



Praktyka

Alternatywna forma finansowania opieki stomatologicznej

► Strona 2



Wydarzenia

Stomatologia estetyczna to multidyscyplinarna koncepcja leczenia

► Strona 8



Praktyka

Prosta technika warstwowa do wypełnień kompozytowych

► Strona 12

Lekarze i lekarze dentyści o możliwościach własnego rozwoju zawodowego

Zdaniem samorządu lekarskiego, najważniejsze bariery w uzyskaniu tytułu specjalisty to ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych, konieczność poszukiwania miejsca specjalizacji poza miejscem zamieszkania oraz niskie zarobki w trakcie odbywania specjalizacji.

Badanie na ten temat przeprowadził Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej przy współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.

Według przygotowanego na podstawie wyników badań raportu, lekarze wyraźnie nie są zadowoleni z obecnych warunków uzyskiwania przez nich specjalizacji, a tym samym z możliwości rozwoju zawodowego – połowa z nich uważa, że są raczej lub nawet bardzo złe (49,2%). Lekarze dentyści wyrażają negatywną ocenę warunków znacznie częściej niż pozostali badani (76,6%).

Niemal 74% ankietowanych uważa, że w celu udoskonalenia obecnego systemu zdobywania specjalizacji należy znacząco zwiększyć wynagrodzenia lekarzy odbywających szkolenie w specjalnościach deficytowych. Blisko 66% badanych sądzi, że trzeba uprościć programy specjalizacji. Prawie 62% lekarzy jest przekonanych, że głównym trybem odbywania specjalizacji powinno być kształcenie w ramach zatrudnienia.

Ponad połowa lekarzy twierdzi, że poświęcała bardzo dużo lub dość dużo czasu na doskonalenie zawodowe w ciągu ostatnich 4 lat. Co trzeci badany lekarz wydał w tym czasie na doskonalenie zawodowe powyżej 5 000 PLN. 37,1% badanych uzyskało w ciągu ostatnich 5 lat certyfikaty umiejętności, średnio – 7 certyfikatów. Wydano na nie przeciętnie 6 650 zł (lekarze – 5 700 PLN, dentyści – 9 000 PLN).

W trakcie badania pytano też lekarzy o zdanie na temat specjalizacji deficytowych.

Ankietowani ocenili, że wśród nich należy wymienić przede wszystkim onkologię kliniczną (23,4%), pediatrię (20,2%) oraz endokrynologię (16,9%), natomiast w stomatologii – ortodontię (54,6%), periodontologię (42,8%) i stomatologię dziecięcą (32,2%). Najczęściej wymieniane specjalizacje nadmiarowe to: choroby wewnętrzne (33%), położ-

nictwo i ginekologia (20,9%) oraz medycyna rodzinna (18,9%), a także stomatologia zachowawcza z endodoncją (50,9%). Jednocześnie niemal co piąty lekarz i co trzeci dentysta twierdzi, że nie posiada specjalizacji nadmiarowych.

W odpowiedzi na pytania o zasady organizacji kształcenia i rozwoju zawodowego, połowa lekarzy

i lekarzy dentyistów uważa, że powinien je ustalać samorząd zawodowy. Tylko 19,1% lekarzy wskazało, że tę rolę powinny pełnić towarzystwa naukowe, a 10% powierzyłoby ją ministrowi zdrowia. Prawie 68% uznało, że możliwość uzyskania specjalizacji w dziedzinie wskazanej jako preferowana jest niezbyt duża albo mała lub bardzo mała. [1]

Powstał pierwszy polski rządowy program promujący turystyką medyczną

Polskie Ministerstwo Gospodarki będzie promować turystykę medyczną. Na promowanie polskiej opieki zdrowotnej wśród pacjentów zza granicy w latach 2012-2015 przeznaczono z funduszy unijnych 4 mln zł.

To pierwszy rządowy program współfinansowany przez Unię Eu-

ropejską. Dotychczas organizacją i propagowaniem polskich usług medycznych poza krajem zajmowała się Izba Gospodarcza Turystyki Medycznej, która odpadła w konkursie ze względu na zaproponowaną, zbyt wysoką cenę i teraz nie weźmie udziału w programie.

Turystyka medyczna jest postrzegana jako branża z dużym potencjałem, ponieważ wpływy z tego sektora regularnie rosną. Poza Niemcami i Wielką Brytanią działania promocyjne mają być skierowane także do mieszkańców Danii, Szwecji, Norwegii, Rosji i USA. Pacjenci

z tych krajów są najczęstszymi klientami polskich gabinetów i klinik.

Promocyjne przedsięwzięcie Ministerstwa Gospodarki realizowane w ramach unijnego programu składa się z 2 części: promocji produktów, usług i przedsiębiorstw z branży turystyki medycznej oraz działań reklamujących branżę jako całość.

Jak informują instytucje zaangażowane w realizację projektu, już na jego początkowym etapie zauważalne jest spore zainteresowanie placówek medycznych. W ramach projektu przewidziane są różne rodzaje działań, wśród nich m.in. targi i konferencje. [2]



Coraz więcej agresji w ochronie zdrowia

Pod koniec 2010 r. z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych utworzono Ogólnopolski System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia. Do tej pory zgłoszono ponad 100 przypadków agresywnych zachowań pacjentów i ich rodzin.

Skala zgłaszanych ataków jest szeroka: od ciężkich uszkodzeń ciała do znieważenia i zniesławienia (agresji słownej). Takie sytuacje dotyczą zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. System utworzony został w celu określenia skali tego zjawiska, a przede wszystkim po to, by można było ustalić, w których miejscach i w jakich okolicznościach najczęściej występują przypadki agresji pacjentów wobec personelu medycznego.

Zdarzenia można zgłaszać do systemu poprzez opisanie ich anonimowo lub po uprzednim zalogowaniu się przez podanie daty urodzenia i numeru prawa wykonywania zawodu. Z systemu mogą ko-

rzystać nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale także pielęgniarki, położne i inni pracownicy medyczni.

„Do konfrontacji z agresywnym pacjentem dochodzi zazwyczaj w szpitalnych oddziałach ratunkowych i poradniach specjalistycznych. Problemem jest również szkalowanie lekarzy w Internecie i w tym zakresie konieczna jest zmiana obowiązującego prawa” – mówi Krzysztof Kordel, Rzecznik Praw Lekarza. „Niestety, sprawy agresywnego zachowania pacjentów raczej rzadko znajdują swój finał w sądzie. Do wystąpienia na drogę prawną ośobiście udało mi się przekonać kilka osób. Część spraw zakończyła się wyrokami skazującymi, nawet względnie wysokimi, jednak wydawanymi w zawieszaniu” – dodaje.

Więcej informacji na temat Ogólnopolskiego Systemu Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia można znaleźć na www.nil.org.pl oraz www.agresja.hipokraty.org.

Urzędy skarbowe sprawdzają, czy lekarze stosują kasy fiskalne

Po upływie niemal roku od wprowadzenia dla lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązku rejestrowania przychodu za pomocą kasy fiskalnej, urzędy skarbowe zapowiadają kontrole w tym zakresie.

Obowiązek zainstalowania i stosowania kasy fiskalnej w gabinecie mają lekarze i lekarze dentyści, prowadzący indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo dentystyczną, którzy udzielają świadczeń medycznym pacjentom pokrywającym ich koszt z własnych środków. Roczny dochód z tego tytułu musi przekroczyć 40 000 PLN. Poniżej

tego progu, nie ma obowiązku instalowania kasy fiskalnej.

W niektórych województwach urzędy skarbowe zapowiedziały kontrole m.in. lekarzy, lekarzy dentyistów i prawników w tym zakresie, ponieważ zdecydowana większość przedsiębiorców wykazuje dochód mniejszy od tego, który zobowiązuje do posiadania urządzenia rejestrującego. Urzędnicy skarbowi chcą sprawdzić, czy rzeczywiście lekarze i lekarze dentyści zarabiają na świadczeniach na rzecz osób prywatnych mniej od średniej krajowej, czy też ukrywają część

swoich dochodów. *Dziennik Polski* informuje, że może to dotyczyć nawet 80% praktykujących prywatnie lekarzy.

Ministerstwo Finansów zakłada, że próg 40 000 PLN obrotów rocznie przekroczy niemal każdy lekarz i lekarz dentyista prowadzący prywatny gabinet. Szacowano, że po wprowadzeniu obowiązku kasy fiskalnej zainstaluje nawet 200 000 lekarzy i prawników. Do końca 2011 r. liczba zainstalowanych w Polsce urządzeń wzrosła o 78 000. [3]



Na rynku istnieje alternatywna forma finansowania opieki stomatologicznej

O metodach skutecznej profilaktycznej opieki dentystycznej i nowych rozwiązaniach w tym zakresie rozmawiamy z dr. n. med. Witoldem Bojarem – lekarzem dentystą, specjalistą w dziedzinie chirurgii stomatologicznej.

Ostatnio można Pana zobaczyć nie tylko w gabinecie, ale także w telewizji. Sporo też słychać o Pana osiągnięciach zawodowych – proszę o nich opowiedzieć.

Do udziału w reklamie telewizyjnej pasty Sensodyne Odbudowa i Ochrona zaprosił mnie kolega z agencji reklamowej. Kiedy dowiedziałem się, ile kosztował patent technologii bioszklą NovaMin – składnika tej pasty, powiedziałem: „OK, to musi działać!” Po zapoznaniu się z wynikami badań klinicznych, przestałem się wahać... Rzeczywiście dumny jestem natomiast z mojego udziału w opracowywaniu nowego, polskiego substytutu kości – biomateriału przygotowywanego przez Laboratorium Inżynierii Biomedycznej Politechniki Warszawskiej i Narodowy Instytut Leków. O tym donosi jednak niewiele serwisów informacyjnych.

W jakiej dziedzinie specjalizuje się Pana praktyka i w jakim kierunku zamierza ją Pan rozwijać?

Moja praktyka skoncentrowana jest na endodoncji i chirurgii stomatologicznej.

Pacjenci trafiają do mnie najczęściej z polecenia innych lekarzy lub sami znajdują mnie w sytuacji, w której lekarz nie potrafi poradzić sobie z trudnym przypadkiem leczenia kanałowego. Oczywiście, pacjenci kierowani przez innych lekarzy, po przeprowadzeniu leczenia endodontycznego lub chirurgicznego, wracają do swojego lekarza prowadzącego. Istnieje również pewna grupa pacjentów, których otaczam kompleksową opieką stomatologiczną.

Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się do Pana pacjenci?

Głównym problemem są zaniedbania higienizacyjne i periodontologiczne – tym, w podstawowym zakresie, zajmujemy się na co dzień. Pacjenci, którzy wymagają leczenia ortodontycznego, implantoprotetycznego, endodontycznego, a także cierpiący z powodu zaburzeń związanych z czynnością i funkcją stawu skroniowo-żuchwowego lub zaawansowanych problemów periodontologicznych wymagają oczywiście leczenia specjalistycznego, prowadzonego we współpracy z lekarzami, również spoza mojej praktyki. Oddzielną grupę stanowią dzieci. U nich wciąż największym problemem pozostaje próchnica.

Jak ocenia Pan obecną sytuację opieki zdrowotnej w Polsce? Czy pacjenci mają zapewniony dostęp do świadczeń stomatologicznych na odpowiednim poziomie?

Pacjent, który korzysta z wizyt refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, niejednokrotnie zmuszony jest do czekania na wizytę w długiej kolejce, a kiedy już znajdzie się w gabinecie, to i tak

okazuje się, że musi dopłacać do leczenia, aby podnieść jego standard. Wynika to z prostej przyczyny: na jednego ubezpieczonego w ramach NFZ przypada ok. 25,00 zł w roku, co daje miesięczną kwotę w wysokości ok. 2,00 zł. W związku z tym zakres procedur mieszczących się w wykazie świadczeń gwarantowanych jest niewielki, np. leczenie kanałowe zębów bocznych nie jest refundowane.

Na co najczęściej narzekają pacjenci korzystający z usług lekarzy dentystów w Polsce?

Świadczenia stomatologiczne w naszym kraju to jeden z zakresów świadczeń zdrowotnych, z których Polacy najczęściej korzystają prywatnie. Myślę, że w tej sytuacji podstawowym problemem wciąż pozostaje cena usług medycznych, a nie np. ich standard i dostępność. Z drugiej strony wiem, ile kosztuje prowadzenie własnej praktyki i jakie są koszty jej funkcjonowania w obecnej rzeczywistości wolnorynkowej. Spotykani na zagranicznych konferencjach i kursach kole-dzy z Europy Zachodniej często dziwią się, że analogiczne procedury wycenione są u nas tak nisko. Ale jak mogą być wycenione wyżej, skoro nie istnieje ich współfinansowanie przez publicznego płatnika albo prywatnych ubezpieczycieli?

Jakie zabiegi z zakresu podstawowej profilaktyki stomatologicznej są wykonywane najczęściej?

To przede wszystkim: skaling, piaskowanie, instruktaż higieny, resurface wypełnień kompozytowych, wypełnianie ubytków w próchnicy powierzchniowej u dzieci – nie stosujemy tu typowych lakierów szczeliniowych, tylko kompozyty typu „flow” w połączeniu z samotrawiącym systemem łączącym.

Czy uważa Pan, że stały kontakt z pacjentami mógłby poprawić stan ich zdrowia oraz zaplanować ewentualne zabiegi w przyszłości?

Oczywiście! Myślę, że zobowiązanie pacjenta do odbywania wizyt kontrolnych daje obopólne korzyści. Pozostaje tylko pytanie o to, jak nakłonić go do takiej współpracy. Na rynku istnieje alternatywna forma finansowania opieki stomatologicznej. Jest nią DentalClub – program, który umożliwia pacjentowi rozłożenie kosztów profilaktyki na niewysokie raty. To bardzo wygodne rozwiązanie zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy dentystów.

To korzystne rozwiązanie?

Program oferuje 2 rodzaje planów finansowania zdrowotnej opieki stomatologicznej. Każdy z nich jest indywidualnie dopasowany do potrzeb pacjenta. Plan jest opracowywany przez dentystę, który dobrze zna pacjenta i wie, jakie zabiegi będą dla niego wskazane. Dzięki temu może wybrać



Dr n. med. Witold Bojar – spec. chirurgii stomatologicznej, absolwent II LO im. Zamoyskiego i AM w Lublinie, prowadzi własną praktykę stomatologiczną w Warszawie ukierunkowaną na endodoncję i implantologię. Specjalizant II Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Warszawie, adiunkt w Narodowym Instytucie Leków. Autor ponad 30 recenzowanych publikacji naukowych, uczestnik projektów badawczych KBN i NCN, członek Polskiego Towarzystwa Endodontycznego.

optymalne rozwiązanie. Myślę, że takie rozwiązanie daje wiele możliwości obu stronom – dentystom pozwala przewidzieć miesięczny dochód i zwiększyć lojalność swoich pacjentów, a jednocześnie wychodzi naprzeciw możliwościom finansowym polskiego pacjenta.

Jakie skuteczne metody budowania lojalności pacjentów poleca Pan swoim kolegom dentystom?

Najlepszy sposób to traktowanie każdego pacjenta tak, jak sami chcielibyśmy być potraktowani podczas wizyty u lekarza, co nie wyklucza konieczności regularnych wizyt kontrolnych! W tym przypadku również dobrym rozwiązaniem jest DentalClub. Regularnie kontrolując stan zdrowia jamy ustnej naszych pacjentów, minimalizujemy konieczność przyjmowania tzw. przypadków bólowych. Może to spowodować wzrost poziomu zaufania do naszej praktyki. W ten sposób też skutecznie budujemy lojalność wśród pacjentów.

Czy sam korzysta Pan z podobnych sprawdzonych sposobów?

Niestety, nie dysponuję systemem przypominania pacjentom, np. o konieczności kontroli radiologicznej zębów leczonych warunkowo endodontycznie czy wszczepionych implantów. Wprawdzie, podpisując zgodę na zabieg o podwyższonym ryzyku, pacjent przyjmuje na siebie zobowiązanie do poddawania się kontroli, lecz w praktyce różnie z tym bywa. Jestem pewny, że takie inicjatywy jak DentalClub pomogą zmienić tę rzeczywistość. Rozważam przystąpienie do DentalClub – zainteresowała mnie ta oferta i prosty plan rozliczeniowy.

W innych krajach Unii Europejskiej dostępne są różne programy finansowania opieki stomatologicznej. Czy spotkał się Pan kiedyś z jakimkolwiek z nich?

gicznej. Czy spotkał się Pan kiedyś z jakimkolwiek z nich?

Zazdroścę kolegom z USA, że mogą przeprowadzać drogie leczenie kanałowe bez bezpośredniego udziału finansowego pacjenta. Oczywiście, tam też nie wszyscy są w stanie wykupić takie ubezpieczenie. Nie zazdroścę natomiast kolegom, współpracującym z National Health Service w Wielkiej Brytanii. Tam poziom usług finansowany z budżetu państwa pozostawia wiele do życzenia.

Jednocześnie podpisanie przez lekarza umowy z jednym z ubezpieczycieli prywatnych zapewnia mu stały dochód, a pacjentom dostęp do prywatnej stomatologii na znacząco wyższym poziomie.

A jak sytuacja wygląda w Polsce?

Publicznego płatnika w Polsce niewątpliwie nie stać na finansowanie usług na poziomie niemieckich Krankenkassen. Pamiętajmy, że tam wiąże się to jednak z reglamentacją liczby praktyk, czyli ograniczeniem wolnego rynku usług medycznych. Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że co piąty Polak skłonny jest do wykupienia dodatkowej polisy ubezpieczeniowej, w ramach której będzie miał gwarancję szerszego dostępu do usług stomatologicznych. Dlatego, moim zdaniem, w Polsce jest miejsce na systemy abonamentowe. Niska składka miesięczna oraz łatwe do zaimplementowania zasady współpracy z praktykami dentystycznymi temu sprzyjają.

Jakie są korzyści z systemów abonamentowych dla lekarza i dla pacjenta?

Dzięki systemom abonamentowym lekarz dentysta może przewidzieć swój miesięczny przychód, co ułatwia prowadzenie praktyki –

zwłaszcza w przypadku mniejszych i średnich gabinetów. Pacjentowi zaś dajemy pewność, że jest pod stałą opieką i ma dostęp do leczenia na wysokim poziomie.

Czy Pan zdaniem, programy takie jak DentalClub staną się popularne wśród pacjentów korzystających ze świadczeń dentystycznych?

Tak. Poziom finansowania opieki stomatologicznej przez NFZ daje możliwości rozwoju systemów abonamentowych prowadzonych zazwyczaj przez prywatne firmy. Myślę, że niebawem takie rozwiązania będą popularne w naszym kraju.

Trzeba jednak pamiętać, że takie inicjatywy nie są ubezpieczeniem...

Tak i trzeba to podkreślić – takie programy to nie jest ubezpieczenie. Są one prowadzone przez prywatne firmy, mają proste i łatwe systemy finansowania opieki stomatologicznej nawiązywanej pomiędzy pacjentem a dentystą. Zachęcam wszystkich kolegów do zapoznania się z informacjami na temat takich inicjatyw jak DentalClub.

Poza pracą lubi Pan aktywność fizyczną i sport – jaka dyscyplina jest Pana ulubioną?

Narciarstwo, snowboard i wakeboard. Niestety, w tym sezonie nie mogę pochwalić się wybitnymi osiągnięciami w narciarstwie alpejskim – V miejsce w gigancie na Mistrzostwach Polski Lekarzy i wygrana w Otwartych Mistrzostwach Śląska w swojej grupie wiekowej nie spełniają moich ambicji. Na szczęście, odkryłem dla siebie freeride. Zapewniam, że nie ma nic lepszego nad świeży, głęboki śnieg na stromych stokach Kaukazu w Gruzji! ☑

Kod NFZ	Rodzaj świadczenia	Wartość w pkt.
5.13.00.2301010	badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz na 12 miesięcy	11
5.13.00.2301020	badanie lekarskie kontrolne 3 razy na 12 miesięcy	11
5.13.00.2301050	badanie lekarza specjalisty z krótką pisemną oceną i wskazaniami diagnostyczno-terapeutycznymi dla lekarza prowadzącego, bez powiązania z innymi świadczeniami gwarantowanymi	22
5.13.00.2302000	badanie żywotności zębów z objęciem badaniem 3 zębów sąsiednich lub przeciwstawnych	2
5.13.00.2303010	zdjęcie zębowe wewnątrzustne do 2 zdjęć na 12 miesięcy z wpisaniem opisu do dokumentacji, wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	20
5.13.00.2304010	znieczulenie miejscowe powierzchniowe jako samodzielne znieczulenie przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	3
5.13.00.2304020	znieczulenie miejscowe nasiękowe przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	12
5.13.00.2304030	znieczulenie przewodowe wewnątrzustne przysługujące w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych	20
5.13.00.2311010	leczenie próchnicy powierzchniowej – za każdy ząb	6
5.13.00.2311050	postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi – bezpośrednie pokrycie miazgi	12
5.13.00.2311060	opatrunek leczniczy w zębie stałym	11
5.13.00.2315020	całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	38
5.13.00.2315030	całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 2 powierzchniach	43
5.13.00.2315040	całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 2 powierzchniach	50
5.13.00.2315050	całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 3 powierzchniach (MOD)	61
5.13.00.2312010	trepanacja martwego zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	8
5.13.00.2312020	dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	12
5.13.00.2312060	ekstirpacja przyżyciowa miazgi zęba 1 kanału	22
5.13.00.2312090	ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba 1 kanału	14
5.13.00.2313060	czasowe wypełnienie 1 kanału	11
5.13.00.2313070	ostateczne wypełnienie 1 kanału	19
5.13.00.2313110	leczenie endodontyczne zęba z zakażonym kanałem z wypełnieniem 1 kanału (nie obejmuje opracowania i odbudowy ubytku korony zęba)	75
5.13.00.2316010	usunięcie złogów nazębnych za każdą 1/2 łuku zębowego 1 raz na 12 miesięcy w obrębie całego uzębienia	10
5.13.00.2316040	piukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku (obejmuje każdą wizytę)	2
5.13.00.2316050	leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej (obejmuje każdą wizytę)	11
5.13.00.2316070	kiretaż zwykły w obrębie 1/4 uzębienia (nie obejmuje znieczulenia i opatrunku)	22
5.13.00.2316120	plastyka wędzidełka wargi i fałdów śluzówkowych przedsionka jamy ustnej i policzka (bez znieczulenia i opatrunku)	40
5.13.00.2316150	unieruchomienie zębów ligaturą drucianą	27
5.13.00.2317010	usunięcie zęba jednokorzeniowego	20
5.13.00.2317020	usunięcie zęba wielokorzeniowego	30
5.13.00.2317030	usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzżębodołowe przy zastosowaniu wiertel, dźwigni	47
5.13.00.2317040	usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzżębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	100
5.13.00.2317050	operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	137
5.13.00.2318100	chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmujące do trzech żębodołów łącznie ze szwem	20
5.13.00.2318120	chirurgiczne zaopatrzenie dużej albo znacznie zanieczyszczonej rany	40
5.13.00.2318130	zatrzymywanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podklucie naczyń jako zabieg odrębny	32
5.13.00.2318150	założenie opatrunku chirurgicznego	9
5.13.00.2319010	wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, włókniaka lub pobranie wycinka/biopsji kości z wynikiem badania hist.-pat.	100
5.13.00.2318070	wyluszczenie torbieli żębopochodnej	120
5.13.00.2318080	wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki	68
5.13.00.2319060	plastyka połączenia ustno-zatokowego jako samodzielne postępowanie	156
5.13.00.2318010	plastyka połączenia ustno-zatokowego jako następstwo ekstrakcji wykonywanej w ramach świadczeń gwarantowanych	156
5.13.00.2320010	nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia, łącznie z drenażem i opatrunkiem	20
5.13.00.2321010	repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów	33
5.13.00.2321020	repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka żębodołowego z zębem lub zębami	42
5.13.00.2322050	tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy	49
5.13.00.2322060	założenie drucianej szyny nazębnej	55
5.13.00.2322090	zdjęcie szyny nazębnej przy wymianie lub zakończeniu leczenia	22
5.13.00.2322100	repozycja i unieruchomienie zwichniętej żuchwy	20
5.13.00.2331020	uzupełnienie braków zębowych ruchomą protezą częściową z elementów doginanych utrzymujących 1 raz na 5 lat, w zakresie 5-8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym (ograniczenie nie dot. osób po operacji usunięcia nowotworów)	340
5.13.00.2331030	uzupełnienie braków zębowych ruchomą protezą częściową z elementów doginanych utrzymujących 1 raz na 5 lat, w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku (ograniczenie nie dot. osób po operacji usunięcia nowotworów)	470
5.13.00.2331040	zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dot. osób po operacji usunięcia nowotworów)	528
5.13.00.2331050	zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej 1 raz na 5 lat (ograniczenie nie dot. osób po operacji usunięcia nowotworów)	528
5.13.00.2331120	odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem 1 raz na 2 lata	60
5.13.00.2331160	całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni z ukształtowaniem obrzeża – szczęka 1 raz na 2 lata	110
5.13.00.2331170	całkowite podścielenie 1 protezy w sposób pośredni z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – żuchwa 1 raz na 2 lata	120
5.13.00.2331180	czynności dla uzupełnienia brakujących tkanek miękkich, wyrównanie lub zamknięcie defektów w obrębie szczęki przy istniejącym uzębieniu resztkowym	200
5.13.00.2331190	czynności dla uzupełnienia brakujących tkanek miękkich, wyrównanie lub zamknięcie defektów w bezzębnej szczęce	200
5.13.00.2331200	wykonanie obturatora dla zamknięcia podniebienia miękkiego	450
5.13.00.2331210	wykonanie tymczasowej protezy poresekcyjnej wypełniającej ubytki po resekcji lub uzupełniającej duże defekty szczęki	400
5.13.00.2331220	wykonanie protezy poresekcyjnej ostatecznej	624
5.13.00.2331230	wykonanie protezy lub epitazy dla uzupełnienia defektów części miękkich lub uzupełnienia brakujących części twarzy o mniejszym zakresie	624
5.13.00.2331240	wykonanie protezy lub epitazy dla uzupełnienia defektów części miękkich lub uzupełnienia brakujących części twarzy w większym zakresie	960
5.13.00.2306000	wizyta bez połączenia z innymi świadczeniami gwarantowanymi (dot. pierwszej wizyty dzieci do ukończenia 6 r.ż.)	11
5.13.00.2303040	zdjęcie pantomograficzne wraz z opisem – 1 raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego	65
5.13.00.8712000	zdęcie cefalometryczne 1 raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego w uzasadnionym przypadku	85
5.13.00.2310030	zabezpieczenie bruzd zębów szóstych hakiem szczelinowym – 1 raz do ukończenia 7 r.ż.	11
5.13.00.2310060	lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego	5
5.13.00.2310080	impregnacja żębiny zębów mlecznych – za każdy ząb	3
5.13.00.2315011	całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego	30
5.13.00.2315070	całkowite opracowanie i odbudowa zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych	70
5.13.00.2315080	kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych	30
5.13.00.2311070	opatrunek leczniczy w zębie mlecznym	14
5.13.00.2312030	amputacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem	28
5.13.00.2312040	amputacja przyżyciowa miazgi zęba w uzasadnionych przypadkach	24
5.13.00.2312050	ekstirpacja przyżyciowa miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem – za 1 kanał	26
5.13.00.2312080	ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieuformowanym korzeniem - za 1 kanał	21
5.13.00.2312100	amputacja mortalna miazgi zęba mlecznego	15
5.13.00.2313080	leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 2 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	99
5.13.00.2313090	leczenie endodontyczne zęba z wypełnieniem 3 kanałów (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	147
5.13.00.2313120	leczenie endodontyczne zęba z zakażonymi kanałami z wypełnieniem 2 kanałów zęba (nie obejmuje opracowania i wypełnienia ubytku korony zęba)	152
5.13.00.2316080	kiretaż otwarty – w obrębie 1/4 uzębienia (nie obejmuje znieczulenia oraz zaopatrzenia rany)	68
5.13.00.2316100	gingiwoosteoplastyka	98
5.13.00.2316130	plastyka przedsionka jamy ustnej	117
5.13.00.2316200	założenie opatrunku paradontologicznego – każde 3 kolejne przestrzenie międzyzębowe	20
5.13.00.2317060	operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z założeniem elementu umożliwiającego sprowadzenie zęba do łuku	130
5.13.00.2317070	operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych	137
5.13.00.2318020	resekcja wierzchołka korzenia zęba - dotyczy zębów przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3 , od 3- do -3)	137
5.13.00.2323020	wycisk jednej szczęki dla diagnozy, planowania i kontroli jako samodzielne postępowanie	18
5.13.00.2323080	korekcyjne szlifowanie zębów	30
5.13.00.2323070	wykonanie zgryzu konstrukcyjnego jako czynność odrębna	33
5.13.00.2323270	analiza telerentgenogramu	30
5.13.00.2323100	utrzymywacz przestrzeni jako samodzielne postępowanie	110
5.13.00.2323120	środki do wprowadzenia pojedynczego zęba do łuku po chirurgicznym jego odsłonięciu - z wyłączeniem aparatów stałych	50
5.13.00.2324010	leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, jednoszczękowym	450
5.13.00.2324020	leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, dwuszczękowym	600
5.13.00.2324060	kontrola przebiegu leczenia z aparatem ruchomym nie częściej niż 12 razy w okresie 12 miesięcy	22
5.13.00.2325020	naprawa aparatu ruchomego z wyciskiem	60
5.13.00.2325030	rekonstrukcja aparatu ruchomego przy pacjencie w niewielkim zakresie	33
5.13.00.2326110	proteza dziecięca częściowa	420
5.13.00.2326120	proteza dziecięca całkowita	528
5.13.00.2316011	usunięcie złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy w obrębie całego uzębienia	38
5.13.00.2301021	badanie kontrolne nie częściej niż 1 raz na kwartał	11
5.13.00.0000001	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6 m.ż.	15
5.13.00.0000002	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 9 m.ż.	18
5.13.00.0000003	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 12 m.ż.	26
5.13.00.0000004	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 2 r.ż.	62
5.13.00.0000005	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 4 r.ż.	62
5.13.00.0000006	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 5 r.ż.	62
5.13.00.0000007	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 6 r.ż.	62
5.13.00.0000008	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 7 r.ż.	44
5.13.00.0000009	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 10. r.ż.	44
5.13.00.0000010	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 12 r.ż.	44
5.13.00.0000011	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 13 r.ż.	44
5.13.00.0000012	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 16 r.ż.	44
5.13.00.0000013	profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla młodzieży w 19 r.ż.	44

Tab. 1: Świadczenia gwarantowane w rodzaju: leczenie stomatologiczne, finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stale zdrowie jamy ustnej jako dobro najwyższe – estetyczna ortodoncja 30+

Martin Jaroch, Niemcy

Estetyczne leczenie pacjentów w III dekadzie życia stawia wspólną ortodonta przed nowymi wyzwaniami. Wyrażna poprawa w zakresie zdrowia jamy ustnej u starzejących się pacjentów daje klinicznie większe prawdopodobieństwo przetrwania każdego pojedynczego zęba.

Sytuacja ta prowadzi coraz więcej dorosłych pacjentów, ze względu na istniejące wady zgryzu i przesunięcie zębów, do gabinetu

ortodontycznego – tam żądają oni już nie tylko poprawy estetyki.

Posiadając proste zęby, dużo łatwiej utrzymać je w czystości, a świadomość ładnego uśmiechu znacznie poprawia samopoczucie (Scott et al., 2007). Leczenie u dorosłych pacjentów powinno być wykonane inaczej niż u dzieci lub młodzieży i musi być możliwie jak najmniej widoczne.

Leczenie ortodontyczne doro-

ślących, ze względu na ich społeczno-psychologiczne ograniczenia musi odbywać się dyskretnie. Ta okoliczność powoduje zmianę paradygmatu leczenia i coraz częściej zmusza ortodonta do przemyślenia dostępnych możliwości terapii u pacjentów po ukończeniu 30 r.ż. Terapia z zastosowaniem wyjmowanych szyn (np. Invisalign®) stanowi w takich sytuacjach obiecujący i innowacyjny system, który może zadowolić zarówno dorosłych pacjentów, jak i lekarzy ortodontów.

Ortodoncja i zdrowie stomatologiczne

Uwzględniając obecny stan zdrowia jamy ustnej ludzi i coraz powszechniejsze stosowanie systemów przypominających w nowoczesnych gabinetach stomatologicznych, można stwierdzić, że obniżenie występowania próchnicy prowadzi we wszystkich grupach wiekowych do zwiększenia prawdopodobieństwa przetrwania zębów. W konsekwencji, w przyszłości do aktywnego ortodonty trafiać

będzie coraz więcej dorosłych pacjentów z jedynie minimalnymi doświadczeniami w zakresie stomatologii zachowawczej lub protekcyjnej. Ci pacjenci przede wszystkim podejmują starania w dziedzinie profilaktycznej korekty deformacji, która w ostateczności może pomóc w zapobieganiu rozwojowi chorób zębów i przyzębia. Nadmierne stłoczenia zębów przednich, traumatyczne pozycje zgryzu lub całkowita jego utrata prowadzą każdą zapobiegawczą te-



Ryc. 1a



Ryc. 1b



Ryc. 2a



Ryc. 2b



Ryc. 3



Ryc. 4



Ryc. 5a



Ryc. 5b



Ryc. 5c



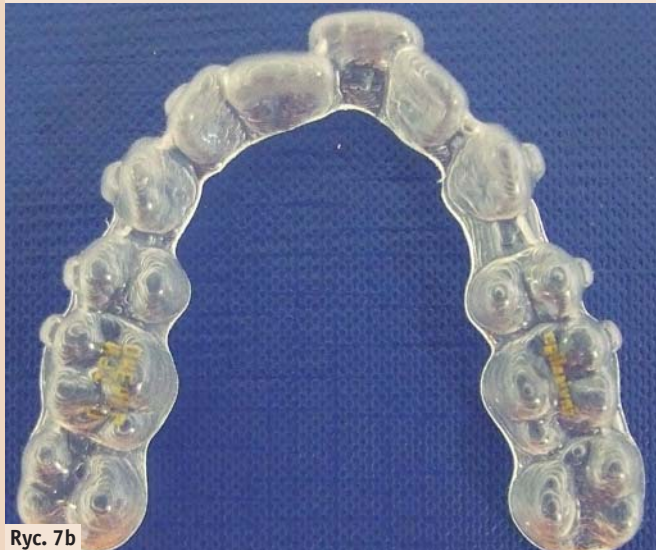
Ryc. 6a



Ryc. 6b



Ryc. 7a



Ryc. 7b

Ryc. 1a, 1b: Pacjenci z przewlekłym zapaleniem przyzębia, które ustala przebieg choroby – stan przed przystąpieniem do leczenia ortodontycznego.

Ryc. 2a, 2b: 50-letni pacjent ze stabilnym, przewlekłym zapaleniem przyzębia. Ze względu na nową pracę, pacjent życzył sobie korekty estetyczno-ortodontycznej. Na rycinie 2b pokazano sytuację po pierwszym etapie leczenia szynami Invisalign®. Po rotacji zęba 22 można było rozpoznać próchnicę między zębami, które mogą być wyleczone.

Ryc. 3.: Po usunięciu zacementowanych pierścieni, na zębie 46 wyraźnie widać próchnicę. Ząb musiał być wypełniony kompozytem.

Ryc. 4: 32-letni pacjent leczony aparatem stałym – wyraźnie widoczne są problemy związane z higieną jamy ustnej. Zapalenie dziąseł i obrzęk może spowodować paradontozę u pacjentów z osłabionym systemem odpornościowym.

Ryc. 5a-5c: Leczenie szynami Invisalign® u 50-letniego pacjenta z chorobą przyzębia. Na rycinie 5a pokazano traumatyczną wadę zgryzu zęba 12. Zgryz krzyżowy został przedstawiony i dostosowany do indywidualnej optymalnej okluzji. Rycina 5c ilustruje potrzebę zastosowania elementów retencyjnych (Attachments).

Ryc. 6a, 6b: Elementy retencyjne dyskretnie umocowano na zębach i dostosowano do ich koloru. Na rycinie 6b pokazano ledwie rozpoznawalne elementy umieszczone na zębach 13, 14 i 24.

Ryc. 7a, 7b: Zewnętrzna ilustracja szyny Invisalign® – wyraźnie widać szpary pomiędzy przedtrzonowymi i trzonowymi zębami, które powstają przez dysbalną siłę prostującą. Kontrolowane ruchy pojedynczych zębów wykonane są zgodnie z III prawem Newtona.

rapie do ich ograniczenia, z czego wynika, że leczenie ortodontyczne powinno być obecnie postrzegane jako skuteczny sposób zwiększenia trwałości zębów.

Zmiany te zmuszają ortodontę do wypracowania nowych metod terapeutycznych, szczególnie przydatnych dla pacjentów po 30 r.ż., u których choroby przyzębia, powstające często w związku z wadą zgryzu, nie dają się kontrolować tylko poprzez zabiegi higieniczne w jamie ustnej i nierzadko powodują utratę zębów. W rezultacie, precyzyjne leczenie stłoczenia zębów u dorosłych działa profilaktycznie przeciw zwiększonej ruchomości zębów, zapaleniom podziąsłowym i stanom zapalnym dziąseł, które w wielu przypadkach są źródłem największych problemów.

Odpowiednie czyszczenie zębów jest jedną z podstawowych zasad, które przetrwały zmianę paradygmatu w ogólnym leczeniu stomatologicznym pacjentów w III dekadzie życia. Nie ma żadnych wątpliwości, że usunięcie kamienia i płytki nazębnej jest skutecznym sposobem, aby utrzymać zdrowe zęby przez długi czas. A co z pacjentami z nadmiernym stłoczeniem zębów, którzy mimo wszelkich wysiłków w zakresie wysokiej higieny jamy ustnej, zwłaszcza po 30 r.ż., cierpią z powodu chorób przyzębia i utraty zębów?

Oczywiście, przewlekłe zapalenie dziąseł i paradontoza mogą występować częściej w obszarach stłoczenia zębów niż w szparach między zębami. Dotychczas istniejący dogmat, co do zasady, że choroby przyzębia zazwyczaj powstają na podstawie podrażnionych dziąseł i ich stanów zapalnych – który w zasadzie zgodnie z aktualnym stanem badań w dziedzinie periodontologii nie wydaje się już odpowiedni – przeważnie odgrywa ważną rolę u dorosłych pacjentów z wadami zgryzu (Ryc. 1a, 1b). Występujące lokalnie choroby tkanek przyzębia z utratą kości wyrostka zębodołowego u tych pacjentów są wynikiem złożonego współdziałania różnych czynników, które odnoszą się ostatecznie do zdolności lub niezdolności pacjenta do wytwarzania przeciwciał przeciwko niektórym bakteriom.

Obecnie estetyczno-ortodontyczne leczenie pacjentów po 30 r.ż. opiera się na 2 zasadniczych zagadnieniach:

- określeniu najlepszego czasu na rozpoczęcie leczenia ortodontycznego, aby uniknąć uszkodzenia przyzębia;
- przyszłościowym określeniu odpowiedniej koncepcji terapii, która umożliwia zachowanie zębów, a podczas leczenia nie spowoduje nowych chorób przyzębia, wywołanych użytkowaniem sprzętu ortodontycznego.

Należy w tym kontekście wyjaśnić, czy pacjent spełnia warunki włączenia do tego rodzaju terapii i będzie w stanie postępować zgodnie z ustanowioną koncepcją leczenia.

Rozpoczęcie terapii

Przy założeniu, że istniejący u dorosłego pacjenta problem jest problemem czysto estetycznym bez pozornych, ogólnych i szcze-

gółowych historii chorób, rozpoczęcie leczenia należy dostosować do życzenia pacjenta. W leczeniu estetycznym bez problemów funkcjonalnych oraz zagrożeń związanych z zaostrzeniem przewlekłego zapalenia dziąsła, wynik terapii jest przewidywalny.

Sytuacja jest odmienna u pacjentów w III dekadzie życia, którzy przychodzą do gabinetu z istniejącymi już wcześniej problemami funkcjonalnymi i związanymi z tym chorobami przyzębia. W takim przypadku przed rozpoczęciem leczenia zaleca się szczegółową diagnozę. Informacja o stanie tkanek przyzębia pacjentów może mieć kluczowe znaczenie dla decyzji o wyborze określonej terapii. Szczególnie ważna jest ocena, czy stan przyzębia ma związek z wadą zgryzu. Można tu przywołać przykłady z piśmiennictwa potwierdzające, że choroby przyzębia nie zawsze związane są ze stresem i higieną jamy ustnej pacjenta (Hugoson et al., 1998; Albandar et al., 1995). Jeżeli pacjent jest w fazie przewlekłej, ale stabilnej choroby przyzębia, która jest kontrolowana przez lekarza dentystę w niewielkich odstępach czasu, to możliwe, że ortodonta, stosując odpowiednią terapię, może osiągnąć stabilny jej wynik bez ryzyka ponownego zapalenia (Ryc. 2a, 2b). Leczenie w takich przypadkach powinno być, niezależne od woli pacjenta, wykonane jak najszybciej, aby zapobiec ponownemu nasileniu się objawów paradontozy.

Leczenie aparatem stałym jako wybór terapii

Klasyczne leczenie ortodontyczne pacjentów, również po 30 r.ż. to terapia aparatem stałym. Leczenie dorosłych różni się głównie tym, że wykonuje się w zasadzie tylko estetyczne poprawy ortodontyczne. Istnieją oczywiście możliwości interwencji chirurgicznej, ale są stosowane tylko w ciężkich wadach wzrostu żuchwy, ponieważ czas leczenia jest długi, a cierpienie pacjenta dotkliwe.

Jeżeli pożądaných przez pacjenta estetycznych poprawek nie można wykonać bez interwencji chirurgicznej – niezależnie od wybranej metody i woli pacjenta – należy prowadzić wyjaśniające rozmowy szczegółowe dotyczące planowania leczenia i terapii. Leczenie aparatem stałym jest często odrzucane przez pacjentów w tym wieku tylko ze względu na ograniczenia w zakresie codziennej estetyki. Decydujące znaczenie i dla pacjenta, i dla ortodonta powinien mieć fakt, że aparat stały nie tylko zwiększa ryzyko próchnicy, ale również może wywoływać lub nasilać choroby przyzębia (Ryc. 3).

Jeśli wada zgryzu została rozwiązana aparatem stałym, ale jednocześnie była pierwszym impulsem do wystąpienia chorób przewlekłych tkanek przyzębia, wybór leczenia powinien być ponownie rozpatrzony. Szczególnie w przypadku pacjentów z aktywną paradontozą, należy używać aparaty stałe tylko sekwencyjnie i na krótko, ponieważ tego typu leczenie ortodontyczne ma negatywny wpływ na zdrowie przyzębia i prawdopodobieństwo przeżycia zębów (Ryc. 4). Ponadto, dorośli często cierpią z powodu alergii,

która zwykle występuje w postaci krzyżowej nadwrażliwości, powodując przerost lub zapalenie dziąseł. Głębokość sondowania kieszonki dziąsłowej może być znacznie wyższa i powodować rozwój chorobotwórczych bakterii paradontologicznych, beztlenowych. W takich przypadkach z reguły należy przerwać leczenie, które nie powinno być już powtarzane.

Inną opcją terapii z użyciem aparatów stałych jest zastosowanie aparatu lingwalnego, zwanego też aparatem niewidocznym lub językowym, który jest dyskretnym sposobem wyrównywania zębów. Ta metoda ma wyjątkową przewagę estetyczną w porównaniu z tradycyjną terapią i łatwo do niej przekonać pacjenta. W aparacie lingwalnym zamki są umieszczone od strony językowej, wewnętrznej i przez to są mniej dostępne dla zabiegów codziennej higieny jamy ustnej. Wykazano, że w przypadku domowej higieny – bez względu na dodatkowe substancje do płukania – usuwa się zaledwie połowę płytki nazębnej (de la Rosa, 1970). Dalsze badania mogą również potwierdzić niewystarczający standard w usuwaniu płytki nazębnej u dorosłych (Lavstedt et al., 1982; Addy et al. 1986), zatem używanie systemu lingwalnego u dorosłych tylko w celu zwiększenia estetyki leczenia wydaje się bezzasadne.

Invisalign® jako koncepcja terapii

W ostatnich latach szyny ortodontyczne jako koncepcja terapii są coraz powszechniej stosowane, ponieważ kompleksowe cyfrowe i trójwymiarowe możliwości planowania, a także zdefiniowane procedury pozwalają na osiąganie przewidywalnych wyników. Ponadto, pacjent może korzystać z określonego oprogramowania na każdym etapie leczenia i tym samym świadomie decydować o ostatecznym wyglądzie, zgodnie z życzeniami w zakresie estetyki – jeżeli tylko życzenia te spełniają wymagania funkcjonalne.

Zdejmowane systemy szynowe są pod względem estetyki bardzo korzystne dla pacjentów po 30 r.ż. Higiena jamy ustnej nie zostaje naruszona, demineralizacja i próchnica nie są potęgowane przez noszenie szyn, a zdrowie tkanek przyzębia zostaje zachowane (Ryc. 5a-5c). Problemowe czyszczenie szyn zwykle nie ma negatywnego wpływu, ponieważ po 2 tygodniach pacjenci otrzymują nowy zestaw przezroczystych szyn.

Aby wykonywać wszystkie ruchy ortodontyczne, specjalne elementy, tzw. attachments muszą być przymocowane do powierzchni zębów (Ryc. 6a, 6b). Wymienione elementy retencyjne dostępne są w różnych rozmiarach, wykonane są z nanokompozytu i utwardzane światłem, tworzą również w przeciwieństwie do aparatu stałego, bardzo gładkie i łatwe do czyszczenia powierzchnie. Zwłaszcza pacjenci z chorobami przyzębia, które przyczyniają się do nadmiernego stłoczenia przednich zębów, mogą korzystać z systemów szynowych.

Invisalign® to jeden z pierwszych systemów szynowych z największym doświadczeniem klinicznym. W Niemczech system ten już ponad 10 lat temu wprowadzony był z przeznaczeniem do lat korekty

wad zgryzu. Początkowo, ze względu na niewystarczające doświadczenie, terapia była wykonywana tylko w łagodnych wadach zgryzu, w których dobry wynik wydawał się wątpliwy. Technologia ta jest stale rozwijana i obecnie dzięki modyfikowanym i zmniejszanym elementom retencyjnym oferuje nowe możliwości leczenia. Ortodonta ma więc do dyspozycji prawie wszystkie możliwości, których oczekuje w przypadku zastosowania leczenia aparatem stałym. Ponadto, z odpowiednim planowaniem można przesuwając zęby dystalnie bardzo szybko i łatwo, aby rozwiązać nadmierne stłoczenia (Ryc. 7a, 7b). Optymalizacja siły i ruchu zębów odgrywa bardzo ważną rolę, zwłaszcza dla pacjentów z paradontozą. Celem leczenia dorosłych musi być zawsze nie tylko prostowanie, ale również zachowanie zdrowia zębów i tkanek przyzębia.

Niezwykle istotny w leczeniu przejrystymi szynami Invisalign® pacjentów po 30 r.ż. jest fakt, że efekt terapii zależy tylko od planowania. Z tego względu jest szczególnie ważne, że planowanie to od-

bywa się zgodnie z wymaganiem fizjologicznym pacjenta. To wymaga szczegółowego określenia koncepcji terapii przez specjalistę, gdyż leczenie systemami szynowymi, które mają być poddawane skomplikowanym ruchom, w istocie zależy wyłącznie od doświadczenia klinicznego ortodonta. Obserwując różne związane z wiekiem zmiany w grupie pacjentów w III dekadzie życia, leczenie systemem szynowym Invisalign® wydaje się być optymalne, ponieważ podejście terapeutyczne dla długotrwałego zdrowia zębów powinno być traktowane jako najwyższe dobro. [1]

**Kontakt**

Dr Martin Jaroch
Weiherhof 2, 78315 Radolfzell
Tel.: 0049 174 683 47 95
E-mail:
martin.jaroch@googlemail.com

O wydawcy

Wydawca :

dti Dental Tribune International

Biurow Polsce:

Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa

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

Zespół redakcyjny:

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

Tłumacze:
Ewa Aleksńska,
Marcin Aleksziński,
Ewa Ganowicz,

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

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

Nakład: 10.000 egz.

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

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

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

Licensing by Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

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

Editor Specialities
Magdalena Wojtkiewicz

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Matthias Diessner, Vera Baptist, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International

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

Regional Offices

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

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

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Esthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology

Prof. Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry,
Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

Diagnostyka przesiewowa stanów przedrakowych i nowotworów błony śluzowej jamy ustnej w gabinecie

Magdalena Pawelczyk-Madalińska, Polska

Rak jamy ustnej to groźna i podstępnie przebiegająca choroba. Późne wykrycie nowotworu powoduje śmiertelność 50-60% w czasie 5 lat. Jeden nowotwór na 4 wykryte dotyczy pacjenta niepalącego i niepijącego alkoholu, a odsetek ten stosunkowo szybko rośnie.

Rak jamy ustnej to drugi po raku krtani pod względem częstości występowania w Polsce nowotwór złośliwy rejonu głowy i szyi. W USA zajmuje 6. miejsce pod tym względem wśród wszystkich nowotworów. Wykrywamy go najczęściej w III i IV stopniu zaawansowania z powodu braku wczesnej diagnostyki przesiewowej dostępnej w każdym gabinecie. Rozwijający się nowotwór przez bardzo długi czas nie daje żadnych objawów. Bagatelizowane są przez lekarzy i pacjentów zmiany potencjalnie niebezpieczne, a leczenie owrzodzeń na błonach śluzowych ciągnie się często miesiącami bez należytej diagnostyki i leczenia, podczas gdy nie powinno to trwać dłużej niż 2-6 tygodni.

Ryzyko zachorowania na raka dotyczy zarówno osób młodych, niepalących, głównie zakażonych wirusem HPV 16, jak i osób z tzw. marginesu społecznego, czyli niedożywionych palaczy i alkoholików, którzy nie dbają o zdrowie. Ryzyko to jest 7-krotnie wyższe u osób palących papierosy i 6-krotnie u alkoholików. Nie wiemy jeszcze, jaki wpływ na zachorowalność na tego typu raka ma e-papieros. Oba te czynniki działają synergistycznie, powodując 15-krotnie wyższą zachorowalność w populacji osób narażonych na oba te czynniki w porównaniu do populacji ogólnej. Stwierdzono, że wskaźnik przeżywalności związany jest ściśle ze stadium zaawansowania choroby nowotworowej, dlatego tak istotna jest wczesna diagnostyka.

Nowotwór to niekontrolowany rozrost komórek, które tworzą skupienia i guzy. Struktury te mogą naruszać ciągłość otaczających tkanek, przerastać je, ale mogą też tylko je uciskać. Czynniki, zwane rakotwórczymi, generują ten nadmierny rozrost, co doprowadza do pojawienia się procesów nowotworowych. Najczęściej raki jamy ustnej lokalizują się w następujących miejscach: 30-40% język, 14-20% dno jamy ustnej, warga/kąt ust, szkliwiak (rak kości wyrostka zębodołowego lub żuchwy), okolica trójkąta zatrzonowcowego, dziąsła, podniebienie/luki podniebienne-gardłowe i podniebienne-językowe oraz wewnętrzna strona policzka. Lokalizacja w przedniej części języka, na wardze i dnie jamy ustnej związana jest głównie z paleniem papierosów, jednak obecność zakażenia wirusem HPV 16 powoduje zmianę najczęściej spotykanej lokalizacji. Przez to coraz częściej spotykamy się z nowotworami tylnej części jamy ustnej i gardła oraz okolicy migdałków.

Obecnie dostępnych jest kilka metod przesiewowych, wśród których należałoby wymienić Velscope oraz metody z zastosowaniem monochromatycznego, białego światła, np. lampa diagnostyczna Microlux, które nie są, niestety, zbyt popularne wśród lekarzy.

Ze względu na możliwość transformacji nowotworowej szczególną uwagę należy zwrócić na zmiany powstałe w wyniku przewlekłego drażnienia błon śluzowych (niedopasowane, szorstkie protezy, ostre krawędzie wypełnień, parafrunkcje nagryzowe typu przygryzanie wewnętrznej strony policzka itp.), nawracające stany zapalne (zaniedbania w leczeniu stomatologicznym, zła higiena, zakażenia grzybicze), występowanie białych zmian na błonach śluzowych (leukoplakia, liszaj Wilsona itp.). Szczególnie inwazyjne powinno się diagnozować zmiany o zabarwieniu żywoczerwonym, gdyż istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia groźnego stanu przednowotworowego – erytroplazji. Wszelkie zmiany na błonach śluzowych jamy ustnej u osób zakażonych wirusem brodawczaka ludzkiego HPV 16 powinny być szybko i w sposób celowany leczone, gdyż jest to wirus potencjalnie kancerogenny dla komórek błony śluzowej jamy ustnej.

Osoby, które zrezygnują z nalogu (papierosy, cygara, tabaka, żucie tytoniu) z czasem mają mniejszą szansę na zachorowanie. Osoby, które przewlekłe żują wyroby tytoniowe mają 50-krotnie wyższe ryzyko rozwoju raka jamy ustnej niż pozostałe. Ten typ nowotworu częściej występuje u mężczyzn, szczególnie po 40 r.ż., ale od pewnego czasu najliczniej powiększającą się grupą chorych są młodzi, niepalący, poniżej 30 r.ż. Ma to najprawdopodobniej związek z badaniami prowadzonymi przez naukowców z John Hopkins University School of Medicine, którzy twierdzą, że uprawianie seksu oralnego może zwiększać ryzyko zachorowania na raka jamy ustnej.

Niektóre zmiany pojawiające się w jamie ustnej predysponują do rozrostu nowotworowego. Prawdopodobnie rozpoznane i wcześniej eliminowane redukują w znaczący sposób ryzyko wystąpienia raka jamy ustnej. Są to tzw. stany przednowotworowe i dysplastyczne. Jedną z najczęściej spotykanych jest biała plama.

Leukoplakia, czyli biała plama jest klinicznym określeniem rozrostu nabłonka wielowarstwowego płaskiego, który ulega nadmiernemu rogowaceniu. W ok. 10% przypadków leukoplakia ulega przekształceniu w raka w ciągu 10-15 lat. W świetle monochromatycznym Microlux widoczna jest jako silnie odbijająca światło, lśniąca biała plama, przeważnie wyraźnie ograniczona od otoczenia.

Erythroplazja to stan przednowotworowy, w którym poza zaniem błony śluzowej i ścięciem nabłonka wielowarstwowego płaskiego występują cechy dysplazji o dużym stopniu zaawansowania, w 40% ulega przemianom złośliwej, często jest też trudna do różnicowania z rakiem *in situ*. W białym świetle Microlux widoczna jest jako ciemnoczerwona, wręcz brunatna plama.

Konieczność leczenia resekcyjno-chirurgicznego nowotworów jamy ustnej prowadzi do upośledzenia wyglądu zewnętrznego chorego, utrudnienia w połykaniu jedzenia i śliny, artykulacji mowy oraz zniekształcenia twarzy, dlatego tak istotna jest świadomość dużego zagrożenia rakiem jamy ustnej u pacjentów oraz lekarzy. 5-letnie przeżycie obserwowane jest u ok. 50% pacjentów chorych na raka jamy ustnej, a brak zaprzestania palenia po stwierdzeniu występowania raka powoduje u 40% tych osób powstanie drugiego pierwotnego ogniska nowotworowego w obrębie górnego odcinka dróg oddechowych i układu pokarmowego. Ryzyko wystąpienia nowotworu wzrasta wraz z liczbą dziennie wypalanych papierosów. W 95% jest to rak płaskonabłonkowy.

Wciąż zbyt mała jest świadomość zagrożeń wynikających z zaniechania prawidłowej diagnostyki i leczenia zmian występujących na błonach śluzowych. Profilaktyka przednowotworowa to przede wszystkim wnikliwa diagnostyka i badanie przez lekarza dentystę nie tylko zębów, ale też błony śluzowej jamy ustnej oraz badanie głowy i szyi. Nowotwory wcześniej wykryte w I i II stadium choroby i właściwie leczone są w 80% przypadków uleczalne.

Sposób przeprowadzenia badania powinien być prosty i powtarzalny, istotnymi elementami są: wywiad ogólnomedyczny, badanie palpacyjne i wzrokowe. Ocena ogólnego stanu zdrowia, wyglądu skóry, kontrola wagi ciała w ostatnim okresie, określenie stopnia zmęczenia i wstępna ocena kondycji psychofizycznej pacjenta ułatwia postawienie prawidłowej diagnozy wstępnej. Badanie podmiotowe powinno oceniać asymetrię części twarzoczaszki, wygląd skóry, obrzęki tkanek miękkich i przykurcze mięśni w spoczynku. Należy ocenić wygląd warg, szczególnie w okolicy kątów ust i skontrolować wszelkie zgrybienia i asymetrie pojawiające się podczas mówienia. U osób starszych czasami pojawia się wypukłość związana z

zylakowatością warg, jeśli jednak nie utrudnia mowy i wyglądu, to nie jest to zmiana, którą należy usuwać. Podczas rozmowy z pacjentem należy bacznie zwracać uwagę na to, czy mowa nie jest zniekształcona, długo utrzymująca się chrypka (powyżej 6 tygodni) wskazuje na konieczność badania laryngologicznego, gdyż może sugerować zmiany na strunach głosowych, a kluchowata, niewyraźna mowa wskazywać może obecność zmian patologicznych w postaci guzów w dnie jamy ustnej.

Podczas oglądania błony śluzowej należy pamiętać o jej dokładnym osuszeniu gazikiem, gdyż dopiero wtedy kolor i struktura tkanki będą wyraźnie widoczne. Ślina zalegająca w dnie i zachyłkach jamy ustnej w istotny sposób utrudnia ich oglądanie, dlatego przed oglądaniem błony śluzowej wskazane jest wysuszenie jej poprzez przepłukanie jamy ustnej 1% roztworem kwasu octowego. Szorstkość błony śluzowej, twarde skupiska tkanki i jej nieprawidłowa spistość powinny zaniepokoić lekarza. Policzki należy odciągnąć retractor lub lusterkiem i dobrane oświetlenie bardzo silnym światłem. Najwcześniejszymi objawami raka jamy ustnej widocznymi przy badaniu są zmiany białe i czerwone,

„Z uśmiechem przez życie”

Fundacja do walki z nowotworami jamy ustnej „Z uśmiechem przez życie” powstała w marcu 2011 r., m.in. w celu zwiększania świadomości pacjentów w zakresie nowotworów jamy ustnej oraz organizowania szkoleń i konferencji dotyczących profilaktyki nowotworowej.



Pierwszym dokonaniem Fundacji było stworzenie strony internetowej www.zusmiechem.org.pl, na której umieszczone zostały podstawowe informacje o raku jamy ustnej i sposobach diagnozowania, a także baza ośrodków leczących tego typu nowotwory. Wykonano również, w formie komiksu, ulotkę dla pacjentów informującą ich o tym, czego powinni domagać się podczas wizyty w gabinecie stomatologicznym.

17-18. września 2011 r., na III Kongresie Kobiet w Warszawie Fundacja miała swoje stoisko, na którym można było otrzymać podstawowe informacje dotyczące raka jamy ustnej, a także wykonać badanie wykrywające zmiany patologiczne w jamie ustnej. We wrześniu 2011 r., podczas targów

CEDE, dr Magdalena Pawelczyk-Madalińska przedstawiła wykład pt.: „Profilaktyka onkologiczna – jak wystrzegać się oraz leczyć raka jamy ustnej” i zaprezentowała pokaz prawidłowego badania jamy ustnej. Zorganizowano także akcję „Czyste ręce – czyste sumienie”. Na stoiskach partnerów Fundacji można było zakupić mydełko-cegielekę w cenie min. 5 PLN. Zebrana w ten sposób kwota 2391,50 PLN w całości została przekazana na cele statutowe Fundacji.

26. września 2011 r. odbył się 33. Maraton Warszawski, w którym wziął udział Łukasz Pająk. Dobiegając do mety oraz zbierając, za pośrednictwem portalu *Domore – zrób więcej dla innych* kwotę 570 PLN, wsparł działania Fundacji.

8. października 2011 r. firma Poldent zorganizowała w Warszawie wystawę zdjęć wykonanych przez lekarzy dentystów i inne osoby związane ze środowiskiem. Organizator przekazał Fundacji prezentowane zdjęcia, które udało się sprzedać za łączną kwotę 2450 PLN. 28. października 2011 r. Fundacja zorganizowała I Konferencję poświęconą aspektom związanym z chorobą nowotworową jamy ustnej „Lekarz dentysta lekarzem pierwszego kontaktu w profilaktyce nowotworowej”. Na Konferencji wykłady wygłosili:

dr Magdalena Pawelczyk-Madalińska, dr n. med. Robert Balicki, dr hab. n. med. Jolanta Pytko-Połończyk oraz socjolog Anna Celej i psycholog Małgorzata Kaczyńska. W Konferencji udział wzięło 52 lekarzy z całej Polski. Wykładowcy zrezygnowali z honorarium, wspierając działania Fundacji.

Fundacja zorganizowała również akcję profilaktyczną dla gabinetów i gmin, w ramach której 26. listopada w Gliwicach w gabinecie dr Ewy Gaś-Szymanowskiej odbyły się bezpłatne badania kontrolne stanu uzębienia osób zgłaszających się do gabinetu oraz badania w kierunku wykrywania raka jamy ustnej. Akcja ta cieszy się dużym zainteresowaniem i jest kontynuowana w innych gabinetach w całym kraju.

W 2012 r. Fundacja organizuje II edycję Konferencji „Lekarz dentysta lekarzem pierwszego kontaktu w profilaktyce nowotworowej” z nowymi tematami wykładów i kontynuuje akcję „Dni otwarte w Twoim gabinecie”. W planach jest również udział w wystawie stomatologicznej CEDE z kampanią informacyjną związaną z chorobami nowotworowymi jamy ustnej. Jednym z celów Fundacji „Z uśmiechem przez życie” jest ustanowienie w Polsce Dnia walki z nowotworem jamy ustnej.

■

dlatego lekarze powinni być szczególnie wyczuleni na wykrywanie tych nieprawidłowości.

Od niedawna mamy możliwość wykrywania wczesnych postaci dysplazji, stanów przedrakowych i nowotworów przy pomocy lampy Microlux oraz Velscope. Diagnostyka lampą z białym światłem Microlux to bardzo proste, bezinwazyjne badanie pozwalające określić, czy zmiana na błonie śluzowej pacjenta powinna być dalej diagnozowana poprzez pobranie wycinka do badania histopatologicznego. Badanie trwa ok. 5 min i nie jest w żaden sposób nieprzyjemne. Zdrowe tkanki pochłaniają światło chemiluminescencyjne lampy, a zmiany czerwone są dużo ciemniejsze. Komórki z licznymi ziarnistościami odbijają białe światło, przez co ich zarysy są bardzo widoczne. Dalsza diagnostyka polega na pobraniu wycinka do badania histopatologicznego potwierdzającego lub wykluczającego wstępne rozpoznanie.

Rak jamy ustnej często rośnie w taki sposób, że nie daje dużych zmian na powierzchni, nacieka tkanki w głąb, dlatego tak istotne jest, aby badać pacjentów palpacyjnie. Badanie węzłów chłonnych powinno wejść do kanonu badania stomatologicznego co najmniej raz w roku. Ogromnie ważne, a często zaniedbywane jest badanie palpacyjne tkanek dna jamy ustnej oraz ujścia ślinianek podjęzykowych i podżuchwowych. Należy sprawdzić ich symetryczność i drożność oraz ilość śliny, w wielu wypadkach umożliwi to wcześniejsze wykrycie zmian potencjalnie niebezpiecznych.

Badanie języka polega na kontroli jego ruchomości, spoistości, konsystencji oraz wyglądu. Po przez przytrzymanie przy pomocy gazika za czubek języka możemy go maksymalnie wysunąć i obejrzeć powierzchnie boczne i górną, a prosząc pacjenta o dotknięcie koniuszkiem języka do podniebienia, mamy możliwość skontrolowania wyglądu spodniej jego części i ocenę wyglądu dna jamy ustnej. Należy zwrócić uwagę na wygląd i ułożenie brodawek grzybowatych i liściastych, gdyż często ich wygląd mylony jest z obecnością zmian patologicznych. Powinny nas zaniepokoić wszelkie przebarwienia, ograniczenia ruchomości i zaburzenia odczuwania smaku, gdyż mogą być one objawem toczącego się procesu nowotworowego.

Badanie podniebienia powinno odbywać się przy szeroko otwartych ustach i głowie odchylonej do tyłu. Pomocne przy tych badaniach może być użycie lusterka i lampy Microlux w celu wykrycia zmian patologicznych niewidocznych gołym okiem.

Choroba nowotworowa nie- rzadko rozwija się bez wyraźnych objawów, często do postawienia właściwej diagnozy dochodzi w zaawansowanym stadium, dlatego szanse na wyleczenie są znikome. Diagnostyka raka jamy ustnej to badanie: kliniczne, rtg i histopatologiczne.

Rak jamy ustnej wykrywany jest bardzo późno ponieważ przebiega przez długi czas bezobja-

wowo. Pierwszymi sygnałami, obserwowanymi przez pacjentów są najczęściej niegojące się owrzodzenia w obrębie warg, języka, dziąseł lub na wewnętrznej stronie policzków, które łatwo krwawią i nie goją się przez dłuższy czas. Wyczuwalny guzek lub zgrubienie w obrębie policzków, warg lub na wyrostku zębodołowym świadczy o rozroście tkanki. Kiedy rak nacieka nerw, pacjent traci czucie, mogą wystąpić parestezje (drętwienie) w obrębie jamy ustnej i utrata odczuwania smaku pokarmów. Opiswane białe lub czerwone plamki na dziąsłach, języku lub błonie śluzowej są zbyt często lekceważone podczas badania, co w wielu przypadkach opóźnia wykrycie nowotworów i pogarsza rokowanie. W stanach bardziej zaawansowanej choroby mogą wystąpić trudności przy przeżuwanie lub połykaniu pokarmów, uczucie dławienia, przeszkody w gardle bez znanej przyczyny oraz bolesność lub niewyjaśniony ból w obrębie jamy ustnej. Pacjenci zgłaszają się, gdy zaobserwują obrzęk żuchwy lub szczęki powodujący złe dopasowanie noszonej wcześniej protezy, szczękocisk lub ból języka. Zmiana barwy głosu, powiększenie węzłów chłonnych głowy i szyi kojarzy się raczej z przeziębieniem, ale niestety, nie zawsze tak jest. Chrypka utrzymująca się ponad 6 tygodni powinna zaniepokoić i skłonić do wizyty u lekarza.

W gabinetach stomatologicznych na szerszą skalę należy stosować testy i nowoczesne instrumenty, np. lampy diagnostyczne, które ułatwiają wykrywanie nieprawidłowości i skuteczne leczenie pacjentów. Opisywane objawy powinny skłonić lekarza do wdrożenia wnikliwej diagnostyki i leczenia w kierunku zmian nowotworowych. W mediach dostępnych dla pacjentów należy publikować więcej informacji na temat niepokojących objawów.

W leczeniu raka jamy ustnej stosowana jest chirurgia, radio- oraz chemioterapia. W związku z późnym rozpoznaniem stosowane metody są bardzo inwazyjne i prowadzą do trwałego okaleczenia czynnościowego i kosmetycznego pacjenta. Po leczeniu pacjent ma zaburzenia mowy i połykania. Przy raku 1/3 przedniej części języka, dna jamy ustnej i trójkąta zatrzonowcowego, przerzuty stwierdza się u 35-40% chorych już podczas pierwszego badania (węzły I, II i III poziomu), ok. 15% chorych ma przerzuty obustronne. Należy pamiętać, że rak jamy ustnej może mieć swój początek także w śliniankach i migdałkach.

Tak wysoka śmiertelność wynika ze stosunkowo późnego rozpoznania choroby, podczas gdy istnieje już możliwość przeprowadzenia wczesnej diagnostyki błony śluzowej jamy ustnej na obecność stanów przedrakowych i raków błony śluzowej jamy ustnej. [1]

Autor

Magdalena Pawelczyk-Madałńska jest lekarzem dentystą, specjalistą periodontologiem. Prowadzi prywatną praktykę w Gdańsku.

Dentysta jak psycholog?

Wiele problemów, szczególnie występujących w okresie dojrzewania, można zdiagnozować poprzez obserwację zębów, choć ich źródeł należy szukać w psychice. Dlatego właśnie lekarz dentysta daje często pierwszy sygnał alarmowy, że z nastolatkiem może dzieć się coś niepokojącego.

Długotrwały stres dotyka nie tylko biznesmenów, ale także dzieci, zwłaszcza w okresie dojrzewania, kiedy mają zachwiane poczucie własnej wartości. „Gdy nastoletni pacjent usiądzie na fotelu dentystycznym i otworzy usta, od razu mogę stwierdzić, czy np. cierpi na bruxizm, czyli chorobę o podłożu psychosomatycznym, polegającą na mimowolnym zgrzytaniu zębami i ich zaciskaniu, zwłaszcza w nocy” – mówi dr Iwona Gnach-Olejniczak. „Statystyki wskazują, że na bruxizm cierpi już niemal co trzecie dziecko” – dodaje.

W takich przypadkach dentyści zazwyczaj zalecają stosowanie na

noc szyn okluzyjnych, które gwarantują prawidłowe ułożenie szczęki i żuchwy względem siebie, bez zaciskania zębów. Problem bruxizmu wymaga jednak kompleksowego działania, obejmującego także odświeżenie.



Obsesja porządku i czystości, czasem występująca u młodzieży w okresie dojrzewania może być wyrazem stresu i braku akceptacji samego siebie. Taki perfekcjonizm może też obejmować czyszczenie zębów. „Pacjent, dążąc do skutecznego oczyszczenia zębów, szoruje je tak, że uszkadza dziąsła, które za-

czynają się cofać i boleśnie odsłaniać szyjki zębowe” – mówi dr Iwona Gnach-Olejniczak. Nie musi to jednak od razu oznaczać problemów natury psychicznej. Być może nastolatek nie umie prawidłowo myć zębów i wystarczy krótki kurs przeprowadzony przez higienistkę w gabinecie stomatologicznym.

Lekarz dentysta może być bardzo pomocny w diagnozowaniu objawów bulimii. Z reguły schorzenie dotyka nastolatków między 12. a 18. r.ż. Chorobie nie musi towarzyszyć nadmierna chudość, dlatego bulimicy zazwyczaj chorują w tajemnicy przed bliskimi. Prawdę o ich rzeczywistych problemach może pokazać jama ustna. Silnie zniszczone przez treść żołądkową szkliwo, zwłaszcza od wewnętrznej strony zębów, duża liczba ubytków, poważne choroby dziąseł oraz powiększone ślinianki – to oznaki, po których dentysta często szybciej niż otoczenie potrafi zdiagnozować u pacjenta bulimie. [2]

AD

www.vizilite.pl

Rak jamy ustnej to groźna choroba

ViziLite Plus

Testy do wczesnego wykrywania zmian patologicznych błony śluzowej jamy ustnej, w tym zmian nowotworowych.

Metoda wspierana przez fundację:



facebook.com/poldent

Stomatologia estetyczna to multidyscyplinarna koncepcja leczenia

W Warszawie odbył się Kongres Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej (PASE). Z Prezydentem PASE, dr. Krzysztofem Chmielewskim, rozmawiamy na temat nowości prezentowanych podczas spotkania, a także oczekiwań lekarzy i wymagań pacjentów.

Jakimi 3 słowami można podsumować zakończony właśnie Kongres PASE?

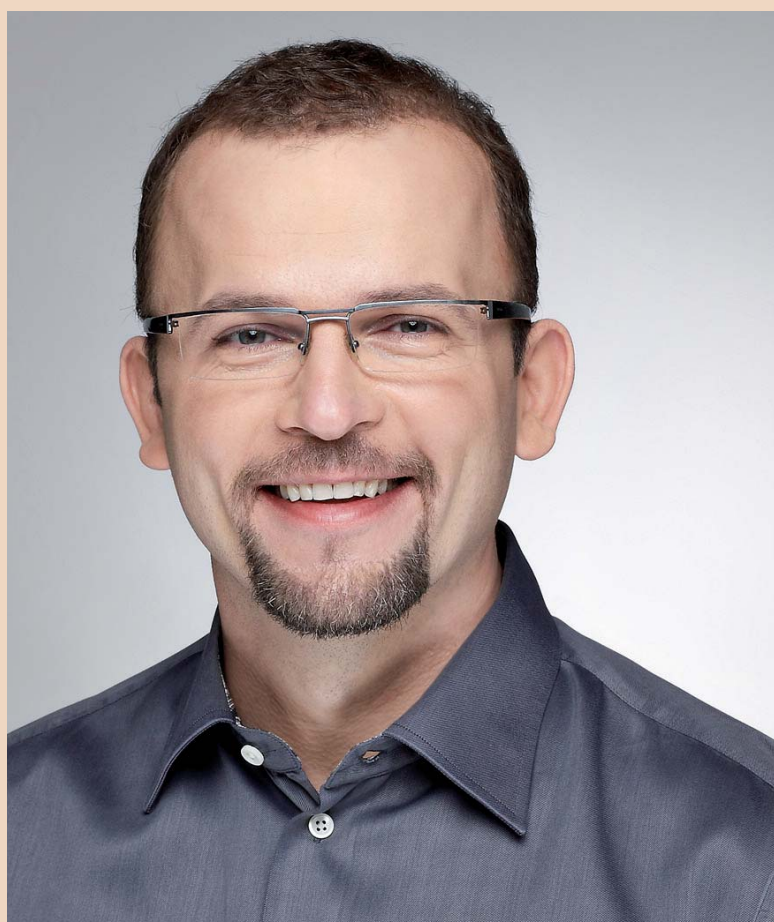
Wielki Sukces... to 2 słowa, więc dodałbym jeszcze: Zespołowy... I mamy 3! To wydarzenie było dla nas wielką próbą, ponieważ chcieliśmy spełnić oczekiwania pokładane w nas po zmianie we władzach stowarzyszenia. Dotychczasowe kongresy PASE były zawsze dużym wydarzeniem na rynku stomatologicznym w Polsce, z wybitnymi wykładowcami i bardzo dobrą organizacją... Stąd także duże wyzwanie, które stanęło przed nami. Ocena należy do uczestników Konferencji, jednakże opinie, które do nas docierają są pełne pochlebnych komentarzy, co bardzo nas cieszy. Prawie 300 uczestników Konferencji to także świadectwo, że program był wszechstronny i ciekawy. Różnorodność poruszanych tematów i zagadnień była interesująca dla specjalistów z różnych dziedzin stomatologii.

Co było nowością tegorocznego Kongresu?

Nowością była formuła imprezy. W tym roku po raz pierwszy był to kongres 2-dniowy poprzedzony dniem przedkongresowym z warsztatami. Zależało nam na praktycznym podejściu do poruszanych tematów. Dzięki dużemu wsparciu ze strony sponsorów mogliśmy gościć wspaniałych specjalistów: dr. Jacinthe Paquette (USA), dr. Orcana Yueksel'a (Niemcy), dr. Petera Gerkhe (Niemcy), wybitnego ceramistę Jungo Endo (USA), Kena Harris'a (Wielka Brytania), prof. Francesco Mangani (Włochy) oraz zespół dr. Marco Nicastro wraz z technikiem Francesco Ferrettim (Włochy). Program warsztatów pozwolił na praktyczne zmierzenie się z zagadnieniami okluzji (Keneth Harris), estetyki różowej ceramiki (Jungo Endo), planowania i nawigacji komputerowej (Gavid Guichet) oraz zastosowania tomografii komputerowej (dr Tomasz Cegielski).

A czego już się nie robi w stomatologii estetycznej?

To podchwytliwe pytanie... Stomatologia estetyczna obejmuje szeroko pojętą multidyscyplinarną koncepcję leczenia, począwszy od planowania i analizy przypadku, przez działania zachowawcze, chirurgiczne i protetyczne. Estetyka to nie tylko piękne wypełnienie czy korona ceramiczna. Na ten rezultat ma wpływ wiele czynników pośrednich. Zarządzanie próchnicą, jakość preparacji i wycisków, stomatologia adhezyjna – można wymienić długo. Oczywiście, składa się na to podejście lekarza, który z pasją i zaangażowaniem podchodzi do samego pacjenta i sposobu leczenia. Niestety, wysokiej jakości leczenia nie można przeprowadzić w krótkim czasie i przy niskim budżecie. Jakość używanych materiałów, a przede wszystkim umiejętności i czas, który lekarz poświęca



Prezydent PASE – dr Krzysztof Chmielewski

na leczenie są często znacznie większe niż przy tzw. standardowych sposobach leczenia. Nie można pominąć w tym wszystkim talentu i zaangażowania ze strony techników dentystrycznych. Wykonanie najwyższej jakości wymaga nie tylko doskonale przygotowanej pracy przez lekarza, ale także talentu i czasu ze strony naszych koleżanek i kolegów zajmujących się techniką dentystryczną. Takie prace kosztują, często wielokrotnie więcej niż wspomniany standard...

Okreśłmy zatem trendy i kierunki rozwoju tej dziedziny stomatologii – zarówno w bliższej, jak i dalszej przyszłości.

Wszyscy przyglądają się z dużym zainteresowaniem cyfryzacji w stomatologii. Postęp w technologii skanerów wewnątrzustnych i technologii CAD/CAM pozwala na spoglądanie w przyszłość pozbawioną mas wyciskowych. Oczywiście, najbardziej istotny czynnik sukcesu związanego z leczeniem – tak jest i tak będzie – to zespół odpowiedzialny za leczenie. Bez tego, nawet z najbardziej wymyślną i zaawansowaną technologią, trudno będzie przeprowadzić trwałe i stabilne w czasie leczenie. Przyglądając się pięknym pracom wybitnego ceramika Jungo Endo, mam wrażenie, że wysokiej jakości odbudowy ceramiczne imitujące do złudzenia tkanki miękkie, pozwolą wielu pacjentom uzyskać wysoko estetyczne rekonstrukcje protetyczne przy trudnych i złożonych sytuacjach związanych z defektami kostnymi. Poza tym można zauważyć już od dłuższego czasu duży nacisk na planowanie i multidyscyplinarne podejście do leczenia. Nie jest to oczywiście nowość,

jednak obserwacja najlepszych zespołów klinicznych skłania do rewizji stanowiska, lekarzy hołdujących zasadzie: *Wszystko zrobię sam najlepiej...*

Stomatologia estetyczna, tak jak i inne dziedziny medycyny, nie może istnieć samodzielnie i staje się coraz bardziej dziedziną interdyscyplinarną. Współpraca z jakimi specjalistami może przynieść najwięcej korzyści i lekarzom, i pacjentom?

Z całą pewnością jest to istotny temat. Wszelchobecna „estetyka” i upiększanie jest już dla społeczeństwa czymś zupełnie naturalnym i codziennym. Dla dobra pacjenta wiele działań związanych z estetyką twarzy powinno być jednak ze sobą skoordynowanych. Każdy ze specjalistów w swojej dziedzinie, działając niezależnie, może blokować możliwość uzyskania optymalnego rezultatu z punktu widzenia dobra pacjenta. Podam prosty przykład: zabiegi z zakresu powiększania ust i chirurgii plastycznej dolnego odcinka twarzy powinny być poprzedzone przywróceniem w pierwszej kolejności optymalnego stanu funkcjonalnego i estetycznego uzębienia. Przeprowadzenie tych działań w odwrotnej kolejności może spowodować efekt nienaturalnego wyglądu, ponieważ działania chirurgiczno-kosmetyczne były przeprowadzone w celach poprawy estetyki i uwzględniają często kompensację defektów związanych z zaburzeniami zgryzowymi.

Jak Pan ocenia świadomość, poziom wiedzy i oczekiwania pacjentów-klientów lekarzy specjalizujących się w dziedzinie stomatologii estetycznej?

Świadomość naszych pacjentów wciąż się zwiększa, ale jest jeszcze wiele do zrobienia w tym zakresie. Dość duża ich grupa odwieżdża lekarza ze sprecyzowanymi oczekiwaniami. Nie zawsze są one możliwe do spełnienia i to do naszych obowiązków należy określenie możliwości do uzyskania zmian. Pacjenci przychodzący ze zdjęciami gwiazd z pięknym uśmiechem, powycinanymi z magazynów, nie należą do rzadkości. Każdy w końcu chciałby mieć piękny uśmiech tak mocno promowany przez środki masowego przekazu.

A jakie są potrzeby lekarzy?

Potrzeby lekarzy to przed wszystkim dostęp do wiedzy, zwłaszcza tej praktycznej. Już w tej chwili mamy w Polsce dużą grupę świetnie wyszkolonych lekarzy stale pogłębiających swoją wiedzę u najlepszych specjalistów na świecie. To co najbardziej cieszy, to fakt, że dzielą się nią ze swoimi kolegami i kolegami w kraju. Podnoszenie swoich kwalifikacji jest niezbędne w naszym zawodzie, zwłaszcza kiedy chce się osiągnąć najwyższy możliwy poziom. Cieszy nas też, że nasi technicy dentystryczni także chcą uczestniczyć we wspólnych konferencjach organizowanych przez PASE. Wykłady poruszające te zagadnienia są ciekawe dla techników i lekarzy. Pokazują możliwości, jakie stoją dzisiaj przed pacjentami.

Znane są już zapewne plany na przyszłoroczny Kongres PASE – co Akademia zaoferuje jego uczestnikom?

Z wielką przyjemnością mogę zaprosić już dzisiaj na wyjątkowe wydarzenie, które będzie miało miejsce w przyszłym roku. Polska Akademia Stomatologii Estetycznej wspólnie z dr. Gerdem Koernerem i Klausem Muetherthies'em (Art Oral Niemcy) postanowiła połączyć siły i zaoferować lekarzom i technikom w Polsce wyjątkową konferencję, w której będziemy mogli podziwiać i uczyć się od najlepszych lekarzy i techników dentystrycznych z całego świata. Nawijając do tradycji wcześniejszych kongresów „Art Oral”, spotkanie odbędzie się w Sopocie w pięknym centrum konferencyjnym Hotelu Sheraton 20-22. czerwca 2013 r. Piękne otoczenie, pora roku i szum morza połączone z „mieszanką wybuchową” wiedzy i doświadczenia podgrzane będą dodatkowo imprezą wieczorną. Zorganizowanie takiego wydarzenia to olbrzymi wysiłek ze strony organizatorów, jednak doświadczenia tegoroczne pokazują, że możemy zespołowo osiągnąć sukces. I liczę na to, że także w przyszłym roku nasi lekarze i technicy obdarzą nas zaufaniem, przyjeżdżając na tę konferencję, za co z góry serdecznie im dziękuję! 

Rozmawiała: Marzena Bojarczuk

AD

Dental Tribune for iPad – Your weekly news selection

Our editors select the best articles and videos from around the world for you every week. Create your personal edition in your preferred language.

ipad.dental-tribune.com



DENTAL TRIBUNE
— The World's Dental Newspaper —

Polska Akademia Stomatologii Estetycznej (PASE)

PASE to organizacja *non profit* której statutowym celem jest podnoszenie poziomu wiedzy i prezentowanie najnowszych osiągnięć światowej stomatologii polskim lekarzom. Realizuje swoje cele m.in. poprzez organizację Konferencji. Prezydentem PASE jest dr Krzysztof Chmielewski z Gdańska, a Wiceprezydentem – dr Jan Pietruski z Białogostoku.

„Potencjał, jakim dysponuje PASE jest olbrzymi, cel funkcjonowania stowarzyszenia wypływający z idei IFED (International Federation of Esthetic Dentistry) to krzewienie wiedzy na temat stomatologii na najwyższym poziomie. Naszym celem jest przeniesienie tych idei i możliwości do jak najszerzego grona kolegów po fachu – zarówno lekarzy, jak i techników dentystycznych. Trywializując – chcemy, aby stomatologia, która uprawiana jest w Polsce była tą stomatologią przez wielkie S, aby nie było u nas stomatologii, za którą należałoby się wstydić” – mówi Krzysztof Chmielewski.

„Plany mamy ambitne i życzeniem naszym jest, aby nasze wysiłki, działania i wiedza, którą przekazujemy były pomocne w codziennej pracy naszych Koleżanek i Kolegów. W naszych zamierzeniach mamy bardzo atrakcyjne wydarzenia, które z pewnością spotkają się z dużym zainteresowaniem, o czym z przyjemnością będziemy informować” – dodaje Jan Pietruski.



XI Konferencja Międzynarodowa „Dental Spaghetti”

dla włoskiej stomatologii estetycznej. W tym roku konferencja odbywała się pt.: „Dylematy pomiędzy tradycją a nowymi technologiami, czyli jak wybrać najlepsze rozwiązanie w leczeniu stomatologicznym?”.

Z dr. n. med. Maciejem Żarowem – współtwórcą „Dental Spaghetti” rozmawia Marzena Bojarczuk.

Kolejna konferencja „Dental Spaghetti” i kolejny sukces – jaka jest jego tajemnica?

To jest nasza pasja, a jeżeli pasję przekłada się na codzienną pracę, na kontakty z wykładowcami i śledzenie tego, co dzieje się w światowej stomatologii po to, by zaplanować najbardziej interesującą tematykę, to może się to zakończyć sukcesem. Do tego sukcesu potrzeba też najlepszych wykładowców i stworzenia im odpowiednich warunków, by chcieli włożyć w to przedsięwzięcie dużo serca.

Jakie nowe trendy pojawiły się w stomatologii estetycznej w tym roku?

Można powiedzieć o pojawieniu się dwóch zasadniczych trendów: jeden to komputeryzacja leczenia stomatologicznego, czyli pobieranie wycisków za pomocą skanerów zewnątrzustnych i wyko-



XI KONFERENCJA MIĘDZYNARODOWA
DENTAL SPAGHETTI

nywanie natychmiastowych prac protetycznych. Prace nad tą technologią wciąż trwają i nie można jeszcze powiedzieć, że ma ona zastosowanie na każdym etapie procedur stomatologicznych, niemniej jednak jest to metoda terapii, która już

wkroczyła do gabinetów i w niektórych przypadkach można ją z powodzeniem stosować. Drugi wyraźny trend to unikanie inwazyjnych zabiegów związanych np. ze szlifowaniem zębów, preparacją i zastosowaniem wkładów metalowych. Dziś mamy do dyspozycji bardzo dobre kompozytowe materiały odtwórcze, a niebawem rozpocznie się era nowych polimerów, które mogą zrewolucjonizować stomatologię.

Lekarze dentyści różnych specjalności to grupa, która szybko i chętnie

nie odpowiada na różnego rodzaju nowości...

Ta otwartość jest z pewnością cenna, ale trzeba pokreślić – i o tym mówili też nasi wykładowcy – że nie można lekarza nauczyć nowej technologii w ciągu weekendu. To, że lekarz dysponuje najnowocześniejszym mikroskopem nie sprawia, że staje się od razu doskonałym endodontą, a każdy posiadacz skanera wewnątrzustnego w chwili jego zakupu nie staje się doskonałym protetykiem. Oprócz dobrego sprzętu niezbędny jest trening, trening... To długa droga oparta na edukacji, praktyce i wymianie doświadczeń w gronie innych specjalistów.

Czego możemy oczekiwać podczas „Dental Spaghetti” w 2013 r.?

Jak zwykle, będziemy mieszać tematy, aby zapewnić ich różnorodność. Na pewno jednym z wiodących będzie estetyka i pozostaniemy w kręgu stomatologii minimalnie inwazyjnej. Ponadto, planujemy zagadnienia związane z artykulacją i stawami skroniowo-żuchwowymi. Na pewno będzie interesująco, profesjonalnie i w najlepszym towarzystwie – zapraszamy do Krakowa!

DI



Międzynarodowa Konferencja „Dental Spaghetti” jest organizowana w Krakowie od 2001 r. i towarzyszy jednemu z największych Targów Stomatologicznych w Polsce – Targom Krakdent®.

Idea „Dental Spaghetti” została wymyślona przez prof. dr. hab. Jerzego Krupińskiego i dr. n. med. Macieja Żarowa i jest kontynuowana dzięki ich międzynarodowym kontaktom oraz szacunkowi

dr. n. med. Maciej Żarow