



Praktyka

Eksperti o szczotkach elektrycznych

► Strona 4



Opinie

Dentyści chętnie uczą się metody DIEM®2

► Strona 6



Wydarzenia

Top Design Gabinetów Stomatologicznych

► Strona 10

NIK o opiece stomatologicznej w Polsce

AD

NOWE produkty
w ofercie Poldent
dostępne na www.poldent.pl

Poldent®

Ministerialne programy na rzecz popularyzacji zdrowia i higieny jamy ustnej są mało skuteczne. 92% polskich nastolatków cierpi z powodu próchnicy, a odsetek bezzębności wśród dorosłych rośnie. Na wsiach i w małych miasteczkach większość dzieci niemal całkowicie pozbawiona jest publicznej opieki stomatologicznej.

Rynek opieki stomatologicznej w Polsce zdominowany jest przez podmioty prywatne. W 2011 r. blisko 80% ubezpieczonych nie sko-

gabinety w dużych miastach i ośrodkach akademickich, co zmusza mieszkańców małych miejscowości do szukania gabinetu poza granicami ich gmin.

W latach 2010-2012 nie działał ani jeden krajowy program z zakresu profilaktyki przeciwpóchnicznej finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Wg resortu, powodem były ograniczone środki finansowe. Leczenie stomatologiczne nie znalazło się też w grupie priorytetów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. Tymczasem blisko 10% proc. polskich 7-latków nigdy nie było u dentysty, a aż 92% 15-latków ma próchnicę zębów.

Zdaniem NIK, za taki stan rzeczy odpowiadają nie tylko rodzice, ale również system edukacji i ochrony zdrowia. W krajach bardziej rozwiniętych zarówno edukacja, jak i profilaktyka w zakresie hi-

gieny jamy ustnej nie przyniósł oczekiwanych efektów.

Większość skontrolowanych gmin nie promowała profilaktyki chorób jamy ustnej i nie analizowała potrzeb zdrowotnych mieszkańców w tym zakresie. Przedstawiciele gmin byli zdania, że odpowiedzialność za prowadzenie takich działań spoczywa na resorcie zdrowia i NFZ. Żadna z jednostek samorządu terytorialnego nie fi-

nansowała świadczeń stomatologicznych, co wynikało z braku środków finansowych. Na uwagę zasługują jednak inicjatywy podejmowane przez niektóre gminy na rzecz ułatwienia dostępu do usług stomatologicznych, np. w Osieku Jasielskim stworzono gabinet dentystryczny w budynku tamtejszego gimnazjum, a w Kielcach podjęto uchwałę o udostępnianiu lekarzom pomieszczeń z zasobów komunalnych na dogodnych warunkach.

Izba pozytywnie oceniła działania ministra na rzecz uzyskania ze źródeł zagranicznych dofinansowania do programów edukacji prozdrowotnej. Chodzi np. o program promujący zdrowie jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Starania szefa resortu zdrowia zaowocowały podpisaniem umowy w lipcu 2012 r. **DI**

źródło: NIK



rzystało ani razu z usług lekarza dentystry w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia udzielane w przychodniach na podstawie umów z NFZ mają ograniczony zakres, część zabiegów nie podlega refundacji, a pacjenci zwykle nawet nie wiedzą, gdzie znajduje się najbliższy gabinet stomatologiczny zakontraktowany przez NFZ.

Dostęp do publicznych świadczeń stomatologicznych w poszczególnych regionach Polski jest bardzo zróżnicowany. Najgorzej jest w małych miasteczkach i wsiach, gdzie większość dzieci została całkowicie pozbawiona profesjonalnej profilaktyki oraz leczenia stomatologicznego. Sytuacja ta wynika m.in. z tego, że dentyści w większości prowadzą swoje

gigieny jamy ustnej to zadania należące do szkół i przedszkoli. Polskie placówki edukacyjne podejmują je tylko w minimalnym stopniu. Sytuację dodatkowo pogorszyła likwidacja szkolnych gabinetów dentystrycznych.

Nieskuteczne okazały się działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz walki z próchnicą u dzieci i młodzieży. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 zakładał znaczące zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży objętych edukacją prozdrowotną, ograniczenie u nich próchnicy oraz poprawę dostępu do świadczeń stomatologicznych. Kluczowe zadania Programu wciąż nie zostały wykonane. Program Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej też w większości

AD

PERFORACJA POD KONTROLĄ

BIOZGODNE MATERIAŁY NAPRAWCZE MTA

ENDOCEM Zr
> KOLOR BIAŁY

ENDOCEM MTA
> KOLOR SZARY

SZEROKA OFERTA SZKOLEŃ
WWW.POLDENT.PL

CEMENT ENDODONTYCZNY NA BAZIE MTA
Materiał przeznaczony do zamykania perforacji w komorze i kanałach oraz w resorpcjach wewnętrznych korzenia. Jego biozgodność i bioaktywność pozwala na zastosowanie w zabiegach naprawy jatrogennych perforacji korzeni zębów i uszkodzeń furkacji lub dna komory zęba oraz w zamykaniu perforacji powstałych na skutek toczącego się procesu próchnicowego czy spowodowanych resorpcjami wewnętrznymi. Ma również zastosowanie w bezpośrednim pokryciu miazgi w przypadku jej obnażenia, w apeksyfikacji, w pulpotomii w zębach mlecznych, oraz jako wsteczne wypełnienie kanału podczas zabiegu resekcji wierzchołka korzenia zęba. Dzięki właściwościom uszczelniającym skutecznie przeciwdziała zakażeniom wtórnym oraz podrażnieniu miazgi zębowej.

www.poldent.pl

Poldent®

Kamień nazębny – problem poważny i wciąż ignorowany

Wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, kamień nazębny powinien być usuwany 2 razy w roku. Tymczasem wielu pacjentów wciąż dziwi się, że trzeba to robić regularnie, a nie dopiero wtedy, gdy gabinetowe czyszczenie zębów zaleci lekarz.

Ocenia się, że 7 na 10 Polaków cierpi na choroby przyzębia. Ich bezpośrednią przyczyną jest zmi-

neralizowana płytka nazębna, czyli kamień zalegający zarówno nad dziąsłem, jak i pod nim. „To w nim bytuje kilkaset gatunków bakterii, w tym organizmy chorobotwórcze odpowiadające za szereg problemów: od nieświeżego oddechu, przez próchnicę, aż po poważne choroby serca, nerek i mózgu. To on niszczy mocowanie zębów w tkankach przyzębia, prowadząc nawet do paradontozy” – tłumaczy Iwona

Gnach-Olejniczak, lekarz dentysta z Wrocławia.

Po niedokładnym szczotkowaniu na zębach pozostaje miękki, białożółty nalot, który przekształca się w płytkę nazębną. Ta stopniowo ulega mineralizacji, twardnieje i zamienia się w trudny do usunięcia kamień. Widać go przy krawędzi dziąseł, to tzw. kamień naddziąsłowy. Wraz z nim pojawiają się bakterie,

bo płytka i kamień to dla nich doskonała pożywka. Powstawaniu osadu sprzyja dieta bogata w cukry i skrobię. „Znaczenie mają też czynniki genetyczne, złe założone plombę czy chropowata powierzchnia szkliwa” – wyjaśnia dentystka.

Kamień nazębny ukrywa się też głęboko w kieszeniach zębowych. Sprzyja mu utrzymujący się długo-trwały stan zapalny dziąseł, ponie-



waż na skutek ich rozpułchnienia płytka nazębna łatwiej wnika w rejon szyjki zębowej. Tam mineralizuje się i już jako twardy kamień ze zdwojoną siłą odpycha dziąsła od zębów. Kamień rozwijający się poddziąsłowo ma kolor ciemnobrązowy lub czarny. Rozprzestrzeniając się, niszczy system utrzymujący zęby w zębodołach. Tak dochodzi do wszelkiego rodzaju paradontopatii. Choć sama paradontoza uważana jest za chorobę autoimmunologiczną i nie do końca znane są jej przyczyny, to wszelkiego rodzaju paradontopatiom można zapobiegać. Wystarczy profilaktycznie 2 razy w roku czyścić zęby w gabinecie, a w przypadku skłonności do odkładania się kamienia, nawet częściej. „Także w przypadku już powstałych stanów zapalnych kuracja z zastosowaniem nowoczesnych urządzeń to sposób na uniknięcie interwencji chirurgicznej” – przekonuje dr Gnach-Olejniczak.

Gabinetowe czyszczenie zębów musi trwać co najmniej godzinę, a optymalnie 2-2,5 godz. Tylko perfekcyjnie gładkie zęby będą mniej podatne na ponowne gromadzenie się kamienia. Podstawą profilaktyki jest codzienna pielęgnacja jamy ustnej. Warto pamiętać o stosowaniu specjalnych past, które zapobiegają odkładaniu się płytki nazębnej i osadów zwłaszcza, jeśli jest się palaczem lub fanem kawy albo zielonej herbaty. Warto zainwestować w hydropulser, który wodą pod ciśnieniem usunie resztki jedzenia z przestrzeni międzyzębowych. Płyn do płukania ust zapewni świeży oddech na dłużej i dodatkowo zabezpieczy szkliwo przed odkładaniem się osadów.

Profesjonalne zabiegi higieniczne wykonywane w gabinecie to:

- skaling – rozbijanie i usuwanie twardych złożeń kamienia nazębnego za pomocą urządzenia ultradźwiękowego (skalera),
- piaskowanie – usuwanie nalotów i osadów przy użyciu specjalnego piasku stomatologicznego i wody,
- polerowanie – wygładzanie powierzchni szkliwa z użyciem dziesiątek gumek, szczotek, past polerskich, najbardziej czasochłonna część zabiegu,
- czyszczenie kieszonek zębowych – innowacyjne, przynoszące ogromną ulgę głębokie czyszczenie powierzchni korzeni zębów przy pomocy ultradźwięków. Urządzenie najpierw usuwa florę bakteryjną, następnie poleruje korzenie za pomocą hydroksyapatytu, który jednocześnie wchodzi w kanaliki zębowe, znosi nadwrażliwość zębów,
- test na obecność patogenów – w trudnych przypadkach dentysta pobiera próbki płytki bakteryjnej bezpośrednio z kieszonek dziąsłowych. Są one wysyłane do laboratorium, gdzie powstaje dedykowany plan leczenia. Antybiogram pozwala dobrać odpowiedni rodzaj antybiotyków i skutecznie rozprawić się z bakteriami, które dewastują przyzębie. **DI**

AD

**IMPLANT DENTAL
NEW WAVE**

PROMOCJA - 10%*

* dotyczy urządzeń quicksleeper 4 i sleeperone 4

10 LAT QUICKSLEEPERA W POLSCE

QuickSleeper 4



Najbardziej zaawansowany system znieczuleń komputerowych z możliwością wykonywania znieczuleń dokostnych (techniki osteocentral i transkortykałna) oraz pozostałych rodzajów znieczuleń.

Nowości:

- ✓ ciśnienie podawanego anestetyku (mechanizm P.A.R.) oraz rotacja igły są sterowane mikroprocesorowo
- ✓ bardzo niskie koszty eksploatacji – tylko koszty igieł i standardowych ampułek
- ✓ całkiem nowa i ergonomiczna końcówka
- ✓ bezprzewodowy i bezbaterijny pedał
- ✓ zminiaturyzowany unit sterujący

SleeperOne 4

Najnowsza generacja komputerowego systemu znieczuleń SleeperOne – wszystkie techniki znieczuleń: śródwiązadłowe, doprzegrodowe, nasiękowe, dopodniebienne, etc. (za wyjątkiem dokostnych).

Nowości:

- ✓ zminiaturyzowany unit sterujący
- ✓ 4 podstawowe tryby podawania anestetyku, optymalne dla stosowanej techniki znieczulenia
- ✓ ultralekka końcówka
- ✓ bezprzewodowy i bezbaterijny pedał (lub wersja z pedałem przewodowym)
- ✓ bardzo niskie koszty eksploatacji – tylko standardowe igły i ampułki

**DHT
DENTAL HI TEC**



Implant Dental New Wave Sp. J.

ul. Górnośląska 4A/19, 00-444 Warszawa, tel. (22) 869 71 00/01,
www.implant.waw.pl, info@implant.waw.pl

Protezy mocowane na stałe – komfortowe i coraz bardziej dostępne

Choć obecnie medycyna daje szerokie możliwości wykonania wygodnych i stabilnych uzupełnień protetycznych, które wyglądem przypominają naturalne uzębienie, to Polacy wciąż są „szcherbami” narodem.

Pierwszy ząb często tracimy wraz z osiągnięciem pełnoletności. Dodatkowo Polacy są dentofofami i w efekcie tracą kolejne zęby. Po protezy do gabinetów stomatologicznych przychodzi czasem osoba przed 50 r.ż., a 25% 65-latków nie ma ani jednego zęba. Większość Polaków, którzy stają przed koniecznością wykonania uzupełnień protetycznych, wybiera tradycyjną, ruchomą protezę z różowego akrylu i nie jest zadowolona z takiego wyboru. „Niezadowolone pacjentów z takiego rozwiązania w ogóle nie dziwi. Tradycyjna proteza jest bowiem duża i pacjent zawsze będzie

czuł, że ma w jamie ustnej ciało obce. Dodatkowo proteza taka jest niestabilna, może wypaść w najmniej odpowiednim momencie, zmniejszona jest siła żucia, a to oznacza, że pacjent nie może gryźć twardych pokarmów, nie mówiąc już o tym, że w przypadku dużej płytki podniebiennej, zmniejszone są doznania smakowe” – mówi lek. stom. Bartosz Nowak z Gliwic.

Tradycyjna proteza utrzymywana jest na błonach śluzowych jamy ustnej (czyli dziąsłach) i to na nich wywierany jest główny nacisk podczas przeżuwania pokarmów. Jak wynika z szacunków naukowców, użytkując tradycyjną protezę, pacjent posiada jedynie 25% wyjściowej siły żucia, którą posiadałby, mając swoje własne zęby. „To oznacza, że można zapomnieć o twardych pokarmach, takich jak jabłka czy orzechy. Siła towarzy-



Robert Kneschke/Shutterstock.com

sząca gryzieniu tych produktów mogłaby spowodować pęknięcie lub złamanie protezy i duży problem dla pacjenta” – wyjaśnia dentysta.

Dobrym rozwiązaniem jest wykonanie nowoczesnej protezy stabilizowanej na implantach. „Proteza stabilizowana na implantach, zarówno wyjmowana, jak i stała po-

woduje, że nacisk towarzyszący przeżuwaniu pokarmów przenoszony jest bezpośrednio na implanty i kość, a nie na dziąsła. Dzięki temu pacjent zachowuje taką samą siłę żucia jak przy swoich naturalnych zębach i nie odczuwa pogorszenia jego jakości” – mówi dr Bartosz Nowak.

Oprócz możliwości cieszenia się ulubionymi potrawami, pacjenci zwracają też uwagę na komfort użytkowania protezy. „Proteza ruchoma może być niedopasowana, może gnieść lub obcierać dziąsła, co jest bardzo bolesne. Poza tym konieczne jest aplikowanie specjalnego kleju, a i tak nieraz zdarza się, że podczas emocjonującej rozmowy albo śmiechu, proteza taka może wypaść. Dlatego pacjenci coraz częściej wybierają protezy mocowane w jamie ustnej na stałe, gdyż czują się znacznie pewniej, a poza tym taka proteza jest

znacznie mniejsza od tej tradycyjnej, więc dużo łatwiej się do niej przyzwyczaić. Ceny takich rozwiązań też stopniowo spadają, dzięki czemu są one coraz bardziej dostępne, nawet dla osób o przeciętnych dochodach” – mówi dr Nowak.

Obniżenie siły żucia wpływa nie tylko na pogorszenie gryzienia, ale jak dowiedli uczeni, także na pogorszenie funkcji poznawczych. Zespół naukowców z Instytutu Karolinska i Uniwersytetu w Karlstad poddał badaniom blisko 600 osób powyżej 77 r.ż. Wyniki tych badań opublikowano w *Journal of the American Geriatrics Society*, a wnioski, do jakich doszli, były zaskakujące. U tych osób, które utraciły zęby i miały problemy z przeżuwaniem twardego jedzenia, zaobserwowano dużo wyższe ryzyko wystąpienia demencji i zaburzeń funkcji poznawczych, takich jak zapamiętywanie czy zdolność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów. „Ta zależność może mieć swoją przyczynę w zmniejszonym przepływie krwi w mózgu, która występuje przy gorszym przeżuwaniu” – komentuje dr Nowak. □

AD

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:
dentalnews.pl@dental-tribune.com
Tel.: 664 608 740

Nakład: 10.000 egz.

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

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

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

Clinical Editor
Magdalena Wojtkiewicz

Online Editors
Yvonne Bachmann, Claudia Duschek

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
Karen Hamatschek

Business Development Manager
Claudia Salwiczek

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

FKG
swiss endo

Biologiczne & Zachowawcze

BT RACE

Scouting Apical Shaping

STERILE

SINGLE USE

FKG Dentaire SA
www.fkg.ch

Eksperci o roli i znaczeniu szczoteczek elektrycznych w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej

W Warszawie odbył się panel ekspertów poświęcony szczoteczkom elektrycznym. Obrady miały charakter niezależnego, obiektywnego spotkania o charakterze naukowym, którego celem był przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat mechanicznej kontroli płytki oraz wypracowania

perspektyw, którzy jednoznacznie stwierdzili, że wśród różnego rodzaju szczoteczek, najefektywniejsze w eliminacji stanu zapalnego dziąseł, zarówno w badaniach krótkoterminowych, do 3 miesięcy, jak i długoterminowych, powyżej 3 miesięcy są szczoteczki oscylacyjno-rotacyjno-pulsacyjne. W ob-

masz Konopka. Rolę sekretarza pełniła dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek. Moderatorem obrad panelowych była prof. dr n. med. Renata Górka. Rolę sekretarza pełniła dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek.

Spotkanie miało charakter niezależnego oraz obiektywnego spotkania, podczas którego przedstawiono oraz przedyskutowano ponad 200 publikacji poświęconym badaniom skuteczności szczoteczek manualnych i elektrycznych.

Oceniono skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo różnych szczoteczek elektrycznych w stosunku do siebie i do szczoteczek manualnych, w aspekcie nie tylko redukcji płytki nazębnej, zapalenia dziąseł (*gingivitis*), zapalenia okołoszczepowego (*periimplantitis*), redukcji flory bakteryjnej w kiesionkach dziąsłowych, ale także wpływu na twarde tkanki zęba. Oceniono także bezpieczeństwo różnych szczoteczek elektrycznych w stosunku do siebie i do szczoteczek manualnych. „Jest wiele do zrobienia w sprawie higieny jamy ustnej w Polsce. Także w kwestii właściwego doboru szczoteczki” – stwierdziła na początku spotkania prof. dr n. med. Renata Górka.

„Stworzenie wspólnego stanowiska w sprawie efektywności szczoteczek jest bardzo potrzebne zarówno ekspertom, jak i pacjentom. Będzie to także bardzo pożyteczny materiał do pracy dydaktycznej ze studentami” – uzupełniła prof. dr hab. n. med. Jadwiga Banach.

Zaobserwowane w wielu pracach różnice w redukcji wskaźnika krwawienia (BOP) oraz redukcje stanu zapalnego dziąseł (GJ) przemawiają na korzyść szczoteczek oscylacyjno-rotacyjno-pulsacyjnych. Na podstawie przedstawionego piśmiennictwa w tym zakresie, wszystkie szczoteczki elektryczne istotnie redukują płytkę nazębną i są one bezpieczne zarówno dla tkanek miękkich, jak i twardych. Jednocześnie badania wskazują, że większość ocen krótkoterminowych potwierdza istotną przewagę szczoteczek oscylacyjno-rotacyjno-pulsacyjnych w zakresie usuwania płytki naddziąsłowej na wszystkich powierzchniach zębów oraz w redukcji stanu zapalnego dziąseł.

W piśmiennictwie podkreśla się także, że mimo większej efektywności szczoteczek oscylacyjno-rotacyjno-pulsacyjnych w stosunku do manualnych, jeśli chodzi o redukcję płytki nazębnej, nie obserwuje się niekorzystnych powikłań w postaci powstawania recesji czy utraty CAL, klinicznego po-

żenia przyczepu łącznotkankowego, co związane jest z zaokrąglonym kształtem szczoteczek. Nie zaobserwowano także abrazji dziąseł.

Nieliczne jak do tej pory badania wskazują także na korzystne efekty stosowania szczoteczek elektrycznych u pacjentów posiadających implanty, a także w przypadku pacjentów leczonych aparatami ortodontycznymi stałymi. Wydają się one bezpieczne i wygodne, wpływają korzystnie na redukcję głębokości kieszonek i nie powodują recesji dziąseł. Szczoteczki mechaniczne redukują znacznie silniej płytkę nazębną w stosunku do szczoteczek ręcznych.

Przedstawione wyniki badań wskazują także, że szczoteczki elektryczne są bezpieczne w stosunku do twardych tkanek zęba. W porównaniu do szczoteczek manualnych, nie stwierdzono wyższej ścieralności zębiny, a nawet zaobserwowano niższą jej ścieralność niż to ma miejsce w przypadku stosowania szczoteczek manualnych.

Zdaniem ekspertów, na podstawie przeprowadzonej analizy piśmiennictwa można stwierdzić, że elektryczne szczoteczki poprzez redukcję płytki nazębnej i redukcję zapalenia dziąseł są najważniejszym elementem szeroko rozumianej profilaktyki oraz leczenia chorób przyzębia i próchnicy. [\[1\]](#)



wanie wspólnego stanowiska ekspertów w zakresie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania elektrycznych szczoteczek do zębów.

Efektom spotkania było stworzenie wspólnego stanowiska eks-

radach panelu ekspertów czynny udział wzięli uznani profesorowie w dziedzinie stomatologii: prof. dr hab. n. med. Renata Górka, prof. dr hab. n. med. Jadwiga Banach, prof. dr hab. n. med. Teresa Bachanek, prof. dr hab. n. med. Anna Kurnatowska, prof. dr hab. n. med. To-

Ssanie kciuka i smoczek szkodzą zębom

Większość dzieci w okresie niemowlęstwa ssie smoczki lub własne kciuki. Istnieje kilka teorii, które próbują wyjaśnić przyczyny tych nawyków.

Jedną z teorii zakłada, że każdy człowiek w młodym wieku posiada naturalną potrzebę ssania. U dzieci, które długo są karmione piersią, potrzeba ta jest zaspokajana, jednak dzieci, które wcześniej przestawiane są na karmienie sztuczne, ciągle będą odczuwać potrzebę ssania. Kolejną tezę mówi o tym, że ssanie jest nawykiem wyuczonym, a dziecko kojarzy nawyk ssania z czymś pozytywnym, np. dzieci karmione piersią mogą kojarzyć nawyk ssania z jedzeniem i bliskością matki. Inne teorie mówią, że dzieci ssą, jeśli ich emocje są zaburzone przez jakiegokolwiek czynniki zewnętrzne. Nie brak też głosów przemawiających za genetycznymi zależnościami tego nawyku.

Większość rodziców uważa, że nawyk ssania smoczka jest tylko krótkotrwały i ustanie wraz z pierwszymi dniami pobytu dziecka w przedszkolu. Dentyści zgadzają się, że ssanie kciuka przez dzieci poniżej 2 lat jest zupełnie normalne i nie powinno być powodem do zmartwień dla rodziców. Jednak kiedy nawyk ten zostaje utrwalony w późniejszym wieku, staje się problemem i dla dzieci, i dla dentyistów, bowiem może powodować trwałe uszkodzenie zębów i wiele wad, m.in. wady zgryzu.

Rodzice, najlepiej po konsultacji z dentystrą, muszą zdecydować, czy pozwolić dziecku ssać palec, czy smoczek? Badania pokazały, że wśród dzieci, które ssą smoczek

przedłużanie nawyku ssania jest rzadsze niż u dzieci ssących palec. Również rzadko spotyka się, by dziecko ssało zarówno smoczek, jak i palec.

Używanie smoczków dla niemowląt i małych dzieci staje się coraz bardziej popularne, ale liczba dzieci z przedłużającym się nawykiem ssania stopniowo się zmniejsza. Potwierdza to tezę, że ssanie palca jest o wiele bardziej ryzykowne niż ssa-

nie smoczka. Jednak użycie smoczka może powodować takie problemy, jak przesuwanie się zębów u najmłodszych dzieci, zatem jeśli to tylko możliwe, trzeba powstrzymać dzieci od ssania i smoczka, i palca. Jeżeli nie da się uniknąć używania smoczka, należy jak najszybciej odzwyczajać dziecko od niego, aby uniknąć problemów związanych z przemieszczaniem się zębów.

Za pozycję zębów u dzieci odpowiada wiele czynników: geny, naturalna pozycja warg i języka, a także ogólny wzrost dziecka – jeśli żuchwa jest wciąż mała, a rozwijające się stałe zęby nie mają miejsca, to możliwe, że zęby będą krótsze lub mniejsze, aby dopasować się do żuchwy. Długoterminowe ssanie kciuka lub smoczka może przesunąć zęby z ich naturalnej pozycji. [\[1\]](#)



Kary ustawowe za „śmieciowe” jedzenie

Jeszcze 5 lat temu 11-12% dzieci cierpiało na otyłość, obecnie wskaźnik ten wynosi już 18%. Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia aż 29% polskich 11-latków ma nadwagę.

Obecnie nikt nie kontroluje tego, czy żywność sprzedawana i podawana dzieciom w szkołach zawiera szkodliwe składniki, powodujące nadwagę i otyłość. Mają to zmienić przepisy, nad którymi pracuje Sejm. Wg badań Światowej Organizacji Zdrowia przeprowadzonych w 39 krajach, Polska znalazła się na 7. miejscu od końca pod względem wskaźnika otyłości wśród dzieci. Lawinowo rosnącą liczbę otyłych dzieci potwierdzają także dietetycy. „Przyjmuję się, że ok. 18% dzieci i młodzieży ma otyłość, a w większych miastach nawet co 4. dziecko” – mówi Hanna Stolińska z Instytutu Żywności i Żywienia. „Jeszcze 5 lat temu otyłych dzieci było 11-12%” – dodaje.

Sejm rozpoczął prace nad zmianami w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia, które mają na celu wprowadzenie zakazu sprzedaży i podawania w przedszkolach i w szkołach produktów zawierających syntetyczne substancje słodzące, zawarte w napojach gazowanych i energetyzujących, tłuszcze trans, produktów zawierających ponad 1,25 g soli lub 0,5 sodu na 100 g (czyli chipsów, słonych paluszków, popcornu i słonych przekąsek) oraz wzmacniacze smaku. Eksperci uważają te zmiany za słuszne, ale wskazują na ich niedopracowanie. „Nie są podane konkretne wartości wszystkich składników, których nie będą mogły zawierać produkty w sklepikach szkolnych i to wymaga jeszcze dyskusji ekspertów. Dotyczy to np. kwasów tłuszczowych trans. Na opakowaniu nie jest podana ich ilość, a znajdują się one np. w twardych margarynach, z których są wytwarzane drożdżówki, ciasteczka i paluszki kupowane w sklepikach szkolnych” – mówi Hanna Stolińska.

Eksperci uważają, że należy w toku prac w Sejmie przeanalizować ilość danych składników w poszczególnych produktach. W przeciwnym wypadku niemożliwe będzie nałożenie sankcji na sprzedających. Obecnie dużym problemem w praktyce jest całkowity brak kontroli nad tym, jakie produkty żywnościowe sprzedaje i podaje się dzieciom w szkołach. Jedyne stacja sanitarno-epidemiologiczna może kontrolować to, co znajduje się w stołówkach szkolnych. W ocenie ekspertów w praktyce trudne jest egzekwowanie san-

kcyj dla sprzedających niezdrową żywność i produkty żywnościowe.

Proponowana w nowelizacji kara za nieprzestrzeganie zakazu sprzedaży szkodliwych produktów żywnościowych w szkołach będzie wynosiła do 30-krotnego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej za rok poprzedzający. Kary w tej wysokości są przewidziane obecnie za inne naru-

szenia przepisów ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Wg nowego prawa dyrektor szkoły będzie mógł rozwiązać umowę, na podstawie której podmiot zewnętrzny serwuje lub prowadzi na terenie szkoły sprzedaż żywności i napojów niedozwolonych.

Oprócz zakazu sprzedaży i podawania szkodliwych produktów

żywnościowych, nowelizacja ma wprowadzić również zakaz ich reklamowania. Wszystkie zakazy mają obejmować przedszkola, szkoły podstawowe oraz gimnazja i inne placówki opiekuńczo-wychowawcze oraz oświatowo-wychowawcze publiczne i prywatne. Będą one dotyczyć żywności sprzedawanej w sklepikach, ale również w automatach znajdujących się na terenie szkół.

Wprowadzony ma być także zakaz podawania posiłków zawierających szkodliwe składniki w stołówkach szkolnych, co dotyczyłoby zarówno posiłków przygotowywanych na miejscu, jak również dostarczanych do szkół przez firmy cateringowe. Podobne przepisy są wprowadzane w innych krajach. Zakaz sprzedaży niektórych produktów w szkołach obowiązuje m.in. w Kanadzie, na Łotwie, we Francji oraz Wielkiej Brytanii. [DT](#)

źródło: NEWSERIA

AD

Spotkanie Miłośników Endodoncji

PULP FICTION 15 PENN GLOBAL ENDO-PERIO Kraków, 5-8 grudnia 2013

Serdecznie zapraszamy na kolejną **XV edycję Międzynarodowego Kongresu Pulp Fiction**, w ramach której odbędzie się **Penn Global Endo-Perio Sympozjum** objęte patronatem przez **Penn University of Pennsylvania**. Będzie to doskonała okazja aby zapoznać się z materiałem przygotowanym przez wykładowców jednego z najbardziej prestiżowych uniwersytetów w USA. Spotkanie odbędzie się w komfortowym, dogodnie usytuowanym **Centrum Kongresowym "The Best Western Premier" w Krakowie**. Hotel zapewni doskonałe warunki zarówno do nauki jak i do odpoczynku. Bogaty program naukowy z pewnością zadowoli wszystkich Uczestników, a przygotowane imprezy towarzyszące uatrakcyjnią pobyt na konferencji.

Warsztaty praktyczne

- Mikroskop w codziennej praktyce stomatologicznej (precyzja niezbędnym faktorem sukcesu) - **Dr Tomasz Machan**
- TF adaptive - nowatorskie podejście do wykorzystania technik recipro w leczeniu kanałowym - **Prof. Gianluca Gambarini**
- Protokoły obciążania w leczeniu implantoprotetycznym, małoinwazyjne zabiegi augmentacyjne - **Dr Michał Józwiak, Dr Jerzy Zbozeń**

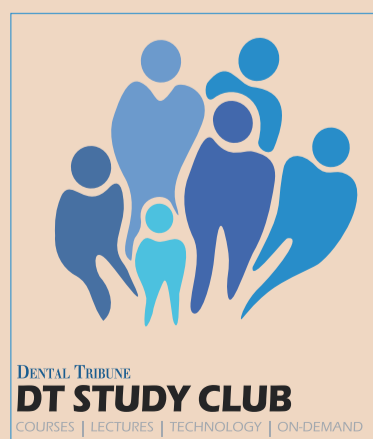
Wykłady

- Ponowne leczenie endodontyczne vs. chirurgia okołokorzeniowa - **Prof. Marga Ree**
- Kliniczne zastosowania materiałów bioceramicznych - **Prof. Marga Ree**
- Praktyczne dywagacje periodontologiczno/endodontyczne - **Dr Tomasz Machan**
- Techniki recipro w endodoncji. Trójwymiarowe opracowywanie kanałów korzeniowych - **Prof. Gianluca Gambarini**
- Współczesna diagnostyka i wytyczne do leczenia problemów śluzówkowo-dziąsłowych - **Dr Witold Jurczyński**
- Patogeneza chorób periodontologicznych: biofilm i ryzyko zachorowań - **Prof. Denis Kinane**
- Negatywny wpływ stanów zapalnych i cukrzycy na procesy kościotwórcze - **Prof. Dana Graves**
- Przesłanki do leczenia periodontologicznego i przewidywalność wyników - **Prof. Panagiota Stathopoulou**
- Dziesięć przykazań strategii implantacji dla osiągnięcia długoterminowych efektów - **Prof. Christof Pertl**
- Odbudowa estetyczna naturalnych zębów i implantów - **Prof. Alan Atlas**
- Nowoczesna endodoncja oraz powiązania między periodontologią i endodontcją oraz ich zastosowanie - **Prof. Sam Kratchman**
- Zabieg na żywo: mikrochirurgia - **Prof. Syngcuk Kim**
- Projektowanie płata śluzówkowo-okostnowego i rodzaje szwów atraumatycznych - **Prof. Sam Kratchman**
- Ocena efektów leczenia: endo vs implant - **Prof. Syngcuk Kim**

Więcej informacji na stronie: www.profident.pl/pulpfiction.html



PROFIDENT sprzęt, wykłady i kursy praktyczne 25-328 Kielce, Legnicka 2
tel.: 41 34 17 230 www.profident.pl www.simplant.pl sklep@profident.pl



Lekarze dentyści chętnie uczą się metody DIEM® 2

Rozmowa z dr. Jasonem Kennedy, który dzieli się swoimi doświadczeniami dotyczącymi odbudowy całego łuku zębowego w oparciu o wytyczne DIEM® 2.

W jakich sytuacjach klinicznych planuje Pan wszczęcie implantów i natychmiastowe obciążenie ich w zwarciu przy użyciu natychmiastowych uzupełnień tymczasowych?

Naturalnymi kandydatami są pacjenci bezzębni, którzy mają trudności z zaakceptowaniem protez ruchomych oraz pacjenci z częściowym bezzębem i zębami o beznadziejnym rokowaniu, którzy skazani są na utratę wszystkich zębów. Pacjenci mający własne zęby są w znacznie korzystniejszej sytuacji, ponieważ mogą całkowicie uniknąć doświadczenia noszenia protez. Zasadniczo wszczęcie implantów i zaopatrywanie ich w uzupełnienia tymczasowe natychmiast po usunięciu zębów przynosi pacjentom wielkie korzyści.

Jaki protokół postępowania Pan stosuje?

Wszczepiamy implanty NanoTite™ Tapered PREVAIL®. Zgodnie z wytycznymi DIEM® 2, zakładamy łączniki o niskim profilu bezpośrednio po implantacji w celu podparcia uzupełnienia tymczasowego. Tymczasowe uzupełnienia są mocowane za pomocą śrub i najlepiej, aby opierały się na 6 implantach w szczęce i 4-5 w zuchwie. Jednak w prawie połowie zabiegów stosujemy retencję za pomocą śrub na 4 implantach oraz elementy QuickBridge® na pozostałych 2.

Jak wiele zabiegów DIEM® 2 przeprowadzanych jest średnio w miesiącu w Pana gabinecie?

Zwykle przeprowadzamy ok. 4-8 takich zabiegów miesięcznie. Jak dotąd, przeprowadziliśmy je łącznie w 92 przypadkach.

Popularność tych zabiegów jest coraz większa, wzrasta częstość ich wykonywania. Z czego wynika ten wzrost?

Częstość przeprowadzania tego typu zabiegów zdecydowanie rośnie. Jedną z przyczyn był program szkoleniowy BIOMET 3i Synergy Training Program® (STP®). Oplaciliśmy wynagrodzenie wykładowców: dr. Bruce'a Ouellette i dr. Vica Martela (West Palm Beach, Floryda). W serii programów szkoleniowych przekazywali oni wiedzę teoretyczną, kliniczną i laboratoryjną, która pozwoliła lekarzom kierującym pacjentów na dobre poznanie protokołu postępowania. Kolejny katalizator stanowiły sesje „Lunch and Learn”, jakie prowadziliśmy z pomocą przedstawiciela handlowego BIOMET 3i. Starannie i krok po kroku udokumentowaliśmy procedury odbudowy podczas wykonywania natychmiastowych uzupełnień tymczasowych zgodnie z wytycznymi DIEM®, aby pokazać je lekarzom kierującym pacjentów i ich zespołom.

W jaki sposób koordynują Państwo leczenie odtwórcze w przypadkach klinicznych z natychmiastową odbudową tymczasową?

Natychmiastowe uzupełnienia tymczasowe są obecnie zwykle wykonywane w gabinetach dentyków, którzy kierują do nas pacjen-

tów bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym. Kiedy lekarz protetyk po raz pierwszy ma do czynienia z tym protokołem postępowania, przychodzi do naszego gabinetu, gdzie otrzymuje wskazówki i wspólnie wykonujemy tymczasowe zaopatrywanie dla pacjenta przy współpracy naszej wewnętrznej pracowni.

Jakiego rodzaju uzupełnienia ostateczne wykonuje się w takich przypadkach klinicznych?

Nasi koledzy protetycy, wykonując uzupełnienia ostateczne, wykorzystują różne rozwiązania protetyczne. W większości przypadków planuje się stałe uzupełnienia

własne zęby, pytają o tę nową metodę terapeutyczną. Lekarze ogólnie praktykujący coraz chętniej się jej uczą. Mają przecież dużą grupę potencjalnych pacjentów, którzy wracają do nich na wizyty kontrolne. Pacjentów, którzy od dziesięcioleci ufają im w kwestii opieki stomatologicznej.

Jakie implanty i elementy protetyczne stosuje Pan podczas leczenia tego rodzaju? Dlaczego wybrał Pan właśnie te produkty do natychmiastowej odbudowy całego łuku?

W 95-99% przypadków natychmiastowego obciążania stosujemy stożkowate implanty BIO-

analiza kontroli jakości wykazała 98% wskaźnik utrzymania implantów, które są obciążane w sposób natychmiastowy przy takim poziomie momentu obrotowego. Wydaje nam się, że także możliwości odbudowy są lepsze, np. nachylone implanty zapewniają dużą swobodę w leczeniu odtwórczym, jeżeli warunki anatomiczne wymuszają ustawienie implantów odbiegające od optymalnego równoległego.

Czy wykonując rekonstrukcję całego łuku, stosuje Pan szablony oparte o badanie metodą tomografii komputerowej?

Początkowo realizowaliśmy

Kto udziela potencjalnym pacjentom informacji na temat tej metody postępowania i kto opracowuje plan leczenia?

Na początku sami prowadziliśmy rozmowy z pacjentami i opracowywaliśmy plany leczenia. Obecnie przekazujemy lekarzom protetykom starannie wybrane (przyjazne pacjentom) zdjęcia sytuacji początkowej, minimalnie inwazyjnego zabiegu chirurgicznego oraz stanu po zabiegu, kiedy z dziełem wyłaniają się łączniki implantów. Przykładowe przypadki kliniczne obejmują zdjęcia uzupełnień tymczasowych i ostatecznych (wykonywanych zwykle po 2-3 miesiącach od wszczęcia im-



hybrydowe na podbudowie CAD/CAM (BellaTek™ Bars). Jeśli nie ma dość miejsca w wymiarze pionowym, wykonuje się uzupełnienia z tlenku cyrkonu lub z porcelany napalanej na metal. Jeśli sytuacja kliniczna pacjenta wymaga lepszego podparcia wargi, preferowany typ uzupełnienia to belka i proteza „overdenture”.

W jaki sposób potencjalni kandydaci do leczenia tego rodzaju dowiadują się o tej możliwości?

Zdecydowana większość lekarzy, którzy kierują do nas pacjentów, świadczy doskonale usługi stomatologiczne od ponad 15 lat. W miarę, jak ich pacjenci tracą konwencjonalne korony i mosty lub

MET 3i NanoTite™ Tapered PREVAIL® ze względu na wysoką stabilizację pierwotną, uzyskiwaną przy zastosowaniu tego kształtu implantów. Zauważyliśmy, że implanty NanoTite™ Tapered PREVAIL® tak skutecznie i przewidywalnie pozwalają utrzymać poziom kości, że cały zespół właśnie je preferuje. Wbudowana zmiana platformy jest szczególnie korzystna w przypadku odbudowy pojedynczych zębów. Ustawiamy moment obrotowy implantacji w końcówce na 20 Ncm. Następnie zwiększamy go do 25 Ncm i dalej do 5 Ncm, dochodząc do 50 Ncm. Następnie stosujemy High Torque Indicating Ratchet Wrench, aby przejść powyżej 50 Ncm. Nasza

wszystkie przypadki leczenia z wolnej ręki, wspomagając się badaniami CT. Wykonujemy jednak coraz więcej zabiegów z użyciem szablonów chirurgicznych, ponieważ są one bardziej przewidywalne i rzadziej występują powikłania. Obecnie dostępny jest system do sterowanych zabiegów chirurgicznych BIOMET 3i Navigator® dla implantów stożkowatych. Czasami stosujemy albo gotowe, wykonane przez wewnętrzną pracownię protezy, albo przerabiamy dotychczasowe uzupełnienie na protezę DIEM®, albo też wykonujemy nową protezę natychmiastową, która jest dostosowywana przy fotelu pacjenta do warunków zwarciowych i wymiaru pionowego.

plantów w zuchwie i po 4-6 miesiącach w szczęce). Te przykłady kliniczne pomagają lekarzom protetykom i ich zespołom swobodnie prezentować metodę postępowania swoim pacjentom. □

Jason Kennedy DMD – uzyskał tytuł lekarza dentyisty w University of Louisville Dental School w Louisville (Kentucky), po czym odbył staż w Katedrze Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej University of Tennessee Medical Center w Knoxville (stan Tennessee). Uzyskał dyplom specjalisty Board of Oral and Maxillofacial Surgery. Pracuje w prywatnym gabinecie Southeast Oral Surgery w Maryville (Tennessee).

„Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy” – szkolenia kompetencyjne dla lekarzy i lekarzy dentystów

W ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza na szkolenia.

Projekt adresowany jest do lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego (wykonujących pracę lub zamieszkałych na Mazowszu), mających zarejestrowaną praktykę lekarską (aktywną) lub zatrudnionych w mikro- lub w małych przedsiębiorstwach (na podstawie umowy o pracę).


Informacje, terminy i zapisy:

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

Ochrona radiologiczna dla lekarzy dentystów – szkolenia NIL

W ramach projektu będącego częścią Europejskiego Funduszu Społecznego, współfinansowanego przez Unię Europejską, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza na szkolenia.

Szkolenia przeznaczone są dla lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego (wykonujących pracę lub zamieszkałych na Mazowszu), którzy mają zarejestrowaną praktykę lekarską (aktywną) lub są zatrudnieni w mikro- albo małych przedsiębiorstwach (na podstawie umowy o pracę). To część projektu pod nazwą: „Lekarz przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy. Szkolenia kompetencyjne szansą na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej.”


Szkolenia są akredytowane, a ich uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Wykłady pt.: „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne” odbędą się w następujących terminach:
• 29.11.2013 r. (piątek)
• 30.11.2013 r. (sobota) 

Szkolenia „Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy. Szkolenia kompetencyjne szansą na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej” są akredytowane, a ich uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Tematy szkoleń:

– „Wykorzystanie nowych mediów dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej. Teoria i praktyka”:
16.11., 7.12.

– „Recepty, refundacja, odpowiedzialność lekarza”:
16.11., 21.09.
– „Jak rozpoznać uzależnienie i skutecznie pomagać uzależnionym (w tym kolegom)?”:
30.11.

– „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”:
23.11., 07.12.
– „Techniki negocjacji – warsztaty dla lekarzy dentystów”:
17.11. 

AD



3Shape Dental System™

Profesjonalny system CAD/CAM dla laboratoriów stomatologicznych



System Dental System™ oferuje rozwiązania dla laboratoriów o dowolnym rozmiarze i modelu biznesowym. Dołączony do systemu pakiet 3Shape LABcare™ umożliwia nieograniczone aktualizacje oraz dostęp do pomocy online i szkoleń specjalistycznych.



Skaner D900 z technologią RealColor™
Cztery kamery wysokiej rozdzielczości 5MP oferują wyjątkowo szybkie i dokładne skanowanie kolorów. Wychwyłują wszystkie elementy tekstury i kolory, np. kolorowe znaki na modelu. Doskonały skaner do laboratoriów obsługujących dużą liczbę przypadków.



4 x 5.0 MP Cameras
RealColor™



Pręty łączące oraz mosty na implantach i wiele innych
Uzyskaj precyzyjne i wydajne narzędzie do projektowania zaawansowanych prętów łączących i mostów na implantach do ruchomych i stałych protez. Łatwe korzystanie z programów modułów Protezy, nowego modułu Abutment Designer™, modułów Filar i rdzeń, Aparaty ortodontyczne i innych.



Skrzynka odbiorcza TRIOS® i 3Shape Communicate™
Dental System™ umożliwia klinikom stomatologicznym bezpłatne połączenia z systemami TRIOS®, aby laboratoria mogły bezpośrednio otrzymywać skany wycisków. Inteligentne narzędzia komunikacyjne ułatwiają współpracę ze stomatologiem.

Bądź na bieżąco z nowościami, informacjami o produktach, specjalnymi ofertami, artykułami, itp.

Subskrybuj nasz newsletter – Digital Trends

Zeskanuj kod QR, aby się zarejestrować.



Śledź nas na:





7 sposobów na odmłodzenie uśmiechu

Nie tylko przeciwzmarszczkowe kremy i specjalistyczne zabiegi kosmetyczne wykonywane przy pomocy zaawansowanych technologicznie urządzeń są sposobem na odmłodzenie twarzy.

W zachowaniu młodego wyglądu pomogą wizyty w gabinecie dentystycznym i systematyczna dbałość o zęby.

Młode szkliwo jest twarde, połyskujące, niebiesko-szare w odcieniu. U osób starszych odcień szkliwa zmienia się na pomarańczowy, jego warstwa jest coraz cieńsza, przez co zęby nie są już tak błyszczące i jasne. „Dlatego właśnie wybielanie daje efekt odmłodzenia uśmiechu” – wyjaśnia dr Iwona Gnach-Olejniczak z Wrocławia. „Nie chodzi o to, by osiągnąć śnieżnobiałą barwę. Każdy z nas ma zapisany w genach swój odcień uzębienia. Rozjaśnienie zębów o kilka tonów (we własnej, naturalnej barwie) to sposób na dyskretne odjęcie lat” – dodaje. Wybielanie zębów zawsze powinno odbywać się pod nadzorem lekarza. Do dyspozycji są metody nakładkowe i gabinetowe. Zawsze przed wybielaniem należy usunąć kamień, by sprawdzić, czy nie kryją się pod nim ubytki próchnicze. To ważne także dlatego, że już sama higienizacja potrafi rozjaśnić zęby w zadowalający sposób. Spektakularny powrót do młodości zapewniają licówki porcelanowe, które idealnie naśladują kolor, przezierność i strukturę zębów młodych. A ponieważ są

coraz trwalsze, pozwalają cieszyć się młodym uśmiechem nawet 8-10 lat.

Naturalną cechą młodych zębów jest połysk. Z wiekiem szkliwo ściera się, przez co uśmiech traci swój młodzieńczy blask. „Oblicza się, że w ciągu całego życia grubość szkliwa zmniejsza się z 1,5 mm do 0,5 mm” – mówi dentystka. Staje się ono porowate, a wtedy szybciej odkładają się na nim osady. Przez cienką warstwę przenikają też barwniki zawarte w pożywieniu. Zęby przebarwiają się i ciemnieją. Ratunkiem dla zębów pozbawionych blasku są 2 rodzaje zabiegów, które można zastosować równolegle. Pierwsze koncentrują się na odbudowie szkliwa (remineralizacja). Są wykonywane w gabinecie i kontynuowane w domu. Ratunkiem są także zabiegi mikroabrazyjne, polegające na mechanicznym polekowaniu szkliwa. Uzyskany w ten sposób połysk rozjaśni i odmłodzi uśmiech nawet o kilkanaście lat.

Na wygląd twarzy wpływa też tzw. odwrócona linia uśmiechu. „Linia brzegów siekaczy górnych powinna odpowiadać krzywiznie dolnej wargi. Taki układ zapewnia młody i harmonijny wygląd” – podkreśla dr Iwona Gnach-Olejniczak. Cechą zębów młodych jest także układ linii brzegów siekanych, który nazywamy skrzydłami mewy (gull shape). Te skrzydła tworzą krótsze od jedynek dwójki, idealnie gdy są krótsze o 0,5-1 mm. Odtworzenie młodzieńczej linii uśmiechu przy niewielkich zaburzeniach jest możliwe za pomocą konturowania zębów. Przy większych zaburzeniach potrzebna może być interwencja ortodontyczna oraz bonding, tzn. wymodelowanie licówek kompozytowych, bezpośrednio na

fotelu dentystycznym oraz bez ingerencji w szkliwo pacjenta.

Najbardziej kobiecą cechą uśmiechu są dłuższe jedyńki, szczególnie gdy są delikatnie obrócone do siebie (tzw. motylkowe ustawienie). Generalnie kobiece zęby są z natury delikatne, zaokrąglone, o miękkich kształtach. Mają przezierne krawędzie sieczne i inne proporcje między szerokością a długością. Jeśli zęby są zbyt masywne i kwadratowe, można dodać sobie kobiecości poprzez zabieg konturowania zębów. Dyskretne wygładzenie mocnych krawędzi da spektakularny efekt.

20-latką z lekko otwartymi ustami pokazuje ok. 4-6 mm siekaczy górnych. Z wiekiem zmienia się napięcie mięśniowe, opada kontur twarzy, a grawitacja wpływa także na to, że zębów górnych pokazuje się coraz mniej (2 mm mniej co 20 lat), a to postarza. „Osoby starsze nawet w półuśmiechu pokazują już raczej tylko zęby dolne, zamiast górnych. Ale zdarza się, że i 30-latką uśmiecha się, nie pokazując górnych zębów” – mówi dentystka. Dzieje się tak najczęściej z powodu wad zgryzu oraz nawykowego zgrzytania zębami. Zatrzymanie tego procesu to domena stomatologicznego odmładzania. Z pomocą przychodzi ortodoncja dorosłych, która niweluje wady zgryzu, podnosi zwarcie i pozwala na odbudowę startych zębów za sprawą licówek kompozytowych lub porcelanowych. Efekt estetyczny można osiągnąć także podczas leczenia protetycznego, zwłaszcza gdy stan zębów i tak wymaga odbudowy za pomocą koron i mostów.

Dziąsła osób młodych szczególnie wypełniają przestrzeń między zębami. Trójkątne brodawki międzyzębowe tworzą falisty kształt, porównywany do girlandy. Z wiekiem, ale też na skutek braku higieny, dochodzi do zaniku brodawek międzyzębowych. Odsłaniają się puste przestrzenie u nasady zębów, co jest nie tylko brzydkie, ale i groźne dla zdrowia. W tych miejscach odkładają się kamień, a zęby robią się nadwrażliwe i podatne na choroby. „Z powodów zdrowotnych i estetycznych zachęcamy pacjentów do regularnego usuwania kamienia. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) zaleca 2 takie zabiegi w roku. Wykonuje się je nieinwazyjnie, bo za pomocą ultradźwięków” – mówi Iwona Gnach-Olejniczak. Przy poważniejszych problemach z przyzębiem stosuje się urządzenia minimalizujące kieszenie dziąsłowe i niwelujące stany zapalne.

Braki w uzębieniu to prosta droga do utraty podparcia kostnego ust, policzków i owalu twarzy. Z powodu utraty kilku trzonowców rysy twarzy będą się starzeć szybciej. „Tracimy nie tylko ząb. Brak korzenia powoduje, że kość szczęki czy żuchwy zaczyna w tym miejscu zanikać, a skóra traci podparcie. Pojawiają się zmarszczki i obwisnięcia” – wyjaśnia ekspert z Wrocławia. Najważniejsze jest dbanie o każdy ząb, plombowanie, leczenie kanałowe itd. Gdy ząb trzeba usunąć, od razu należy uzupełnić ubytek. „Dla zdrowia i estetyki najlepsze są implanty, ponieważ odtwarzają korzeń i tak jak on stymulują kość do rozbudowy” – podkreśla dr Iwona Gnach-Olejniczak. Nie bez przyczyny zabiegi implantologiczne są elementem Dental Face Liftingu®, tzn. metody odmłodzenia i poprawy rysów twarzy za pomocą zabiegów stomatologicznych i medycyny estetycznej. [D](#)

Otyłe dzieci i młodzież zwiększają koszty opieki zdrowotnej

Lekarze alarmują: otyłość u dzieci i młodzieży w Polsce w ciągu ostatnich 20 lat wzrosła 4-krotnie. Dane są tym bardziej niepokojące, że pogarsza się kondycja fizyczna i zdrowotna młodych ludzi. Powodem jest to przede wszystkim zmianą stylu życia i błędami żywieniowymi.

Na otyłość i nadwagę w grupie osób w wieku 7-18 lat cierpi 18% chłopców i 14% dziewcząt – wynika z badań Fundacji BOŚ. 20 lat temu statystyki te były niemal 4-krotnie niższe. Łącznie problem dotyczy 20% dzieci między 9. a 18.r.ż.

Coraz więcej młodych ludzi ma problem z nadciśnieniem, cukrzycą, a nawet miażdżycą, co do tej pory zdarzało się bardzo rzadko. Leczenie otyłości i jej groźnych dla zdrowia i życia konsekwencji kosztuje budżet państwa ponad 3 mld zł, co stanowi ponad 5% rocznych nakładów na opiekę zdrowotną.

To przede wszystkim kwestia przykłądu wyniesionego z domu. Dzieci biorą przykład ze swoich rodziców, a ci często nie zwracają uwagi na to, co i jak jedzą. Coraz częściej też stołują się poza domem, bo brakuje im czasu na przygotowywanie posiłków. Problemem jest również to, jak dzieci odżywiają się w szkołach. W szkolnych sklepikach więcej jest

chikapyka/Shutterstock.com



niezdrowych przekąsek niż owoców i warzyw. Co 3. dziecko w Polsce codziennie sięga po słodycze. Do tego dochodzi szereg innych czynników, m.in. większa dostępność fast foodów i wysokie tempo życia młodych ludzi.

Co ciekawe, z badań przeprowadzonych przez psychologów Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej wśród uczniów na Dolnym Śląsku wynika, że niemal 40% z nich zgadza się, że w szkole nie powinna być dostępna niezdrowa żywność.

Jak tłumaczą dietetycy, aby odwrócić tę niepokojącą tendencję, należy przede wszystkim nauczyć dziecko odpowiednich postaw i nawyków żywieniowych. Wiąże się to ze zmianą menu dla całej rodziny. Jadłospis powinien być tak skonstruowany, by zdecydowaną jego większość, ok. 80% stanowiły produkty odżywcze i zdrowe.

źródło: Newseria

Priorytety NFZ na 2014 r.

W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczy ponad 63,3 mld zł na finansowanie świadczeń zdrowotnych – jest to kwota o prawie 412 mln zł wyższa niż tegoroczne wydatki NFZ na ten cel.

Środki te zapisano w planie finansowym na przyszły rok i przeznaczy je centrala NFZ. Dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu przewidziano kwoty na takim samym poziomie jak w planie na 2013 r. Najwięcej pieniędzy otrzymają oddziały mazowiecki (ponad 8,7 mld zł), śląski (ponad 7,5 mld zł), wielkopolski (ponad 5,5 mld zł) i małopolski (ponad 5,3 mld zł).

Ponad 27 mld zł NFZ przeznaczony na leczenie szpitalne, 8 mld zł na refundację leków, ponad 7 mld zł na podstawową opiekę zdrowotną i ponad 5 mld zł na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

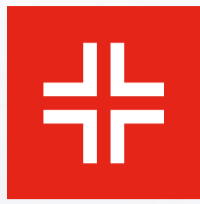
Ujęte w projekcie planu koszty NFZ to ponad 67 mld zł, są one wyższe o ponad 240 mln zł od planowanych przychodów. Jest to związane z koniecznością

przeznaczenia części środków z funduszu zapasowego na świadczenia opieki zdrowotnej, tak aby w 2014 r. nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich nie były niższe niż w roku poprzednim.

W planach na przyszły rok płatnik określa także priorytety działania. W 2014 r. będą to m.in.: zwiększenie roli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie procedur zabiegowych, zwiększenie populacji dzieci i młodzieży objętej badaniami bilansowymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zwiększenie poziomu realizacji chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz poprawa opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. [D](#)

Na podst.: PAP





CROIXTURE

PROFESSIONAL MEDICAL COUTURE



EXPERIENCE OUR ENTIRE COLLECTION ONLINE

WWW.CROIXTURE.COM