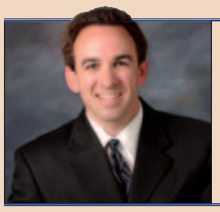
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

LISTOPAD-GRUDZIEŃ 2009 CENA: 9,50 zł VOL. 7, NR 11+12



Opinie
Specjalista Lorne Lavine o marketingu szeptanym
Strona 6

Praktyka
Diagnostyka i leczenie nadwrażliwości zębiny
Strona 9

Praktyka
Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych
Strona 12

Postępowanie w związku z zakażeniami wirusem A (H1N1) – zalecenia Ministerstwa Zdrowia

Marzena Bojarczuk, Dental Tribune Polska

W związku ze zwiększającą się liczbą zachorowań na zakażenia górnych dróg oddechowych, w tym na grypę A (H1N1), polskie Ministerstwo Zdrowia wydało zalecenia dotyczące postępowania w takich przypadkach.

W zaleceniach rekomendowanych przez Ministra Zdrowia Ewę Kopacz i Krajowego Konsultanta w dziedzinie chorób zakaźnych dr. Andrzeja Horbana zawarto informacje nt. objawów zakażeń wirusem grypy, zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia antywirusowego.

Objawy

W większości przypadków choroba przebiega łagodnie i zastosowanie podstawowych leków obniżających gorączkę i zmniejszających dolegliwości ze strony układu mięśniowego jest wystarczające. Nie zaleca się stosowania kwasu acetylosalicylowego. Nieskomplikowane przypadki grypy mogą być diagnozowane na podstawie objawów klinicznych. Następujące objawy sugerują cięższy przebieg choroby:

- wysoka gorączka trwająca dłużej niż 3 dni,
- spłycenie oddechu lub uczucie duszności,
- obecność krwi w plwocinie,
- obniżenie ciśnienia krwi,
- znaczne osłabienie, zawroty głowy,
- odwodnienie, które może prowadzić do skąpomoczu i zapaści.

Diagnostyka

Dostępne paskowe testy przesiewowe charakteryzują się bardzo niską swoistością (10–70% z zależności od producenta), dlatego ich wyniki nie są w pełni miarodajne i należy je traktować z nieufnością. Osoby z cięższym przebiegiem infekcji grypopodobnej trzeba poddać diagnostyce genetycznej, a leczenie wdrożyć, nie czekając na wyniki testów.

Leczenia antywirusowe

Leczenie antywirusowe jest zalecane:

- osobom o zwiększonym ryzyku ciężkiego przebiegu choroby (np. kobiety w ciąży, noworodki i dzieci do 2 r.ż. oraz pacjenci z przewlekłymi chorobami, w tym chorobami płuc, a także chorzy poddawani przewlekłej sterydoterapii) – należy stosować leczenie antywirusowe bezzwłocznie w przypadku umiarkowanego przebiegu choroby;
- osobom, u których stwierdza się ciężki lub pogarszający się przebieg choroby.

Kobietom w ciąży zaleca się jak najszybciej kurację lekami antywirusowymi, niezależnie od przebiegu choroby (leki trzeba bardzo ostrożnie podawać do 3. miesiąca ciąży). Należy również leczyć lekami antywirusowymi niemowlęta i dzieci do 2 r.ż., zwłaszcza gdy mają inne choroby, a objawy grypowe narastają. Osoby z podejrzeniem zapalenia płuc powinny być niezwłocznie leczone antybiotykami i lekami antywirusowymi. Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom, które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnej z wymienionych grup ryzyka. DT

Na podst. informacji MZ

Przedawkowanie cynku zagraża zdrowiu!

Amerykańskie stowarzyszenie Consumer Healthcare Products Association opublikowało ostrzeżenie dotyczące stosowania kremów pod protezy zawierających cynk. Zdaniem tej organizacji nadmierna ekspozycja na cynk zawarty w tych kremach może powodować niewyjaśnione uczucie osłabienia, utratę czucia i inne objawy ze strony układu nerwowego. DT

Nie tylko kwasy szkodzą zębom

Nowe badanie przeprowadzone w Sahlgrenska Academy w Szwecji wykazało, że substancje o wysokich wartościach pH uszkadzają szkliwo w sposób, który zwykle wiązano wyłącznie z erozją wywoływaną przez kwasy.

Badacze poddawali usunięte zęby działaniu kilku substancji o odczynie zasadowym, np. domowych preparatów odtłuszczających. Stwierdzili, że pod ich wpływem dochodzi do szybkiego rozpuszczania substancji organicznych na powierzchni zębów. Oznacza to, że uszkodzeniu ulegają także organiczne składniki szkliwa, które staje się bardziej porowate. Zasadowe preparaty odtłuszczające stosowane są głównie w przemyśle spożywczym, m.in. do czyszczenia profesjonalnych kuchni. Są jednak także powszechnie wykorzystywane w branży samochodowej oraz do usuwania farby ze ścian i z innych powierzchni. DT

AMADAR
www.amadar.pl

KAVO
www.kavo.pl

AD

„Tkanki jamy ustnej zawierają cenne komórki macierzyste”

Wywiad z dr. Minoru Ueda z Japonii

Dr Minoru Ueda

Inżynieria tkankowa opiera się na założeniu, że istnieje możliwość regeneracji ludzkiego organizmu lub jego fragmentów przy użyciu komórek macierzystych. Poczynając od lat 80. XX w. na całym świecie wyhodowano wiele rodzajów tkanek i narządów, wykorzystując kultury żywych komórek. Redaktorzy *Dental Tribune Asia Pacific* oraz *Worldental Daily* (FDI) rozmawiali z dr. Minoru Ueda z Nagoya University w Japonii na temat najważniejszych strategii inżynierii tkankowej i możliwości ich wykorzystania w dziedzinie stomatologii.

Inżynieria tkankowa stanowi stosunkowo nową technikę stosowaną w medycynie regeneracyjnej. W jaki sposób znalazła zastosowanie w stomatologii?

Podstawowe zasady i strategie regeneracji tkanek mają charakter uniwersalny. Aby zregenerować dowolną tkankę, potrzebujemy komórek macierzystych, czynników wzrostu i matrycy. W dziedzinie stomatologii poczyniliśmy znaczny postęp w kwestii materiałów, co daje nam przewagę nad innymi obszarami medycyny. Zaczęliśmy od opracowania materiałów wysokiej jakości, a następnie poszerzyliśmy działania o stosowanie komórek macierzystych.

Jakie są najważniejsze strategie inżynierii tkankowej opracowywane pod kątem zastosowań w stomatologii i na czym one polegają?

Dla dentystów najważniejszą tkanką jest kość. Opracowujemy techniki inżynierii tkanki kostnej i wprowadzamy je do użytku klinicznego w dziedzinie implantologii. Drugim obszarem naszych zainteresowań jest nauka o komórkach macierzystych. Tkanki jamy ustnej zawierają cenne komórki macierzyste, które mogą być wykorzystywane w terapii chorób układowych, np. udaru mózgu lub zawału serca. Miazga zębów stanowi jedno z najważniejszych źródeł komórek w obrębie jamy ustnej.

Jakie choroby jamy ustnej będą jako pierwsze mogły być leczone technikami inżynierii tkankowej?

Zanik kości wyrostka zębodołowego i ciężkie zapalenie przyzębia.

Czy możliwa jest rekonstrukcja ubytków tkanek złożonych z komórek różnego rodzaju?

Tak. Udało nam się zrekonstruować strukturę tkanek ludzkiego przyzębia, na które składają się cement, kość i więzadło ozębnej.

Na świecie obowiązują różne regulacje prawne dotyczące badań z wykorzystaniem komórek macierzystych. Jak wygląda w tym zakresie sytuacja w Japonii, czym różni się od innych części świata i jaki ma wpływ na wspomniane badania?

Możemy prowadzić badania podstawowe przy użyciu komórek zwierzęcych i ludzkich komórek macierzystych. Jednak badania z wykorzystaniem embrionalnych komórek macierzystych (embryonic stem cells – ES) oraz indukowanych pluripotencjalnych komórek macierzystych (induced pluripotent stem cells – iPS) mogą być prowadzone jedynie pod kontrolą komisji bioetycznych poszczególnych uniwersytetów. Aby móc stosować ES lub iPS, potrzebujemy specjalnej zgody naszego uniwersytetu i zgody rządu. Badania kliniczne prowadzone w oparciu o badania podstawowe także wymagają zgody uczelni i rządu. W porównaniu z innymi krajami, u nas bardzo trudno jest uzyskać taką zgodę. Dlatego w Japonii łatwo jest prowadzić badania podstawowe, a bardzo trudno podjąć badania kliniczne.

Obecnie w dziedzinie stomatologii kosmetycznej trwa debata dotycząca tego, czy lekarze dentyści powinni być uprawnieni do podawania pacjentom komórek osteogennych ze wskazań innych niż stomatologiczne. Jaka jest Pana opinia na ten temat?

Lekarze dentyści nie powinni mieć możliwości samodzielnego podawania jakichkolwiek komórek ze wskazań innych niż stomatologiczne. Jednak dentyści mogą wprowadzać komórki macierzyste w obrębie jamy ustnej i w okolicy szczękowo-twarzowej ze wskazań kosmetycznych, szczególnie w obszarze twarzy, ponieważ problemy kosmetyczne, np. zmarszczki nie są stanem chorobowym. Struktura powierzchni wszczepu jest bardzo ważna, ale nie jest to główny czynnik wpływający na pobudzenie żywych komórek wokół implantu.

Jaki będzie wpływ inżynierii tkankowej na pracę gabinetów stomatologicznych w ciągu najbliższych 20-25 lat?

Inżynieria tkankowa może doprowadzić do opracowania nowych metod leczenia chorób, które dotąd były nieuleczalne, np. ciężkiego zapalenia przyzębia lub zaniku wyrostka zębodołowego. Ponadto w gabinetach stomatologicznych będą powszechnie prowadzone zabiegi kosmetyczne w obrębie jamy ustnej i w okolicy szczękowo-twarzowej z wykorzystaniem metod inżynierii tkankowej. DT

Wywiad opublikowano za zgodą FDI World Dental Federation.

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-Stępień
m.wojtkiewicz@d-t.pl

Tłumacze:
Ewa Aleksińska
Marcin Aleksiński
Ewa Ganowicz

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
The World's Dental Newspaper

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.

Published by dti Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

Group Editor
Daniel Zimmermann
d.zimmermann@dental-tribune.com

Managing Editor
Jeannette Enders
j.enders@dental-tribune.com

Product Manager
Bernhard Moldenhauer
b.moldenhauer@dental-tribune.com

Production Executive
Gernot Meyer
g.meyer@dental-tribune.com

Ad Production Manager
Marius Mezger
m.mezger@dental-tribune.com

President/CEO
Peter Witteczek
p.witteczek@dental-tribune.com

Executive Vice President Finance
Dan Wunderlich
d.wunderlich@dental-tribune.com

License Inquiries
Jörg Warschat
j.warschat@dental-tribune.com

Accounting
Manuela Hunger
m.hunger@dental-tribune.com

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk
n.parczyk@dental-tribune.com

Design Manager
Franziska Dachsel
f.dachsel@dental-tribune.com

Regional Offices

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

Asia Pacific
Tony Lo
Room A, 26F, 389 King's Road
North Point, Hong Kong
Tel.: +852-3113-6177
Fax: +852-3113-6199

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

© 2009, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – co musi wiedzieć dentysta

Stephen Challacombe, Wielka Brytania

W obrębie jamy ustnej może występować ponad 40 różnych rodzajów nadżerek i owrzodzeń. Jeśli nadżerki mają charakter nawracający, ich pochodzenie jest zazwyczaj miejscowe – stan ten określa się mianem aft przewlekle nawracających (recurrent aphthous stomatitis – RAS). Owrzodzenia związane z obecnością chorób układowych zwykle utrzymują się przewlekle (właściwie są obecne przez cały czas) i najczęściej występują u osób w średnim i starszych wieku, choć nie jest to regułą.

Jednorazowe epizody nadżerek, które nie utrzymują się długo ani nie nawracają mają zwykle pochodzenie wirusowe. Jedno utrzymujące się owrzodzenie należy traktować jako objaw nowotworu złośliwego do czasu wykluczenia tego podejrzenia. W przypadku obecności nadżerek lub owrzodzeń w jamie ustnej diagnozę stawia się na podstawie łącznej analizy wywiadu medycznego, obrazu klinicznego oraz wyników badań dodatkowych.

W praktyce ogólnej podstawowe pytanie dotyczy utrzymywania się lub nawracania owrzodzenia czy nadżerki, momentu wystąpienia pierwszej zmiany oraz liczby, wielkości i położenia nadżerek. Odpowiedź na te proste pytania może ułatwić odróżnienie nadżerek świadczących o miejscowych zmianach w jamie ustnej od zmian będących objawem chorób układowych.

W wywiadzie medycznym często udaje się ustalić, że zmiany występują także w innych miejscach. Zdarza się jednak, że nadżerki w obrębie jamy ustnej stanowią pierwszy objaw choroby systemowej. Dotyczy to szczególnie chorób przewodu pokarmowego. Obecność innych objawów, takich jak np. wygładzony język, może świadczyć o niedoborach hematologicznych. Pierwszą decyzją, jaką należy podjąć jest stwierdzenie, czy istnieje konieczność leczenia i czy należy skierować pacjenta na konsultację do specjalisty. Lekarz musi podjąć tę decyzję w zależności od stopnia nasilenia zmian. Ogólna zasada mówi, że jeśli istnieje podejrzenie, że nadżerki stanowią odzwierciedlenie choroby systemowej, należy skierować pacjenta do specjalisty w celu dalszego badania. Większość przypadków RAS można leczyć w gabinecie lekarza ogólnego. Dobrym rozwiązaniem dla lekarza dentysty jest podjęcie próby terapii i skierowanie do specjalisty dopiero w sytuacji, kiedy to leczenie nie jest skuteczne (po 5-7 dniach).

Każdy gabinet stomatologiczny powinien korzystać z regularnych konsultacji w klinice. Lekarz prowadzący konsultacje musi mieć możliwość przeprowadzenia

W Göteborgu eksperci omawiają przyszłość implantologii

I Sympozjum im. Brånemarka gromadzi w Szwecji ponad 200 lekarzy dentystów

Dr Daniel van Steenberghe przemawia do delegatów podczas Sympozjum im. P-I Brånemarka (DTI/Fot.: Daniel Zimmermann).

Profesor Per-Ingvar Brånemark ze Szwecji wezwał dentystów z całego świata, aby na nowo przyjrzeli się potrzebom pacjentów. Podczas wyjątkowego wywiadu, udzielonego redaktorom *Dental Tribune Asia Pacific* w czasie I Sympozjum im. P-I Brånemarka, jakie odbyło się w Göteborgu powiedział, że pomimo rozwoju w dziedzinie stomatologii odtwórczej i chirurgii szczękowo-twarzowej, powinniśmy koncentrować się raczej na szukaniu prostych i przystępnych rozwiązań niż na zaspokajaniu komercyjnych zachcianek.

80-letni profesor Brånemark był pierwszym lekarzem, który w 1965 r. zaczął wszczepiać nowoczesne implanty stomatologiczne. Był on także odkrywcą zjawiska osteointegracji, co miało ogromny wpływ na rehabilitację protetyczną w stomatologii i na inne dziedziny medycyny, np. ortopedię.

Sympozjum im. P-I Brånemarka, organizowane przy wsparciu potentata na rynku produktów stomatologicznych – firmy Nobel Biocare, ma być pierwszym z serii interdyscyplinarnych spotkań, koncentrujących się wokół takich tematów, jak: jakość życia, ekonomia i etyka w odniesieniu do stomatologicznego leczenia odtwórczego. Sympozjum zgromadziło w Göteborgu ponad 250 naukowców i ekspertów w dziedzinie stomatologii z całego świata, w tym lekarzy z Australii, Chin i Indii. Spotkali się oni, aby omówić najnowsze trendy i osiągnięcia w dziedzinie stomatologii odtwórczej i chirurgii szczękowo-twarzowej, a także ostatnie udoskonalenia dotyczące obróbki powierzchniowej implantów, augmentacji kości oraz obrazowania i leczenia protetycznego opartego na technologii CAD/CAM. Przedstawiono również wyniki nowych badań, wykazujących obiecujący poziom satysfakcji pacjentów, u których zastosowano implanty stomatologiczne.

„Osteointegracja stanowiła największy przełom w dziedzinie odtwórczego leczenia stomatologicznego w XX wieku. Doprowadziła do tego, że przyjechali tu lekarze reprezentujący różne dziedziny stomatologii, którzy w przeciwnym razie nigdy by się nie spotkali" – powiedział dr Daniel van Steenberghe z Belgii, kierownik naukowy sympozjum. „Celem tego spotkania jest zacieśnienie współpracy dla dobra naszych pacjentów" – dodał.

Najnowsze dane wskazują, że światowy rynek implantów stomatologicznych w 2008 r. osiągnął wartość 700 mln dolarów amerykańskich. Eksperci są zdania, że wartość ta będzie prawdopodobnie dalej rosła ze względu na malejące koszty wykonawstwa i lepsze długoterminowe efekty kliniczne. DT

Zainteresowanie turystyką medyczną spada i... rośnie

Recesja ekonomiczna spowodowała spowolnienie tempa rozwoju turystyki medycznej i stomatologicznej o ok. 13,6% w 2009 r. w porównaniu do 2007 r.

Mimo to, z nowego raportu opublikowanego w USA przez Deloitte Center for Health Solutions wynika, że ożywienie na rynku może sprzyjać zwiększeniu w 2010 r. dotychczasowego, 35% tempa rocznego wzrostu tego rodzaju turystyki.

W ciągu ostatnich 2 lat doszło do znacznego spowolnienia turystyki medycznej w związku z faktem, że konsumenci odwlekali wykonywanie planowych zabiegów medycznych. Jednak – jak wynika z raportu – poprawa sytuacji ekonomicznej i reforma systemu opieki zdrowotnej w USA prawdopodobnie pobudzi ruch na rynku zabiegów planowych. Przewiduje się, że do końca 2009 r. w celu leczenia medycznego i stomatologicznego wyjedzie za granicę 648.000 Amerykanów. DT

←

wywiadu medycznego i obejrzenia zmian albo rozmowy z dentystami na temat przypadków zgłaszających się pacjentów, poradnictwa w zakresie leczenia i podjęcia decyzji o konieczności skierowania pacjenta do specjalisty. Jeśli lekarz podejrzewa, że zmiana może mieć charakter nowotworu złośliwego, zawsze najlepszym rozwiązaniem jest skierowanie do specjalisty. Postawienie rozpoznania będzie łatwiejsze w oparciu o badania dodatkowe, np. biopsję, a także takie elementy badania klinicznego, jak badanie palpacyjne zmiany i okolicznych węzłów chłonnych.

Niekiedy konieczny jest pośpiech, ale jednocześnie nie ma możliwości diagnozy na podstawie samego obrazu klinicznego bez uwzględnienia pozostałych czynników. Mogą się jednak zdarzyć sytuacje, w których skierowanie pacjenta do lekarza specjalisty może być utrudnione. W takim przypadku badanie kliniczne i rozmowa z lekarzem specjalistą mogą ułatwić stworzenie planu leczenia.

Wiele chorób systemowych może dawać objawy na błonie śluzowej jamy ustnej. Często tam właśnie pojawiają się pierwsze objawy tych schorzeń. Dlatego każdy lekarz ogólnie praktykujący powinien umieć rozpoznać zmienioną patologicznie błonę śluzową, a następnie podjąć decyzję, czy stwierdzona zmiana ma charakter miejscowy, czy też może być objawem choroby układowej. Dokładne badanie tkanek miękkich powinno zawsze stanowić jeden z elementów wizyty stomatologicznej. DT

Autor

Prof. Stephen Challacombe jest kierownikiem Mucosal Biology and Disease Research Group w Dental Institute (King's College, Londyn, Wielka Brytania). Można skontaktować się z nim, pisząc na adres: stephen.challacombe@kcl.ac.uk.

AD

CHAMPIONS® IMPLANTS

łatwe, pełno sukcesowe, tanie

bezpośrednio od znanego niemieckiego producenta
74 €

22 długości & Ø
VIERKANT
&
TULPEN-KOPF
16 długości & Ø

- Od 25 lat MIMI® doświadczenie z 95,5% sukcesem w 12 latach
- Champions® zadawalają w każdym wskazaniu...
- ...przy natychmiastowym obciążaniu (można i Cerec®) dzięki krystalicznym mikro gwincie
- Osseointegracja bez długoczasowego oczekiwania dla Champions® żaden problem
- COCI-MIMI Technika: łagodna aplikacja, bez krwawienia, tania
- Ponad 500 Champions® gabinetów/klinik w niemczech
- Z nową Champions® raczą (15-120 Ncm) kontrolowana siła wkręcania
- Champions daje zadowolenie i sukces pracy lekarzom takim jak TY

...Czaruj i Ty
- ...np wkręcanie do kości węższej niż 2,5 mm dla Champions-Implantu o średnicy 3,5 mm nie stanowi problemu
- ... zrobienie kuści D2 z kości D3/D4 bez dodatkowych instrumętów
- ...bezpośredni 2-3 mm sinuslift bez uszkodzenia błony zatoki
- ...gwarantowana stabilność powyżej 40 Ncm

gratis fachowe DVD

Szkolenia, system & protetyka które zachwycają
(R)EVOLUTION

Bezplatne (3 godzinne) Champions® szkolenie

Dr. Armin Nedjat – LIVE!
Stomatolog, Specjalista Implantolog, Diplomate ICOI
Wynalazca i MIMI® referent (wszczepił ponad 20.000 implantow!!!)

Informacje techniczne (w języku polskim):
champions@freenet.de
Tel. +49 (0) 151 - 15291539
Fax +49 (0) 611 - 3086181

Informacje, zameldowanie, terminy:
www.champions-implants.pl
www.champions-implants.com
info@champions-implants.pl

Terminy szkoleń praktycznych (lekarz z pacjętem):
Szczecin 04.02-06.02.2010
(warunki zgłoszeń i dokładny przebieg szkolenia otrzymają państwo pod)
champions@freenet.de
Tel. +49 (0) 151 - 15291539
Fax +49 (0) 611 - 3086181

Terminy szkoleń bezpłatnych:
Wrocław 02.02.2010 (19:00-22:00)
Warszawa 03.02.2010 (19:00-22:00)
Gdańsk 07.02.2010 (17:00-20:00)
Poznań 08.02.2010 (19:00-22:00)

Proszę podać dokładny adres i nr. telefonu

Nowe badania nie potwierdzają związku rtęci z autyzmem

Naukowcy z University of California Davis orzekli, że poziom rtęci w organizmach dzieci autystycznych jest zbliżony do poziomu obserwowanego u dzieci zdrowych. Sugeruje to, że choroba ta jest prawdopodobnie wywołana przez szereg różnych czynników i nie można żadnemu z nich przypisać kluczowego znaczenia.

(DTI/Fot.: Lumena)

Badacze stwierdzili, że poziom rtęci w organizmach dzieci autystycznych w wieku 2-5 lat był niższy niż u zdrowych dzieci. Wynika to z faktu, że dzieci z autyzmem jedzą mniej ryb, które są głównym źródłem rtęci we krwi. Po standaryzacji danych pod względem niższej konsumpcji ryb, stężenie rtęci we krwi dzieci autystycznych było zbliżone do poziomu tego związku u dzieci rozwijających się prawidłowo. Poziom rtęci u dzieci autystycznych mieścił się w krajowych normach.

Wyniki opublikowane w internetowym wydaniu czasopisma *Environmental Health Perspectives* pojawiły się w sytuacji, kiedy istnieje silne lobby zwolenników teorii, że rtęć zawarta w rybach, wypełnieniach stomatologicznych i szczepionkach oraz pochodząca z przemysłowych zanieczyszczeń jest czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój autyzmu. Debata na ten temat stała się szczególnie burzliwa po oświadczeniu amerykańskich Centers for Disease Control and Prevention, zgodnie z którym autyzm występuje częściej niż wcześniej uważano i dotyczy 1 na 91 dzieci, w tym 1 na 58 chłopców.

„Czas porzucić teorię, że ten jeden czynnik wyjaśni, dlaczego autyzm dotyczy tak wielu dzieci" – powiedziała Irva Hertz-Picciotto, która prowadziła badanie. „Autyzm jest tak złożonym problemem, o bardzo różnym stopniu ciężkości i objawach, że prawdopodobnie okaże się, że jego przyczyny są równie złożone" – czytamy w oświadczeniu.

Autyzmem określa się całe spektrum problemów: od poważnego, głębokiego upośledzenia zdolności komunikacji i opóźnienia rozwoju umysłowego po stosunkowo łagodnie przebiegającą chorobę. Na badania nad autyzmem została przeznaczona znaczna część środków z 5 mld dolarów, jakimi prezydent Barack Obama chce wspomóc rozwój badań medycznych i naukowych w USA.

Aktywiści zwrócili uwagę, że badanie przeprowadzone przez University of California nie miało na celu określenia, czy rtęć może powodować autyzm, ponieważ poziom rtęci we krwi mierzono już po rozpoznaniu autyzmu. „Wyników tego badania nie można traktować jako potwierdzenie lub wykluczenie związku pomiędzy ekspozycją na rtęć a powstaniem lub stopniem nasilenia autyzmu" – powiedziała Sallie Bernard, dyrektor wykonawczy grupy wsparcia SafeMinds. Niektórzy rodzice uważają także, że potencjalną przyczynę autyzmu mogą stanowić szczepionki zawierające thimerosol – konserwant na bazie rtęci, chociaż w licznych badaniach i raportach Institute of Medicine nie stwierdzono istnienia takiej zależności.

Badacze z University of California Davis przebadali 452 dzieci, w tym 249 dzieci autystycznych, 60 dzieci z innymi zaburzeniami rozwojowymi, także z zespołem Downa oraz 143 dzieci bez żadnych zaburzeń. Analizowali też różne źródła rtęci, w tym ryby, aerozole do nosa, produkty do usuwania woskowiny z uszu, szczepionki i wypełnienia stomatologiczne z amalgamatu zawierającego rtęć. Badacze zajmujący się autyzmem uwzględniają wiele czynników środowiskowych, w tym domowe środki czystości, przeprowadzane leczenie, dietę, stosowane suplementy diety i przebyte infekcje. Inne przeprowadzone ostatnio badania przyniosły mocne dowody na to, że rozwój autyzmu ma wiele przyczyn genetycznych.

„Dotychczasowe wyniki sugerują, że dopóki nie uwzględnimy zarówno podatności genetycznej, jak i czynników środowiskowych, nie uzyskamy pełnego obrazu choroby" – powiedziała Hertz-Picciotto. „Jednak tylko w nielicznych badaniach stosuje się takie wszechstronne podejście do problemu" – dodała. DT

Red. Daniel Zimmermann, DTI

AD

ALL YOU NEED FOR SUCCESSFUL IMPLANTOLOGY

STEIGMANN
implantologie institute

• Founded in 2006, the **Steigmann Institute** is a private dental clinic and advanced dental training institution, owned by **Marius Steigmann**, Dr. medic. stom. (IMF Neumarkt).

• **The Institute** holds courses and seminars for dental specialists, in particular, for implantologists and dental technicians from Germany and abroad.

• Ergonometrically designed equipment, generous lecture and practice rooms enhance the mediation of theoretical and practical educational contents and facilitate the learning of **ultra-modern surgical techniques**.

www.implantologie-heidelberg.de

Institute for Dental Implantology
Bahnhoffstr. 64
69151 NECKARGEMUEND
Phone: +49 (0) 6223 / 73819
Fax: +49 (0) 6223990815

Amerykanie oszczędzają na wizytach u dentysty

Chociaż w dziedzinie ekonomii pojawiają się pierwsze oznaki powolnego wychodzenia z regresu, wielu konsumentów w USA nadal zmaga się z problemami finansowymi. Niektóre z nich mogą wywierać wpływ na stan zdrowia.

Badanie przeprowadzone przez stowarzyszenie American Optometric Association (AOA) wykazało, że 36% Amerykanów ograniczyło liczbę wizyt u lekarzy ze względu na recesję. Kiedy spytano ankietowanych, do jakich lekarzy chodzą rzadziej, większość wskazała lekarzy dentystów (63%). Na kolejnych miejscach znaleźli się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (59%) i okuliści (52%). Tylko 8% spośród badanych nie stwierdza ograniczenia częstości korzystania z opieki medycznej.

Coroczne badanie American Eye-Q prowadzone obecnie przez AOA po raz czwarty wykazało, że konsumenci bardziej martwią się możliwością utraty wzroku (43%) niż pamięci (32%) lub zdolności chodzenia (12%).

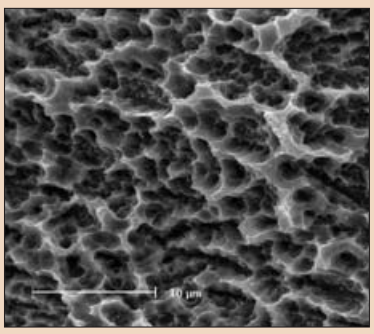
„Myśl o możliwości utraty wzroku jest dla ludzi czymś bardzo konkretnym. Być może dlatego oszczędzają raczej na wizytach u innych specjalistów" – powiedział członek Rady Naukowej Minnesota Optometric Association, dr Jill Hadler (Bright Eyes Vision Clinic, Otsego). „Wiemy, że wiele chorób oczu i problemów związanych z widzeniem nie daje początkowo zauważalnych oznak, dlatego tak ważna jest wczesna diagnostyka i leczenie. Zachęcamy wszystkich do traktowania dbania o oczy i wzrok jako integralnej części ogólnej troski o stan zdrowia. Nie warto oszczędzać na żadnym aspekcie zdrowia!" – dodaje.

Kolejne coroczne badanie American Eye-Q zostało wstępnie zaprojektowane i przeprowadzone przy współpracy z firmą analityczną Penn, Schoen & Berland Associates (PSB). W okresie 21-24.05.2009 r. PSB przeprowadziła drogą internetową badanie ankietowe na grupie 1.000 Amerykanów powyżej 18. r.ż., co uznano za dostatecznie reprezentatywną grupę populacji USA. DT

Red. Daniel Zimmermann, DTI

Straumann wprowadza nowy materiał

Lekarze dentyści w Europie mają już do dyspozycji Roxolid – stop implantologiczny firmy Straumann. Materiał ten po premierze w Ameryce Północnej został zaprezentowany podczas 18. Dorocznego Spotkania European Association for Osseointegration (EAO) w Monako.



Porowata powierzchnia implantu ze stopu Roxolid – obraz ze skaningowego mikroskopu elektronowego (DTI/Fot. dzięki uprzejmości Institut Straumann AG).

Zgodnie z wynikami najnowszych badań klinicznych, Roxolid łączy w sobie wysoką odporność na rozciąganie i zmęczenie z doskonałymi zdolnościami do osteointegracji. Ma on zwiększyć niezawodność leczenia, szczególnie w przypadku implantów o małej średnicy.

Roxolid został przebadany w ramach jednego z największych programów badawczych w dziedzinie implantologii dentystycznej w ciągu ostatnich lat, obejmującego 60 ośrodków i ponad 300 pacjentów. Obecnie trwają 2 inne duże, wieloośrodkowe badania kliniczne.

Przedstawiciele firmy ogłosili, że wydłużono program badań klinicznych w celu włączenia do niego prób ukierunkowanych na potrzebę przeprowadzania augmentacji kości i ocenę zachowania stopu Roxolid w przednim odcinku jamy ustnej oraz w wąskich przestrzeniach. Ponadto poszerzono zakres badań przedklinicznych, aby ocenić przebieg gojenia i przeprowadzić bezpośrednie porównanie z innymi stopami na bazie tytanu.

Roxolid jest dostępny w postaci implantów o średnicy 3,3 mm na poziomie kości i tkanek miękkich. DT

AD

STAT*IM*®

Sterylizacja w tempie TURBO!

Szybciej!

Zaledwie po 8 minutach końcówki i kątnice są gotowe do ponownego użycia. A to wszystko zgodnie ze wszystkimi normami.

STAT*IM*® oszczędza energię

Skrócony proces sterylizacji stanowi doskonałe uzupełnienie Twoich autoklawów

SciCan
A HIGHER STANDARD

Informacje dodatkowe:
Logistyka medyczna Logmed
tel./fax +48 22 7442028
www.logmed.pl

lub odwiedź stronę internetową pod adresem:
www.scican.com

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

Marketing szeptany 2.0 – jak zdobyć nowych pacjentów, dbając o wizerunek w Internecie?

Lorne Lavine, USA

W stomatologii ani ogromne środki wydane na reklamę, ani wymyślny marketing nie przewyższają znaczenia marketingu szeptanego – opinii rozpowszechnianych przez zadowolonych pacjentów. Najważniejszym czynnikiem warunkującym powodzenie twojej praktyki jest to, co mówią o tobie twoi pacjenci.

Szukając i wybierając gabinet dentystyczny, pacjenci coraz częściej korzystają z zasobów Internetu. Świadomość tego faktu i wykorzystywanie odpowiednich narzędzi pomoże w znacznym stopniu kształtować i utrzymać najwłaściwszy i najcenniejszy czynnik budujący twoją praktykę, tzn. doświadczenia i opinie twoich pacjentów, którzy będą dzielić się nimi z dziesiątkami potencjalnych klientów poszukujących nowego gabinetu stomatologicznego. To właśnie ty podejmujesz decyzję o tym, czy twój internetowy wizerunek będzie się opierał się na słabej podstawie przypadkowych dyskusji, czy stanie się twoim najważniejszym atutem – narzędziem starannie zarządzanym i pielęgnowanym w celu uzyskania możliwie najlepszego zwrotu zainwestowanych środków.

Powszechnie wiadomo, że zadowolony konsument podzieli się swoimi dobrymi doświadczeniami z kilkoma osobami, ale klient niezadowolony postawi sobie za punkt honoru, aby dowiedziały się o tym rzesze ludzi. Ty i twój personel – jako osoby świadczące usługi – jesteście marką. Sprzedajecie swoje umiejętności, wiedzę, doświadczenie, specjalizację, osobowość, godziny przyjęć i lokalizację. Wasza egzystencja i życie zależą od waszego wizerunku i opinii innych.

Każdy z lekarzy dentystów pracuje nad tym, aby pacjenci mieli dobrą opinię na temat ich pracy i aby dzięki temu polecali ich swoim znajomym i rodzinie. Najbardziej korzystna opinia pomnożona przez setki lub nawet tysiące potencjalnych pacjentów – w ten właśnie sposób ze świata marketingu szeptanego prowadzonego poza siecią przechodzimy do wyrafinowanego nowego świata marketingu opartego na opiniach internautów – marketingu szeptanego 2.0.

W świecie rosnącej popularności opinii publikowanych w Internecie konsumenci chcą tam znaleźć relacje klientów różnych placówek: restauracji, klubów fitness, a także gabinetów stomatologii kosmetycznej. W erze powszechności dostępu do Internetu, nastąpiła prawdziwa eksplozja świata dóbr i usług. Pojawienie się relacji miejscowych użytkowników to powrót do sąsiedzkiej zażyłości, a także sąsiedzkiej wymiany opinii.

Możliwe, że już masz jakąś opinię w Internecie, chociaż możesz jeszcze nie zdawać sobie z tego sprawy. Konsumenci mogą opisywać i oceniać twój gabinet na różnych stronach i forach internetowych. Nie ma możliwości sprawdzenia, czy taki komentarz jest uzasadniony. Ci, którzy je piszą, mogli nigdy nie być w twoim gabinecie. Czy chcesz, czy nie – w ten sposób konsumenci kreują twoją internetową reputację – bez twojej wiedzy i zgody, poza jakąkolwiek twoją kontrolą. Dotychczas nie miałeś możliwości zarządzania tymi informacjami.

Zdobywanie nowych pacjentów

Prawdopodobnie wiesz, że największa i najpotężniejsza wyszukiwarka internetowa to Google. Obecnie 67% wszystkich zapytań internetowych zadawanych jest przy użyciu Google. Wyszukiwarka ta osiąga poziom 3,2 mld odwiedzin miesięcznie! Możesz zoptymalizować swoją witrynę internetową tak, aby jej adres był pokazywany na pierwszych miejscach listy wyników wyszukiwania, kiedy twoi potencjalni pacjenci będą szukać gabinetów stomatologicznych. Jeśli zdecydujesz się płacić za prezentację swojej oferty, możesz wybrać Google Adwords i płacić za każde „kliknięcie" ze strony Google do Twojej witryny. Im więcej zapłacisz za jedno wejście, tym wyżej twój gabinet będzie prezentowany w części linków sponsorowanych na stronie Google.

Wiele gabinetów stomatologicznych płaci za każde „kliknięcie" więcej niż 4 £ (ok. 19 PLN), co daje tysiące wydawane miesięcznie na Adwords. Jeden ze znanych mi gabinetów wydaje na ten cel co miesiąc ponad 2.000 £ (ok. 9.500 PLN). Właściciele twierdzą, że ten wydatek „jest warty każdego pensa". Ta metoda – jak każda reklama – ma swoje ograniczenia i nie chodzi tylko o cenę. Reklama to autopromocja firmy. Dzisiejszy wytrawny konsument potrafi to rozpoznać i odpowiednio przefiltrować prezentowane informacje.

Nawet wiodąca wyszukiwarka internetowa docenia ogromną siłę i znaczenie marketingu szeptanego. Firma Google poszerzyła ostatnio swoją ofertę, umożliwiając konsumentom wyszukiwanie i porównywanie za pośrednictwem Internetu oferty miejscowych usługodawców. Spróbuj znaleźć lekarza dentystę w swojej okolicy, wpisując w okienko wyszukiwania słowo „dentysta" i swój kod pocztowy (czasem zamiast kodu pocztowego lepiej wpisać nazwę miejscowości). Powyżej właściwych wyników wyszukiwania pojawi się lista kilku gabinetów stomatologicznych. Aby zobaczyć pełną listę, należy kliknąć hiperłącze „Więcej wyników w pobliżu adresu ...".

Po rozwinięciu listy na prawo od każdego gabinetu znajduje się link do opinii na jego temat. To tam konsumenci mogą przeczytać to, co twoi pacjenci piszą na temat twojego gabinetu. Uruchamiając tę usługę, firma Google trafiła w sedno działania systemu poleceń: wspiera wymianę wrażeń pomiędzy konsumentami i wykorzystuje wiarygodność opinii pochodzących z tzw. pierwszej ręki. Jest to bezcenne – coś, czego nie można kupić za żadną sumę wydawaną na reklamę.

Buduj swoją reputację

W jaki sposób, jako lekarz dentysta, możesz wykorzystać to nowe narzędzie do budowania i kreowania swojej reputacji w Internecie? Przede wszystkim pamiętaj, że nie jest to kwestia jednorazowej prezentacji gabinetu, ale proces długotrwałego wypracowywania i podtrzymywania swojej renomy. Najlepszym sposobem na osiągnięcie i utrzymanie pozycji w pierwszych 10 z wyświetlanych gabinetów jest bycie jedną z pierwszych osób dbających o popularność profilu swojej praktyki, a następnie zapewnienie ciągłego napływu istotnych opinii i informacji dotyczących jakości gabinetu. Możesz to zrobić biernie lub czynnie.

Podejście bierne: możesz mieć nadzieję, że pacjenci odwiedzający twój gabinet posiadają dostateczną wiedzę i motywację, aby założyć konto w serwisie Google,

AD

Konieczność ratowania zębów istotą debaty na temat implantologii

Sierra Rendon, Dental Tribune Ameryka

Przewodniczący AEE – Gerald N. Glickman (DTI/Fot.: Daniel Zimmermann).

Stowarzyszenie American Association of Endodontists (AAE) wyraziło poważne zaniepokojenie ostatnimi zapewnieniami organizacji American Academy of Iplant Dentistry (AAID). Zdaniem grupy lekarzy endodontów pozycja lobby implantologicznego podtrzymuje mity dotyczące leczenia kanałowego zębów.

Z komunikatu prasowego opublikowanego przez AAID we wrześniu br. wynika, że implanty są lepszym rozwiązaniem niż leczenie kanałowe z wielu powodów, w tym także pod względem wyższego wskaźnika powodzenia i niższych kosztów. Lekarze endodonci uważają, że twierdzenia te są nieprecyzyjne i mylące pacjentów.

„Wykazano, że wskaźnik powodzenia leczenia tymi dwoma metodami jest zbliżony" – powiedział dr Gerald N. Glickman, przewodniczący AAE. „Ponadto wiele badań dowodzi, że po 8 latach zachowanych zostaje ok. 95-97% zębów leczonych endodontycznie. W przypadku implantów, po podobnym czasie stwierdza się utrzymanie 85-90% wszczepów. AAID w swoim komunikacie prasowym zignorowało publikacje w czasopismach naukowych" – dodał Glickman. Zwrócił on także uwagę na twierdzenie, że chore zęby nie są warte ratowania, co jego zdaniem nie służy ani pacjentom, ani lekarzom dentystom.

„Czy pacjent, który złamał rękę, liczy na to, że lekarz wszczepi mu zamiast niej sztuczną? Dlaczego ci sami pacjenci mają wierzyć, że to, czego potrzebują, to sztuczny ząb wszczepiony do kości, skoro istnieje możliwość uratowania własnego zęba?" – pyta przewodniczący AAE.

Dr Glickman podkreśla, że ratowanie zębów to nie „stomatologiczny heroizm", ponieważ służy najlepszemu interesowi pacjentów, a lekarze endodonci z dumą się tym zajmują, zgodnie z wytycznymi American Dental Association, Principles of Ethics and Code of Professional Conduct.

Dodaje, że twierdzenia, iż leczenie kanałowe jest droższe, są bezpodstawne, ponieważ ostatnie badania wykazały, że własne zęby uratowane dzięki przeprowadzeniu leczenia kanałowego rzadko wymagają dalszego leczenia i zwykle udaje się je zachować na całe życie. Leczenie implantologiczne jest z kolei związane z częstszymi powikłaniami pozabiegowymi i dlatego prawdopodobnie oznacza ostateczne większe obciążenie finansowe.

Gerald N. Glickman przyznaje, że w niektórych przypadkach nie ma możliwości uratowania zęba. Rozsądnym rozwiązaniem jest wtedy leczenie implantologiczne. Wspomina przy tym, że lekarze specjalizujący się w leczeniu kanałowym posiadają doskonałe kwalifikacje, aby we współpracy z ogólnie praktykującym lekarzem dentystą rozróżnić takie przypadki, a każdy dentysta jest ze względów etycznych zobowiązany do informowania pacjentów o wszystkich dostępnych możliwościach terapeutycznych. „W rzeczywistości całe to zamieszanie nie ma na celu wskazania, która z możliwości terapeutycznych jest lepsza, ale określenie, jakie postępowanie jest najlepsze dla danego pacjenta. A najlepszym postępowaniem zawsze jest takie, które ma na celu zachowanie własnych zębów" – powiedział. DT

---

odnaleźć tam twój profil i zamieścić opinię. To wymaga czasu i wysiłku ze strony pacjenta, a także ze strony pracowników gabinetu, którzy muszą informować i zachęcać swoich klientów do podjęcia takich kroków. Nawet jeśli członkowie twojego zespołu zaangażują się w uświadamianie pacjentom istnienia możliwości umieszczania swoich opinii w Internecie, możesz tylko mieć nadzieję, że po powrocie do codziennych domowych i zawodowych obowiązków pacjenci będą nadal o tym pamiętać. Doświadczenie wskazuje, że podejście bierne pozwoli ci uzyskać 1-2 opinie co kilka miesięcy.

Podejście czynne: obecnie jedyną możliwością zintegrowanego, aktywnego zarządzania własną reputacją w Internecie za pośrednictwem Google jest skorzystanie z oferty firmy internetowej, zajmującej się komunikacją z pacjentami. Firmy ta podpisują zwykle ze spółką Google porozumienia, dzięki którym gabinety stomatologiczne zyskują możliwości prostej rozbudowy swojego profilu, m.in. dzięki opcji bezpośredniego przesyłania danych pochodzących z ich własnych systemów komunikacji.

W przypadku korzystania np. z systemu Demandforce każdy pacjent otrzyma od ciebie po każdej wizycie e-mail z podziękowaniami. Pacjent ma możliwość wypełnienia anonimowej ankiety na temat wizyty, a także napisania dostępnej publicznie opinii. Możesz czytać opinie na temat swojego gabinetu i odpowiadać na nie albo poprosić o usunięcie opinii, jeżeli nie spełnia ona standardowych wymogów. Po 7 dniach dane są automatycznie przesyłane do Google w celu uzupełnienia twojego profilu.

Dzięki podejściu aktywnemu możesz zyskać dziesiątki opinii miesięcznie. Współpraca z wyspecjalizowanymi w tym zakresie firmami nie tylko zapewnia zarządzanie opiniami na temat twojego gabinetu, np. w systemie Google, ale także umożliwia optymalizację twojego profilu poprzez zamieszczanie informacji dodatkowych takich, jak: specjalizacja, języki obce, współpraca z ubezpieczycielem i godziny pracy. Możesz także dodać do swojego profilu możliwość internetowej rejestracji wizyt. Nowa opcja dodawania opinii do systemu Google jest dostępna bez żadnych dodatkowych kosztów w ramach standardowej opłaty miesięcznej.

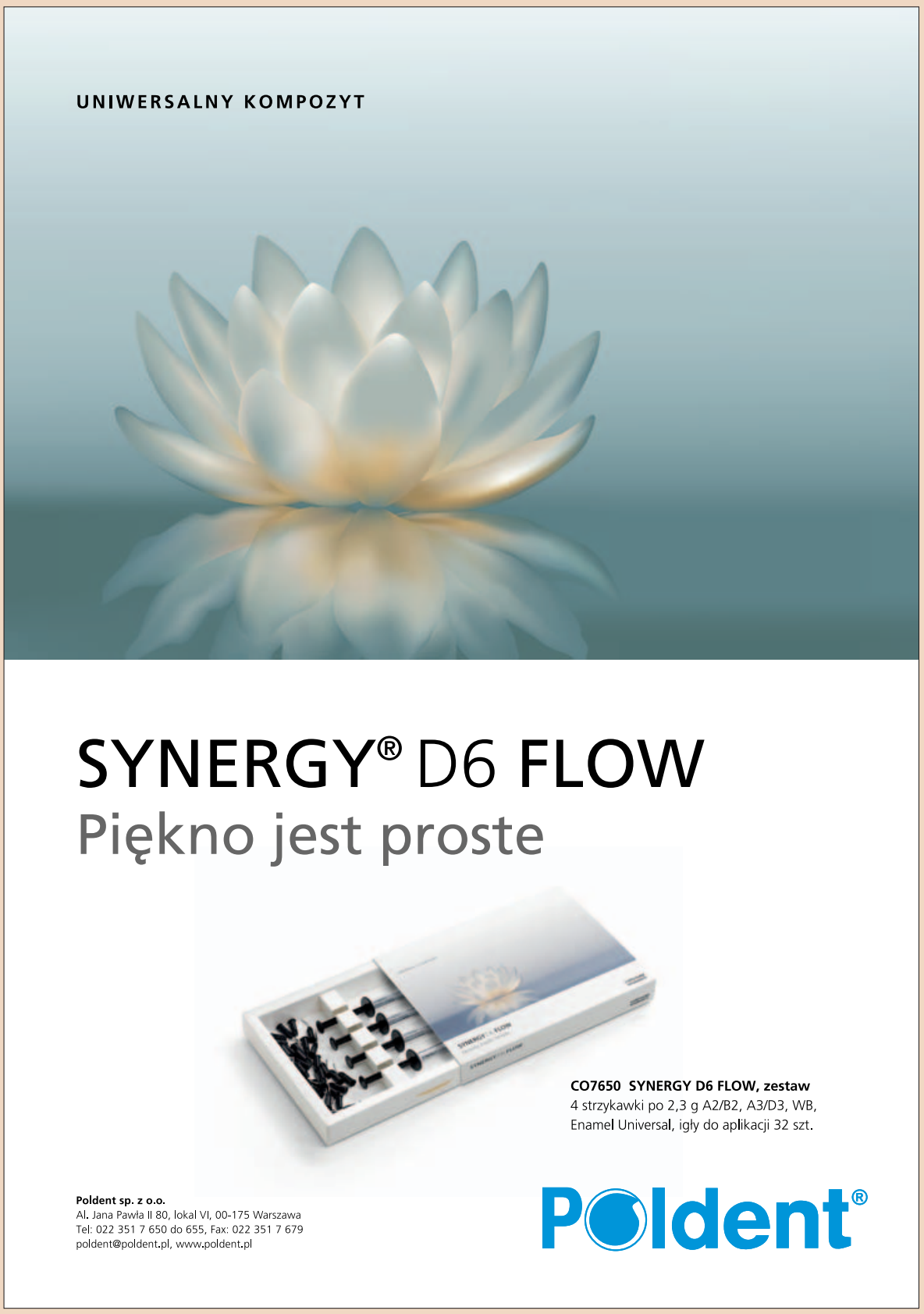
Niezależnie od tego, czy wybierzesz bierny, czy aktywny sposób budowania swojego internetowego wizerunku, zachęcam do kontroli, czy krążące opinie dobrze charakteryzują twój gabinet i w ten sposób mu służą. Twoja reputacja internetowa to twoja sprawa, a ci, którzy szybko to sobie uświadomią, wyprzedzą konkurencję.

Opinie internetowe – dobre i złe – pozostaną z nami. Satysfakcja pacjentów i wynikający z niej marketing szeptany staja się naszą codziennością. Co robisz, aby zadbać o swoją renomę w Internecie? Czy próbowałeś ostatnio wyszukać swój lub inny gabinet za pomocą Google? DT

Autor

Dr Lorne Lavine jest założycielem i prezesem Dental Technology Consultants – firmy, która próbuje odpowiadać na potrzeby technologiczne lekarzy dentystów. Można się z nim skontaktować, pisząc na adres: DrLavine@TheDigitalDentist.com.

AD



AMADAR

Amadar Sp. z o.o.
Ul. Świętokrzyska 14
00-050 Warszawa

Tel. 022 826 43 81,
Fax. 022 826 91 52
www.amadar.pl
www.a-dec300.com

Przedstawiamy A-dec 300

A-dec 300™ to kolejna, obok A-dec 500, propozycja jednego z największych producentów sprzętu stomatologicznego na świecie. Unit A-dec 300™ stanowi system łączący najistotniejsze funkcje w jedno kompleksowe, rozwiązanie. Nowoczesny wygląd unitu to harmonijne połączenie stylu i funkcjonalności. Jest to rozwiązanie ergonomiczne, które charakteryzuje technologia przyjazna użytkownikowi.

Wybierając unit linii 300 dentysta ma pewność, że będzie pracował na sprzęcie marki A-DEC uznanej przez dziesiątki tysięcy stomatologów na świecie za najbardziej niezawodną i ekonomiczną.

a healthy NEW choice for dentistry

Sprawdź dlaczego A-dec300 jest najlepszym wyborem dla Twojej praktyki.
Odwiedź salony wystawowe Amadar lub wejdź na stronę internetową: www.a-dec.pl, www.a-dec300.com.

a-dec®

Diagnostyka i leczenie nadwrażliwości zębiny

David G. Gillam, Wielka Brytania

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie lekarzom dentystom aktualnego stanu wiedzy na temat nadwrażliwości zębiny – dokuczliwego problemu klinicznego, który jest przez wielu lekarzy lekceważony i często niediagnozowany w gabinetach dentystycznych.

(DTI/Fot.: Tjerrie Smit)

Rozpoznanie i rozpoznanie różnicowe

Dane dostępne w piśmiennictwie wskazują, że istnieje liczna grupa osób, u których występuje podwyższone ryzyko wystąpienia problemów związanych z nadwrażliwością zębiny – są to np. osoby zbyt intensywnie szczotkujące zęby, pacjenci poddawani leczeniu periodontologicznemu, chorzy cierpiący na bulimię, pacjenci z kserostomią, osoby spożywające duże ilości kwaśnych pokarmów i/lub napojów, osoby w starszym wieku dotknięte recesjami dziąseł oraz pacjenci żujący tytoń.

Wywiad, badanie stomatologiczne i rozpoznanie

Jedną z podstawowych trudności, jakie napotyka lekarz dentysta w czasie kontaktu z pacjentem cierpiącym z powodu bólu zęba jest fakt istnienia wielu przyczyn, które mogą wywoływać takie same objawy kliniczne jak nadwrażliwość zębiny. Przed postawieniem właściwego rozpoznania nadwrażliwości należy zatem wykluczyć inne możliwe problemy. Ważna jest także świadomość, że pacjenci cierpiący z powodu różnego rodzaju zaburzeń w obrębie jamy ustnej i twarzy, objawiających się bólem lub nadwrażliwością zębów, mogą odczuwać różne dolegliwości fizyczne i psychiczne, często wpływające negatywnie na jakość życia. Mogą oni odczuwać desperację, bezradność i frustrację z tego powodu, że nie mogą zaufać lekarzowi dentyście w zakresie rozwiązania ich problemów. To z kolei może utrudniać skuteczne zebranie wywiadu na temat choroby. Dla postawienia właściwej diagnozy lekarz musi w pełni wykorzystać wszystkie swoje umiejętności, co pozwoli na stworzenie odpowiedniego planu leczenia. Wymaga to czasu, którego zawsze jest za mało w gabinecie pełnym zapisanych pacjentów, w którym lekarz chce uzyskać od pacjenta niezbędne informacje i musi być dobrym słuchaczem, wykazywać empatię i cierpliwość. Jednocześnie trzeba pamiętać, że nie należy podejmować żadnych nieodwracalnych procedur terapeutycznych dopóki nie zostanie postawione rozpoznanie ostateczne, a to oznacza, że nie może być leczenia bez diagnozy.

Anglojęzyczni lekarze dentyści z pewnością pamiętają z czasów studiów różnego rodzaju akronimy, jak np. „LOCATE" czy „SOCRATES", które mają im pomagać w zebraniu dostatecznych informacji na temat charakteru, lokalizacji, początku, czasu trwania, częstości nawrotów i stopnia nasilenia problemu, z jakim pacjent zgłasza się do gabinetu. Więcej informacji ułatwiających postawienie właściwego rozwiązania mogą przynieść dodatkowe pytania, dotyczące czynników nasilających lub łagodzących dolegliwości, a także poproszenie pacjenta o opisanie odczuwanego przez niego bólu (przydatne może być tutaj wykorzystanie deskryptorów słownych, np. zawartych w kwestionariuszu bólu McGill). Dobrą formą pytania o stopień nasilenia bólu jest jego oznaczenie przez pacjenta w skali od 0 do 10 (od braku bólu po bardzo silny ból) na wizualnej skali analogowej lub po prostu wyrażenie go liczbą z zakresu od 0 do 10. Lekarz dentysta powinien pamiętać o systematycznym przeprowadzaniu tego etapu badania. Po zakończeniu badania podmiotowego należy przeprowadzić badanie przedmiotowe w celu zdiagnozowania aktualnych problemów, jakie mogą występować u pacjenta. Obejmuje ono dokładne i systematyczne badanie zewnątrz- i wewnątrzustne tkanek miękkich (w tym badanie palpacyjne). W zależności od sytuacji klinicznej można wykorzystywać różne metody dodatkowe, np. zdjęcia rtg lub testy żywotności, które mogą potwierdzić rozpoznanie kliniczne postawione na podstawie szczegółowego wywiadu. Delikatnie przesuwając zgłębnikiem po powierzchni policzkowej lub wargowej zębów, można zidentyfikować zlokalizowane obszary obnażonej zębiny. Może to wywołać u pacjenta reakcję bólową, chociaż generalnie uznaje się, że w przypadku nadwrażliwości zębiny bardziej prawdopodobne jest wywołanie takiej reakcji poprzez dmuchnięcie zimnym powietrzem z dmuchawki stomatologicznej. Praktycznym sposobem, który lekarz dentysta może wykorzystać w procesie diagnostycznym jest naniesienie na daną powierzchnię lakieru (np. Duraphat) i ponowne przeprowadzenie testu z zimnym strumieniem powietrza. Jeśli reakcja pacjenta wskazuje na złagodzenie dyskomfortu, może to sugerować, że przyczyną problemu jest nadwrażliwość zębiny. Nie zwalnia to jednak lekarza z obowiązku zidentyfikowania i usunięcia w ramach postępowania terapeutycznego wszelkich czynników etiologicznych lub sprzyjających powstaniu choroby.

„Przed ostatecznym rozpoznaniem nadwrażliwości zębiny należy wykluczyć inne możliwe problemy"

Należy podkreślić, że postawienie diagnozy może nie być łatwe, ponieważ podobne objawy daje wiele różnych chorób. Należą do nich m.in. pęknięcie zęba, próchnica, odwracalne lub nieodwracalne zapalenie miazgi, złamanie zęba albo wypełnienia, nadwrażliwość pozabiegowa (związana z leczeniem odtwórczym, periodontologicznym lub wybielaniem) oraz atypowy ból twarzy. Te problemy także mogą wymagać dłuższego badania klinicznego (np. badania żywotności przy pomocy urządzeń specjalnych, chlorku etylu, zimna, opukiwania i zdjęć rtg). Sposobem przydatnym w zdiagnozowaniu zespołu pękniętego zęba jest zastosowanie diagnostycznego miejscowego znieczulenia nasiękowego albo znieczulenia przewodowego nerwu zębodołowego dolnego lub użycie techniki śledzenia zęba. Znaczenie definicji podanej przez Addy i wsp., wynikającej jednoznacznie z dokumentu kanadyjskiego konsensusu wiąże się z faktem, że zawiera ona bardzo przydatny kliniczny opis nadwrażliwości zębiny i podkreśla potrzebę wykluczenia innych postaci bólu lub nadwrażliwości zębów.

AD