W tym numerze ORTHO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

KWIECIEŃ + MAJ 2010 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł ISSN 1730-315X VOL. 8, NR 4+5

Praktyka
Rozbudowa gabinetu – korzyści dla rozwoju praktyki
Strona 8

Perspektywy
Miniimplanty – powikłania i zagrożenia
Strona 9

Praktyka
Wypełnianie ubytków klasy II metodą bezpośrednią
Strona 12

AD
KAVO
www.kavo.pl

Wczesne wykrywanie nowotworów

Wyniki najnowszych badań potwierdzają znaczny wzrost przypadków infekcji powiązanych komórek rakowych *Oesophageal squamous z Papillomavirus* (HPV) skorelowanych prawdopodobnie z wirusem HPV przenoszonym drogą płciową.

Pomimo niewielkiego spadku występowania najczęstszego wśród nowotworów raka (okolic szyi i głowy), w ciągu ostatnich lat znacznie wzrosła liczba osób, u których wykryto komórki OSCC (płaskokomórkowy rak jamy ustnej i gardła), zwłaszcza w krajach gospodarczo rozwiniętych. W USA poziom ten nie ulegał zmianie od 1975 r. aż do r. 1999, natomiast w latach 1999-2006 odnotowano wzrost o 22%. W Wielkiej Brytanii od 1989 r. do 2006 r. wykryto o 51% więcej przypadków nowotworów jamy ustnej i gardła wśród mężczyzn. Grupa badaczy pod kierunkiem Hisham Mehanna (Insitute of Head and Neck Studies and Education, University Hospital, Coventry) jako przyczynę tej sytuacji podaje wzrost częstości występowania nowotworów powiązanych z HPV.

Badania wskazały również 70% wzrost (od 1970 r.) wykrytych przypadków HPV w biopsji wykonanej w celu diagnozy raka jamy ustnej i gardła w Sztokholmie. W USA powiązane z HPV przypadki komórek OSCC zostały zauważone w 60-80% ostatnich próbek biopsji, w porównaniu z 40% w ostatnich 10 latach. Największą grupę ryzyka w tym zakresie stanowią osoby, które miały 6 lub więcej partnerów seksualnych oraz mężczyźni, którzy wcześnie rozpoczęli współżycie seksualne.

Fundacja walcząca z rakiem jamy ustnej zaapelowała o wprowadzenie w Wielkiej Brytanii nowego testu, który pomógłby zdiagnozować raka jamy ustnej w bardzo wczesnym stadium. Brytyjska Fundacja Zdrowia Jamy Ustnej (BDHF) chce wprowadzenia powszechnych badań wykrywających HPV w bardzo wczesnym stadium w jamie ustnej, możliwych do wykonania w gabinecie dentystycznym. Dr Nigel Carter – zarządca BDHF podkreśla jednocześnie wagę wczesnej diagnozy: „Największa szansa na zwalczenie raka to wykrycie choroby w bardzo wczesnym stadium, zwiększa to możliwości wyleczenia o ponad 90%". DT

AD
DÜRR DENTAL

AESIC – działania na rzecz kontroli zakażeń

AESIC (Association for European Safety & Infection Control in Dentistry) jest pierwszą organizacją o zasięgu europejskim, która stawia sobie za cel działania na rzecz zapobiegania zakażeniom w stomatologii.

Wśród członków-założycieli organizacji są m.in.: SciCan, W&H, DürrDental. Pierwsze oficjalne spotkanie zostało zaplanowane na 18. listopada 2010 r., a jego miejscem będzie Leeds w Wielkiej Brytanii.

AESIC ma zamiar nie tylko być źródłem informacji na temat standardów dotyczących systemu kontroli zakażeń, stawia sobie także zadanie ujednolicenia norm dotyczących dekontaminacji w Europie. Zamierza działać dla i we współpracy z całym środowiskiem stomatologicznym na rzecz pacjentów i personelu.

Michael Paten z W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH przedstawia cele stowarzyszenia w następujący sposób: „Nadszedł czas, aby powstała organizacja o zasięgu europejskim, która przedstawi konstruktywną propozycję ujednolicenia norm i – co ważniejsze – procedur związanych z ich zastosowaniem w praktyce. Chociaż Unia Europejska opracowała wiele standardów w zakresie higieny, dezynfekcji i sterylizacji, to każde państwo członkowskie wierzy,

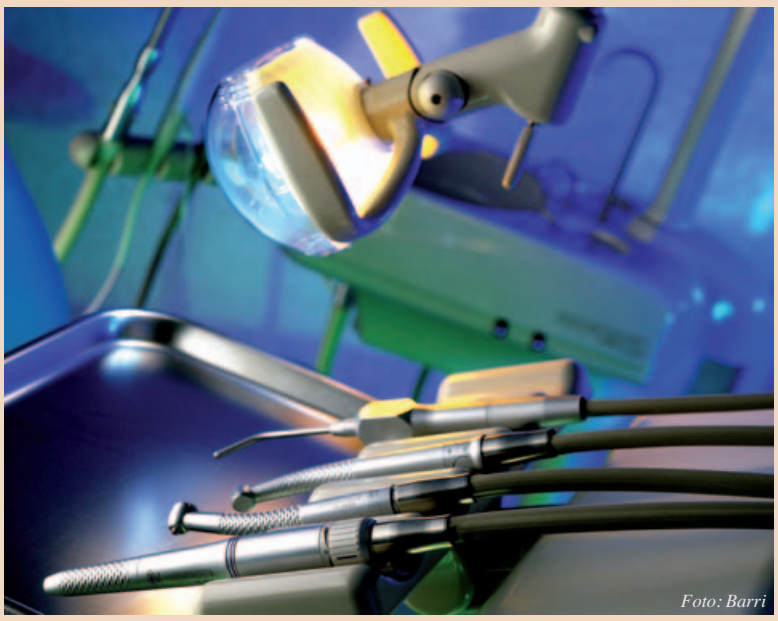


Foto: Barri

że ich realizacja wygląda inaczej w różnych krajach".

Strona internetowa AESIC (*www.aesic.eu*) zachęca do współpracy wszystkie osoby zainteresowane ujednoliceniem norm i ich jednoznaczną interpretacją. Na stronie znaleźć można kalendarz wydarzeń oraz przewodnik po standardach dotyczących dezynfekcji i sterylizacji obowiązujących w Europie. Członkiem stowarzyszenia może zostać każdy – roczna opłata wynosi 10 euro. Bezpłatnie można zalogować się na stronie i uzyskać dostęp do aktualnych informacji związanych z systemem kontroli zakażeń i działaniami AESIC. DT

AD
Blend-a-med PRO-EXPERT
OCHRONA DZIĄSEŁ
pasta o działaniu bakteriostatycznym
NOWE SPOJRZENIE NA OCHRONĘ DZIĄSEŁ I NADWRAŻLIWOŚĆ
Pomaga chronić dziąsła przez działanie ograniczające rozmnażanie bakterii i uwalnianie toksyn. Pomaga w zmniejszaniu recesji dziąseł powodujących obnażanie kanalików zębinowych, które prowadzi do nadwrażliwości zębów.
Redukcja płytki ✓
Ochrona dziąseł ✓
Zapobieganie i leczenie nadwrażliwości zębów ✓
blend-a-med PRO·EXPERT
INSTYTUT
blend-a-med Oral-B
P&G Oral Health

GlaxoSmithKline eliminuje cynk ze swoich produktów protetycznych

Fred Michmershuizen, DT America

GlaxoSmithKline (GSK) – producent materiałów adhezyjnych do protez marki Super Poligrip ogłasza plan wprowadzenia wolnych od cynku wersji swoich produktów.

„Chociaż cynk stanowi ważny składnik diety, ostatnie publikacje sugerują, że nadmierne stosowanie materiałów adhezyjnych do protez zawierających cynk przez wiele lat może prowadzić do rozwoju objawów neurologicznych i problemów związanych z krwią, np. niedokrwistości. Objawy neurologiczne mogą obejmować drętwienie, mrowienie lub osłabienie ramion i nóg, a w efekcie trudności w chodzeniu i utrzymywaniu równowagi" – czytamy w poradniku dla konsumentów.

Firma utrzymuje, że jej produkty stosowane zgodnie z zaleceniami są bezpieczne, lecz mimo to profilaktycznie usuwa z nich cynk na wypadek, gdyby konsumenci używali ich w nadmiernych ilościach. Jak napisano w oświadczeniu, materiał Super Poligrip jest bezpieczny, jeżeli jest stosowany zgodnie z zaleceniami. Większość konsumentów przestrzega tych zaleceń. Jednak niektórzy nakładają grubszą warstwę kleju niż zalecana i stosują go częściej niż 1 raz

dziennie. Dlatego GSK dobrowolnie zaprzestaje produkcji, dystrybucji i reklamy tych produktów w ramach działań profilaktycznych, minimalizujących ewentualne zagrożenia dla konsumentów." Nowe produkty będą miały umieszczone na opakowaniach czytelne oznaczenie, że nie zawierają cynku. GSK podaje, że aktualna sytuacja została omówiona z FDA i okazało się, że nie ma w tej chwili wymogu podejmowania żadnych dodatkowych działań w tym zakresie. DT

FDI i OSAP – wspólne działanie dla bezpieczeństwa pacjentów

FDI (World Dental Federation) wraz z OSAP (Organization for Safety and Asepsis Procedures), International Federation of Dental Educators and Associations (IFEDA) oraz innymi światowymi zrzeszeniami profesjonalistów wzięło udział w oficjalnym omówieniu raportu „Patient Safety Curriculum Guide" (PSCG), zorganizowanym przez WHO w Genewie (Szwajcaria).

Bezpieczeństwo pacjentów to stosunkowo nowa dziedzina, w której działania ukierunkowane są nie tylko na zredukowanie szkód pacjentów spowodowanych opieką zdrowotną, ale także na identyfikację możliwości ulepszenia wyniku leczenia. Wg grupy badaczy WHO ds. bezpieczeństwa pacjentów, dziesiątki milionów chorych na całym świecie każdego roku cierpią z powodu strat zdrowotnych, takich jak niepełnosprawność lub śmierć bliskich z powodu nieprawidłowości z zakresie bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Raport odnoszący się do wielu dziedzin medycyny po raz pierwszy został opublikowany w 2009 r. jako przewodnik dla studentów medycyny i został pobrany w wersji *on line* przez ponad 1.000 instytucji w 100 krajach.

Dr David Alexander – dyrektor wykonawczy FDI powiedział: „FDI World Dental Federation jest bardzo zadowolona ze współpracy z WHO oraz innymi liderami w tej dziedzinie, takimi jak OSAP i IFDEA nad tak ważnym projektem, jakim jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów". Szczegóły dotyczące projektu zostaną szczegółowo omówione podczas corocznego Sympozjum OSAP w czerwcu br. DT

AD

O wydawcy

Wydawca:
dti Dental Tribune International

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

Zespół redakcyjny:

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

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

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

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

Copy Editors
Sabrina Raaff
Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

VP Marketing & Sales
Peter Witteczek

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Executive Producer
Gernot Meyer

Production & Ad Disposition
Jens Lindenhain

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Designer
Franziska Dachsel

Dental Tribune International

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

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 26F, 389 King's Road
North Point, Hong Kong
Tel.: +852-3118-7508
Fax: +852-3118-7509

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

International Editorial Board

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

© 2010, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

W dyskusjach na temat zdrowia jamy ustnej brakuje dentystów!

Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne (ADA) skrytykowało komisję Instytutu Medycyny zajmującą się dostępem do stomatologicznych usług zdrowotnych za wykluczenie z udziału w 2 panelach dyskusyjnych lekarzy dentystów pracujących w gabinetach prywatnych.

Foto: Dmitriy Shironosov

Spotkania zostały zorganizowane na prośbę amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych (DHHS), ich zadaniem jest analiza świadczeń i dostępu do stomatologicznej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący ADA – dr Ronald Tankersley występował przed Instytutem Medycyny (IOM) na początku marca br. Zaznaczył, że lekarze dentyści pracujący w gabinetach prywatnych reprezentują niemal 92% wszystkich aktywnych zawodowo dentystów. Podkreślił, że ich wkład ma kluczowe znaczenie dla kwestii dostępu do usług zdrowotnych w obrębie jamy ustnej. „W imieniu naszych członków jestem zobowiązany do zaprotestowania przeciwko ciągłemu pomijaniu przedstawicieli prywatnych gabinetów stomatologicznych w panelach dotyczących jamy ustnej, organizowanych przez IOM" – powiedział Tankersley. „Szanujemy doświadczenie i wiedzę członków komisji, ale 176.000 lekarzy dentystów pracujących w prywatnych gabinetach reprezentuje ok. 92% aktywnych zawodowo dentystów w USA. Bez nich nie jesteśmy w stanie w znaczący sposób wpłynąć na dostęp do usług stomatologicznych, niezależnie od istniejącego systemu opieki zdrowotnej" – dodał.

W dalszej części wystąpienia Tankersley wymienił starania ADA, zmierzające do poprawy sytuacji populacji w rejonach o ograniczonej dostępności do usług medycznych. „ADA wierzy, że zdrowie jamy ustnej zależy od profilaktyki" – powiedział. „Żadne społeczeństwo nie jest w stanie rozwiązać tego problemu, wiercąc i zalepiając dziury w zębach. Nasze wysiłki zmierzające do poprawy dostępu do opieki dentystycznej nauczyły nas, że problem ten wynika z istnienia wielu przyczyn i przeszkód. Niektóre z nich mają charakter ekonomiczny, inne środowiskowy. Niektóre są bezpośrednie, inne działają w sposób pośredni. Liczne związane są z potencjalnymi pacjentami, inne z osobami świadczącymi usługi medyczne. ADA była jednym z pionierów zajmujących się tym problemem" – wyjaśnił Tankersley, przytaczając przykłady inicjatyw podejmowane przez ADA:

- Zaprojektowanie i wdrożenie programu pilotażowego dla koordynatora ds. zdrowia publicznego jamy ustnej, pracownika zajmującego się profilaktyką i zdrowiem publicznym, posiadającego wykształcenie stomatologiczne, pracującego obecnie w Filadelfii, przemysłowej części Oklahomy i na obszarach zajmowanych przez plemiona Indian.

- Zwołanie w 2009 r. dla grupy 144 interesariuszy spotkania na szczycie dotyczącego dostępu do opieki stomatologicznej, a mającego na celu identyfikację krótko- i długoterminowych sposobów na poprawę stanu zdrowia jamy ustnej populacji o ograniczonym dostępie do usług medycznych.

- Stworzenie Komisji Doradczej ds. Zdrowia Publicznego, stanowiącej formalną jednostkę w obrębie ADA i zapewniającą wkład w sprawy o dużym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

- Zwołanie w 2007 r. spotkania Indian amerykańskich i autochtonów z Alaski w celu wspólnego podjęcia kwestii wyjątkowych potrzeb tych populacji.

- Wdrożenie inicjatywy dotyczącej potrzeb stomatologicznych osób starszych – jednym z jej efektów będzie wprowadzenie prawnych regulacji federalnych.

- Próby zwiększenia współpracy lekarzy dentystów pracujących w gabinetach prywatnych oraz w federalnych ośrodkach zdrowia i innych klinikach, w których ok. 70% lekarzy dentystów stanowią członkowie ADA.

- Lobbing na rzecz niemal każdego programu stanowego, który mógłby skutecznie poprawić sytuację populacji o ograniczonym dostępie do usług medycznych.

„Obecny system opieki stomatologicznej dobrze służy większości Amerykanów, musimy jednak pracować razem, aby objąć nim także najsłabszych spośród nas, którzy są w największym stopniu zagrożeni rozwojem chorób jamy ustnej" – podkreśla Tankersley.

Wg ADA istnieją 3 sposoby zapobiegania chorobom jamy ustnej:

- odbudowa infrastruktury zdrowia publicznego oraz rozbudowa i odpowiednie finansowanie programów bezpieczeństwa, w tym Medicaid;

- rozwój społecznych programów profilaktycznych;

- wzrost świadomości w zakresie zdrowia jamy ustnej.

„Istniejąca infrastruktura zdrowia publicznego jest niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb populacji o ograniczonym dostępie do usług medycznych, a przepaść pomiędzy potrzebami a możliwością ich zaspokojenia stale rośnie" – dodaje Tankersley. DT

Foto: Yuri Shirokov

AD

KaVo Nowe Technologie

KaVo MULTI LED

Doskonała widoczność, którą daje Ci nowoczesne źródło światła.

KaVo. Dental Excellence.

KaVo Polska Sp. z o.o 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
Tel. 42 675 75 36 Fax 42 675 75 35 biuro@kavo.com
www.kavo.pl
Zgodnie z ustawą o zużytym sprzęcie elektrycznym i elektronicznym Dz. U. 2005, Nr 180, poz. 149 przypominamy o obowiązku jego prawidłowego zagospodarowania po zużyciu.

Już w 2012 r. może się zmniejszyć liczba dentystów

Z przeprowadzonego ostatnio badania wynika, że liczba lekarzy dentystów odchodzących na emeryturę lub zmieniających zawód może już niedługo przewyższać liczbę absolwentów studiów stomatologicznych.

Jeśli ta tendencja się utrzyma, zarezerwowanie terminu wizyty u dentysty w nadchodzących latach może okazać się prawdziwym wyzwaniem. Badanie przeprowadzone przez niezależnych naukowców z The Long Group i sponsorowane przez organizację non-profit Delta Dental Plans Association wykazało, że populacja lekarzy dentystów może zacząć się zmniejszać już w 2012 r.

Badacze dokonali analizy współczesnych wskaźników i danych dotyczących odchodzenia na emeryturę oraz wyników badania ankietowego, w którym lekarze dentyści deklarowali zamiar zmiany zawodu w okresie 5-10 lat. Następnie porównali te wartości z liczbą absolwentów opuszczających co roku uczelnie stomatologiczne.

Przenosząc obecne trendy na przyszłość stwierdzono, że populacja lekarzy dentystów, która w 2009 r. wynosiła 179.600 osób będzie rosła do 2011 r., ale liczba dentystów odchodzących na emeryturę lub zmieniających zawód może już od 2012 r. zacząć przewyższać liczbę absolwentów szkół stomatologicznych. Zakładając stałą ich liczbę, która wynosi 4.500 osób rocznie, do r. 2019 populacja lekarzy dentystów może zmniejszyć się o blisko 7.000!

„Coraz więcej osób korzysta z refundacji kosztów leczenia przez pracodawcę, z indywidualnego ubezpieczenia, z programów rządowych lub ponosi koszty opieki dentystycznej z własnych środków. Zwiększa się liczba pacjentów, ale równie ważne jest, by dostępni byli lekarze, którzy będą ich diagnozować i leczyć" – powiedziała Kim E. Volk, przewodnicząca i dyrektor generalny Delta Dental Plans Association.

„Nasza sieć obejmuje 132.000 lekarzy dentystów, dlatego chcemy także wpływać na obecne trendy, a nie tylko je monitorować" – dodaje Volk.

Grupy takie jak Delta Dental skutecznie zapewniają pomoc lekarzy dentystów w obszarach o ograniczonej dostępności do usług medycznych, dając przyszłym dentystom nadzieję, że kończąc studia, nie pozostaną oni z niemożliwą do spłacenia pożyczką pokrywającą koszty kształcenia. Wg Amerykańskiego Towarzystwa Edukacji Stomatologicznej absolwenci szkół dentystycznych wchodzą na rynek pracy zadłużeni średnio na kwotę 170.000 dolarów. Lekarze, którzy chcą pracować we wskazanym przez władze obszarze, gdzie brakuje dentystów, mogą liczyć na umorzenie 80.000-100.000 dolarów z tej kwoty w ciągu 3-5 lat.

Dr Arron McWilliams pracuje w wiejskim obszarze hrabstwa Crawford w stanie Iowa, w dużym stopniu dzięki programowi FIND (Fulfilling Iowa's Need for Dentists) finansowanemu przez Delta Dental stanu Iowa oraz miejscowe organizacje przemysłowe, rządowe, zdrowotne i obywatelskie. Miasto Denison, którego populacja liczy nieco ponad 7.000 mieszkańców, prawdopodobnie nie byłoby pierwszym wyborem lekarza dentysty, który zamierzałby otworzyć swój gabinet. „Gdyby nie program FIND, dr McWilliams pracowałby na rzecz innej społeczności" – powiedział Don Luensmann, dyrektor wykonawczy Chamber and Development Council hrabstwa Crawford. Podobne odczucia mają reprezentanci władz innych wiejskich obszarów hrabstwa. „Przedstawiciele zawodów związanych z opieką zdrowotną odgrywają kluczową rolę w sytuacji ekonomicznej naszego społeczeństwa" – podkreśla Jeffrey Johnson, dyrektor oddziału BankWest w Gregory – miejscowości liczącej niespełna 2.000 mieszkańców. „Program refundacji pożyczek organizacji Delta Dental pomaga nam zyskać pewność, że jedyny gabinet dentystyczny w naszym mieście nie zostanie zamknięty. Tego typu programy są korzystne dla wszystkich stron: dla lekarzy dentystów, którzy mają do spłacenia pożyczkę, dla miejscowej sytuacji ekonomicznej oraz dla mieszkańców potrzebujących opieki stomatologicznej" – mówi K. Volk.

Firmy zrzeszone w Delta Dental wspierają obecnie programy refundacji pożyczek uczelni stomatologicznych w stanach: Arkansas, Iowa, Dakota Płd., Maine, New Hampshire oraz Vermont. Delta Dental inwestuje także znaczne środki w edukację stomatologiczną w całym kraju. Organizacja non-profit Delta Dental Plans Association (*www.deltadental.com*) założona w Oak Brook w stanie Illinois to krajowa sieć niezależnych korporacji stomatologicznych, specjalizujących się w programach stomatologicznych na rzecz 54 mln mieszkańców USA w ponad 89.000 grupach pracowników w całym kraju. DT

Gabinety dentystyczne przyjazne środowisku

Wg Eco-Dentistry Association, 40. rocznica Dnia Ziemi to czas dla dentystów, aby rozważyli skierowanie swoich praktyk w stronę przyjazną środowisku. Dzień Ziemi jest obchodzony na całym świecie w celu promocji świadomości potrzeby ochrony środowiska.

Foto: Mitar Art

Regulacje prawne dotyczące zmian klimatu są jednym z najbardziej popularnych tematów w dyskusjach zarówno międzynarodowych, jak i lokalnych. Gabinet dentystyczny przyjazny środowisku na pewno zainteresuje wielu pacjentów.

EDA – międzynarodowe stowarzyszenie promujące praktyki dentystyczne przyjazne środowisku zachęca dentystów, aby wzięli udział w ochronie środowiska. Poprzez przybliżenie zagadnień wpływu, jakie gabinety dentystyczne wywierają na naturalne środowisko, EDA chce pokazać, że zdecydowana większość dentystów w swoich praktykach, w wyniku stosowanych procedur, produkuje zbyt dużo odpadów i zanieczyszczeń. Na stronie internetowej stowarzyszenia czytamy: „Pojawienie się najnowszych produktów i technologii pomoże dentystom zredukować znaczną część odpadów. W wielu przypadkach przyjazna środowisku alternatywa lepiej wpływa na zdrowie pacjenta i pozwala zaoszczędzić pieniądze. Najważniejszą sprawą dla każdego dentysty jest zainstalowanie separatorów amalgamatu, które filtrowałyby zawartość rtęci w tym materiale, zapobiegając jednocześnie zanieczyszczaniu zasobów wodnych. Takie procedury dentystyczne, jak np. standardowe prześwietlenie to niepotrzebne, toksyczne śmieci, które muszą zostać zutylizowane. Takie technologie, jak radiografia cyfrowa, sterylizacja parą wodną oraz zarządzanie bioodpadami w ramach zarządzania gabinetem nie tylko zredukują ilość odpadów, ale również wyeliminują ich wytwarzanie".

EDA zaleca, aby dentyści przestrzegali następujących zasad w celu redukcji ilości odpadów i zanieczyszczeń:

- używanie separatorów amalgamatu,
- wprowadzenie kontroli infekcji bez wytwarzania śmieci, usunięcie toksycznych procesów podczas kontroli infekcji,
- wprowadzenie cyfrowych zdjęć rtg,
- prowadzenie gabinetu przy zużyciu jak najmniejszej ilości papieru. DT

Wzrasta wartość światowego rynku implantów stomatologicznych i materiałów kościozastępczych

Stomatologiczne systemy implantologiczne szybko stają się preferowanym rozwiązaniem zastępującym brakujące zęby lub podparciem dla koron, mostów i protez zębowych. Światowa sprzedaż tych produktów będzie prawdopodobnie w ciągu kolejnych 5 lat notowała znaczny wzrost, sięgając kwoty ponad 4,5 mld dolarów – tak wynika z drugiego wydania raportu pt.: „Uzupełnienia stomatologiczne oparte na implantach – światowy rynek implantów stomatologicznych i materiałów kościozastępczych", opublikowanego przez Kalorama Information.

W 2006 r. sprzedaż implantów i łączników stomatologicznych wzrosła o ponad 15%, sięgając kwoty niemal 2 mld dolarów. Najwyższy wzrost odnotowano w Europie, gdzie popularność implantów doprowadziła do uzyskania w tej dziedzinie obrotów na poziomie 760 mld dolarów, co stanowi 42% światowego rynku.

Zaawansowane techniki przeszczepiania i regeneracji kości doprowadziły do ogromnego wzrostu możliwości stomatologicznego leczenia protetycznego w oparciu o implanty. Światowa sprzedaż stomatologicznych materiałów kościozastępczych osiągnęła w 2006 r. wartość 130 mln dolarów, co stanowiło 12% wzrost w porównaniu do r. 2005. Zgodnie z raportem, wykorzystanie materiałów kościozastępczych do 2012 r. wzrośnie niemal dwukrotnie, a zyski z ich sprzedaży sięgną poziomu 266 mln dolarów.

Techniki przeszczepiania kości umożliwiają powiększenie grupy kandydatów do leczenia implantologicznego, w tym włączenie do niej licznej populacji pacjentów bezzębnych, którzy do niedawna rzadko kwalifikowali się do stomatologicznego leczenia implantologicznego ze względu na znaczną resorpcję kości. „Obecnie największą uwagę w dziedzinie przeszczepiania kości w obrębie jamy ustnej zyskują programy rozwojowe i badawcze dotyczące wykorzystania produktów białek morfogenetycznych kości (bone morphogenic protein – BMP). Białka z rodziny BMP wykazują potencjał umożliwiający całkowitą rewolucję na rynku materiałów kościozastępczych. Mogą wyprzeć wszystkie inne produkty dostępne obecnie na rynku, w tym także syntetyczne materiały kościozastępcze, materiały allogenne i zdemineralizowaną macierz kostną" – zauważa Anne Anscomb, autorka raportu.

„Wraz z ogłoszeniem w marcu, że FDA zaaprobowała stosowanie materiału InFuse Bone Graft firmy Medtronic w określonych zabiegach regeneracji kości ze wskazań szczękowo-twarzowych i stomatologicznych, przyszłość BMP i większe wykorzystanie materiałów wszczepialnych oraz implantów stają się jeszcze bardziej prawdopodobne" – dodaje.

Raport pt.: „Uzupełnienia stomatologiczne oparte na implantach" obejmuje prognozy dotyczące zysków w każdym sektorze do 2016 r., udziały w światowym rynku dla 4 obszarów geograficznych, ponad 35 tabel i rycin przedstawiających szczegółowe dane rynkowe, przeglądy nowych produktów i stomatologii wspomaganej komputerowo oraz trendy w kwestii refundacji. Można go kupić bezpośrednio od Kalorama Information za pośrednictwem strony internetowej *www.kaloramainformation.com*. Jest także dostępny na stronie internetowej *www.Market-Research.com*. DT

CK Dental Industries
Tel.: (800) 675 25 37
Faks: (800) 634 17 88
www.ckdental.net

Nadzieja dla pacjentów z rakiem jamy ustnej

Najnowsze badania przeprowadzone w Ameryce pozwoliły odkryć narzędzie diagnostyczne umożliwiające wykrycie raka jamy ustnej w bardzo wczesnym stadium. Amerykańscy badacze mają nadzieję, że wdrożenie nanobioczipów obniży koszty diagnostyki oraz znacząco wpłynie na podniesienie jakości opieki zdrowotnej na całym świecie. Dzięki temu odkryciu, dentyści mogą stać się najważniejszymi specjalistami w walce z nowotworami jamy ustnej, bowiem możliwe będzie wykrycie najwcześniejszych objawów nowotworu już na fotelu dentystycznym.

Narzędzie wyglądem przypomina szczoteczkę do zębów i można dzieki niemu uzyskać bardzo dokładne wyniki, dotykając rany na języku lub wewnętrznej stronie policzka. Poprzez porównanie z tradycyjnymi metodami diagnostycznymi, badania wykazały, że sensory nanobioczipa są o 97% bardziej wrażliwe i 93% bardziej precyzyjne w wykrywaniu nowotworów (również złośliwych).

Gdyby technologia ta została wprowadzona do powszechnego użytku, „szczoteczka" mogłaby być używana przez dentystów podczas wizyt jako minimalnie inwazyjna technika dostarczająca wyników już w 15 min (wyniki dotychczasowych, tradycyjnych metod wymagają kilku dni). Byłaby to również wygodna alternatywa dla inwazyjnych biopsji, którym często towarzyszy ból.

Niebawem planowana jest największa dotychczasowa próba nanobioczipów, w której udział ma wziąć ok. 500 pacjentów. Nanobioczipy zostały wynalezione przez prof. Johna McDevitt oraz jego grupę badaczy z Rice University w Huston. Prof. McDevitt powiedział: „Najważniejszym punktem moich badań było pokazanie, że zminiaturyzowana, nieinwazyjna technologia pozwala uzyskać te same wyniki, jakie dają dotychczasowe badania wykonywane przez patologów. Ta dziedzina diagnostyki została szczególnie podważona przez naukowców i badaczy. Niestety, problem polega na tym, że pomimo badań nie ma żadnych niezawodnych narzędzi". John McDevitt dodał, że pacjenci z podejrzanymi zmianami w jamie ustnej najczęściej poddawani są zabiegom operacyjnym albo biopsji co 6 miesięcy.

McDevitt wyjaśnia: „Ludzie przeszkoleni w tej dziedzinie nie mają żadnych problemów ze znalezieniem zmian. Problemem jest następny krok, tzn. pobranie tkanki. Najważniejszym elementem tych badań jest odkrycie mniej bolesnej metody diagnostyki, a ich wyniki możemy uznać za sukces na tym etapie".

Wspomniane badania zostały poparte przez British Dental Health Foundation. Dr Nigel Carter – dyrektor BDHF powiedział: „Rak jamy ustnej jest wyniszczającą i śmiertelną chorobą, a z tak wczesnej diagnostyki, jaką umożliwia nanobioczip można uzyskać wiele korzyści. Obecnie największa szansa na pokonanie raka to wczesne wykrycie, co zwiększa szanse na przeżycie o 90%. Bez wczesnej diagnozy szansa ta spada do 50%" – podkreśla N. Carter. DT

Source: dentistry.co.uk

Foto: Aleks Key

AD

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

1+1=3

NOWY AIR-FLOW MASTER PIEZON – SKALING ORAZ NAD- I PODDZIĄSŁOWE PIASKOWANIE – LIDER W PROFILAKTYCE

Nad- i poddziąsłowe piaskowanie jak w Air-Flow Master. A dodatkowo skaling jak w Piezon Master 700. W sumie Air-Flow Master Piezon – najnowsze osiągnięcie twórców Oryginalnych Metod - to trzy aplikacje w jednym.

PIEZON BEZ BÓLU

Praktycznie bez bólu dla pacjenta i niezwykle łagodny dla nabłonka; maksymalny komfort pacjenta jest głównym wyróżnikiem Oryginalnej Metody Piezon. Nie mówiąc już o unikalnie gładkich powierzchniach zębów. Te dodatkowe zalety są wynikiem prostolinijnych ruchów wzdłuż powierzchni zębów Oryginalnych Szwajcarskich Końcówek EMS współpracujących perfekcyjnie z Oryginalnymi Rękojeściami Piezon LED. Przysłowiowa szwajcarska jakość połączona z inteligentną technologią i.Piezon.

> Oryginalna Rękojeść Piezon LED ze Szwajcarską Końcówką PS

AIR-FLOW NISZCZY BIOFILM

Usuwanie szkodliwego biofilmu aż do samego dna kieszonek. To istota Oryginalnej Metody Air-Flow Perio. Poddziąsłowa redukcja bakterii zapobiega utracie zęba (periodontitis) lub utracie implantu (periimplantitis). Regularne zawirowania strumienia mieszanki powietrza i piasku oraz woda zapobiegają odmie – nawet gdy docierają do granic profilaktyki – dzięki działaniu końcówki Perio-Flow.

> Oryginalne Rękojeści Air-Flow i Perio-Flow

A kiedy chodzi o konwencjonalne piaskowanie naddziąsłowe, nic nie jest ważniejsze od niezrównanej jakości Oryginalnej Metody Air-Flow. Skuteczność, szybkość, pewność i bezstresowość zabiegu bez uszkadzania tkanki łącznej, bez rysowania powierzchni zębów. Dzięki łagodnemu zastosowaniu energii biokinetycznej.

W urządzeniu Air-Flow Master Piezon wszystko to jest połączone – od diagnozy i leczenia wstępnego, aż po kolejne wizyty. Zapraszamy profesjonalistów profilaktyki, aby sprawdzili sami.

"I FEEL GOOD"

Coś więcej o profilaktyce > www.ems-swissquality.com

Ewolucja wróżki

Ken Munkens i Kristin Kenyon, USA

Wielu dorosłych, nie tylko w Ameryce, pamięta zwyczaj chowania pod poduszkę mlecznych zębów, które wypadły, a potem cudem zamieniały się w niespodzianki. Wraz z upływem czasu i dokonującym się postępem we współczesnym świecie, ewolucja stała się także udziałem wróżki „Zębuszki".

Kiedyś popularna wróżka nagradzała dzieci za każdy utracony ząbek. Dziś odgrywa niezwykle istotną rolę, pomagając dzieciom zachować stałe zęby, a także cieszyć się pięknym uśmiechem i zdrowszym życiem. Stała się zaangażowaną bojowniczką w walce przeciwko najczęstszej przewlekłej chorobie dotykającej dzieci w wielu krajach świata: próchnicy dziecięcej. Obecnie nie jest już tylko wróżką, ale superbohaterką uzbrojoną w potężną broń, jaką jest wiedza.

Przez wiele lat zaangażowani członkowie zespołów stomatologicznych, w tym lekarze pedodonci, higienistki stomatologiczne i inne grupy pracowników służby zdrowia, nie ustawali w wysiłkach, aby zapewnić leczenie stomatologiczne i działania profilaktyczne dzieciom mającym ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Pomimo ich wysiłków, próchnica dziecięca występuje jednak coraz powszechniej, wywołując cierpienie milionów dzieci.

Choroby zębów dotykają wszystkich

Dzieci, u których nie leczone są choroby zębów mogą mieć trudności z jedzeniem, snem i wyraźną mową, co wpływa na możliwość koncentracji w szkole, kontakty z rówieśnikami i rozwój umiejętności społecznych niezbędnych w dorosłym życiu. Choroba postępuje, a dolegliwości odczuwane przez dzieci nasilają się z wiekiem. Mogą być one przyczyną przewlekłego bólu, ale także chorób dziąseł, złamania lub utraty zębów, ropni, infekcji lub w niektórych przypadkach nawet podwyższać ryzyko śmierci.

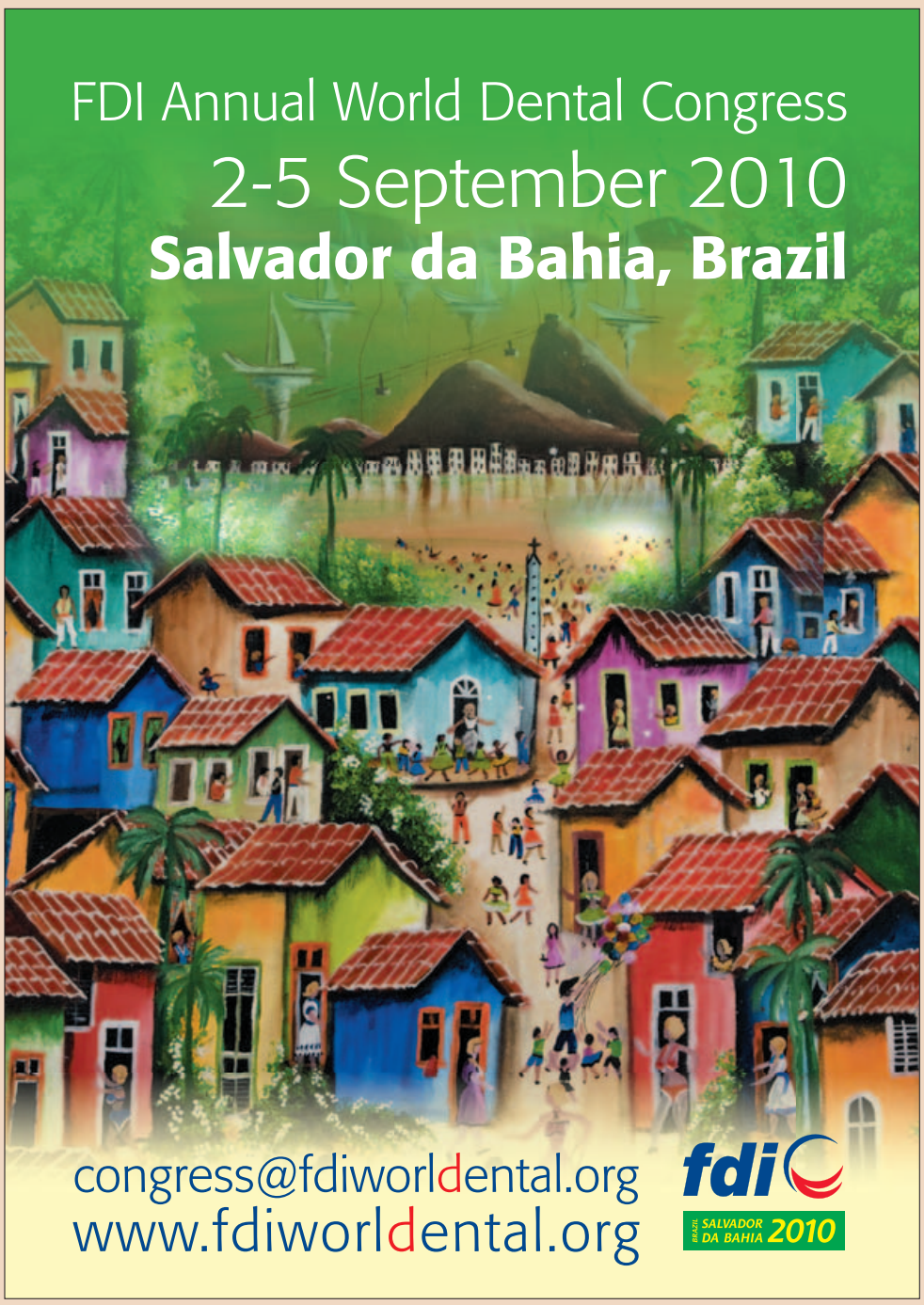
Do niedawna niewiele mówiono i pisano się na temat zależności pomiędzy stanem jamy ustnej a ogólnym stanem zdrowia. Obecnie dostępne są wyniki licznych badań wiążących próchnicę z chorobami serca, zawałem, cukrzycą, zapaleniem płuc, nieprawidłowym zakończeniem ciąży, infekcjami wtórnymi i demencją. A to tylko niektóre zagrożenia związane z próchnicą. Choroba ta cechuje się także logiczną progresją.

Dziecko, które odczuwa ból w jamie ustnej, może mieć problemy z utrzymywaniem odpowiedniej diety, a szczególnie spożywaniem warzyw i ziaren, które są trudniejsze do pogryzienia. Dodatkowo, dzieci dotknięte próchnicą zębów często nie są w stanie dostatecznie długo lub dokładnie żuć, co utrudnia właściwe trawienie, prowadząc do utraty wielu cennych składników odżywczych. Niedożywienie związane z problemami w jamie ustnej prowadzi też do niedostatecznego rozwoju, słabych kości i mięśni, alergii, braku koncentracji, problemów emocjonalnych i innych zaburzeń systemowych, które nie zawsze wiąże się z chorobami zębów.

Wg amerykańskiego Ministerstwa Zdrowia i Usług Społecznych, co roku absencje związane z chorobami zębów odzwierciedlają utratę 51 mln godzin lekcyjnych i 164 mln godzin pracy.

➡

AD



AD

Liczba Amerykanów, którzy nie posiadają ubezpieczenia stomatologicznego jest niemal 3-krotnie wyższa od liczby osób bez ubezpieczenia medycznego. Szansa na uzyskanie pomocy stomatologicznej przez nieubezpieczone dzieci jest 2,5-krotnie niższa niż w przypadku dzieci posiadających ubezpieczenie. Kiedy wreszcie te zaniedbania doczekają się zmian, dzieje się to często w gabinecie pomocy doraźnej i wiele kosztuje podatników.

Wielu tym problemom można zapobiec, stosując odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z informacjami Koalicji na rzecz Zdrowia Jamy Ustnej, każdy 1 dolar wydany na profilaktykę chorób jamy ustnej to 50 dolarów oszczędności na kosztach leczenia doraźnego i odtwórczego. Wyższe całkowite koszty opieki zdrowotnej, wyższe składki na ubezpieczenie zdrowotne i niższa wydajność pracy, a nawet koszty związane z wyższym wskaźnikiem przestępczości to cena, jaką wszyscy płacimy za to, że choroby zębów u dzieci nie są odpowiednio leczone.

Amerykańska wróżka „Zębuszka" przynosi nadzieję

Krajowa Fundacja Zdrowia Jamy Ustnej Dzieci jest właśnie taką amerykańską wróżką – organizacją non-profit, skupiającą się wyłącznie na zwalczaniu najczęstszej przewlekłej choroby dzieci w USA – próchnicy poprzez wszechstronne leczenie oraz inicjatywy profilaktyczne i edukacyjne.

Amerykańska wróżka „Zębuszka" (*www.americastoothfairy.org*) to grupa krajowych przedstawicieli opieki zdrowotnej i osób prywatnych – zarówno tych, którzy już walczą przeciwko tej niebezpiecznej chorobie, jak i osób, które dopiero zamierzają przyłączyć się do walki. Organizacja dba o zwiększanie publicznej świadomości na temat dziecięcej próchnicy i trwających całe życie powikłań tej choroby. Ponadto wspiera sieć programów zdrowia jamy ustnej, zapewniając wszechstronną opiekę dzieciom z obszarów o utrudnionym dostępie do opieki zdrowotnej w całej Ameryce.

W ciągu niespełna 4 lat Fundacja dostarczyła wartościowe produkty i bezpośrednio finansowała działania partnerów na łączną kwotę ponad 6 mln dolarów. W ten sposób wpłynęła na życie ponad miliona dzieci w całym kraju! Ponieważ ubezpieczyciele korporacyjni ponoszą wszelkie koszty operacyjne, każdy dodatkowy dolar oddany na rzecz organizacji jest przeznaczany na jeden z programów zapewniających dzieciom zdrowszą przyszłość.

Wróżka „Zębuszka" długo była symbolem magii dzieciństwa, mityczną postacią, która materializuje się tylko wtedy, kiedy dziecko zaśnie, śniąc o prezentach, jakie nazajutrz znajdzie pod poduszką. Ponad 4 mln dzieci w Ameryce cierpi każdego dnia z powodu bólu zębów – tak silnego, że nie pozwala zasnąć. Dla tych dzieci i dla każdego, komu bliskie są ich problemy zdrowotne, Krajowa Fundacja Zdrowia Jamy Ustnej Dzieci stworzyła amerykańską wróżkę „Zębuszkę". Jest ona symbolem zmian: edukuje, zapobiega, chroni i – co być najważniejsze – daje nadzieję wszystkim dzieciom.

Aby uzyskać więcej informacji lub wesprzeć Fundację, należy odwiedzić stronę internetową *www.americastoothfairy.org*. DT

AD

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

NOWY PIEZON

PIEZON MASTER 700 – ORYGINALNA METODA PIEZON WSPARTA INTELIGENTNĄ TECHNOLOGIĄ i.PIEZON

PIEZON® NO PAIN EMS

> Nowa broszura – wszystko o Oryginalnej Metodzie Piezon i nowym urządzeniu Piezon Master 700

BEZBOLEŚNIE dla pacjenta – oto idea, która przyświecała twórcom Oryginalnej Metody Piezon podczas opracowywania nowego urządzenia Piezon Master 700.

Rezultatem jest zabieg, który nie powoduje powstawania nadwrażliwości zębów ani dziąseł a zapewnia uzyskanie nadzwyczajnie gładkiej powierzchni zębów bez naruszenia nabłonka.

Połączenie Oryginalnych Rękojeści Piezon LED i elektronicznego modułu i.Piezon, które zapewnia doskonale dopasowany do kształtu zębów ruch instrumentów to symbioza inteligentnej technologii i niezrównanej precyzji. Oryginalne Szwajcarskie Instrumenty EMS, wykonane z najlepszej biokompatybilnej stali chirurgicznej, dopełniają perfekcję całości.

Nowe urządzenie Piezon Master 700 ze swym nowoczesnym panelem dotykowym ustala nowe standardy łatwości obsługi i utrzymania higieny. Korzyść dla każdego - pacjenta i stomatologa – obaj są zadowoleni.

"I FEEL GOOD"

Więcej informacji > welcome@ems-ch.com

Rozbudowa i odnowienia gabinetu – korzyści dla rozwoju praktyki

Anne Levitch, Australia

Remont lub przeniesienie gabinetu stomatologicznego w nowe miejsce może przynieść wiele korzyści. Choć decyzja o podjęciu tak istotnych zmian we własnym gabinecie jest zwykle wtórna wobec problemów finansowych, większość lekarzy stwierdza, że nowy gabinet pozwala osiągnąć znacznie więcej niż mogło się wcześniej wydawać.

Możliwość uporządkowania działania gabinetu i zdobycia nowych pacjentów może być bardzo opłacalne dla twojej praktyki. Dzięki zwiększeniu funkcjonalności gabinetu wzrośnie też wydajność personelu. Pacjenci będą czuli się bezpieczniej w odświeżonym, dobrze zorganizowanym gabinecie.

Przed (DTI; Ryc. dzięki uprzejmości Levitch Design Associates, Australia).

Po włączeniu do dzierżawionego lokalu nowych pomieszczeń.

Instalacje i wyposażenie większości gabinetów stomatologicznych zaczyna się zauważalnie zużywać po ok. 10 latach użytkowania. Zmienia się także moda – i to tak wyraźnie, że nawet najbardziej nowoczesny wizerunek z 2000 r. dziś tylko podkreśla wiek twojej praktyki. Pacjenci oczekują czystego, nowoczesnego wystroju gabinetu, wiążąc go z najwyższymi standardami opieki zdrowotnej. Komercyjny leasing obejmuje zwykle okres 5 lat. Koniec drugiego okresu leasingu to na ogół odpowiedni moment, aby zastanowić się nad zmianą lokalizacji gabinetu. Ze względu na zmiany technologii i dostępność części zapasowych, wyposażenie gabinetu służy zwykle przez ok. 10 lat.

Podstawowe czynniki wpływające na decyzję o otworzeniu gabinetu w nowym miejscu to przestrzeń umożliwiająca dalszy rozwój, wizerunek praktyki, chęć zapewnienia większej prywatności pacjentom i pracownikom, zwiększenie funkcjonalności, wyższe standardy higieny oraz wiek posiadanego sprzętu. Przenosiny do większego lokalu pozwalają na rozbudowę gabinetu i umożliwiają zatrudnienie większej liczby personelu, a w efekcie przyjmowanie większej liczby pacjentów. Może istnieć także możliwość dołączenia do obecnego lokalu dodatkowych pomieszczeń. Warto mieć świadomość takich możliwości.

Jeśli podczas odnawiania praktyki decydujesz się na zmianę ogólnego wizerunku lokalu, musisz pamiętać o takich sprawach, jak: wykończenia, grafik, przejrzystość, obraz zespołu oraz udogodnienia dostępne w gabinecie. Większy remont lub zmiana lokalu pozwoli na zmianę wizerunku praktyki, co może pomóc w zdobyciu nowych pacjentów, a dotychczasowych przywiązać do gabinetu jeszcze bardziej.

Kierunek ruchu w twoim gabinecie powinien umożliwiać łatwe poruszanie się pracowników i pacjentów przy jednoczesnym zachowaniu prywatności obu grup. Remont daje możliwość zmiany układu pomieszczeń w gabinecie i lepszego wykorzystania dostępnej przestrzeni. Przenosiny do nowego lokalu umożliwiają zaprojektowanie układu gabinetu w oparciu o zalety i wady poprzedniego miejsca. Nowe wykończenia i gładkie, łatwe do czyszczenia powierzchnie zapewnią wyższy standard gabinetu pod względem kontroli infekcji. Zaletą zmiany lokalu lub gruntownego remontu jest też możliwość wymiany wyposażenia na nowsze oraz okazja do ponownej oceny potrzeb w zakresie przechowywania. Wymogi dotyczące miejsca i dostępności nowego wyposażenia można uwzględnić już na etapie planowania nowego gabinetu.

Przeniesienie do nowego lokalu niesie ze sobą większe ryzyko finansowe niż remont, ponieważ przygotowanie nowych pomieszczeń wymaga czasu, a jednocześnie rosną wydatki bieżące – zwykle jest to jednak rekompensowane przez rozwój gabinetu. Przystosowywanie nowego lokalu eliminuje także konieczność przerywania działalności dotychczasowego gabinetu – praca w starych pomieszczeniach może trwać do chwili, kiedy nowe będą już gotowe do przeprowadzki.

Jeśli zastanawiasz się nad zmianą lokalizacji swojej praktyki, zacznij zbieranie informacji na temat dostępnych lokali 18 miesięcy wcześniej, aby lepiej poznać warunki i przyszłe możliwości. Odpowiednio wczesne rozpoczęcie poszukiwań ułatwi ci znalezienie lokalu, który będzie odpowiedni na twój nowy gabinet. Jeśli poinformujesz o swoich poszukiwaniach agentów nieruchomości i właścicieli lokali, możliwości mogą przyjść do ciebie same. DT

AD

Autorka

Anne Levitch przez ponad 25 lat zarządzała firmą Levitch Design Associates, zajmującą się projektowaniem obiektów medycznych. Można się z nią skontaktować, pisząc na adres e-mail: info@levitch.com.au.

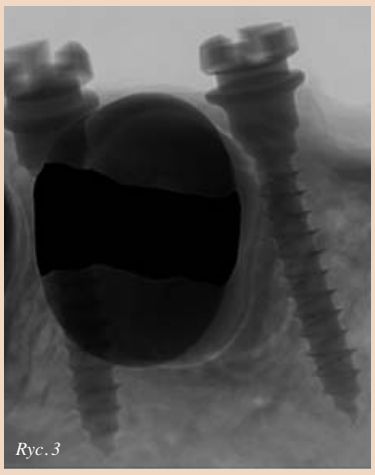
Miniimplanty – kluczowe rozwiązanie w gabinecie stomatologicznym

Część VI: powikłania i zagrożenia

Björn Ludwig, Bettina Glasl, Thomas Lietz, Jörg A. Lisson, Niemcy

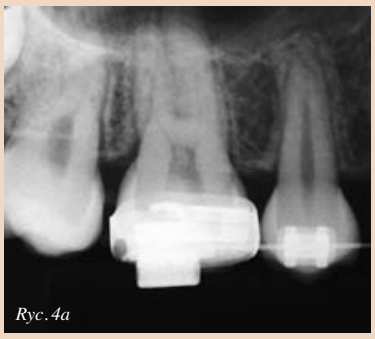
Użycie miniimplantów ułatwia leczenie ortodontyczne. W niektórych przypadkach jest to jedyny sposób, aby leczenie w ogóle było możliwe. Terapia oparta na stosowaniu miniimplantów – jak każda procedura medyczna – jest jednak związana z pewnymi problemami, powikłaniami i zagrożeniami. Główna faza badań nad miniimplantami rozpoczęła się w 2000 r., a dzisiaj stosowanie miniimplantów staje się coraz bardziej rutynowym działaniem. Oznacza to, że potencjał, ale i ograniczenia tej metody są jeszcze wyraźniej zauważalne.

Nawet niewielki problem lub pomyłka podczas planowania i leczenia z użyciem miniimplantów może mieć różne konsekwencje i prowadzić do licznych powikłań. Często dochodzi do wyzwolenia całej serii zdarzeń niepożądanych,



Ryc. 3

Ryc. 3: Fizjologiczne ruchy zęba mogą w pewnych okolicznościach powodować mikroprzesunięcia śruby, prowadząc do niepowodzenia leczenia.



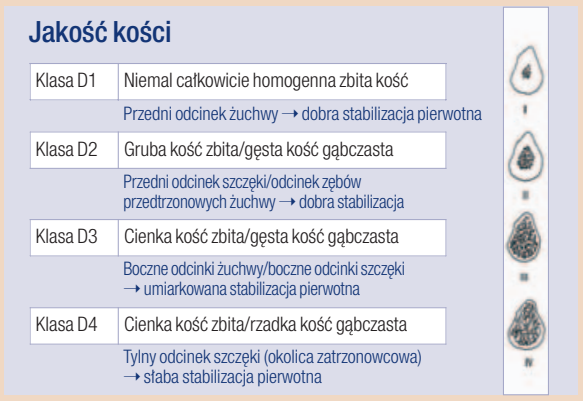
Ryc. 4a

Ryc. 4b

Ryc. 4 a, b: W przypadku wykonywania zdjęć na kliszy zębowej, przydatne informacje uzyskamy, stosując technikę kąta prostego (a). Niewłaściwa technika wykonywania zdjęcia rtg naraża pacjenta na niepotrzebny stres, ale jest także nieprzydatna z punktu widzenia planowania leczenia (b).

choć na pierwszy rzut oka nie ma często bezpośredniego związku między powstaniem problemu i/lub powikłania a jego przyczyną. Oczywiście, wciąż pozostaje kilka obszarów, które nie zostały dostatecznie zbadane, ale wiemy coraz więcej na temat tego, co gwarantuje sukces, co prowadzi do porażki, a co leży w strefie pomiędzy sukcesem i katastrofą (Tabela 1). Dlatego tak ważne jest, aby pacjent został poinformowany o potencjalnych zagrożeniach oraz o dostępnych alternatywnych metodach leczenia. Najczęściej spotykanym powikłaniem jest utrata miniimplantu.

Ryc. 1: Istnieje wiele potencjalnych przyczyn przedwczesnej utraty miniimplantów. Najczęściej występujące są związane z działaniem lekarza.



Ryc. 2: Klasyfikacja jakości kości wg Misch'a (1990) oraz Lekholm'a & Zarb'a (1985).

Wskaźnik powodzeń/wskaźnik niepowodzeń

Na ile niski jest wskaźnik niepowodzeń lub jak wysoki jest wskaźnik powodzeń leczenia z użyciem miniimplantów? Łatwo byłoby przytoczyć liczby podawane w publikowanych artykułach, ale nie są one bardzo przydatne, np. wskaźnik powodzeń waha się od 0 do 100%. Wyniki wszystkich opublikowanych obserwacji klinicznych mieszczą się w tym zakresie. Czy ta wiedza pozwala nam na ocenę, czy określone miniimplanty są dobre? I czy jest to odpowiednie kryterium, na którym można się oprzeć, oceniając system miniimplantów lub procedurę terapeutyczną?

Behrens i Wiechmann na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzili, że wskaźnik niepowodzeń dla miniimplantów wprowadzonych w językową powierzchnię żuchwy wynosi 100% dla śrub Dual-Top i 76,9% dla śrub AbsoAnchor. Co to znaczy? Czy miniimplanty AbsoAnchor są lepsze niż Dual-Top? W tym przypadku można łatwo pomylić przyczynę ze skutkiem. W badaniu uwzględniono tylko jedną okolicę i uzyskano wysokie wartości wskaźnika niepowodzeń dla 2 badanych miniimplantów – bez wątpienia oznacza to, że miejsce implantacji było problematyczne lub zupełnie nieodpowiednie. Prawdopodobnie taki sam efekt można byłoby uzyskać dla każdego rodzaju miniimplantów wprowadzanych w tę okolicę. Musimy zapamiętać, że przedwczesne wnioski formułowane tylko na podstawie liczb nie są właściwe ani miarodajne. Utrata lub częściowe niepowodzenie wszczepienia miniimplantu może mieć wiele przyczyn. Zazwyczaj wina nie leży po stronie samego systemu! Problematyczną kwestią jest porównywalność sytuacji klinicznych i warunków badania. Pacjenci bardzo różnią się pod względem reakcji i nawyków, sytuacja biomechaniczna może być bardzo różna – to tylko niektóre przykłady. W publikacjach często pomija się kwestię doświadczenia chirurga w chwili rozpoczęcia badania. Tymczasem jest to istotny czynnik wpływający na efekt leczenia. Ze względu na liczne czynniki modyfikujące nie jest możliwe bezpośrednie porównanie wyników różnych badań.

Same statystyki mają niewielką wartość, ponieważ ostatecznie liczy się osobiste doświadczenie. Lekarz musi chcieć się uczyć nie tylko na własnych błędach, ale także na błędach innych. Wskaźnik powodzenia powinien wynosić znacznie powyżej 90%, chociaż uzyskanie takiego wyniku jest mało prawdopodobne, kiedy lekarz dopiero zaczyna pracę z miniimplantami. Krzywa zależności wyników od doświadczenia jest w przypadku tego typu leczenia bardzo wyraźnie wykształcona. Dotyczy to szczególnie zabiegu implantacji. Przyczyn większości problemów należy szukać w samym zabiegu chirurgicznym.

Problemy jatrogenne

Jak wynika z ryciny 1 i tabeli 1., istnieje cały szereg możliwych przyczyn utraty miniimplantu. Wobec ich znacznego zróżnicowania możemy rozważyć tylko kilka aspektów.

Planowanie i organizacja

Staranne planowanie stanowi bez wątpienia główny warunek sukcesu. Podczas planowania leczenia z użyciem miniimplantów potrzeba dokładnie takiej samej dokumentacji i informacji, jak w przypadku innych procedur ortodontycznych. Wybór terapii opartej na założeniach biomechanicznych powinien uwzględniać wywiad medyczny, wyniki badania (w tym potencjalne przeciwwskazania), rozpoznanie i cel leczenia. Przeciwwskazania ogólne opracowano na podstawie przeciwwskazań do leczenia przy użyciu implantów stomatologicznych. Faktyczny wpływ tych zaburzeń i chorób na wykorzystanie/efekty leczenia z użyciem miniimplantów nie został jeszcze określony.

Lokalizacja miniimplantu

Wybór optymalnego miejsca wszczepienia śruby powinien opierać się na założeniach biomechanicznych. Należy uwzględnić następujące aspekty:

- wokół miniimplantu z każdej strony musi pozostać co najmniej 0,5 mm kości;
- główka śruby powinna znaleźć się w obrębie dziąsła związanego, wolnego od stanu zapalnego.

Sprawą najwyższej wagi jest określenie ilości i jakości kości w wybranym miejscu implantacji. Dzięki temu można oczekiwać spełnienia wstępnych wymogów powodzenia leczenia (Ryc. 2). Zdjęcie rtg, które pozwala ocenić sytuację przestrzenną w 2 wymiarach dostarcza ograniczonych informacji. Mimo to, diagnostyka radiologiczna zapobiega lub przynajmniej zmniejsza ryzyko uszkodzenia korzenia zęba (Ryc. 3). W przypadku zdjęć rtg (szczególnie zdjęć zębowych) należy wziąć pod uwagę kierunek ekspozycji, wynikające z niego przesunięcia i potencjalną utratę informacji (Ryc. 4a, b). Warunki przestrzenne można także ocenić, odtwarzając położenie linii śluzówkowo-dziąsłowej, przebieg osi zębów i korzeni na modelu (Ryc. 5). Informacje dotyczące maksymalnej możliwej do zastosowania długości śrub można uzyskać, mierząc model wzdłuż osi implantacji (Ryc. 6a). Ten prosty sposób pomaga zmniejszyć ryzyko perforacji powierzchni wyrostka zębodołowego przez miniimplant od strony jamy ustnej właściwej (Ryc. 6b, c). Podczas planowania należy także uwzględnić pożądany kierunek przesunięcia zębów. Z tego powodu warunki przestrzenne ulegają zmianie w trakcie leczenia. Miniimplant nie może utrudniać ani blokować pożądanego przesunięcia (Ryc. 7).

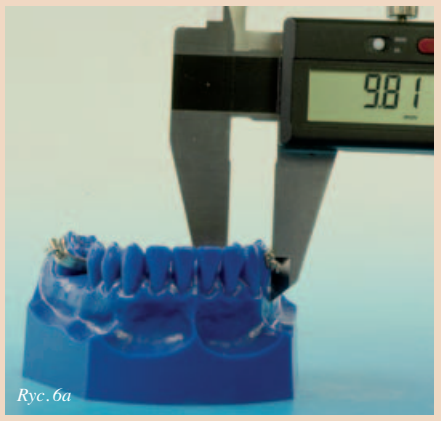
Implantacja

Pierwsze pytanie (związane z potencjalnymi powikłaniami) brzmi: Kto powinien wszczepiać miniimplanty? Wiele przemawia za tym, aby robił to lekarz ortodonta. Badania wykazały, że ortodonci zachowują w tej kwestii znacznie więcej ostrożności. Jeśli miniimplanty wszczepiają „doświadczeni" implantolodzy, często dochodzi do niepowodzenia, np. utraty śruby, ponieważ lekarze ci mają skłonność do ignorowania lub nie są dostatecznie świadomi wymogów, z jakimi wiąże się wszczepianie miniimplantów.

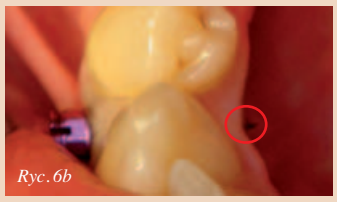
➡

Ryc. 5

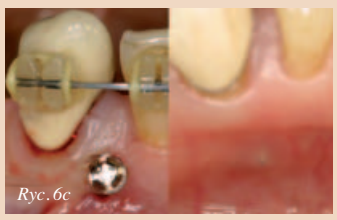
Ryc. 5: Dobry pogląd na warunki przestrzenne można uzyskać, odtwarzając przebieg linii śluzówkowo-dziąsłowej, osi zębów i zarysów korzeni na modelu.



Ryc. 6a

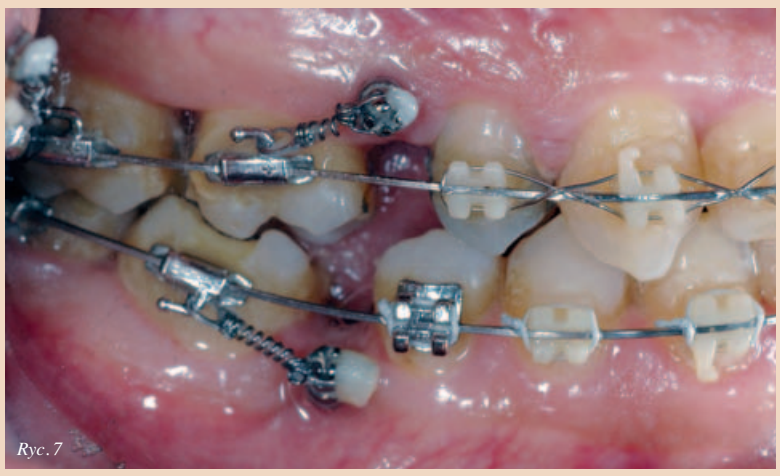


Ryc. 6b



Ryc. 6c

Ryc. 6a-c: Pomiar modelu wzdłuż osi wprowadzania (a) dostarcza informacji na temat długości miniimplantu, jaki można zastosować, a także pomaga zmniejszyć ryzyko perforacji od strony jamy ustnej właściwej (b, c).



Ryc. 7

Ryc. 7: Nie jest możliwa pożądana mezjalizacja zębów trzonowych ze względu na położenie miniimplantów oraz zbyt krótkie sprężynki.