Ministerstwie Zdrowia, a w ostatnim czasie był członkiem tzw. gabinetu cieni ds. zdrowia. Paul Burstow od 1999 r. pracuje na rzecz osób starszych. Interesuje się szczególnie opieką społeczną i kwestiami związanymi z niepełnosprawnością”.

Lansley dodaje: „Anne Milton, która przez 25 lat pracowała w NHS ma duże doświadczenie praktyczne, m.in. pracowała jako pielęgniarka w szpitalu, jako pielęgniarka środowiskowa oraz pielęgniarka w opiece paliatywnej. Earl Howe był rzecznikiem opozycji w kwestiach zdrowia i opieki społecznej w Izbie Lordów od 1997 r. Razem stworzymy system publicznej służby zdrowia, w którym pacjent bierze udział w podejmowaniu decyzji, a standardy jakości opierają się na wynikach badań naukowych i tworzą fundament planowania usług i ich zarządzania. Nadrzędnym celem jest natomiast nieustanne poprawianie osiągniętych przez nas efektów tak, by należały do najlepszych na świecie. Stworzymy bardziej zintegrowany system zdrowia publicznego w centrum polityki zdrowotnej i zaoferujemy wsparcie, bezpieczeństwo i świadczenia dla tych, którzy potrzebują pomocy personalnej i społecznej”.

Rząd koalicji Konserwatystów i Liberalnych Demokratów zawarł treść pełnego porozumienia w dokumencie pt.: „Koalicja: Nasz program dla rządu” („Coalition: Our Programme for Government”). Ten 30-stronicowy dokument podsumowuje cele polityki rządowej we wszystkich departamentach, w tym NHS. Zapi-

sano tam m.in.: „Rząd jest przekonany, że NHS stanowi ważny wyraz naszych narodowych wartości. Naszym celem jest NHS wolny od opłat w momencie korzystania z jego usług i dostępny dla wszystkich stosownie do ich potrzeb, a nie możliwości finansowych. Chcemy, aby pracownicy NHS byli niezależni od poli-

tycznych wpływów, chcemy też zwiększyć rolę demokracji w NHS i sprawić, aby system był korzystniejszy dla pacjentów, którym ma służyć. W ten sposób zapewnimy podniesienie standardów, wsparcie odpowiedzialności zawodowej, wzrost efektywności wydawanych pieniędzy i lepszy stan zdrowia społeczeństwa”.

W odniesieniu do stomatologii napisano: „Wprowadzimy nowe kontrakty stomatologiczne, koncentrujące się na osiągnięciu dobrego stanu zdrowia zębów i poprawie dostępu do opieki dentystycznej w ramach NHS, szczególną uwagę zwracając na zdrowie jamy ustnej dzieci w wieku szkolnym”.



“Potrzebuję kompozytu, który zachowuje się jak naturalny ząb!”

Dr. Arne Kersting

NAJBLIŻSZY NATURALNEMU ZĘBOWI

Spośród wszystkich materiałów wypełnieniowych dostępnych na światowym rynku, właściwości fizyczne Grandio® SO sprawiają, iż jest on najbliższy naturalnym zębom.* Oznacza to dla Państwa: trwałe i pewne wypełnienie, a przede wszystkim zadowolenie pacjenta.

- Spełnia najwyższe wymagania, uniwersalny – może być stosowany zarówno w odcinku przednim, jak i tylnym
- Naturalna przezierność pozwala uzyskać wygląd zęba przy pomocy tylko jednego odcienia
- Inteligentny system kolorów z nowymi, użytecznymi odcieniami: ^vA3.25 oraz ^vA5
- Gładka konsystencja, odporność na światło lampy zabiegowej, łatwość polerowania na wysoki połysk



Odwiedź nas!
Poznań, 23.-25.09.2010
Stoisko 8.27

* Na życzenie dostarczymy informacje naukowe dotyczące prezentowanego produktu.

GrandioSO

NOWY





Wspólnie zadbamy o długoterminowe zdrowie jamy ustnej

Rekomendowanie elektrycznych szczoteczek do zębów Oral-B® może pomóc Twoim pacjentom w osiągnięciu ich celu - długoterminowego zdrowia jamy ustnej. Jest to możliwe, ponieważ wyjątkowy, okrągły kształt końcówki szczoteczki elektrycznej w połączeniu z jej oscylacyjno-rotacyjnymi ruchami zapewnia bardziej efektywne czyszczenie trudno dostępnych obszarów jamy ustnej, niż zwykła szczoteczka manualna.

Sukces ten zapewni nasza szczoteczka i Twoje instrukcje prawidłowego mycia zębów.



P&G Oral Health

„Badania stomatologiczne nie ograniczają się już tylko do jamy ustnej”

Wywiad z dr Marią Fidela de Lima Navarro – nową przewodniczącą Międzynarodowego Towarzystwa Badań Stomatologicznych (International Association of Dental Research – IADR)

Javier Martinez de Pison, Dental Tribune Ameryka Łacińska

Wybór dr Marii de Lima Navarro – dziekana Bauru Dental School University of São Paulo na przewodniczącą Międzynarodowego Towarzystwa Badań Stomatologicznych (International Association of Dental Research – IADR) uważa się za dowód uznania dla wysokiego poziomu badań stomatologicznych prowadzonych

Rozwoju. Pełniąc te funkcje, dobrze poznałam Towarzystwo oraz nawiązałam relacje ze współpracownikami z całego świata. Jestem przekonana, że te doświadczenia w połączeniu z faktem, iż do tego wysiłku nie stanął żaden amerykański kandydat oraz perspektywą Sesji Generalnej IADR w Rio de Janeiro w 2012 r. miały decydujące znacze-

wymaga jednak zaangażowania decydentów politycznych. Chcę także odwiedzać różne rejony należące do IADR, brać udział w miejscowych spotkaniach, współpracować z członkami Towarzystwa i pomagać im w jak największym zakresie.

Na tegoroczny kongres IADR w Barcelonie zgłoszono rekordową liczbę abstraktów. Dlaczego?

Przede wszystkim, powinniśmy podziękować odchodzącemu przewodniczącemu – prof. Davidowi Williamsowi, który wezwał wszystkich członków IADR, aby stawili czoła światowemu kryzysowi finansowemu i wzięli czynny udział w spotkaniach IADR. Kolejnym powodem jest doskonały program, przygotowany przez członków Grupy Naukowej IADR oraz komitet organizacyjny, który z pewnością motywował członków do wysyłania abstraktów. 88. Sesję Generalną IADR i 5. Sesję Generalną Rejonu Paneuropejskiego IADR poprzedzi całonocne sympozjum na temat nierówności w dziedzinie zdrowia jamy ustnej na świecie. Następnie przedstawione zostaną: 32 sympozja na tematy szczegółowe, 5 warsztatów, 29 prezentacji „lunch and learn”, 20 prezentacji kluczowych, prezentacje ustne, a także sesja plakatowa, do której wybrano ponad 5.500 abstraktów oraz 3 wykłady znamienitych naukowców: Francisco Fernandes-Aviles, Thomasa Lehnera oraz laureata Nagrody Nobla – Haralda zur Hausena.

Które abstrakty są Pani zdaniem najbardziej interesujące?

Przyjęto ich ponad 5.500, a obejmują one wszystkie dziedziny stomatologii – od nauk podstawowych po naukę stosowaną. Były one oceniane i wybierane przez członków Grupy Naukowej IADR, która pracuje na rzecz naszego Towarzystwa. Wybrane artykuły będą stanowiły odzwierciedlenie najnowszych wyników badań podstawowych z dziedziny biologii molekularnej, inżynierii tkankowej, materiałów bioaktywnych, materiałów odtwórczych o właściwościach umożliwiających ich stosowanie w jamie ustnej, perspektyw klinicznych, randomizowanych badań z grupą kontrolną, dotyczących różnych chorób, wykorzystania różnych technik leczenia odtwórczego oraz wpływu czynników socjologicznych na nierówności stanu zdrowia w populacji światowej. Z przyjemnością stwierdzam, że badania z dziedziny stomatologii nie ograniczają się już tylko do jamy ustnej, ale obejmują ogólny stan zdrowia pacjentów. □



Nową przewodniczącą IADR – dr Marią Fidela de Lima Navarro podczas międzynarodowego kongresu Towarzystwa w Miami. (DTI; fot. dzięki uprzejmości Jana Agostaro).

w Brazylii. Javier Martinez de Pison rozmawiał z dr de Lima Navarro m.in. na temat znaczenia jej wyboru na przewodniczącą największej organizacji badań naukowych na świecie.

Jest Pani pierwszym naukowcem z Ameryki Łacińskiej wybranym na przewodniczącą IADR. W jaki sposób osiągnęła Pani tę pozycję?

Zanim zostałam wybrana na to stanowisko, pracowałam w różnych strukturach Towarzystwa. Byłam przewodniczącą Sekcji Brazylijskiej w latach 1994-1995, kandydatką na członka zarządu w latach 1995-1998, członkiem Komisji Uczestnictwa i Rekrutacji oraz dyrektorem Regionalnego Programu

nie dla tego wyboru. Jestem 87. przewodniczącą i pierwszym pochodzącą z krajów rozwijających się. Jestem bardzo szczęśliwa z powodu tego wyróżnienia, ale mam też świadomość ogromnej odpowiedzialności, jaka wiąże się z przewodniczeniem międzynarodowemu towarzystwu i reprezentowaniem wszystkich jego członków.

Jakie są priorytety Pani działań jako przewodniczącej IADR?

Moim celem jest zmniejszenie nierówności i poprawa jakości badań stomatologicznych na całym świecie. Jednym ze sposobów osiągnięcia tego celu jest współpraca różnych grup naukowców. Wprowadzenie znaczących zmian



FENDERMATE®

Kształtka



Dopasowuje się do miejsca.



Otrzymanie odpowiedniego punktu stykowego.





Ciasne dopasowanie przy brzegu przyszyjkowym zapobiega powstaniu nawisów.



Elastyczne skrzydełko wywiera nacisk na utrzymanie separacji i adaptacji przyszyjkowej.

The World's Fastest Matrix?

Fender Mate jest przeznaczony do wypełnień kompozytowych

Przyjdź i zobacz Fender Mate na CEDE!
 Produkty DIRECTA sprzedawane są przez:

Koldental, stoisko 8.25 i 8.26
Cezal, stoisko 8A.26
Zuchowski, stoisko 7.60

FenderMate® is a trademark registered by Directa AB. Registered Design and Patent pending.
 DIRECTA AB P.O. Box 723, SE-194 27 Upplands Väsby, Sweden
 Tel: +46 8 506 505 75, Fax: +46 8 590 306 30, info@directadental.com, www.directadental.com

