Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

Październik 2008

Cena: 9,50 zł

Vol. 6, Nr 10

AMADAR

www.amadar.pl

KaVo

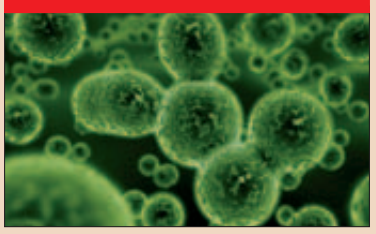
www.kavo.pl

OPINIE

Rejestry medyczne bez granic
Być może w niedalekiej przyszłości przyjmowanie pacjenta z zagranicy będzie wymagało dużo mniej skomplikowanych procedur niż dotychczas. Komisja Europejska podjęła nowe inicjatywy mające na celu ułatwienie wymiany danych pomiędzy rejestrami medycznymi różnych państw Unii Europejskiej.

▸ *Strona 2*

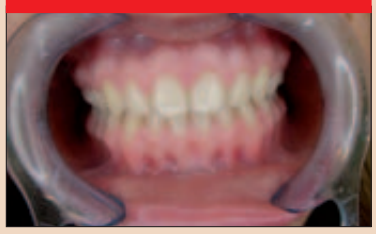
PRAKTYKA



Niewidzialne zagrożenie
Konieczność zabezpieczania lekarzy i pacjentów przed możliwością zakażenia w gabinecie stomatologicznym już od dawna nie podlega dyskusji. Praktyka odbiega jednak znacznie od wymogów, które mają spełniać procesy czyszczenia, dezynfekcji i sterylizacji. Zasadą nadrzędną powinno być zachowanie konsekwencji w działaniach profilaktycznych.

▸ *Strona 9*

PERSPEKTYWY



Nóż elektrochirurgiczny
Spośród metod leczenia elektrochirurgicznego największe zastosowanie w stomatologii ma obecnie diatermia. Jest to tańsza alternatywa dla laserów, stosowana do wykonywania niewielkich zabiegów chirurgicznych oraz do koagulacji tkanek po tzw. zabiegach na ostro. Jakie możliwości daje dziś stosowanie technik elektrochirurgicznych?

▸ *Strona 12*

WYDARZENIA

CEDE 2008
W sobotę, 27. września zakończyła się XVIII Srodkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2008 – była to pierwsza edycja w Poznaniu. Nowe miejsce okazało się bardzo wygodne i przyjazne tak dla wystawców, jak i dla zwiedzających. Zapraszamy do przeczytania i obejrzenia pełnej relacji z targów na stronach *Dental Tribune CEDE 2008 Special*.

▸ *Strona 19*

Coraz bliższe plany podziału NFZ

Marzena Bojarczuk, Dental Tribune Polska

Jeszcze tylko niecałe 2 lata Narodowy Fundusz Zdrowia będzie działał na obecnych zasadach. W 2010 r. dojdzie bowiem do podziału tej instytucji. Zamiast 16 oddziałów wojewódzkich, jak to ma miejsce obecnie, powstać ma 7 funduszy, a nadzór nad nimi będzie sprawował nowo powołany urząd.

Rząd chce podzielić NFZ na kilka regionalnych towarzystw ubezpieczeniowych. Odpowiedni projekt ustawy w tej sprawie od pewnego czasu poddawany jest konsultacjom społecznym i ocenie ekspertów. Plan zakłada, że już za 2 lata Fundusz zostanie podzielony na 7 części. Najważniejszym założeniem projektu nowych regulacji prawnych jest decentralizacja i demonopolizacja Narodowego Funduszu Zdrowia.

Siedziby towarzystw będą mieściły się w największych miastach Polski: Warszawie, Wrocławiu, Poznaniu, Łodzi, Krakowie, Katowicach i Gdańsku. Obecnie istniejące placówki NFZ zostaną wchłonięte przez nowe fundusze, które przejmą wszystkie umowy i kontrakty zawarte ze świadczeniodawcami.

W pierwszym etapie reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych, pacjenci nie będą mogli dowolnie wybierać przynależności do funduszu. Przynależność ta – podobnie jak teraz – zależeć będzie od miejsca zameldowania. Autorzy zmian zakładają, że każdy z nowych funduszy przejmie co najmniej 10% ogółu osób ubezpieczonych w kraju.

Wg projektu, do 2011 r. fundusze zyskają możliwość podpisywania kontraktów z placówkami medycznymi z całego kraju. Co ważne, świadczeniodawcy będą mogli zawierać umowy z kilkoma płatnikami, a pacjenci uzyskają pełną dowolność w wyborze ubezpieczyciela.

Ostatni etap zmian systemu zaplanowano na r. 2012 – wówczas oprócz funduszy publicznych równolegle będą mogły działać także prywatne. Wtedy pacjenci będą mogli całkowicie zrezygnować z publicznego systemu i wpłacać składkę zdrowotną do prywatnego, wybranego samodzielnie ubezpieczyciela.

Zdaniem ekspertów, aby zmiany miały sens i przyniosły oczekiwane korzyści, należy jak najszybciej przystąpić do przekształceń zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Wraz ze zmianami prawnymi w ZOZ-ach znacząco ma się poprawić poziom i jakość świadczonych usług medycznych.

W związku z decentralizacją NFZ już w przyszłym roku ma powstać Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który zajmie się kontrolą funkcjonowania funduszy. DT

AD

Zmniejsza się zainteresowanie publiczną opieką dentystyczną

Ponad 60% Polaków nie korzysta z usług publicznej stomatologii, a wielu z nich w ogóle nie chodzi do dentysty. Specjaliści uważają, że grupa ta będzie się powiększać, jednak tylko jej część pozostanie pod opieką dentystów sektora niepublicznego.

Wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej, w Polsce na 10.000 mieszkańców nie przypada nawet jeden lekarz dentysta zatrudniony w publicznej placówce służby zdrowia. Łącznie w publicznych i prywatnych placówkach ochrony zdrowia zatrudnionych jest obecnie ponad 21.000 lekarzy dentystów, choć w rejestrach Okręgowych Izb Lekarskich figuruje ich ponad 30.000.

Przyczyn takiej sytuacji należy upatrywać nie tylko w niekorzystnym dla dentystów polskim systemie organizacji i finansowania usług medycznych, czy też niskich dochodach dużej części społeczeństwa, ale przede wszystkim w poziomie świadomości i edukacji zdrowotnej, a jest on niepokojąco niski. Z badań wynika, że ponad 60% polskich matek nie zgłasza się z dzieckiem do dentysty przed ukończeniem przez nie 3 lat. Wiele nie robi tego także później. Efekty takiego postępowania widoczne są już w przedszkolach i szkołach podstawowych. Zaledwie 43% dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną (ukończony 3.r.ż.) nie ma oznak próchnicy, a 25% młodzieży w wieku 18 lat ma już usunięty co najmniej jeden ząb stały. DT

AD

Rejestry medyczne bez granic

Komisja Europejska podjęła nowe inicjatywy mające na celu ułatwienie wymiany danych pomiędzy rejestrami medycznymi różnych państw UE.

Przedstawiciele Komisji uważają, że każdy lekarz w Unii Europejskiej powinien mieć dostęp nie tylko do danych pacjentów ze swojego kraju, ale także obywateli innych państw członkowskich, którzy mogą w czasie pobytu na terenie Unii lub podróży po krajach Wspólnoty znaleźć się w sytuacji, kiedy potrzebować będą fachowej pomocy i porady medycznej.

„Podróże w Unii Europejskiej uważane są za oczywiste do chwili, gdy nie zdarzy się coś nieoczekiwanego. Wówczas zaczynają się problemy – nawet, kiedy człowiek jest teoretycznie na to przygotowany" – mówi Viviane Reding, komisarz UE ds. społeczeństwa informacyjnego i mediów. „Dlatego właśnie inicjatywy Unii Europejskiej w tym

Lekarzom przed specjalizacją już nie zagraża bezrobocie

W związku z pojawiającymi się informacjami dotyczącymi młodych lekarzy, którzy po zakończeniu stażu podyplomowego, a przed rozpoczęciem specjalizacji musieliby przez 5 miesięcy pozostawać na bezrobociu, Ministerstwo Zdrowia wystosowało oficjalny komunikat w tej sprawie.

„Intencją kierownictwa Ministerstwa Zdrowia od samego początku jest kompleksowa reforma kształcenia specjalizacyjnego, szczególnie w zakresie skrócenia okresu zdobywania tytułu lekarza specjalisty.

Jednym z jej ważnych elementów jest skrócenie czasu pomiędzy zakończeniem stażu podyplomowego a rozpoczęciem specjalizacji w trybie rezydentury" – czytamy w komunikacie.

Rzecznik MZ zapewnia, że obietnica kierownictwa Ministerstwa Zdrowia zostanie dotrzymana, a młodzi lekarze, którzy kończą staż podyplomowy w październiku br. będą mogli do 30. października 2008 r. złożyć wniosek do postępowania kwalifikacyjnego w celu uzyskania możliwości pracy w trybie rezydentury w wybranej dziedzinie medycyny. Postępowanie kwalifikacyjne będzie prowadzone w okresie 1-15. br. Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego zobowiązane są do wydania skierowania do odbycia specjalizacji do 30. listopada.

Ministerstwo podkreśla, że w tej sytuacji po raz pierwszy od kilku lat młodzi lekarze rozpoczynający specjalizacje nie będą zmuszeni do rejestrowania się w urzędach pracy jako osoby bezrobotne, ale rozpoczną specjalizację w wybranej przez siebie dziedzinie. Planowana zmiana trybu specjalizacji na tzw. specjalizacje „modułowe" i w konsekwencji skrócenie czasu ich trwania odbędzie się na mocy nowelizacji ustawy, nad którą obecnie pracuje Ministerstwo Zdrowia. DT

Na podst.: MZ.

O wydawcy

Wydawca : dti Dental Tribune International

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

Zespół redakcyjny:

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

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

Tłumacze:
Ewa Aleksińska
Marcin Aleksiński
Ewa Ganowicz

Redakcja i korekta tekstów:
Marzena Bojarczuk

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

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

Nakład:
10.000 egz.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

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

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

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper

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

DENTAL TRIBUNE

Published by dti Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marketing & Sales Services
Daniela Zierke
d.zierke@dental-tribune.com

Design Manager
Matthias Abicht
m.abicht@dental-tribune.com

Regional Offices

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

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

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

© 2008, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

zakresie mają usuwać bariery językowe, administracyjne i techniczne, ułatwiając korzystanie z opieki zdrowotnej, także w czasie pobytu poza własnym krajem" – dodaje. Nowe inicjatywy to: zalecenie w sprawie transgranicznej interoperacyjności elektronicznych rejestrów medycznych (electronic health record – EHR) oraz projekt Inteligentnych Otwartych Usług (Smart Open Services – SOS).

W ciągu najbliższych 3 lat projekt SOS zasilony zostanie środkami w wysokości ponad 22 mln euro. Uczestniczy w nim 12 państw członkowskich oraz podmioty gospodarcze. Przedsięwzięcie to ma na celu likwidację trudności, z jakimi spotykają się lekarze w przypadku pacjentów poszukujących pomocy medycznej w czasie pobytu za granicą. Wśród trudności tych należy wymienić przepisanie kolejnej dawki ważnego leku zgubionego przez pacjenta, informowanie lekarzy posługujących się obcym językiem o stanie zdrowia pacjenta, diagnozowanie chorób.

Chociaż niektóre z państw członkowskich posługują się elektronicznymi rejestrami medycznymi, to bardzo często nie ma możliwości przekazywania danych pomiędzy poszczególnymi (krajowymi) systemami. Przyczyny są różne – od niejednolitych standardów zbierania i przechowywania danych, poprzez bariery językowe do braku zunifikowanego systemu informatycznego.

SOS będzie dążył do zapewnienia kompatybilności elektronicznych informacji medycznych niezależnie od języka, w jakim zostały stworzone, czy zaawansowania technologicznego użytkowników, bez potrzeby ustanawiania wspólnego systemu w całej Europie. Pozwoli to pracownikom służby zdrowia na elektroniczny dostęp do danych pacjenta z innego kraju w ich własnym języku, przy użyciu różnych technologii i systemów. Rozwiązanie to umożliwi także aptekom elektroniczne przetwarzanie recept z innych państw członkowskich. W nagłych przypadkach dostęp do informacji medycznych może być niezbędny w aspekcie ratowania zdrowia i życia.

Zalecenie w sprawie transgranicznej interoperacyjności systemów elektronicznych rejestrów medycznych (EHR) jest pierwszym dokumentem Wspólnoty kompleksowo opisującym kroki, które państwa członkowskie powinny podjąć w celu ustanowienia rejestru medycznego spójnego z systemami innych państw członkowskich. Głównym celem tej inicjatywy jest zapewnienie pacjentom – w dowolnym miejscu i czasie – dostępu do ważnych informacji na ich temat przechowywanych w systemach elektronicznych rejestrów medycznych. DT

Czas liczenia punktów

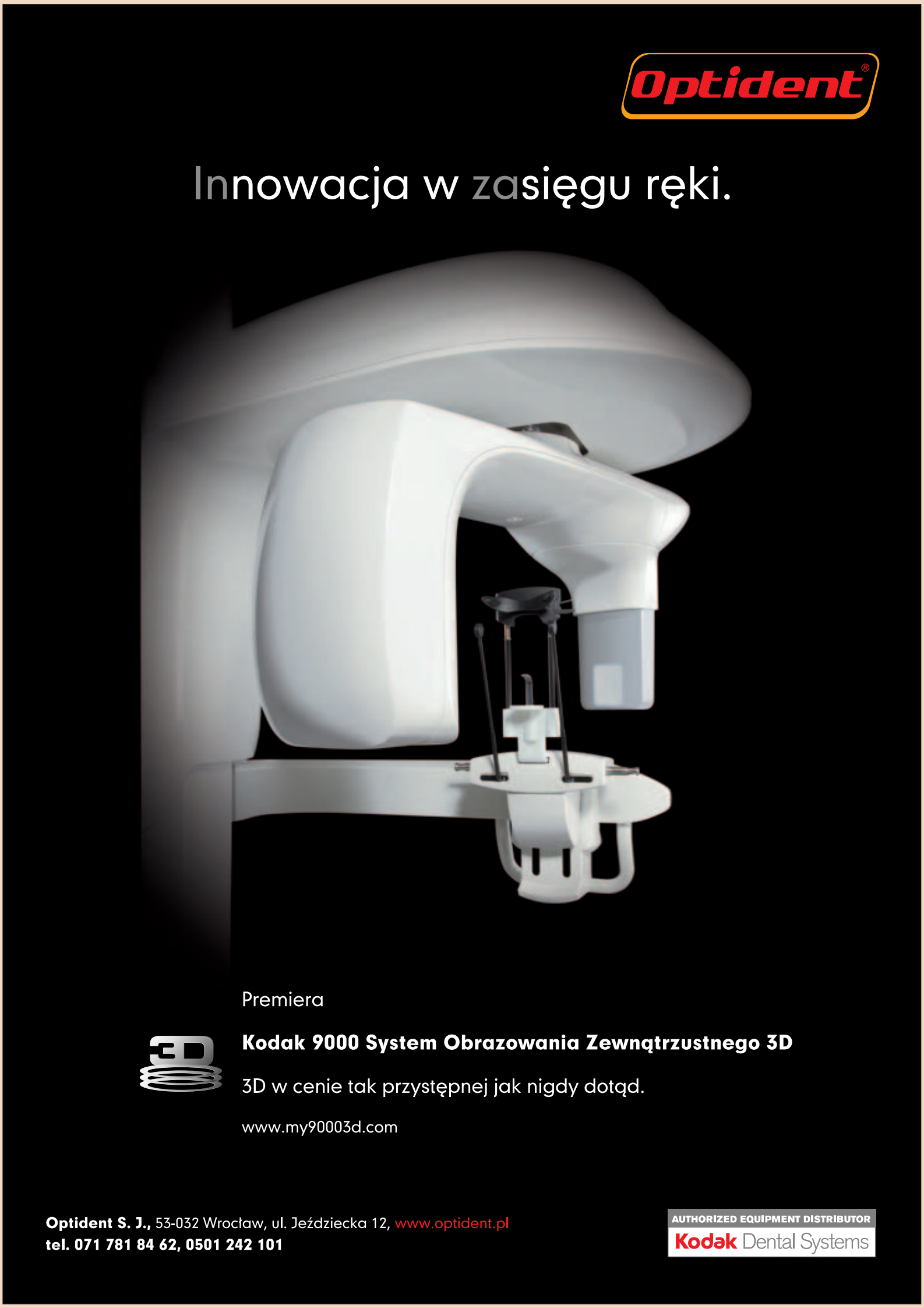
5. listopada br. kończy się I okres rozliczeniowy obowiązkowego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu przed 5. listopada 2004 r. Dla pozostałych lekarzy I okres rozliczeniowy kończy się 48 miesięcy po dniu uzyskania prawa wykonywania zawodu.

I okres rozliczeniowy objął największą liczbę lekarzy i lekarzy dentystów. W tym czasie każdy z nich musiał uzyskać co najmniej 200 punktów edukacyjnych. Aby udokumentować dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w I okresie rozliczeniowym, należy posiadać stosowne zaświadczenia, które jednak nie mogą być wydane później niż 5. listopada br. Punkty edukacyjne można uzyskać m.in. za udział w konferencjach i sympozjach naukowych, wygłoszenie wykładu na takich spotkaniach, publikację autorskich artykułów na łamach specjalistycznej prasy, a także za prenumeratę czasopism i magazynów branżowych.

Przepisy nakazujące obowiązek doskonalenia zawodowego dotyczą wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów – także tych, którzy wykonują zawód za granicami kraju. Dopóki lekarz posiada prawo wykonywania zawodu na terenie Polski, podlega polskim przepisom dotyczącym realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, określonym w Ustawie z 5.12.2006 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w rozporządzeniu będącym aktem wykonawczym do tej ustawy. Dokumenty ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego wydane przed wejściem w życie tego rozporządzenia także zachowują moc, a punkty edukacyjne uzyskane przed 5.12.2006 r. zalicza się do I okresu rozliczeniowego.

Przed przystąpieniem do przygotowania dokumentacji szkoleniowej należy zapoznać się z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6.10.2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. nr 231, poz. 2326). Zawiera ono wykaz form doskonalenia zawodowego, liczbę punktów wraz z limitami za poszczególne formy oraz sposoby ich udokumentowania. DT

AD



„Stomatologia na żywo” na kongresie The Greater New York Dental Meeting

W tym roku na kongresie The Greater New York Dental Meeting (GNYDM) będzie można zobaczyć operacje przeprowadzane „na żywo”. Obserwatorzy będą mieli okazję poczuć się tak, jakby siedzieli obok światowej sławy klinicystów wykonujących zabiegi na pacjentach w czasie rzeczywistym. Co więcej, to jedyne w swoim rodzaju doświadczenie edukacyjne jest wolne od wszelkich opłat.

Podczas pierwszego tego rodzaju spotkania dr Robert Edwab – Dyrektor Naczelny kongresu The Greater New York Dental Meeting powiedział: „Oglądanie zabiegów dentystycznych na żywo, w przeciwieństwie do nagrywanych filmów lub pokazów wykonywanych na bezwładnym modelu, stanowi niezwykłą szansę edukacyjną. Z ogromną przyjemnością będziemy prezentować ten unikalny program przez 4 dni trwania targów”. Aż 18 dużych ekranów, o przekątnej 60 cali, zostanie umieszczonych w strategicznych punktach obszaru „Arena stomatologii na żywo” (Live Dentistry Arena) tak, aby uczestnicy mogli dokładnie przyglądać się prowadzonym „na żywo” zabiegom demonstracyjnym, wykonywanym przy użyciu najnowszego sprzętu dostępnego na rynku. W sali znajduje się 300 miejsc siedzących. Ze względu na brak opłat, sala bez wątpienia szybko się zapełni, więc zainteresowani wzięciem udziału w wydarzeniu powinni przybyć odpowiednio wcześniej, aby uniknąć rozczarowania brakiem miejsc.

Podczas kongresu The Greater New York Dental Meeting dentyści będą mieli możliwość nauczenia się od uznanych szkoleniowców wykorzystywania innowacyjnych procedur oraz zapoznania się z najnowszymi materiałami i sprzętem stomatologicznym. Uczestnicy zdobędą wiedzę dentystyczną opartą na doświadczeniu oraz nauczą się technik, które zwiększą zakres ich umiejętności.

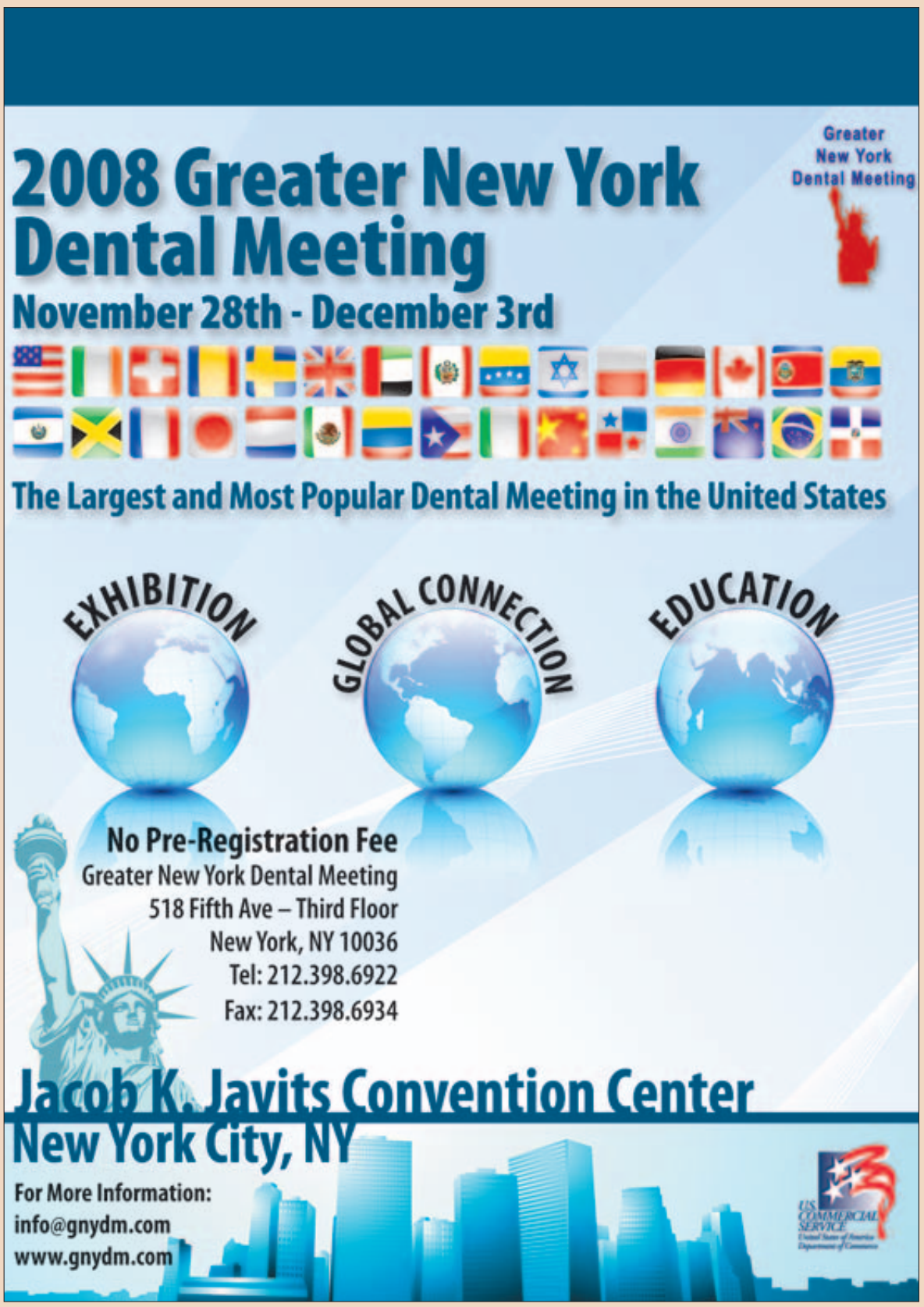
Organizatorzy kongresu The Greater New York Dental Meeting po raz kolejny zapraszają do udziału w atrakcyjnym programie, który zawiera ponad 300 kursów edukacyjnych (cało- i półdniowe seminaria, 60-minutowe wykłady podzielone tematycznie, warsztaty praktyczne) oraz wiele innych możliwości dydaktycznych. Wiele seminariów i warsztatów będzie prezentowanych także w języku hiszpańskim. Hiszpańskojęzyczne seminaria są dopasowane do zagadnień stomatologicznych dotyczących krajów Ameryki Łacińskiej, z której pochodzą mówcy (Brazylia, Meksyk, Puerto Rico oraz Wenezuela). DT

Ryc. 1: Live Dentistry Arena – sala wykładowa GNYDM.

Ryc. 2: Sala operacyjna, zabieg transmitowany jest „na żywo”.

Ryc. 3: Live Dentistry Theater – sala, z której uczestnicy GNYDM mogą obserwować przeprowadzany zabieg.

AD



Więcej informacji na temat kongresu uzyskać można, odwiedzając siedzibę The Greater New York Dental Meeting: 570 Seventh Avenue, Suite 800, New York, N.Y., 10018-1806, dzwoniąc pod nr tel. (212) 398-6922, fax (212) 398-6934, a także odwiedzając stronę internetową: *www.gnydm.com* lub pisząc na adres: info@gnydm.com.

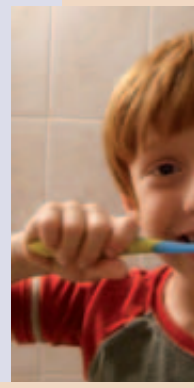
Organizatorzy kongresu The Greater New York Dental Meeting pomagają w edukacji higienicznej nowojorskich dzieci

W programie corocznego kongresu dentystycznego w USA (The Greater New York Dental Meeting – GNYDM) systematycznie poszerzana jest oferta programów edukacyjnych. W tym roku organizatorzy kongresu skupili się na zagadnieniach higieny jamy ustnej dzieci. We współpracy z Federacją Nauczycieli (United Federation of Teachers) oraz firmą Doral Dental USA stworzono program pt.: „Stomatologiczne zdrowie dzieci”.

Dzieci ze wszystkich okręgów Nowego Jorku będą dowożone ze swoich lokalnych szkół na kongres The Greater New York Dental Meeting w centrum kongresowym Jacob K. Javits, gdzie w przyjaznej atmosferze będą mogły wziąć udział w szkoleniu z zakresu zagadnień związanych z higieną jamy ustnej. Program rozrywkowy przygotowany dla dzieci będzie obejmował takie kwestie, jak znaczenie higieny jamy ustnej oraz prezentacje technik prawidłowego mycia zębów. Na zakończenie dzieci będą miały możliwość wypróbowania nowonabytych umiejętności. W nauce prawidłowego mycia zębów będą im asystować wolontariusze. Swój czas oraz umiejętności zaoferowali studenci z Wydziału Stomatologii i Higieny Jamy Ustnej Uniwersytetu w Nowym Jorku, Wydziału Technologii Higieny Jamy Ustnej, wolontariusze ze Stowarzyszenia Higieny Jamy Ustnej Miasta Nowy Jork oraz Stowarzyszenia Higieny Jamy Ustnej Miasta New Jersey, tym samym stając się częścią tego niezwykłego programu.

Dzieci opuszczą miejsce spotkania wyposażone w szczoteczkę do zębów, pastę oraz nowe informacje na temat zasad prawidłowego dbania o zęby. Aby w programie mogła wziąć udział jak największa liczba dzieci, na zajęcia przeznaczono 3 szkolne dni: poniedziałek, wtorek i środę. Dr Robert Edwab – Dyrektor Naczelny Kongresu powiedział: „Jesteśmy szczęśliwi, mogąc w formie zabawy powiedzieć dzieciom, jak prawidłowo powinny dbać o zdrowie jamy ustnej”.

Wg danych zebranych przez Centra Kontroli Chorób oraz Oddział Prewencji Zdrowia Jamy Usntej w USA, próchnica jest jedną z najpowszechniejszych chronicznych chorób zakaźnych występujących wśród amerykańskich dzieci. Problem ten daje o sobie znać stosunkowo wcześnie: 28% dzieci w wieku 2-5 lat ma już próchnicę zębów mlecznych. Do ukończenia 11 lat średnio połowa dzieci cierpi na próchnicę, a w wieku 19 lat próchnica zębów stałych występuje u 2/3 nastolatków.



Seminaria The Greater New York Dental Meeting 2008 po hiszpańsku

Kongres The Greater New York Dental Meeting jest największym i najpopularniejszym wydarzeniem stomatologicznym w USA. Jako członek programu IBP (International Buyer Program) w 2007 r. osiągnął znakomite rezultaty, pozostawiając konkurencję daleko w tyle.

W ubiegłym roku na kongresie zarejestrowano 55.687 uczestników, w tym 16.602 dentystów i 4.115 międzynarodowych gości ze 113 krajów. Ze względu na coroczny wzrost liczby uczestników oraz międzynarodowe zainteresowanie, głównym zadaniem organi-

Międzynarodowy punkt rejestracyjny kongresu stomatologicznego The Greater New York Dental Meeting.

zatorów jest jeszcze lepsze przygotowanie z uwagi na uczestników z zagranicy. Dlatego też wiele nowych programów edukacyjnych będzie prowadzonych w języku hiszpańskim.

Wg raportów publikowanych w literaturze stomatologicznej, ponad 50% dentystów na świecie praktykuje w Meksyku, Ameryce Środkowej i Południowej. Z tego powodu organizatorzy kongresu intensywnie pracują nad promowaniem oraz utrzymywaniem pozytywnych stosunków handlowych z tymi częściami świata. Uwzględniając zapowiedzi udziału wielu gości z zagranicy, organizatorzy kongresu podjęli współpracę z Federacją Dentystyczną Ameryki Łacińskiej (FOLA - Federación Odontológica Latino Americana), która reprezentuje dentystów z Meksyku, Ameryki Środkowej i Południowej.

Dzięki wprowadzeniu hiszpańskiej wersji językowej do programu wykładów, międzynarodowi goście mają możliwość skorzystania z seminariów i warsztatów prowadzonych w ich ojczystym języku oraz pełnego uczestniczenia w obradach. Na tegorocznym kongresie wiele warsztatów prowadzonych przez uznanych dentystów z całego świata będzie się odbywało po hiszpańsku. Klinicyści oferujący hiszpańskojęzyczne kursy wywodzą się z Wenezueli, Puerto Rico, Meksyku i Brazylii. Kursy obejmujące różnorodny zakres tematyczny związany z praktyką stomatologiczną w rozmaitych zakątkach świata, oferowane są po obniżonych cenach.

Liczba miejsc jest ograniczona, a biorąc pod uwagę popularność, jaką cieszą się kursy, chętnych do nauki z pewnością nie zabraknie. Przegląd kursów oferowanych w języku hiszpańskim oraz rejestracja dostępne są na stronie internetowej www.gnydm.com. Organizatorzy nie pobierają dodatkowych opłat za obecność pracowników oraz rodzin zarejestrowanych uczestników. DT

Dzieci z rodzin o niskich dochodach mają 2 razy więcej obszarów nieleczonej próchnicy niż dzieci z rodzin bogatszych. Choroba ta może powodować ból, niedowagę, a także może być przyczyną nieatrakcyjnego wyglądu. Są to problemy, które mogą często w znacznym stopniu wpływają na sukces edukacyjny dziecka. Takim sytuacjom można zapobiec, ucząc dzieci sposobów prawidłowego mycia zębów i korzystania z nici dentystycznych oraz uświadamiając im, jak istotne jest dbanie o zdrowie zębów i dziąseł. „O ważności zdrowia jamy ustnej należy uczyć już w okresie wczesnego dzieciństwa" – stwierdził dr Clifford Salm, przewodniczący nowojorskiego kongresu. DT

AD

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

Nowa koncepcja leczenia endodontycznego – premiera Nanocare Plus Silver Gold

Marzena Bojarczuk, Dental Tribune Polska

W dniach 4 i 5 października br. w warszawskim hotelu Marriott odbył się kurs szkoleniowy dla lekarzy dentystów, podczas którego po raz pierwszy zaprezentowano Nanocare Plus Silver Gold – nowość w dziedzinie leczenia endodontycznego.

Nanocare Plus Silver Gold to preparat złożony o skutecznym i trwałym działaniu bakteriostatycznym, służący do końcowego przepłukiwania kanałów korzeniowych w trakcie leczenia endodontycznego. Preparat został opracowany w oparciu o istniejące doświadczenia z preparatami zawierającymi nanocząstki, a jego technologia oparta jest o nanocząstki srebra i złota. Założeniem twórców Nanocare Plus Silver Gold było opracowanie płynu uzupełniającego dotychczasowe procedury czyszczenia kanałów korzeniowych. W wyniku licznych badań powstał pierwszy w stomatologii preparat na bazie nanosrebra wzbogacony o nanozłoto, którego wysoką (99%) skuteczność w zwalczaniu ponad 650 gatunków bakterii i grzybów udowodniono naukowo.

Dotychczas stosowane preparaty płuczące nie dają trwałych efektów. Podchloryn sodu wykazuje silne właściwości bakteriobójcze, ale w systemie kanałów korzeniowych istnieją przestrzenie, w których bakterie potrafią zmienić się w formy przetrwalnikowe i przeżyć procedury płukania podchlorynem. Po okresie ustania niesprzyjających dla nich warunków z form przetrwalnikowych często przemieniają się z powrotem w formy aktywne, niekiedy po kilku, a nawet kilkunastu latach.

Współczesna inżynieria umożliwiła opracowanie preparatu, który posiada wszystkie zalety srebra w zakresie jego działania przeciwbakteryjnego, a jednocześnie likwiduje niedoskonałości wcześniej stosowanych materiałów. Koncepcja leczenia polega na wykorzystaniu bakteriobójczego działania podchlorynu sodu. W czasie ostatniego płukania stosowany jest preparat Nanocare Plus Silver Gold, który po odparowaniu nośnika pozostawia na ściankach kanału korzeniowego warstwę nanocząstek srebra i złota. Warstwa ta uniemożliwia przejście form przetrwalnikowych bakterii w aktywne organizmy, a tym samym zapewnia efekt trwałego działania przeciwbakteryjnego.

Premiera preparatu Nanocare Plus Silver Gold odbyła się przy okazji kursu z cyklu „Nowa era w endodoncji", prowadzonego przez lek. med. chir. stom. Romana Borczyka. Wśród zagadnień poruszonych w czasie wykładu znalazły się m.in.:

– wyniki najnowszych badań przyczyn niepowodzeń endodontycznych,
– metody udrażniania zobliterowanych kanałów,
– skuteczne sposoby leczenia zębów zgorzelinowych,
– zasady postępowania w przypadkach resekcji wierzchołków zębów wielokorzeniowych,
– aspekty wykorzystania nanotechnologii w endodoncji,
– najskuteczniejsze metody walki z bólem w endodoncji.

Drugi dzień kursu przebiegał pod hasłem: „Nowa era w chirurgii i implantologii". Z gościnnym wykładem wystąpił dr med. Joachim Hoffmann z Niemiec, który w swojej prezentacji ilustrowanej filmowym zapisem zabiegów przedstawił m.in. przedimplantologiczne techniki utrzymania i odbudowy kości oraz tkanek miękkich w odcinku przednim szczęki, a także odcinku bocznym żuchwy. Dr Hoffmann szczegółowo omówił zagadnienie przeszczepów tkanek miękkich, poziome i pionowe augmentacje z blokami kostnymi oraz kwestie lateralizacji nerwu zębodołowego dolnego. Wszyscy uczestnicy kursu otrzymali punkty edukacyjne oraz promocyjne opakowanie preparatu Nanocare Plus Silver Gold. DT

Więcej informacji na temat preparatu można uzyskać na stronie internetowej: *www.dentalnt.com* i w najbliższym wydaniu *Endo Tribune*.

AD

7. Dolnośląskie Targi Stomatologiczne
dentamed
Wrocław, 14-15 listopada 2008

W programie:
- VII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Oddziału Dolnośląskiego PTS
- Prezentacje, szkolenia firm biorących udział w targach

Patronat honorowy:
Prof. dr hab. Marek Ziętek
Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Patronat prasowy: MS
Patronat internetowy: bestom DENTONET.pl

Tereny wystawowe:
- Wielofunkcyjna Hala Sportowa AWF Wrocław, ul. Paderewskiego 35

Biuro organizacyjne:
Targi w Krakowie
Targi w Krakowie Sp. z o.o.
31-586 Kraków, ul. Centralna 41 A
tel. centr. (012) 644-59-32
tel. bezp. (012) 644-12-03
fax (012) 644-61-41
e-mail: simon@targi.krakow.pl
www.targi.krakow.pl

Microflex – rękawiczki diagnostyczno-zabiegowe dla gabinetów dentystycznych

W każdej branży, w której istnieje konieczność ochrony rąk, istnieją także swoiste wymagania w tym zakresie – jeden model rękawiczek nie może zatem posiadać wszystkich cech istotnych dla poszczególnych, niezmiernie zróżnicowanych grup zawodowych.

Pacjenci korzystający codziennie z usług lekarzy dentystów mogą stanowić źródło ogromnego ryzyka. Każdego dnia przedstawiciele środowiska stomatologicznego stykają się z takimi zagrożeniami zawodowymi, jak kontakt z patogenami przenoszonymi przez krew i chorobami zakaźnymi, a także częstymi uczuleniami na lateks i środki chemiczne. Zagadnienia te są szeroko udokumentowane i w związku z tym istnieje szereg wymogów, dotyczących standardów rękawiczek ochronnych stosowanych przy wykonywaniu czynności związanych z leczeniem pacjentów.

Rękawiczki diagnostyczno-zabiegowe Microflex zostały stworzone w odpowiedzi na oczekiwania dentystów i są efektem ponad 15-letnich doświadczeń we współpracy ze społecznością stomatologiczną. Badania nad specyficznymi potrzebami w zakresie zabezpieczania rąk lekarzy i personelu stomatologicznego zaowocowały stworzeniem niezawodnej ochrony w czasie zabiegów wysokiego ryzyka, jakie często mają miejsce w tej dziedzinie medycyny. Rękawiczki Microflex chronią przed czynnikami chorobotwórczymi przenoszonym przez krew (HIV i WZW typu B i C), a także zapewniają komfort w przypadku nadwrażliwości, nieskrępowaną możliwość manipulacji dłońmi oraz wygodę pracy. Są zaprojektowane w sposób pozwalający stosować je w środowisku mokrym i suchym z uwzględnieniem częstych zmian podyktowanych wymogami higieny i bezpieczeństwa pracy przy wielu pacjentach równolegle lub w krótkich odstępach czasu. Produkty firmowane przez Microflex zdobyły uznanie Amerykańskiego Instytutu Jakości (American Quality Institute) za wysoki poziom pod względem jakości, formy, konstrukcji i funkcjonalności.

Nowoczesne rozwiązania, z których znana jest marka Microflex to m.in.: połączenie wymogu funkcjonalności rękawiczek z ich trwałością, uwzględnienie kwestii uczuleń w stomatologii i nadwrażliwości skóry rąk, a także opracowanie procesu zanurzania stopniowanego – techniki produkcji pozwalającej na pogrubianie w rękawiczkach miejsc podwyższonego ryzyka. Aby zapewnić lepsze zabezpieczenie w miejscach najczęstszego występowania perforacji, wnętrze rękawiczek bezpudrowych powlekane jest polimerami. Dlatego też łatwiej się je zakłada zarówno w środowisku mokrym, jak i suchym.

UltraSense to przełom w technologii komfortowych rękawiczek nielateksowych. Są one wykonane z opatentowanego, ultramiękkiego rodzaju nitrylu, zapewniając komfort dopasowania. Model UltraSense charakteryzuje się niezwykłą elastycznością, co pozwala na zmniejszenie zmęczenia rąk i naprężenia skóry dłoni. Bezpudrowe rękawiczki UltraSense gwarantują zwiększone wyczulenie dotykowe i znakomitą chwytność w środowisku mokrym i suchym dzięki fakturze na części palcowej. Wysokiej jakości nitryl stanowi niezawodną ochronę przed wieloma niebezpiecznymi i zakaźnymi substancjami, jest też materiałem niezwykle trwałym, zapewniającym wysoki poziom komfortu jego użytkownikom. DT

www.dobrydentysta.pl

AD

Z OKAZJI TARGÓW
CEDE POZNAŃ
2008

VINTAGE Art
Fluoroscencyjne farbki do zewnętrznego lub wewnętrznego podbarwiania uzupełnień ceramicznych

CompoMaster®
CeraMaster®
Funkcjonalne zestawy do polerowania porcelany i kompozytu

ResiCem
Uniwersalny system wiążący

AZ Primer
Primer do cyrkonu i aluminy

DirectDia Paste
Diamentowa impregnująca pasta polerska

HOL-DENTAL DEPOT
UL. PIOTRKOWSKA 111
90-425 ŁÓDŹ
POLSKA
TEL: + 48 42 633-87-55
FAX: + 48 42 633-87-97

Veraviewepocs 3D
Bogate wnętrze daje większe możliwości

Nowe, uniwersalne urządzenie Veraviewepocs 3D bazuje na tomografie Morita 3D Accuitomo – technologia opracowywana przez ponad 6 lat. Teraz możesz dokumentować zdjęcia 3D o bardzo wysokiej rozdzielczości, zdjęcia panoramiczne i cefalometryczne, w jednym urządzeniu, przy zredukowanym do minimum czasie ekspozycji. Wszystko to można osiągnąć bez konieczności wymiany cartridge'a. Dzięki technologii state-of-the-art pozycjonowanie pacjenta jest naprawdę komfortowe.

W skrócie:

- Wszystko w jednym urządzeniu: panorama, obrazowanie 3D oraz opcja cefalometryczna
- Wysoki kontrast, zdjęcia bez zniekształceń
- Tylko jeden cartridge do zdjęć panoramicznych i zdjęć 3D
- Przyjazny dla użytkownika ekran dotykowy
- Krótki czas ekspozycji
- Krótki czas naświetlania

Thinking ahead. Focused on life.

J.MORITA MFG.CORP.

Profident
Sprzęt i Materiały Dentystyczne 25-312 Kielce
ul. Warszawska 34A/26
Tel/Fax: +48 4136 815-41
+48 4136 813-88
+48 4134 380-72
www.profident.pl
profident@profident.pl

MORITA

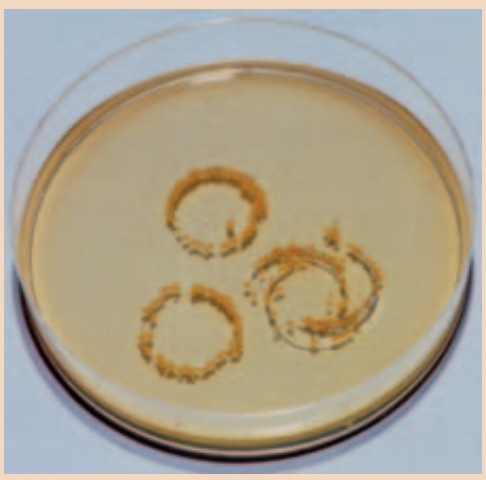
Niewidzialne zagrożenie

Hanna Bagińska, Dental Tribune Polska

Konieczność zabezpieczania lekarzy i pacjentów przed możliwością zakażenia w gabinecie stomatologicznym już od dawna nie podlega dyskusji. Praktyka odbiega jednak znacznie od wymogów, które mają spełniać procesy czyszczenia, dezynfekcji i sterylizacji. Zasadą nadrzędną winno być zachowanie konsekwencji w działaniach profilaktycznych.

Nie wystarczy okazjonalne stosowanie rękawiczek, okularów, masek, przecieranie powierzchni miło pachnącym „zielonym jabłuszkiem", popsikanie sprayem końcówek turbiny itp. Trzeba nie tylko starannie i często myć, odkażać i sterylizować narzędzia pracy, ale również dokumentować procesy czyszczenia (należy odnotować datę, godzinę i nazwisko osoby, która sporządza roztwór myjący, jego stężenie itd.) oraz sterylizacji – najlepiej za pomocą wydruków komputerowych albo specjalnej tabeli zawierającej: nr i datę sterylizacji, temperaturę, ciśnienie, zawartość wkładu – np. narzędzia endodontyczne, wynik testu chemicznego w postaci paska wyjętego z autoklawu po zakończonym cyklu, wynik testu biologicznego, nazwisko osoby włączającej i wyłączającej urządzenie oraz jej podpis.

Ochrona lekarza oraz pacjenta przed zakażeniem jest równie ważna – są oni narażeni na kontakt z wieloma czynnikami chorobotwórczymi w postaci bakterii, grzybów i wirusów stanowiących poważne zagrożenie dla zdrowia, czego dowodzi umieszczony dalej przegląd.



Ryc. 1: Bakterie wydobyte spod pierścionka wyhodowane na pożywce.

Bakterie

Mycobacterium tuberculosis – bakteria tlenowa, zawierająca ok. 60% związków lipidowych warunkujących jej kwasoodporność (jest oporna na barwienie metodą Grama). Może przeżyć w komórkach służących do zabijania patogenów.

Wywołuje postacie płucne gruźlicy – pierwotną, rozwijającą się bezpośrednio po zakażeniu i popierwotną, ujawniającą się po wielu latach. Prątki pozostają w organizmie na zawsze w ilości szczątkowej, nie mnożą się i znajdują się w stanie uśpienia. Ich ożywienie mogą spowodować: zaburzenia odporności, zakażenie HIV, białaczka, immunosupresja, cukrzyca oraz skrajna niewydolność nerek. Mnożą się wówczas bardzo intensywnie i zaczynają rozsiewać, wywołując chorobę. Bakteria ta może być także przyczyną gruźlicy pozapłucnej, np. układu moczowego, jąder.

Objawy – zakażenie przebiega przez dłuższy czas (zwłaszcza w I stadium) bezobjawowo. Później pojawiają się: osłabienie, podwyższona temperatura, brak łaknienia, spadek masy ciała, potliwość nocna. Na gruźlicę układu oddechowego wskazują: kaszel trwający dłużej niż 3 tygodnie, odksztuszanie plwociny (często z domieszkami krwi), duszność i ból w klatce piersiowej.

Źródło zakażenia stanowi człowiek chory na gruźlicę i silnie prątkujący (ok. 10.000 prątków w 1 ml plwociny). Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Kropelki śluzu zawierające prątki gruźlicy po wydobyciu się na zewnątrz organizmu chorego ulegają osuszeniu i po zmniejszeniu do średnicy ok. 5 µm dostają się do płuc wraz z wdychanym powietrzem. Większe są zatrzymywane w jamie nosowo-gardłowej. Gruźlica rozwija się tylko u 5-10% zakażonych. U pozostałych prątki zostają zwalczone lub przechodzą w stan uśpienia.

Zwalczanie – prątki są oporne na działanie wielu czynników chemicznych i fizycznych, a wrażliwe na działanie promieni słonecznych i nadfioletowych (wystarczy kilka minut) oraz na temperatury powyżej 70° C (kilka sekund).

Zapobieganie – dezynfekcja i sterylizacja narzędzi, stosowanie środków ochrony osobistej, takich jak maski, okulary itp. Dezynfekcja spluwaczek, wietrzenie pomieszczeń i stosowanie lamp nadfioletowych. Szczepienia ochronne!

Legionellosis – bakteria ruchliwa, słabo barwiąca się, występuje w wodach naturalnych. Wytwarza laktamazy, co oznacza, że jest oporna na penicyliny. Agresywna wobec komórek żywiciela, mnoży się wewnątrz makrofagów i monocytów.

Wywołuje legionellozę, tzw. chorobę legionistów – zakaźną, ale nie zaraźliwą. Opisano ją w 1977 r. z związku z epidemią zachorowań wśród uczestników Konwencji Legionu Amerykańskiego w 1976 r.

Objawy zakażenia:

– postać płucna – atypowe zapalenie płuc, ciężki stan ogólny, kaszel, zaburzenia oddychania, bóle brzucha, wymioty, biegunka, zaburzenia świadomości przy temperaturze do 39°C. Do powikłań należą niewydolność oddechowa i nerkowa.
– postać rzekomogrypowa, pozapłucna (gorączka Pontiac) – nagła, wysoka temperatura, dreszcze, bóle mięśniowe, zakażenia górnych dróg oddechowych. Samoistne wyleczenie następuje zwykle po kilku dniach.
– postać pozapłucna, uogólniona – zespół rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego, ropni narządowych, występuje zazwyczaj u osób po transplantacji nerek i serca.

Źródło zakażenia – stanowi aerozol wodny wytwarzany przez turbiny zawierające tę bakterię, klimatyzatory, nawilżacze, umywalki. Przeżywalność bakterii wynosi 3-15 minut. Aerozole pozostają zakaźne nawet w odległości 1 km od wieży chłodniczej!

Zwalczanie – bakterie są wrażliwe na ogrzewanie (giną po 30 min w temperaturze 58°C), niewielkie stężenie formaldehydu, 70% etanol, podchloryn i jod, ale ich wewnątrzkomórkowe usytuowanie chroni je przed środkami do dezynfekcji.

Zapobieganie – dezynfekcja instalacji ssących, spluwaczek, myjek itp., sterylizacja końcówek stomatologicznych, stosowanie środków ochrony osobistej. Szczepionek brak.

Staphylococcus – najczęściej występuje *Staphylococcus aureus* – bakteria gram dodatnia (rośnie w warunkach tlenowych i beztlenowych), występuje w skupiskach przypominające grona. Stanowi składnik flory bakteryjnej człowieka. Oporna na meticylinę – MRSA.

Wywołuje – zakażenie tkanek miękkich: liszajec, zapalenie mieszków włosowych, ropień, czyraki; zapalenie naczyń chłonnych; zakażenia układowe: zapalenie kości i stawów, płuc, wsierdzia, opon mózgowych, zakażenia pooperacyjne, posocznice, gronkowcowy zespół oparzeniowy oraz zespół wstrząsu toksycznego.

Objawy zakażenia – są zależne od chorób współistniejących i stanu odporności człowieka.

Źródło zakażenia – stanowi gronkowiec z flory bakteryjnej chorego, bytujący głównie w przedsionku nosa, w gardle, pachwinach, przewodzie pokarmowym i na dłoniach. Jest przenoszony przez dłonie i ubrania personelu, materiały i sprzęt, chorych z klinicznymi objawami zakażenia. Do inwazji dochodzi wskutek uszkodzenia ciągłości skóry i błon śluzowych.

Zwalczanie – gronkowce są wrażliwe na środki do dezynfekcji. Z tego względu znaczenie podstawowe ma dezynfekcja i sterylizacja instrumentów, wierteł itp. Niezbędna jest dezynfekcja rąk i jamy ustnej (np. chlorheksydyną przed zabiegami).

Streptococcus pneumoniae – są to bakterie Gram-dodatnie zwane pneumokokami, oporne na penicylinę.

AD