Wewnątrz numeru:
Endo Tribune · CEDE Special

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

PAŹDZIERNIK 2012 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł VOL. 10, NR 10

News
Zdrowie zębów a jakość oddychania
Strona 9

Praktyka
Fluorescencja w profilaktyce stomatologicznej
Strona 4

Wydarzenia
Sukces DTSC na targach CEDE 2012
Strona 10

System elektronicznej weryfikacji ubezpieczonych zacznie działać od stycznia 2013 r.

Prezydent podpisał znowelizowaną przez Sejm Ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, która umożliwi sprawdzenie on-line uprawnień pacjenta do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Centralny Wykaz Ubezpieczonych ma funkcjonować od 2013 roku.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy Centralnego Wykazu Ubezpieczonych prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nowelizacja przygotowana przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji oraz Ministerstwo Zdrowia zakłada, że od 1 stycznia 2013 r. świadczeniodawca będzie mógł drogą elektroniczną zweryfikować prawo pacjenta do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Pracownicy rejestracji w placówkach medycznych, wpisując do systemu PESEL pacjenta, będą mogli w kilka sekund otrzymać z NFZ informację o jego ubezpieczeniu. W ten sposób zostaje zdjęta z lekarzy odpowiedzialność za sprawdzanie, czy osoba jest uprawniona do świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie to ma dotyczyć także lekarzy, którzy nie mają kontraktu z NFZ, ale posiadają umowę na wypisywanie recept refundowanych.

White78/Shutterstock.com

Po otrzymaniu informacji o braku ubezpieczenia pacjent będzie mógł złożyć oświadczenie, że je posiada i na tej podstawie otrzyma świadczenie zdrowotne. Będzie ono obowiązywało także w tych miejscach, gdzie świadczeniodawca nie ma możliwości weryfikacji ubezpieczenia pacjenta drogą elektroniczną z powodu np. braku dostępu do Internetu. Pacjent, składając oświadczenie, będzie ponosił całkowitą odpowiedzialność za przekazane w nim informacje.

Od początku 2013 r. NFZ będzie płacił za wykonane świadczenia, a potem sprawdzał, czy pacjent był uprawniony do ich otrzymania. Te rozwiązania gwarantują świadczeniodawcy, że NFZ nie odmówi rozliczenia z powodu braku uprawnień, gdy okaże się, że udzielił świadczenia pacjentowi, którego prawo zostało potwierdzone (elektronicznie, przez złożenie oświadczenia lub okazanie dokumentu).

W przypadku, gdy świadczenie zostanie udzielone pacjentowi, który nie posiadał do tego uprawnień, to Fundusz będzie egzekwował od niego zwrot kosztów usługi oraz nienależnej refundacji leku. NFZ będzie miał możliwość odzyskania tych środków w postępowaniu egzekucyjnym na drodze administracyjnej, a nie sądowej. Dotychczas to na świadczeniodawcy ciążył obowiązek egzekwowania od nieuprawnionej osoby kosztów udzielonego mu świadczenia. DT

źródło:
Rynek Zdrowia, Rzeczpospolita

MZ chce zmian w kwestii dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych

Na leczenie poza publiczną służbą zdrowia Polacy wydają obecnie ok. 30 mld zł rocznie – to prawie połowa kwoty, którą dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. „Jeżeli zadbamy, by te środki były racjonalnie wydane, to mogą one dobrze służyć ochronie zdrowia z korzyścią dla pacjentów" – mówi wiceminister zdrowia Sławomir Neumann.

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad zmianami w Ustawie o ubezpieczeniach zdrowotnych. Chodzi m.in. o uregulowanie kwestii dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jeszcze w tym roku resort chce zaproponować zmiany w przepisach dotyczących komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, umożliwiających nie tylko szybszy dostęp do świadczeń lekarzy, ale także do zabiegów niezwiązanych z podstawową opieką medyczną.

W pierwszej kolejności ministerstwo chce uporządkować rynek dodatkowych ubezpieczeń. Polacy z własnej kieszeni wydają na prywatne leczenie 30 mld zł, płacąc za wizytę u specjalisty lub kupując abonament. Z danym firmy analitycznej PMR wynika, że statystycznie to ok. 800 zł na osobę, a wydatki ten cel mają rosnąć w tempie 5% rocznie.

„Dziś w Polsce firmy ubezpieczeniowe oferują wiele ubezpieczeń na zdrowie, na leczenie, w ramach abonamentów, ubezpieczenia komplementarne. Są też firmy, które mówią: zróbcie bramę prawną dla dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych, to my wejdziemy ze swoją ofertą" – mówi Neumann podkreślając, że oprócz tego, że projekt systematyzuje istniejące już ubezpieczenia, ma również umożliwić rozwój kolejnych produktów. Szczegółowy koszyk usług jest jeszcze przedmiotem dyskusji, ale już dziś resort deklaruje, że nie chce wykluczać żadnej możliwości.

„Na końcu to zawsze będzie produkt firmy ubezpieczeniowej, więc to ona będzie ustalała, co w tym ubezpieczeniu będzie zawarte. Chcielibyśmy, żeby ono było jak najszersze, jak najbardziej solidarnościowe, żeby nie było to ekskluzywne ubezpieczenie dla wybranej grupy, a przy tym, by nie było selekcji pacjentów" – podkreśla wiceminister. Dodaje, że trwają jeszcze konsultacje projektu z ekspertami i stroną społeczną. DT

źródło: Newseria

udra/Shutterstock.com

Brakuje kadry w wojskowej opiece zdrowotnej

Ministerstwo Obrony Narodowej przedstawiło sejmowej komisji obrony narodowej informację na temat funkcjonowania wojskowej ochrony zdrowia.

Z informacji wynika, że największym problemem wojskowej służby zdrowia jest odpływ kadry lekarskiej. Przedstawiciele MON podkreślają jednocześnie, że zadaniem armii nie jest prowadzenie placówek medycznych dla ludności cywilnej.

hansenn/Shutterstock.com

W ostatnich latach systematycznie zmniejsza się liczba lekarzy wojskowych i w związku z tym wojsko stopniowo redukuje etaty lekarskie. Utrzymuje się też tendencja do wypowiadania służby przez lekarzy wojskowych. W 2010 r. odeszło na własną prośbę 164 lekarzy, w 2011 – 116. Wg szacunków, w tym roku liczba ta utrzyma się na zbliżonym poziomie. Głównej przyczyny takiego stanu upatruje się w zmianach w finansowaniu cywilnej służby zdrowia, które spowodowały, że służba w wojsku staje się mało atrakcyjna finansowo dla personelu lekarskiego.

Zdaniem wojskowych ekspertów, aby poprawić sytuację, niezbędne jest m.in. finansowanie świadczeń dla żołnierzy służących w placówkach zdrowotnych z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej, utworzenie skutecznego systemu motywacyjnego i zwiększenie naboru studentów medycyny. Wojskowi postulują też rozważenie rozpoczęcia prac nad strukturą wojskowej służby zdrowia, w tym sieci resortowych szpitali MON.

Obecnie armia posiada 4 szpitale kliniczne, 9 szpitali wojskowych i 4 uzdrowiskowo-rehabilitacyjne. Wiceminister Obrony Narodowej Czesław Mroczek podkreśla, że większość pacjentów wojskowych placówek medycznych to cywile, a większość przychodów to środki z NFZ. DT

Lekarz i Internet autorytetami w dziedzinie zdrowia

Wyniki badania pt.: „Polacy o zdrowym stylu życia – źródła wiedzy na temat zdrowego stylu życia i autorytety w dziedzinie zdrowego stylu życia" pokazują, że najwięcej (22%) Polaków wskazuje lekarzy jako źródło informacji na temat tego, jak powinien wyglądać zdrowy styl życia.

Częściej wskazują tak m.in. kobiety, osoby w wieku 60 lat i więcej, osoby z wykształceniem wyższym. Inne wymieniane źródła to: od przyjaciół i znajomych (19%), od rodziny i członków gospodarstwa domowego (12%), z Internetu (12%), z audycji radiowych i telewizyjnych (10%), z artykułów w prasie i czasopismach (10%), z reklam telewizyjnych i radiowych (8%), z reklam w czasopismach i gazetach (6%), z książek i poradników (6%), z ulotek w przychodni, aptece lub szpitalu (3)%, od farmaceutów (2 %). Najczęściej wskazywanym autorytetem w dziedzinie zdrowego stylu życia jest lekarz (27%), jednak identyczna grupa badanych (27%) nie jest w stanie określić takiej osoby. 10% wskazało członków rodziny, 8% znajomych i przyjaciół, 8% Internet (częściej osoby w wieku 15-19 lat – 21 % i uczniowie i studenci – 23 %), 6% audycje radiowe i telewizyjne, 4% artykuły w prasie i czasopismach, 4% książki i poradniki, 2% reklamy telewizyjne i radiowe.

Ponad połowa Polaków uważa, że ich rodziny i znajomi w ostatnich latach nie zmienili trybu życia w żadnym kierunku (51%), co czwarty badany zauważył zmianę trybu życia na zdrowszy (25%). Wśród czynników powodujących zmiany w stylu życia 34% badanych wskazało sugestię lekarza, 31% namowę kogoś z rodziny lub znajomego, 17% program telewizyjny lub radiowy, 11% znaną osobę, 7% reklamę, 5% serial telewizyjny. „Wskazywanie lekarza jako źródła informacji o zdrowym stylu życia, a zarazem także najwyższe wskazanie w kategorii: autorytet pokazuje zaufanie i wysoką wiarygodność tej grupy zawodowej. Martwi jednak, zarówno w pytaniu o źródło, jak i autorytet tak wysoki wynik braku wskazania lub odpowiedzi typu: nie mam, nie wiem – dotyczy to ponad 25% respondentów. Niskie wskazania uzyskały masowe, popularne formy przekazu informacji, takie jak np. ulotki – świadczy to o zmęczeniu ilością tego typu materiałów.

Niepokojący jest wynik mówiący o tym, że ponad połowa Polaków nie widzi w swoim otoczeniu zmian w stylu życia na bardziej zdrowszy. Z pewnością na uwagę zasługuje także fakt, że zarówno w pytaniu o źródło, jak i autorytet, Internet uzyskał najwyższe wskazania wśród mediów" – uważa Ewelina Nazarko-Ludwiczak, jedna z autorek raportu. „Na postawie otrzymanych wyników możemy uznać, że Polacy są skłonni zmieniać swój styl życia pod wpływem zarówno sugestii lekarzy, ale i obecności tematu w mediach, czy też zaangażowania znanej osoby" – dodaje Joanna Pruszyńska-Witkowska, współautorka raportu. DT

Płytka nazębna sprzyja rozwojowi nowotworów

***British Medical Journal*, publikując wyniki kilkuletnich badań informuje, że brak dbałości o higienę jamy ustnej może zwiększać ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu nowotworu nawet o 80%.**

Takie wyniki przyniosły przeprowadzone w Szwecji badania obserwacyjne, które objęły niemal 1 400 losowo wybranych dorosłych mieszkańców Sztokholmu. Obserwowano ich przez 24 lata (1985-2009). Do 2009 r. z powodu chorób nowotworowych zmarło 58 spośród obserwowanych osób, przy czym kobiety stanowiły 35,6% tej grupy.

Mężczyźni umierali z powodu nowotworu przeciętnie w wieku 60 lat, a kobiety 61 lat. Spodziewany czas życia był dla obu płci wyraźnie wyższy – dla kobiet o 13 lat, dla mężczyzn o 8,5 roku, zatem przypadki tych zgonów można uważać za przedwczesne. W przypadku kobiet główną przyczyną śmierci z powodu nowotworu okazał się rak piersi, w przypadku mężczyzn były to różne nowotwory. Zęby osób zmarłych z powodu nowotworów były w większym stopniu pokryte płytką niż pozostałych.

Płytkę nazębną tworzy pokrywająca ząb warstwa bakterii, także w miejscach pomiędzy zębami oraz w części niedostatecznie osłoniętej przez dziąsło. Obecność płytki nazębnej sprzyja powstawaniu i rozwojowi próchnicy oraz zapaleniu dziąseł, może także doprowadzić do utraty zębów.

Wcześniejsze badania wskazują na związek pomiędzy występowaniem płytki nazębnej a wieloma problemami zdrowotnymi. W przypadku nowotworów większe ryzyko ich występowania wiąże się prawdopodobnie z zakażeniami i procesem zapalnym, które uważane są za przyczynę 20% nowotworów. DT

źródło: PAP

AD

O wydawcy

Wydawca :

dti Dental Tribune International

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

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

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna:
Marzena Bojarczuk,
m.bojarczuk@dental-tribune.com

Tłumacze:
Ewa Ganowicz

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com

Informacje w sprawie prenumeraty:
info@dental-tribune.com
Tel.: 664 608 740

Nakład: 10.000 egz.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja *Dental Tribune* dokłada wszelkich starań, aby publikować artykuły kliniczne oraz informacje od producentów jak najrzetelniej. Nie możemy odpowiadać za informacje, podawane przez producentów. Wydawca nie odpowiada również za nazwy produktów oraz informacje o nich, podawane przez ogłoszeniodawców. Opinie przedstawiane przez autorów nie są stanowiskiem redakcji *Dental Tribune*.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper

Licensing by Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

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

Editor Specialities
Magdalena Wojtkiewicz

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Matthias Diessner, Vera Baptist, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International

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

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax +8523113 6199

The Americas
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York,
N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 224 7185

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Esthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof. Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry,
Dr Edward Lynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2012, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

PRZEDSTAWIAMY

Two Striper®

THE P.B.S.® BOND ADVANTAGE

TRWALSZE WIERTŁA

- Dzięki trwałemu zamocowaniu kryształów diamentu nie dochodzi do ich wypadania

SZYBKIE, GŁADKIE CIĘCIE

- Więcej ziaren diamentu na powierzchni w każdej chwili zwiększa skuteczność

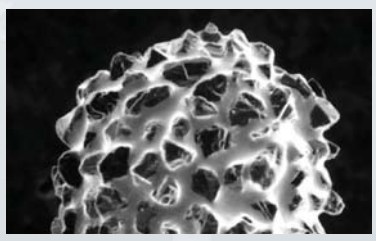
SZYBKIE USUWANIE TKANEK

- Równomierne rozmieszczenie i duża gęstość kryształów diamentu

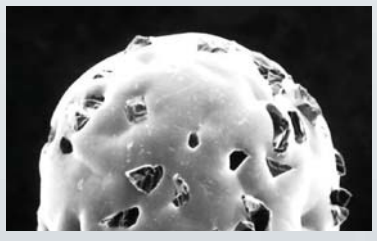
INNOWATOR W DZIEDZINIE PRZEMYSŁU

- Jedyne na rynku wiertło wytwarzane z użyciem technologii osadzania P.B.S.®

Wierzchołek nowego wiertła diamentowego

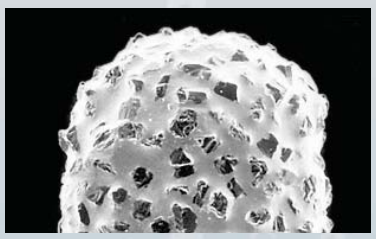


Nowe wiertło Two Striper®

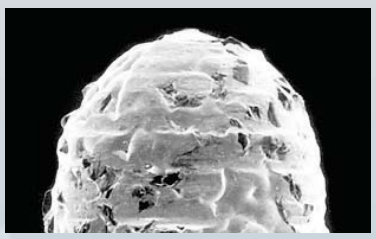


Nowe wiertło w technologii galwanicznej

Wierzchołek używanego wiertła diamentowego



Używane wiertło Two Striper®



Używane wiertło w technologii galwanicznej

abrasive technology®

PRECISELY.®

USA 1.740.548.4100 | www.abrasive-tech.com

Wykorzystanie fluorescencji i selektywnego chromatycznego wzmocnienia w codziennej profilaktyce stomatologicznej

Michel Blique i Sophie Grosse, Francja

Próchnica zębów może być wcześnie rozpoznana przy użyciu kamery wewnątrzustnej, która wykorzystuje fluorescencję tkanek zębowych. Nowoczesne technologie, np. fluorescencja połączona z techniką selektywnego chromatycznego wzmocnienia umożliwiają wcześniejszą interwencję, nawet już podczas wizyty profilaktycznej.

Uwidocznienie przy pomocy wybarwienia oraz ocena biofilmu prowadzącego do schorzeń zębów i tkanek przyzębnych są opisywane (Axelsson 1999). Najprostszą metodą jest użycie preparatów wybarwiających płytkę bakteryjną, które są aplikowane na badaną powierzchnię, a potem spłukiwane w celu usunięcia nadmiaru. Następnie lekarz dentysta, wspólnie z pacjentem, obserwuje i ocenia sytuację przy użyciu lusterka lub na fotografii. Ta metoda jest raczej rzadko stosowana we współczesnej praktyce, ponieważ jest czasochłonna i wymaga oczyszczenia zębów po jej zakończeniu (Ryc. 1). W celu uniknięcia tych niedogodności zostały zaproponowane systemy wykorzystujące fluorescencję (prawie niewidoczną w świetle naturalnym) wystawioną na działanie lamp o specjalnej długości światła (Faller, 2000), ale ich użycie wciąż nie jest powszechne. Rozwój kamer wewnątrzustych zawierających diody umożliwiające fluorescencję tkanek zębowych (Banerjee, 2002) doprowadził do powstania idei SOPROCARE™. W praktyce oznaczało to stworzenie kamery wewnątrzustnej, która może być podłączona do każdego rodzaju oprogramowania obsługującego obraz cyfrowy. W niniejszym artykule, po użyciu tego urządzenia w kilkuset sytuacjach klinicznych pokazano, jak ta technologia może stać się nowym narzędziem w codziennej praktyce w stomatologii profilaktycznej.

Ryc. 1: Uwidocznienie po aplikacji erytrozyny. Roztwór wybarwiający płytkę powinien być nałożony, oceniony, a następnie usunięty, gdyż może maskować zapalenie tkanek dziąsła.

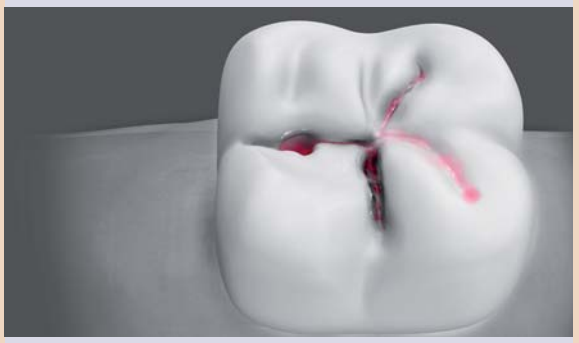
Ryc. 2: Kamera wewnątrzustna SOPROCARE™

Fluorescencja i selektywne chromatyczne wzmocnienie – zasada stosowania

Wykorzystany aparat to wysokiej jakości kamera wewnątrzustna (zoom z powiększeniem do ok. 100 razy, Ryc. 2) z białymi i niebieskimi diodami, których światło jest absorbowane przez tkanki zębowe i odbijane w formie fluorescencji. Ta fluorescencja jest selekcjonowana, a następnie wzmacniana chromatycznie, co umożliwia rozróżnienie twardych i miękkich tkanek.

Urządzenie SOPROCARE™, stworzone przez firmę SOPRO™ z grupy ACTEON™ wykorzystuje zarówno zdolność tkanek do autofluorescencji, jak i selektywnego chromatycznego wzmocnienia w celu uwidocznienia próchnicy szkliwa i zębiny, miękkiej i zwapniałej płytki bakteryjnej oraz zapaleń dziąsła. To pierwsze i jedyne urządzenie wykorzystujące jednocześnie obie te technologie w jednej kamerze wewnątrzustnej. Kamera naświetla tkanki zębowe falą światła o długości pomiędzy 440 a 680 nm. Naświetlany materiał pochłania energię i odbija ją jako światło fluorescencyjne. Oznacza to, iż uzyskany obraz może zostać nałożony na naturalny obraz anatomiczny, a niuanse niewidoczne w świetle białym mogą zostać uwidocznione na bieżąco dla każdej tkanki. Na rycinach 3a i 3b pokazano uproszczony obraz uzyskany przez fluorescencję i selektywne chromatyczne wzmocnienie (3a – tryb „perio" i 3b – tryb „cario").

Ryc. 3a: Tryb „perio", schematyczna prezentacja uzyskanych kolorów:
- *w okolicy szyjki – kolor biały: miękkie złogi,*
- *powyżej – kolor pomarańczowy: zwapniałe złogi i kamień nazębny,*
- *na dziąśle – kolor czerwony: okolice zmienione zapalnie.*



Ryc. 3b: Tryb „cario", schematyczna prezentacja uzyskanych kolorów: okolice z aktywną próchnicą wybarwiają się na czerwono.

Wykorzystując właściwości absorpcji światła niebieskiego, selektywne chromatyczne wzmocnienie nasila kolor niektórych tkanek, np. zmienionych zapalnie dziąseł. na rycinach 4a i 4b pokazano obraz uzyskany po ekspozycji na światło białe (po lewej), a następnie niebieskie i białe światło z selektywnym chromatycznym wzmocnieniem (tryb „perio"). Podobny obraz dla próchnicy i trybu „cario" zaprezentowano na rycinach 5a i 5b.

Wiele możliwych zastosowań – komunikacja pomiędzy pacjentem i dentystą

Lekarze dentyści wiedzą, że pierwsza konsultacja jest decydująca. Muszą więc rozpoznać nie tylko objawy kliniczne, ale także czynniki ryzyka. Najlepszym podejściem jest postawienie tzw. diagnozy kombinowanej, która zawiera połączone obserwacje własne pacjenta oraz lekarza dentysty. Może to być przeprowadzone przez omówienie sytuacji widocznej w lusterku. Zdjęcia rtg umożliwiają pokazanie problemów niewidocznych dla pacjenta. Wykorzystanie kamery wewnątrzustnej pozwala następnie na pokazanie w prosty sposób obrazów, na których zmiany próchnicowe są znacznie powiększone (Mary, 1997). Pacjent stopniowo odkrywa jamę ustną i zęby w taki sposób, w jaki są one widoczne dla lekarza dentysty.

Kamera taka jak SOPROCARE™ rozszerza możliwości wymiany obserwacji, umożliwiając łatwy w użyciu, szeroki wybór poziomów powiększenia – od ujęcia makro- (Ryc. 4) do kilku zębów (Ryc. 6) oraz fluorescencję z selektywnym chromatycznym wzmocnieniem, która umożliwia identyfikację obszarów podejrzanej próchnicy (Ryc. 5) albo zmian przyzębia, uwidaczniając miękkie lub zwapniałe złogi i zapalenie brzegu dziąsła (Ryc. 7).

Motywacja pacjenta i kontrola płytki

Obecnie lekarze dentyści nie mogą nie zauważać obecności i zasięgu płytki bakteryjnej na powierzchniach zębowych, w przestrzeniach międzyzębowych oraz w okolicach przydziąsłowych zębów, które zamierzają leczyć. Wiedzą, iż aby uczynić pacjentów aktywnymi partnerami w ich własnym leczeniu, należy im o istnieniu płytki powiedzieć (Rozencweig, 1988). Wytłumaczenie, w jakim celu i w jaki sposób należy dbać o higienę jamy ustnej w domu, a także kontrolowanie, czy zabiegi są przeprowadzane i w jakim stopniu są efektywne jest łatwe, gdy można to pokazać (Ryc. 7a, b, c i 8a, b, c).

Zdjęcia mogą być zapisane i obrabiane przy użyciu wszystkich dostępnych na rynku zdjęciowych programów komputerowych albo przy pomocy programu specjalnego („SOPRO-Imaging™). Umożliwia to powrót do poprzedniej wizyty pacjenta i porównanie zdjęć z aktualną sytuacją kliniczną w celu skontrolowania postępów, zmotywowania pacjenta i ukierunkowania wysiłków.

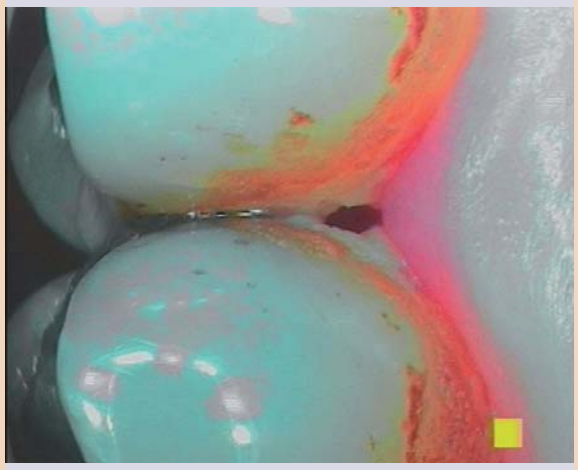
Wcześniejsze wykrycie próchnicy albo mniej inwazyjne leczenie

Fluorescencja ułatwia bardzo wczesną diagnozę (pierwszy etap demineralizacji szkliwa), co pozwala na profilaktykę albo minimalnie inwazyjne leczenie zmian (Ter-

→ DT strona 6

Ryc. 4: Kontrola w świetle białym (4a), a następnie we fluorescencji i selektywnym chromatycznym wzmocnieniu – tryb „perio" (4b).

Ryc. 4a: Widok szpary międzyzębowej trzonowców w świetle białym „daylight."



Ryc. 4b: Widok we fluorescencji z selektywnym chromatycznym wzmocnieniem (tryb „perio"):
- *białawe okolice: miękkie złogi bakteryjne albo płytka bakteryjna,*
- *okolice wybarwione na pomarańczowo: zwapniałe złogi bakteryjne i warstwa kamienia,*
- *fioletowo-różowa okolica dziąseł: zapalenie dziąsła.*

Sugestia kliniczna: ten pacjent szczotkuje zęby niewystarczająco efektywnie 1,5 mm dookoła szyjki. Używa szczoteczek międzyzębowych albo wykałaczek o niewłaściwej średnicy. Efektem tego jest niewielkie zapalenie dziąsła brzeżnego, które jest bardziej zaawansowane w przestrzeniach międzyzębowych z uszkodzeniem brodawki dziąsłowej.

Kredyt dla wolnych zawodów

TWÓJ BIZNES ROZWIJA SIĘ SZYBCIEJ NIŻ MYŚLISZ? SIĘGNIJ PO KREDYT INWESTYCYJNY!

Promocyjna oferta kredytowa dla przedstawicieli wolnych zawodów to szansa dla przedsiębiorców, którzy chcą zainwestować w rozwój swojej firmy. Myślisz o zakupie, budowie, bądź modernizacji nieruchomości?

Nie ograniczaj się! Weź kredyt inwestycyjny, który pozwoli Ci na więcej:

- **0% prowizji***
- **kredyt do 1,2 mln zł**
- **decyzja w 24h**
- **minimum formalności**

O szczegóły zapytaj w placówkach banku lub zadzwoń:
801 180 801, 22 549 99 99**

* Promocja trwa do 31.10.2012 r. Szczegóły na www.raiffeisen.pl.
** Koszt połączenia wg taryfy operatora.

www.raiffeisen.pl

Raiffeisen BANK
Raiffeisen Bank Polska S.A.

Ryc. 5: Badanie wypełnienia kompozytowego klasy I w świetle białym, a następnie fluorescencyjnym, tryb „cario”: można rozważyć niewielką naprawę brzegów wypełnienia.

Ryc. 5a: Częściowy widok powierzchni okluzyjnej zęba trzonowego w świetle białym: należy sprawdzić obecne wypełnienie i budzące wątpliwości szczeliny.

Ryc. 5b: Tryb „cario” uwidacznia „ostrzegawcze” okolice, które wybarwiają się na czerwono.

← DT strona 4

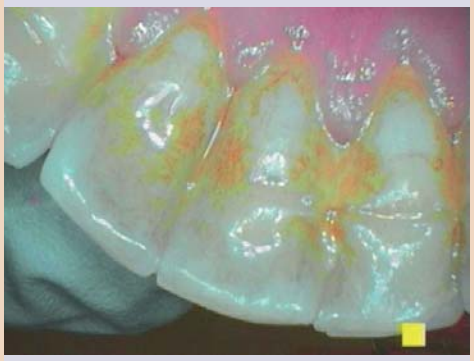
rer i wsp., 2009). Opisywane urządzenie to przede wszystkim cenne narzędzie edukacyjne i motywacyjne, ponieważ pacjent ma możliwość zobaczenia wczesnych etapów zmian chorobowych, a nawet obserwacji sposobu, w jaki dentysta sprawdza tkanki, które były leczone. Uwidacznia to znaczenie szczotkowania i zabiegów domowych na wcześnie wykrytych zmianach (np. przy użyciu pasty z fluorem, ACP-CPP itp.) i oczywiście minimalnie inwazyjnego leczenia przeprowadzonego przez lekarza dentystę: profesjonalne oczyszczanie profilaktyczne, nakładanie lakieru fluorowego, uszczelnianie bruzd lub minimalne wypełnienia (Ryc. 9a-g).

Śródzabiegowa kontrola usunięcia miękkiej i zwapniałej płytki bakteryjnej podczas profesjonalnego oczyszczania powierzchni zębowych i skalingu

Usunięcie miękkiej i zwapniałej płytki podczas zabiegu profesjonalnego oczyszczania nad- i poddziałowych powierzchni zębowych oraz skalingu, wykonane przez higienistkę stomatologiczną jest istotnym elementem profilaktycznego leczenia próchnicy i chorób przyzębia (Goodson i wsp. 2004). Kamera umożliwia lekarzowi dentyście śródzabiegową kontrolę leczenia. Tryb „perio” i możliwość wyboru powiększenia pozwalają na szybsze i bardziej precyzyjne sprawdzenie leczonej okolicy.

Ryc. 6: Komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem dentystą. Kilka zdjęć w trybie „perio” wystarczy do obserwacji płytki nazębnej przed, a następnie po zabiegu skalingu/oczyszczania/polerowania do pokazania wyników leczenia i oceny tego, co było wykonane przed zabiegiem.

Ryc. 6a: Widok przed zabiegiem w świetle białym (tryb „daylight”).

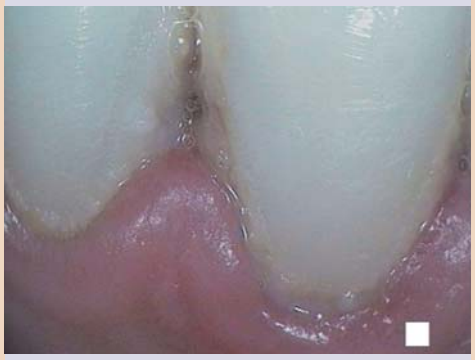


Ryc. 6b: Widok przed zabiegiem w trybie „perio”.

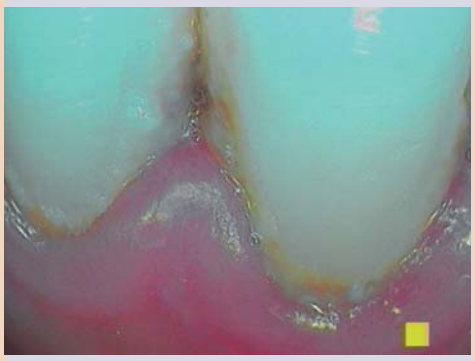
Ryc. 6c: Widok w trybie „perio”, sprawdzenie wyników oczyszczania: kilka zwapniałych (wybarwionych na pomarańczowo) ognisk wciąż wymaga usunięcia.

Ryc. 7: Motywacja pacjenta i kontrola płytki.

Ryc. 7a: Pierwsza wizyta: stan kliniczny zębów 41-31 u 23-letniego mężczyzny przed pouczeniem pacjenta i instruktarzem szczotkowania.



Ryc. 7b: Widok okolicy 41-31 w świetle białym (tryb „daylight”).

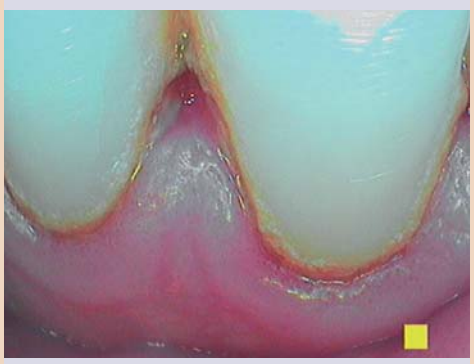


Ryc. 7c: Widok okolicy 41-31 w trybie „perio”: zaakcentowane są obszary zmienione zapalnie, znaczne złogi miękkiej płytki bakteryjnej (białe). Przyjmuje się, że pomarańczowo-żółte plamy to leżący pod spodem kamień nazębny.

Ryc. 8: Motywacja pacjenta i kontrola płytki.

Ryc. 8a: Druga wizyta: stan kliniczny okolicy 41-31 po 3 tygodniach do oceny motywacji pacjenta i jego stosowania się do zaleceń szczotkowania.

Ryc. 8b: Widok okolicy 41-31 w świetle białym (tryb „daylight”).



Ryc. 8c: Widok okolicy 41-31 w trybie „perio”: zaakcentowane są obszary zmienione zapalnie, zredukowana ilość złogów miękkiej płytki bakteryjnej (biała), konkrecja kamienia nazębnego pokazuje się w kolorze pomarańczowo-żółtym.

Wnioski

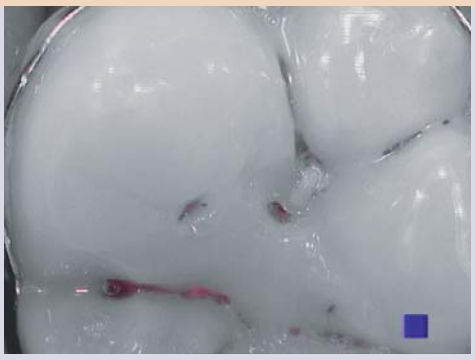
To nowe urządzenie rozszerza standardowe wykorzystanie kamery wewnątrzustnej. Opracowanie obrazu uzyskanego przez selektywne chromatyczne wzmocnienie i fluorescencję to praktyczne narzędzie do wczesnej diagnozy próchnicy i zapalenia dziąsła. Zarówno miękka, jak i zwapniała płytka może być z jego pomocą uwidoczniona. Płytka może być usunięta przez szczotkowanie albo profilaktyczne leczenie w gabinecie stomatologicznym. Urządzenie jest środkiem umożliwiającym włączenie pacjentów w ich leczenie na bardzo wczesnym etapie, pomaga we wprowadzeniu i zaakceptowaniu założeń profilaktycznych, a przede wszystkim pozwala na zniszczenie w zarodku niemal każdego schorzenia. DT

Niniejszy artykuł został opublikowany w „Prévention Tribune Édition Française”, Septembre 2012.

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

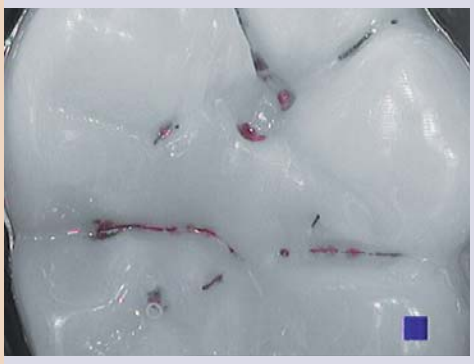
Ryc. 9: Wczesne wykrycie zmian w celu mniej inwazyjnego leczenia.

Ryc. 9a: Widok części powierzchni okluzyjnej zęba 36: niepokojące bruzdy, widok w świetle białym (tryb „daylight”).



Ryc. 9b: Tryb „cario” pozwala zidentyfikować zagrożone obszary, które wybarwiają się na czerwono.

Ryc. 9c: Stan po usunięciu złogów organicznych i oczyszczeniu przy pomocy abrazji powietrznej (tryb „daylight”).



Ryc. 9d: Po usunięciu złogów organicznych i oczyszczaniu przy pomocy abrazji powietrznej uwidocznione zostają obszary objęte próchnicą (widok w trybie „cario”).

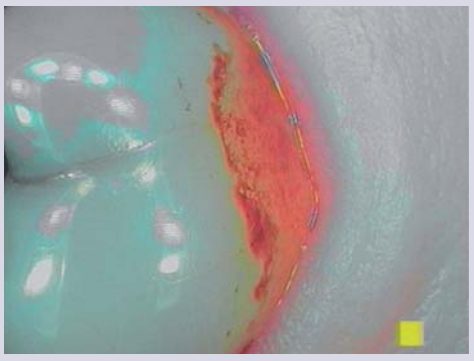
Ryc. 9e: Stan po opracowaniu abrazją powietrzną przy użyciu 27µ tlenku glinu (widok w trybie „daylight”).

Ryc. 9f: Po opracowaniu abrazją powietrzną przy użyciu 27µ tlenku glinu czerwone obszary zniknęły (widok w trybie „cario”).

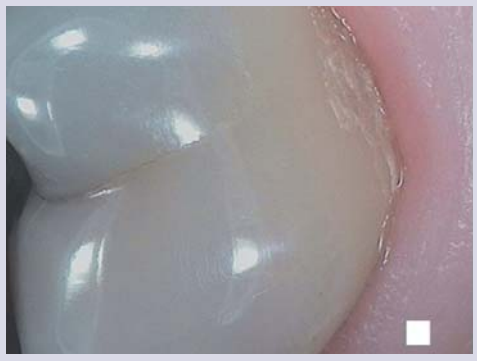
Ryc. 9g: Konwencjonalna fotografia stomatologiczna. Stan po terapeutycznym wypełnieniu bruzd cementem glasjonomerowym, przed zakończeniem leczenia.

Ryc. 10: Śródzabiegowa kontrola usunięcia miękkiej i zwapniałej płytki bakteryjnej podczas profesjonalnego profilaktycznego oczyszczania powierzchni zębowych i skalingu.
Ryc. 10a-e: Kolejne etapy profilaktycznego oczyszczania szyjki zęba trzonowego.

Ryc. 10a: Stan przed zabiegiem w trybie „daylight".



Ryc. 10b: Stan przed zabiegiem – zwapniałe złogi w trybie „perio" ukazują się w kolorze żółtym i pomarańczowym. Zapalenie dziąsła brzeżnego wybarwia się na kolor fioletowo-różowy.



Ryc. 10c: Stan po usunięciu miękkich złogów z użyciem pasty profilaktycznej w świetle białym.
Ryc. 10d: Po usunięciu miękkich złogów z użyciem pasty profilaktycznej w trybie „perio" zwapniałe złogi ukazują się w kolorze żółtym i pomarańczowo-czerwonym. Zapalenie dziąsła brzeżnego wybarwia się na kolor fioletowo-różowy.

Ryc. 10e: Stan po usunięciu zwapniałych złogów abrazją powietrzną w trybie światła białego.

Autorzy

Dr Michel Blique

– absolwent Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu w Nancy, pracownik Katedry Stomatologii Wieku Rozwojowego Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu w Nancy. Prowadzi praktykę prywatną we Francji i Luxemburgu ukierunkowaną na stomatologię minimalnie inwazyjną i zapobiegawczą oraz choroby przyzębia. Z dr. Blique można się skontaktować, pisząc na adres e-mail: *michel.blique@online.fr*.

Dr Sophie Grosse

– absolwentka Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu w Nancy, pracownik Katedry Stomatologii Wieku Rozwojowego Wydziału Stomatologicznego Uniwersytetu w Nancy. Prowadzi praktykę prywatną w Nancy we Francji.

AD

„Nie podążamy za trendami, wolimy je wyznaczać i aktywnie kształtować…”

Rozmowa z Barbarą Wysokińską – wiceprezesem zarządu oraz Adamem Wysokińskim – wiceprezesem i Dyrektorem Zarządzającym firmy A.B. Berren, Wyłącznego Przedstawiciela w Polsce marek: BlanX, BioRepair, L'Angelica.

W tym roku firma otrzymała nagrodę Grand Prix targów CEDE. To niewątpliwie cenne uwieńczenie kilkunastu lat pracy. Czy to ważna nagroda i dlaczego?

AW: Nagrodę w branży stomatologicznej postrzegamy jak wygraną w mistrzostwach. Praca, którą włożyliśmy, by ją otrzymać była przeogromna, dlatego Grand Prix niezmiernie nas cieszy – tym bardziej, że to pierwsza nasza aż tak znacząca nagroda stomatologiczna. Mamy sporo innych trofeów, zdobytych w programach konsumenckich i lojalnościowych oraz konkursach organizowanych przez polskie edycje międzynarodowych magazynów, m.in. nagrodę Top Trendy magazynu *JOy*, Prix de Beauty przyznawaną przez *Cosmopolitan*, a także trzykrotnie Laur Konsumenta. Brakowało nam w kolekcji Grand Prix CEDE. I szczęśliwie, w tym roku udało się nam go zdobyć.

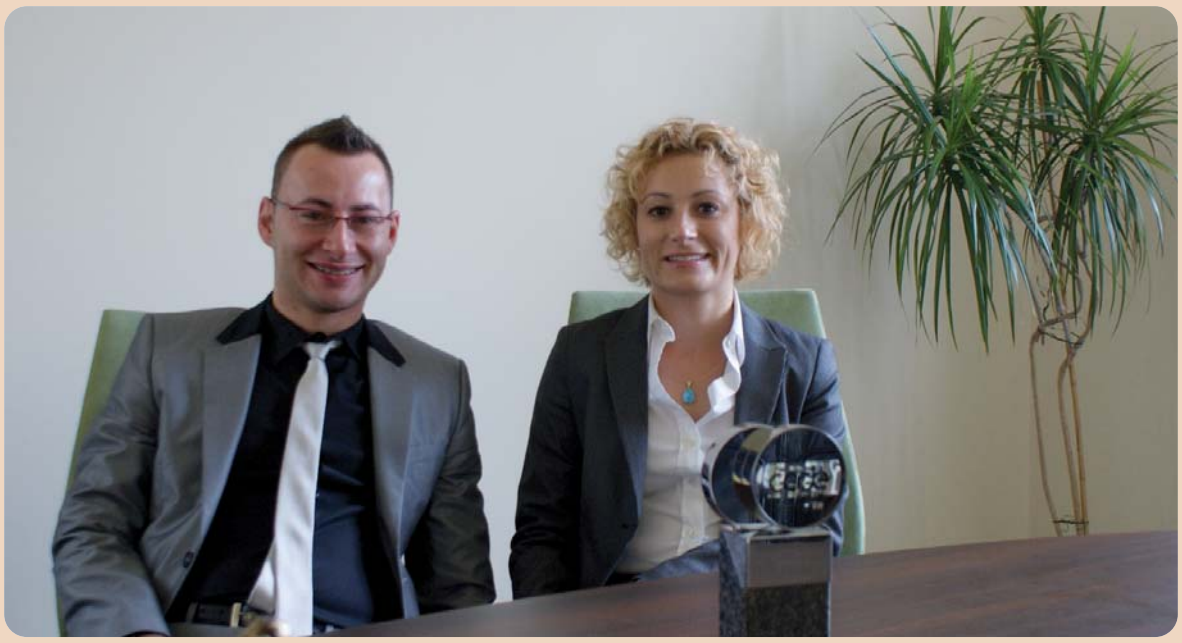
Jak zaczęła się historia firmy, która dzisiaj należy do czołowych graczy na rynku preparatów higieny jamy ustnej?

BW: Budowa firmy dla każdego przedsiębiorcy, a my mamy podejście raczej przedsiębiorcze, to konkretny kawałek życia. W naszym przypadku ten „kawałek” to 12 lat. Nasza przygoda z branżą stomatologiczną zaczęła się ok. 11 lat temu, kiedy podpisaliśmy kontrakt z ówczesnym właścicielem marki BlanX – włoskim producentem preparatów do higieny jamy ustnej. Pierwszym stomatologicznym akcentem było zaistnienie na targach CEDE w 2001 r. Teoria heglowskiego koła w naszym przypadku sprawdza się genialnie, bo w zasadzie wracamy do źródła, ale już na zupełnie innej pozycji. Wszystko zaczęło się na CEDE i po 11 latach aktywności na tym rynku zdobyliśmy „Świętego Graala” branży stomatologicznej – Grand PriX CEDE 2012. Wierzymy, że właśnie teraz otwierają się przed nami kolejne zupełnie nowe możliwości i perspektywy.

Dzisiaj można powiedzieć, że macie już wszystko, jeśli chodzi o uznanie rynku i konsumentów. To stomatologiczny „Oskar”. Nie ma ryzyka, że firma osiądzie na laurach?

AW: Można by pomyśleć, że grozi nam syndrom Michaela Jordana, który kończąc przygodę z profesjonalną zawodową ligą koszykówki NBA, zapytany przez dziennikarza dlaczego odchodzi powiedział, że osiągnął już wszystko i w zawodowej koszykówce nie ma już nic więcej do zdobycia. My jednak nie planujemy jeszcze końca kariery, ponieważ przed nami wciąż nowe wyzwania, nowe pomysły na współpracę ze środowiskiem lekarzy i rozwój biznesu. Intryguje nas przygoda, jaką jest biznes, gdyż właśnie dzięki prowadzeniu coraz większej firmy, mamy realny wpływ na rzeczywistość jej kształtowanie. Wchodzimy w nowe segmenty, aktywnie kształtujemy rynek produktów stomatologicznych, zwłaszcza w zakresie preparatów do higieny jamy ustnej. Nie jesteśmy firmą, która podąża za trendami, ale chce je wyznaczać i aktywnie kształtować.

Produkty w ofercie firmy należą do grupy niszowych, a jednocześnie ekskluzywnych. Jaki jest pomysł A.B. Berren na dotarcie do klienta? W jaki sposób rodzaj produktu ma wpływ na wizję pozycjonowania go w oczach odbiorców?



BW: Mamy aż 4 marki stomatologiczne, z czego jedna jest dedykowana lekarzom dentystom – to marka Stomygen®, nowość w naszej ofercie. To nie tylko preparaty do leczenia endodontycznego, ale również produkty dla dentystów wykorzystywane przy zabiegach medycyny estetycznej. Z kolei w segmencie preparatów do higieny jamy ustnej mamy w portfolio 3 marki – oczywiście, absolutnym liderem jest BlanX, luksusowa marka preparatów wybielająco-ochronnych na bazie naturalnych substancji pochodzących z porostu islandzkiego. Z pozoru może się wydawać marką niszową, ale to tylko pozory, bo faktycznie jej pozycja jest niecodzienna: to marka luksusowa o globalnym zasięgu. Luksusowy jest wizerunek i jakość, ale pod względem wielkości sprzedaży i udziału w rynku to produkt o niekwestionowanej pozycji lidera rynkowego, dzięki czemu skutecznie rywalizujący z największymi międzynarodowymi markami.

Co prawda, pierwszym produktem w portfolio były preparaty BlanX, ale nagroda Grand Prix została przyznana za inny produkt…

AW: Ta nagroda bardzo nas cieszy, ale to prawda, otrzymaliśmy ją nie za pasty BlanX, ale za markę BioRepair®. Grand Prix CEDE to nagroda bardzo ważna, bo przyznaje ją grono wybitnych ekspertów i autorytetów świata stomatologii. BioRepair® jest marką, która wyznacza zupełnie nowy trend. Poza pragnieniem doskonalenia wizerunku i dążenia do osiągnięcia efektów estetycznych, m.in. poprzez wybielanie zębów, coraz wyraźniej na rynku zaznacza się tendencja do poszukiwania produktów o działaniu terapeutycznym. Takim produktem jest BioRepair® – to największa nowość w segmencie preparatów do higieny jamy ustnej od ponad 50 lat! A to wszystko dlatego, że włoscy eksperci razem z najstarszym uniwersytetem w Bolonii spełnili marzenia starożytnych filozofów o jak najwierniejszym naśladowaniu natury. Stworzono nanocząsteczkę, która jest biomimetyczna, w pełni biokompatybilna z materiałem, z którego zbudowane jest szkliwo i zębina. Dzięki tej cząsteczce możemy odbudowywać na poziomie nanonaturalną mineralną powłokę szkliwa i zębiny. Cieszymy się, że taka innowacyjna technologia została wyróżniona przez ekspertów, a skutkiem tego jest zdobycie najważniejszej w Europie środkowowschodniej nagrody: Grand Prix CEDE 2012.

Często produkty do higieny jamy ustnej umieszcza się w jednej grupie, stąd nieuniknione jest porównanie do konkurencji. Co wyróżnia oferowane przez was produkty?

AW: W dziedzinie preparatów do higieny jamy ustnej istnieje wiele produktów konkurencyjnych. W tym gąszczu trzeba się jakoś wyróżniać. Koncepcji jest wiele, ale nasza jest bardzo prosta: wzorować się na dobrych rozwiązaniach, ale nigdy ich nie naśladować. Zawsze staramy się tworzyć nową jakość, ściśle współpracując z naszym strategicznym i wieloletnim partnerem biznesowym z Włoch oraz ośrodkami uniwersyteckimi, a także uznanym laboratoriami badawczymi.

Pozycję na rynku wypracowujemy ponadto na polu marketingowym, koncentrując się na przekazie i uświadamianiu różnic pomiędzy poszczególnymi produktami, zarówno w zakresie składu, jak i działania. Priorytetem jest dla nas synergia estetyki i bezpieczeństwa stosowania. Dlatego poszukiwaliśmy takiego produktu, który mógłby spełnić oba te kryteria. W 2005 r. na rynku debiutowała marka BioRepair®, przełomowe odkrycie firmy Coswell, której jesteśmy wyłącznym przedstawicielem w Polsce. To pierwszy produkt komercyjny z praktyczną aplikacją nanotechnologii w dziedzinie ochrony zdrowia jamy ustnej, a jednocześnie największe odkrycie w segmencie preparatów do higieny jamy ustnej od przeszło pół wieku.

To potwierdza fakt, że to, co jeszcze kilka lat temu było fikcją, dziś w wielu dziedzinach życia staje się rzeczywistością. Czy nanotechnologia ma przyszłość i jakie może znaleźć zastosowanie w produktach do higieny jamy ustnej?

AW: Właśnie ta fikcja stała się rzeczywistością i udowadnia, że nauka często pokonuje drogę ze sfery nieokiełznanej i twórczej fantazji do realnej formy – dzięki temu dziś mówimy o nanotechnologii urzeczywistnionej i potrafimy wykorzystać ją w sposób komercyjny. Specjaliści szacują, że mimo trudnej sytuacji gospodarczej, rynek produktów, w których wykorzystuje się nanotechnologię będzie się rozwijał z zawrotną prędkością, do nawet 300% w skali roku! Nanotechnologia jest jednocześnie największym odkryciem i największym wyzwaniem. Budzi wiele kontrowersji natury etycznej, ale praktyczne aspekty nanotechnologii, które możemy wykorzystać do celów terapeutycznych są absolutnie nie do przecenienia. Jednym z wynalazków, który znalazł zastosowanie w produkcie komercyjnym jest nanotechnologia microrepair®, czyli naocząsteczka, która potrafi odbudowywać szkliwo i zębinę. Trzeba tu podkreślić, że nie zachodzi żaden fizjologiczny proces, który zdołałby naprawić uszkodzone szkliwo, jesteśmy zatem skazani na ingerencję stomatologiczną. Dzięki nanotechnologii microrepair® umiemy już w sposób bezinwazyjny odtworzyć uszkodzone warstwy szkliwa i zębiny.

A. B. Berren to na rynku stomatologicznym jedna z tych firm, które najprężniej się rozwijają – to niewątpliwie wynik ciężkiej pracy całego zespołu, ale także przemyślanej strategii marketingowej. Jak się buduje tak silną pozycję, szczególnie w trudnych czasach kryzysu?

AW: Dane napływające z wywiadowni gospodarczych i niezależnych instytutów badawczych monitorujących sprzedaż w sektorze aptecznym dowodzą, że sukces BlanX to efekt gigantycznej pracy, jaką wykonaliśmy. Obecnie jest to najlepiej sprzedająca się w polskich aptekach pasta wybielająca. Wszystkie nagrody, które otrzymaliśmy na przestrzeni lat są oczywiście bardzo miłe, ale jednocześnie szalenie zobowiązują! Z kompletnie nieznanej marki, staliśmy się liderem – to ogromna przyjemność, ale i spory, wieloletni wysiłek. Czasami nadmierna wielkość budżetu przeznaczonego na działania promocyjne może nieco usypiać kreatywność. My takich zasobów, szczególnie w początkach działalności firmy nie mieliśmy, zaczynaliśmy z bardzo skromnej pozycji. Dzisiaj nasze możliwości są bardzo duże, ale cały czas pamiętamy te trudne początki. Ważne jest to, że działamy w zespole – stabilnym i świetnie zgranym. Również my jako rodzeństwo wygraliśmy coś bardzo ważnego: nie tylko dzięki ciężkiej pracy zbudowaliśmy firmę, która jest znana na rynku, rozpoznawana i lubiana. Wygraliśmy również partnerstwo. To zupełnie inny rodzaj relacji biznesowej. Jesteśmy rodzeństwem i choć wiele osób twierdzi, że z rodziną najlepiej wygląda się na zdjęciach, to my wypadamy świetnie nie tylko na zdjęciach, ale wszędzie tam, gdzie trzeba razem pracować – również na co dzień, kiedy musimy podejmować ważne decyzje biznesowe. Dlatego to także nasz prywatny i rodzinny sukces.

Jakie są plany firmy na przyszłość – na najbliższe lata i w dalszej perspektywie?

AW: Mamy wiele zupełnie nowych planów! Oczywiście, chcemy umacniać pozycję firmy na rynku stomatologicznym. Ponadto, w zakresie wszystkich naszych marek przygotowujemy spektakularne nowości, np. już w 2013 r. na rynku ukaże się zupełnie nowy produkt z linii BlanX, któremu towarzyszy nowa wizja wybielania zębów – to będzie rewolucyjny i nowatorski produkt, którego dotychczas nikt nie oferował. Nie chcemy jednak ukierunkowywać się wyłącznie na rynek konsumencki, równie ważny jest dla nas sektor profesjonalistów. Będziemy uruchamiać szereg projektów skierowanych do lekarzy dentystów, m.in. po to, by „oswajać” ich z medycyną estetyczną. Wprowadzenie do gabinetów stomatologicznych zabiegów medycyny estetycznej to obecnie priorytet w zakresie rozwoju spółki. Wykorzystując pozycję lidera, z pewnością zaskoczymy konkurencję. Kreujemy sytuacje rynkowe nieco przypominające drinki Jamesa Bonda: wstrząśnięte, ale nie zmieszane. Dlatego staramy się rynkiem pozytywnie wstrząsać, ale nigdy nie mieszamy. DT

Tylko połowa Europejczyków chce zwiększenia akcyzy na wyroby tytoniowe

Palenie tytoniu wciąż jest w krajach Unii Europejskiej pierwszą przyczyną zgonów, których można uniknąć. Z powodu tego nałogu rocznie w Unii umiera 695 000 osób. Komisja Europejska szacuje koszty dla gospodarki związane z tym uzależnieniem na 100 mld euro.

Wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie Komisji Europejskiej jednoznacznie potwierdzają, że większość mieszkańców Europy opowiada się za nasileniem walki z paleniem tytoniu, w tym za zmniejszeniem atrakcyjności opakowań papierosów. Z badania wynika, że 60% Europejczyków opowiada się za wprowadzeniem środków zmierzających do mniejszego eksponowania widoczności i atrakcyjności papierosów, np. przechowywaniem wyrobów tytoniowych poza zasięgiem wzroku w sklepach lub ograniczeniem atrakcyjnej kolorystyki i aromatów. Za zwiększeniem akcyzy na wyroby tytoniowe opowiada się jednak tylko 53%.

Niepokojący jest fakt, że palić zaczynają coraz młodsi – w marcu br. w krajach UE paliło 28% 15-latków. Proporcjonalnie największą liczbę palaczy ma Grecja (40%), a najmniejszą Szwecja (13%). Przeciętnie europejski palacz wypala 14,2 papierosów dziennie, a palić zaczyna w wieku 17,6 lat, głównie pod wpływem przyjaciół i najbliższych osób – wynika z badania. 61% obecnych palaczy próbowało rzucić palenie, w tym 20% osób podejmowała taką próbę w czasie ostatnich kilkunastu miesięcy.

Komisarz ds. zdrowia UE John Dalli wyraził swoje ogromne zaniepokojenie faktem, że większość Europejczyków zaczyna palić przed 18 r.ż. Poinformował jednocześnie, że w celu zmniejszenia atrakcyjności papierosów dla ludzi młodych, Komisja Europejska pracuje nad propozycją zrewidowania dyrektywy w sprawie wyrobów tytoniowych z 2001 r. Propozycja KE ma być przedstawiona jeszcze w tym roku. DT

Zdrowie zębów i jamy ustnej wpływa na jakość oddychania

Jakość oddychania ma wpływ na wszystkie dziedziny życia. Prawidłowe oddychanie i ilość tlenu, jaką dostarczamy do organizmu wpływa na sprawność fizyczną i psychiczną, wygląd, regeneruje i odmładza organizm. Gdybyśmy oddychali w pełni efektywnie, chorowalibyśmy nawet 10 razy rzadziej, a długość życia wzrosłaby o 30%.

Przyczyn zaburzeń oddychania może być bardzo wiele – od złych nawyków, po przeszkody w drogach oddechowych, które powodują, że tlen nie przepływa swobodnie. Podstawową zasadą prawidłowego oddychania jest oddychanie przez nos, który jest filtrem wdychanego powietrza i wyłapuje zanieczyszczenia środowiska niebezpieczne dla naszego organizmu. Oddychanie ustami dodatkowo powoduje obniżanie się żuchwy i dolnego łuku zębowego, co wpływa niekorzystnie na rysy twarzy.

Zaburzenia oddychania mogą być jednak spowodowane nie tylko przez przeszkody umiejscowione w nosie. Problemy występujące w jamie ustnej i gardle również mogą zaburzać swobodne oddychanie. Najczęstszymi dolegliwościami w tym obszarze są: wiotkość podniebienia miękkiego, przerost nasady języka, przerost migdałków podniebiennych i wady zgryzu (przesunięcie żuchwy ku tyłowi).

Jednym z najważniejszych elementów radzenia sobie z przeszkodami w drogach oddechowych jest przeprowadzenie szczegółowych badań diagnostycznych. Zaliczamy do nich: badanie podmiotowe ze szczegółowo zebranym wywiadem od pacjenta i badanie przedmiotowe z pełną oceną endoskopową górnych dróg oddechowych. W diagnostyce wykorzystywane są nowoczesne urządzenia i metody, np. rynomanometria, czyli badanie oceniające drożność nosa, która wśród badań czynnościowych nosa ma największe znaczenie. Tomografia Komputerowa 3D pozwala na zobrazowanie całego górnego układu oddechowego w przestrzennym obrazie. Dzięki temu można zidentyfikować przeszkodę w oddychaniu i dopasować odpowiednią technikę jej leczenia. DT

AD