Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

www.dental-tribune.com

Cena: 15 PLN

ISSN 1730-315X

Vol. 12, Nr 6

Kol-Dental®

Eksperci Profesjonalistom

Plandent Division

Piaskowanie bezpieczne dla szkliwa – nowa metoda w zachowawczym leczeniu paradontozy

Wolf-Dieter Grimm, Germany

Jak wynika z przełomowych badań Loe i in. oraz Page,[1,2] paradontoza odnosi się do grupy chorób zakaźnych przyzębia, których cechą charakterystyczną jest zniszczenie tkanki przyzębia włącznie z więzadłem ozębnowym, cementem korzeniowym, kością wyrostka zębodołowego i dziąsłem (Ryc. 1). Paradontoza brzeżna stanowi infekcję oportunistyczną (Ryc. 2) powodowaną przez beztlenowe bakterie Gram-ujemne i skutkuje powstaniem przewlekłego zapalenia tkanki przyzębia.[3]

Postępująca utrata tkanki przyzębia i przyczepu powodowana jest przewlekłą infekcją. W oparciu o badania epidemiologiczne (Ryc. 2) można stwierdzić, że występowanie zapalenie przyzębia o charakterze przewlekłym w populacji powyżej 35 lat w Niemczech wynosi ok. 40-45%. Ok. 53% tej grupy wiekowej cierpi z powodu średniozaawansowanej, a ok. 21% z powodu zaawansowanej formy paradontozy. Średniozaawansowane (ok. 13%) i zaawansowane (ok. 1%) formy paradontozy zaobserwowano u 15-latków. W przypadku starszych ludzi, prawie u połowy populacji wykrywa się zmiany zapalne i niszczące (średniozaawansowane/zaawansowane) po paradontozę.[4]

Leczenie przyczynowe może zapobiec rozwijaniu się choroby.[5] Dlatego też mechaniczne usunięcie naddziąsłowego i poddziąsłowego kamienia i płytki stanowi główny cel zachowawczego leczenia paradontozy, którego zamierzeniem jest zniszczenie biofilmu i egzotoksyny, które mogą być skutecznie usunięte z powierzchni korzenia za pomocą skalowania i wygładzania korzeni zęba, do czego używa się ręcznych, dźwiękowych i ultradźwiękowych narzędzi skalowania.[8-10] Jak wynika z badań, mechaniczne systemy skalowania weszły do użytku, ponieważ ułatwiają czyszczenie powierzchni korzenia, powodują mniej zmęczenia

Etap badań	Stan wyjściowy	Bezpośrednio po leczeniu	Po 6 tygodniach	Po 3 miesiącach
badanie kliniczne	X	-	X	X
analiza mikrobiologiczna	X	X	X	X
leczenie	X	-	-	-

Tab. 1: Chronologiczny schemat leczenia.

AIR-N-GO PERIO	PPD (mm) zęby poddane badaniu	Wszystkie PPD (mm)	CAL (mm) zęby poddane badaniu	Wszystkie CAL (mm)
stan wyjściowy	507 ± 0,52	6,00± 0,95	8,1 ± 1,91	8,1 ± 1,93
po 6 tygodniach	4,40 ± 0,49	5,70 ± 0,29	6.47 ± 0.54	7,8 ± 0,24
po 3 miesiącach	3,73 ± 0,97	3,43 ± 0,77	6,2 ± 1,93	5,97 ± 1,53
wartość P	0,093	0,391	0,537	0,872

Tab. 2

i są bardziej efektywne z punktu widzenia zespołu leczenia stomatologicznego.[11,12]

Oprócz opisanego już procesu usuwania zanieczyszczeń, intencją tego studium przypadku jest zilustrowanie efektywności innowacyjnej metody usuwania biofilmu – technologii piaskowania o niskiej szkodliwości dla szkliwa wykorzystywanej w systemach takich, jak AIR-N-GO PERIO (Acteon Satelec) w ramach nowoczesnego zachowawczego leczenia paradontozy.

Narzędzia do piaskowania są od dawna stosowane z dobrym skutkiem zwłaszcza w profesjonalnym czyszczeniu zębów. Coraz szersze ich zastosowanie w przestrzeniach poddziąsłowych pokrytych biofilmem było dotąd kojarzone z poważnymi wadami, ponieważ brakowało odpowiednich narzędzi i tylko proszek wodorowęglanu sodu mógł być używany jako środek ścierający. Skutkiem tego była niewystarczająca możliwość czyszczenia powierzchni korzenia i ryzyko spowodowania rozedmy pooperacyjnej. System AIR-N-GO PERIO zastępuje nierozpuszczalny proszek wodorowęglanu sodu rozpuszczalnym proszkiem glicyny, który jest mniej ścierny. Ponadto, badania kliniczne (dokumentacja na: *www.airngoconcept.com*) wykazały, że proszek glicyny używany w procesie piaskowania nie ma negatywnego wpływu na otaczające tkanki miękkie.

Piaskarka AIR-N-GO PERIO z końcówką poddziąsłową i innowacyjną komorą przepływów (Ryc. 3a i b) opracowaną specjalnie do używania bezpośrednio w kieszonce przyzębnej, powstała w wyniku zastosowania nowoczesnej technologii użytej w połączeniu z obliczeniową mechaniką płynów. Sąsiadujące struktury anatomiczne nie są podrażniane, a dokładne usunięcie poddziąsłowego biofilmu z powierzchni korzenia redukuje zapalenie przyzębia. Wstępne wyniki prezentowane w niniejszym artykule stanowią część klinicznie i mikrobiologicznie kontrolowanych i randomizowanych długotermiowych badań skuteczności systemów piaskowania o niskiej szkodliwości dla szkliwa wspomaganych dźwiękowo i metod z użyciem ultradźwięków w zachowawczym leczeniu paradontozy.

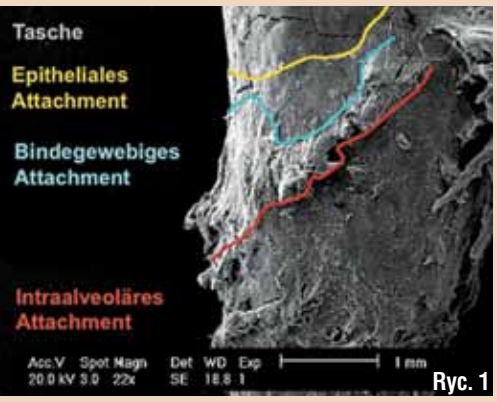
Badania kliniczne

15 pacjentów z przewlekłym zapaleniem przyzębia było leczonych i powtórnie badanych przez 3 miesiące. Parametry kliniczne i mikrobiologiczne zostały zapisane przed leczeniem, następnie bezpośrednio po interwencji klinicznej (tylko analiza mikrobiologiczna), po 6 tygodniach i po 3 miesiącach (Tab. 1).

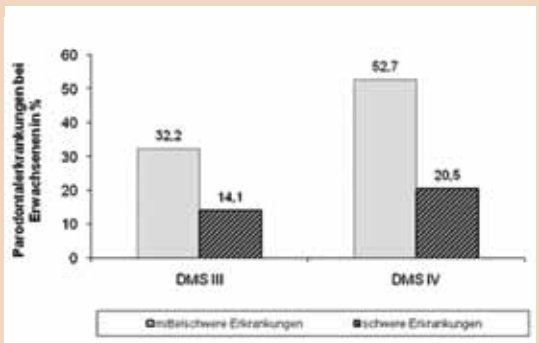
Po pomyślnie zakończonym zabiegu przygotowującym i po udzieleniu pacjentowi informacji w formie ustnej i pisemnej, osoby włączone do badań przedstawiły zgodę i pisemną deklarację zgodnie z Deklaracją Helsińską (w następstwie poprawki do 41. Światowego Zgromadzenia Medycznego w Hong Kongu z września 1989 r.). Po wstępnym badaniu, wszyscy pacjenci przeszli zabieg przygotowawczy, otrzymali instrukcję dotyczącą prawidłowej higieny jamy ustnej i zależnie od potrzeb, profesjonalnego oczyszczania naddziąsłowego. W zależności od pacjenta, pierwsza faza zabiegu przygotowawczego obejmowała okres co najmniej 3 i najwyżej 5 tygodni (3-5 spotkań). Wskaźnik płytki nazębnej (PI – plaque index) u pacjentów musiał w tym okresie wynosić w przybliżeniu 1.

Zabieg przygotowawczy obejmował skalowanie naddziąsłowe i wygładzanie powierzchni zęba przy użyciu AIR-N-GO-SUPRA (Ryc. 4). Urządzenie to czyści strumieniem składającym się z mieszanki powietrza i wody, do którego dodawany jest proszek czyszczący opracowany specjalnie, by zminimalizować urazy delikatnej błony śluzowej. Zaokrąglona mikrostruktura proszku i bardzo drobne mikrogranulki bazujące na węglanie wapnia chronią szkliwo zęba i umożliwiają delikatne i skuteczne czyszczenie powierzchni zęba. Ponadto, spray dociera do obszarów, do których dostęp jest trudny, tj. takich, jak wąskie przestrzenie międzyzębowe.

Sondowana głębokość kieszonek przyzębnych (PPD – pro bing



Ryc. 1



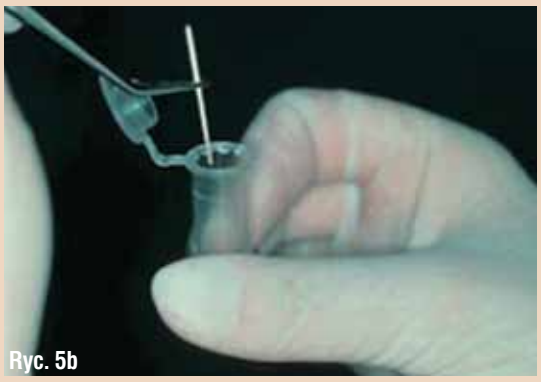
Ryc. 2a

Ryc. 3a

Ryc. 3b

Ryc. 4

Ryc. 5a


Ryc. 5b

Ryc. 1: Obraz z mikroskopu elektronowego refleksyjnego powierzchni korzenia z ilustracją linii przyczepu nabłonkowego, przyczepu łącznotkankowego i przyczepu wewnątrzzębodołowego. Ryc. 2: Występowanie średniozaawansowanej i zaawansowanej choroby przyzębia u 35-44-letnich dorosłych pomiędzy 1997 i 2007 r., wyrażone w procentach. Ryc. 3a i b: Dysza poddziąsłowa piaskarki AIR-N-GO PERIO ze specjalnie opracowaną komorą przepływu. Ryc. 4: Piaskarka AIR-N-GO SUPRA z możliwością podłączenia na turbinę lub Midwest. Ryc. 5a i b: Pobieranie próbek poddziąsłowych zostało przeprowadzone przy użyciu sterylnych sączków, wg szczelin.

AIR-N-GO PERIO	BOP (mm) zęby poddane badaniu	Wszystkie BOP (mm)	GR (mm) zęby poddane badaniu	Wszystkie GR (mm)
stan wyjściowy	0,93 ± 0,52	0,32 ± 0,93	2,1 ± 1,91	2,19 ± 1,93
po 6 tygodniach	0,2 ± 0,49	0,0027 ± 0,77	2,07 ± 0,54	2,07 ± 0,73
po 3 miesiącach	0,27 ± 0,97	0,1727 ± 0,67	2,47 ± 1,93	2,53 ± 0,53

Tab. 3: Średnia wartość i odchylenie standardowe wartości BOP i GR w stanie wyjściowym, po 6 tygodniach i po 3 miesiącach, dla przyzębia i dla obszarów mikrobiologicznego badania zębów.

Rodzaje	Wyjściowa (x 106)	Bezpośrednio po leczeniu (x 106)	Po 6 tygodniach (x 1 06)	Po 3 miesiącach (x 106)
Aa	0,05	0,07	0	0,03
Pg	2,59	0,23	1,03	0,28
Tf	1,67	0,23	0,77	0,26
Td	1,92	0,29	0,18	0,18
TBL	87,21	42,81	35,21	29,69

Tab. 4: Wpływ systemu AIR-N-GO-PERIO na występowanie bakterii (w 1 mln patogenów/ml płynu z bruzdy dziąsłowej).

pocket depth), poziom przyczepu łącznotkankowego (CAL – clinical attachment level), wskaźnik krwawienia dziąseł (BOP – bleeding on probing) i recesja dziąseł (GR – gingival recession) zostały wybrane jako zmienne kliniczne. Analiza bakteriologiczna[13,14] została wykonana przed podstawowym badaniem, bezpośrednio po postępowaniu terapeutycznym oraz 6 tygodni, a także 3 miesiące po zachowawczej terapii paradontozy poprzez selektywne wykrycie bakterii znacznikowych periodontopatii przy użyciu wiążącej sondy genowej (hybrydyzacja).

Próbki poddziąsłowe (Ryc. 5a i b) pobrano przy użyciu sterylnych sączków, wg szczelin[15]. Sączek został wprowadzony do kieszonki, pozostawiony na 10 s, usunięty nie powodując krwawienia, a następnie niezwłocznie umieszczony w probówce przeznaczonej do testu. Próbki zebrano od badanych pacjentów. Probówka testowa była wyposażona w bufor pozwalający na zachowanie aminokwasów bakterii przez okres transportu.

Testy mikrobiologiczne takie, jak IAI PadoTest 4·5 Instytutu Immunologii Stosowanej w Szwajcarii, wykorzystane w opisywanych badaniach wykorzystują małe syntetyczne cząsteczki DNA komplementarne z cząsteczkami RNA rybosomalnego jako sondy do analizy bakteryjnej (np. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* – Aa, *Tannerella forsythensi* – Tf, *Porphyromonas gingivalis* – Pg, *Treponema denticola* – Td). Ponadto, całkowita zawartość bakterii (TBL – total bacterial load) jest dobrym wskaźnikiem infekcji przyzębia. Do wytypowania pacjentów użyto to systemu klasyfikacji (klaster), również opracowanego przez Instytut Immunologii Stosowanej. Kieszonki przyzębne zostały sklasyfikowane w 5 typów przy użyciu metody statystycznej opartej na różnych wzorach rozmieszczenia bakterii. Zaletą tej metody typowania kieszonek przyzębnych jest odnotowywanie złożoności rezultatów mikrobiologicznych przy użyciu pojedynczego kodu klasyfikacji, co ułatwia rozpoznanie znaczenia klinicznego.

Po zakończeniu badań średnie wartości zmiennych PPD, CAL, BOP i GR zostały określone i ocenione opisowo. Test kolejności par Wilcoxona został użyty w celu porównania oryginalnych danych z wnioskami po zastosowaniu systemów piaskowania o niskiej szkodliwości dla szkliwa wspomaganego dźwiękowo. Testy statystyczne przeprowadzono w SPSS.

Wyniki

Dane demograficzne

Wszyscy uczestnicy (n=15, 56,6% pacjentów stanowiły kobiety, 45,4% mężczyźni) brali udział w badaniach przez cały okres obserwacji, tj. 3 miesiące, liczba badanych zębów nie uległa zmianie. Odsetek osób palących uczestniczących w badaniach wynosił 37,5%. Wszyscy pacjenci zostali przebadani zgodnie z protokołem badań.

Parametry kliniczne

U grupy AIR-N-GO (Tab. 2) po 6 tygodniach od leczenia stwierdzono CAL na średnim poziomie 0,30±0,04 mm dla leczonego przyzębia (średnia redukcja PPD na poziomie 0,30±0,02 mm), a dla obszarów objętych badaniami mikrobiologicznymi zębów stwierdzono przyrost rzędu 0,67±0,01 mm (średnia redukcja PPD na poziomie 1,63±0,06 mm). Po 3 miesiącach, u grupy AIR-N-GO PERIO stwierdzono średni przyrost CAL dla leczonego przyzębia na poziomie 2,13±0,04 mm (średnia redukcja PPD na poziomie 0,30±0,03 mm), a dla obszarów objętych mikrobiologicznym badaniem zębów stwierdzono przyrost rzędu 2,13±0,14 mm (średnia redukcja PPD na poziomie 1,34±0,03 mm).

Tabela 3 ilustruje BOP i GR dla wszystkich stadiów badań. W grupie AIR-N-GO-PERIO poprawa BOP (w porównaniu ze stanem wyjściowym) po 6 tygodniach i po 3 miesiącach była statystycznie znacząca ($p < 0,01$). Nieznaczny wzrost GR w porównaniu ze stanem wyjściowym odzwierciedla poprawę stanu zapalnego przyzębia brzeżnego po zastosowaniu terapii AIR-N-GO-PERIO.

Wyniki mikrobiologiczne

Wyniki dla 4 bakterii znacznikowych periodontopatii: Aa, Tf, Pg i Td oraz całkowita liczba bakterii znacznikowych (TBL) zostały zapisane. Wyniki mikrobiologiczne podsumowane zostały w tabeli 4. Aa wykazały najniższe ze wszystkich przebadanych rodzajów bakterii stężenie w stanie wyjściowym (0,05 x 106). 6 tygodni po leczeniu koncentracja tych bakterii została zredukowana do 0, a 3 miesiące po leczeniu osiągnięty został niemal wyjściowy poziom (0,05 ± 0,08 x 106). 3 pozostałe rodzaje bakterii (Pg, Tf i Td) osiągnęły w tym czasie stężenie równe odpowiednio: 0,28 x, 0,26 x, 0,18 x 106. Sytuacja mikrobiologiczna 3 miesiące po leczeniu wykazała kolonizację wszystkich 4 typów bakterii na poziomie niższym od wyjściowego.

Pg i Tf były w tym czasie nawet na niższym poziomie niż tuż po leczeniu. Jedynie Aa wykazały szczątkową rekolonizację 3 miesiące po całkowitej eliminacji, wykazując wzrost do poziomu 0,05 x 106 po 3 miesiącach, co oznacza średnią eliminację rzędu 84% w porównaniu ze stanem wyjściowym. Tf wykazały redukcję do 0,26 x 106, co odpowiada średniej eliminacji o 59% w porównaniu ze stanem wyjściowym.

Profile mikrobiologiczne

Analiza mikrobiologiczna zebranych próbek, oparta na danych, które nie zostały tutaj wyszczególnione, po wstępnym przebadaniu wykazała, że 37% tych próbek zawierało Aa – 83%, Pg – 51%, Pi – 91%, Tf i 89% Td. Proporcja zanieczyszczonych kieszonek zmniejszyła się tuż po leczeniu i zwiększyła znowu po 6 tygodniach i w 3. miesiącu, nie osiągając jednak poziomu wyjściowego.

Pg występowały najczęściej ze wszystkich rodzajów bakterii w każdym momencie badań. Bakteria ta została wykryta w 40% kieszonek w stanie wyjściowym, w 20% bezpośrednio po leczeniu, w 33,33% po 6 tygodniach i w 36,67% po 3 miesiącach.

Td zostały wykryte w 63,33% wszystkich kieszonek w stanie początkowym. Tuż po interwencji występowanie tego rodzaju bakterii zmniejszyło się (30%), a 6 tygodni po leczeniu poziom występowania ponownie nieznacznie wzrósł (36,6%). Przy występowaniu na poziomie 60% po 3 miesiącach, Td niemal osiągnęły wartość odnotowaną w stanie wyjściowym, zatem wystąpiła prawie całkowita rekolonizacja w badanych kieszonkach przyzębnych.

Uderzający jest fakt, że odsetek kieszonek, w których wykryto bakterie kompleksu czerwonego (Pg, Tf i Td) jest równie wysoki. Pg, Tf i Td skolonizowały razem 77,27% wszystkich kieszonek przed leczeniem. Występowanie kompleksu stało się niższe bezpośrednio po leczeniu (33%) i wzrosło ponownie w 3. miesiącu po leczeniu (47,2%). W każdym momencie badań, kombinacja tych 4 bakterii była obecna w większości kieszonek (33,1% kieszonek w stanie wyjściowym i 20,8% oraz 28,8% kieszonek bezpośrednio po leczeniu i po 6 tygodniach) niezależnie od formy użytej terapii. Proporcja kieszonek z tylko jednym rodzajem bakterii wzrosła w 3. miesiącu.

Wnioski

Wpływ na zasadnicze bakterie patogenne takie, jak: Aa, Pg i Tf, które najtrudniej jest kontrolować podczas terapii jest bardzo obiecujący. Należy jednak zaznaczyć, że jest to redukcja bakterii znacznikowych, nie zaś pożądana eliminacja zasadniczych bakterii patogennych. Wyniki pokazują, że lepszy wynik długoterminowy można osiągnąć przy zastosowaniu klasycznego leczenia paradontozy przy użyciu systemu piaskowania o niskiej szkodliwości dla szkliwa wspomaganego dźwiękowo. DT

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Autor

Prof. Wolf-Dieter Grimm jest specjalistą periodontologii na Wydziale Health's Department of Dentistry na Uniwersytecie Witten/Herdecke (Niemcy).
Z autorem można się skontaktować, pisząc na adres e-mail: wolf@uni-wh.de.

AD

Implanty + wyciski ≠ skomplikowane

Hans Sellmann, Niemcy

Miałem kiedyś pacjenta, który nie miał żadnych problemów z zębami, ale kto przyszedłby do naszego gabinetu, aby tylko czytać pisma w poczekalni? Czy wyobrażasz sobie kogokolwiek, kto ma na to czas?

„Czas to pieniądz" – mawiał podobno Benjamin Franklin, jeden z założycieli USA, a na monecie półdolarowej, którą zaprojektował, znalazł się zegar słoneczny. Dla mnie to symbol powolności, choć można również odnaleźć znaczenie słowa *fugit* w *tempus fugit*, czyli „czas leci". Kto oprócz wspomnianego pacjenta, ma dzisiaj czas do stracenia? My, lekarze doskonale to rozumiemy i trzymamy się planu, aby czas oczekiwania pacjenta był jak najkrótszy. Staramy się także wykonać tak szeroki zakres leczenia podczas wizyty, jak tylko jest to możliwe, aby racjonalnie zarządzać czasem i funduszami. Czasami ten cel osiągamy, a czasami nie. Minimalizacja czasu, który spędza w gabinecie pacjent, można osiągnąć z nową łyżką wyciskową Miratray Implant.

Otwory w łyżce wyciskowej

Nie wiem, jakie macie preferencje przy wyborze techniki wyciskowej – ja preferuję technikę łyżki otwartej. Zindywidualizowana łyżka posiada otwory, które umożliwiają pobranie wycisku z łącznikami. Taka otwarta metoda wymaga jednak 2 wizyt, a do zrobienia wycisku potrzebna jest łyżka przygotowana indywidualnie. Kolejna wizyty to czas i pieniądze. Tak więc, jeśli chcemy mieć system „otwarty" do wycisków, to albo zaopatrujemy się w łyżkę z otworami, albo przygotowujemy łyżkę indywidualną, co jest czasochłonne i skomplikowane. Możemy też wykorzystać łyżki wyciskowe Miratray Implant już od samego początku.

Pełne dopasowanie

Czasami niektóre masy wymagają łyżek całkowicie odpornych na odkształcanie. Tymczasem, po licznych wyciskach przeprowadzonych z użyciem system Hager Werken, nie zauważyłem ani jednego błędu spowodowanego ewentualną niedokładnością dopasowania – należy pamiętać, że nowoczesne materiały gipsowe nie pozwalają na odkształcenia.

Jak działa wspomniany system? System łyżki Miratray Implant opiera się na przezroczystej foli, tzn. folia jest rodzajem dna łyżki (dostępne w różnych rozmiarach, dla pacjentów z zębami i bezzębnych, na żuchwę i szczękę, Ryc. 1). Po wkręceniu transferów wyciskowych na implant, wypełnia się Miratray Implant masą wyciskową używaną zazwyczaj (heavy lub putty). Pokrywa się łyżkę materiałem wyciskowym o małej lepkości. Delikatnie trzeba dociśnąć łyżkę aż folia przylgnie do powierzchni transferów. Dzięki folii masa nie ma kontaktu z transferem wyciskowym. Po utwardzeniu masy otrzymujemy doskonały wycisk.

Przelanie masy wyciskowej

Każdy, kto kiedykolwiek pobierał wycisk, zna zjawisko rozlania materiału o małej lepkości, spowodowanego przelaniem masy wyciskowej. Ta trudność została zniwelowana poprzez używanie systemu kartridżów. W systemie Mirtray Implants nie występuje ten problem i transfery utrzymane są w czystości dzięki zastosowaniu izolującej przezroczystej folii. Czy kiedykolwiek zdarzyły się wam problemy z brakiem miejsca ze względu na położenie przedsionkowe (lub językowe) wędzidełka? Konstrukcja tacy Miratray Implant pozwala na łatwe „przycinanie" wiertłem.

Badania „w terenie"

Bardzo często opieram się na opinii kolegów w przypadku użycia nowego produktu. Moi koledzy uczestniczyli w wielu badaniach z dużymi grupami próbek

Ryc. 1

Ryc. 2

Ryc. 3

Ryc. 4

Ryc. 5

Ryc. 6

Ryc. 7

Ryc. 8

Ryc. 9

Ryc. 1: Łyżki wyciskowe Miratray Implant są dostępne w różnych rozmiarach (dla pacjentów z zębami, bezzębnych, na szczękę i żuchwę). Ryc. 2: Innowacyjna technika „folii" jest rozwiązaniem rewolucyjnym. Znosi konieczność przygotowania indywidualnych łyżek, oszczędza czasu i likwiduje potrzebę odbywania kolejnej wizyty. Ryc. 3: Łatwe i czyste w użyciu, masa nie rozmazuje się podczas wykonywania wycisku. Ryc. 4: Znana sytuacja: 3 implanty z transferami do wycisku otwartego. Ryc. 5: Co zrobić, gdy jest za mało miejsca i pobranie wycisku staje się niemożliwe? Ryc. 6: Wiertło pomoże łatwo dostosować go do indywidualnych wymagań. Ryc. 7: Używa się tych samych mas, co dotychczas. Ryc. 8: Umieść na transferach wyciskowych i lekko naciskając, dopasuj folię tak, aby śruby były widoczne. Ryc. 9: Po utwardzeniu materiału usuń śruby. Wkręcić je ponownie po usunięciu masy wyciskowej.

Ryc. 10

Ryc. 11

Ryc. 12

Ryc. 10: Wycisk gotowy do wykonania modelu w pracowni protetycznej. Ryc. 11: Współczesny standard: dostosowane łączniki ceramiczne, aby uniknąć cementowania. Ryc. 12: Dentysta i pacjent są w pełni zadowoleni z efektu.

różnych materiałów wyciskowych do zastosowań implantologicznych. Ich wynik potwierdza, że Miratray Implants jest bardzo dobry, dość innowacyjny i godny polecenia:

- 95% użytkowników ocenia stosowanie Miratray Implant jako bardzo proste, łatwe w użyciu i bardzo praktyczne,
- 90% użytkowników stwierdziło, że jakość wykonanych przy Miratray Implants wycisków nie różni się od pobieranych przy pomocy zindywidualizowanych łyżek,
- 95% oceniających zamierza nadal używać łyżki i będzie aktywnie polecało je do swoim kolegom.

Oceniający pochwalili Miratray Implant ze względu na łatwe stosowane, korzystną cenę i natychmiastową dostępność ze szczególnym uwzględnieniem braku konieczności umawiania pacjenta na kolejną wizytę do wycisku z indywidualną łyżką.

Twój pacjent

Wspomniane opinie tylko w kilku słowach opisują zalety tego system, który ma już wielu zwolenników. Z punktu widzenia pacjenta istotny jest fakt, że produkt pomaga zaoszczędzić czas i pieniądze, oferuje najwyższą jakość wycisków, nie ma wad i daje wiele wystarczających powodów, aby bez żalu zrezygnować z dotychczas stosowanych rozwiązań. DT

Kontakt

Hager & Werken GmbH
& Co. KG
Ackerstraße 1, 47269 Duisburg
Tel.: +49 (203) 99269-0
Fax: +49 (203) 299283
E-mail: info@hagerwerken.de
www.hagerwerken.de

O wydawcy

Wydawca:
DTI Media
Abrahama 18 lok. 168
03-982 Warszawa

na licencji
Dental Tribune International GmbH

www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna:
Marzena Bojarczuk
m.bojarczuk@dental-tribune.com
Tel.: 607 811 250

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com
Tel.: 606 202 508

Informacje w sprawie prenumeraty:
m.spytek@dental-tribune.com
Tel.: 600 019 616

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

Group Editor
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107

Clinical Editor
Magda Wojtkiewicz

Online Editors
Yvonne Bachmann
Claudia Duschek

Copy Editors
Sabrina Raaff
Hans Motschmann

Publisher/President/CEO
Torsten Oemus

Chief Financial Officer
Dan Wunderlich

Business Development Manager
Claudia Salwiczek

Event Manager
Lars Hoffman

Marketing Services
Nadine Dehmel

Sales Services
Nicole Andrä

Event Services
Esther Wodarski

Media Sales Managers
Matthias Diessner (Key Accounts)
Melissa Brown (International)
Peter Witteczek (Asia Pacific)
Maria Kaiser (North America)
Weridiana Mageswki (Latin America)
Hélène Carpentier (Europe)

Accounting
Karen Hamatschek
Anja Maywald
Manuela Hunger

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302
Fax: +49 341 48 474 173
www.dental-tribune.com
info@dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

The Americas
Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500,
New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 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 L ynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2014, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD

Dental Tribune Polish Edition

Golf to nie gra wybrańców. Golf to nie tylko pasja – to styl życia!

Handicap, grip i swing – czy każdy może nauczyć się grać w golfa, czy jest to sport zarezerwowany dla wybranych? O pasji, która staje się stylem życia rozmawiamy z Maciejem Nurzyńskim – współzałożycielem jednej z największych firm stomatologicznych w Polsce.

Rozmawiamy o sporcie szczególnym, kojarzonym z czymś trudnym, ekskluzywnym i w opinii wielu, zarezerwowanym dla ludzi dobrze sytuowanych materialnie. Czy słusznie golf kojarzy się z czymś luksusowym i elitarnym?

Zaczynamy dochodzić do tej filozofii cywilizowanego świata, w którym ludzie pracują, żeby dobrze żyć, a nie żyją, żeby pracować, co nam wpajano przez lata. Na szczęście, zaczynamy również dostrzegać, że jest też inna droga i inne podejście. Odpowiadając na pytanie, czy golf jest trudny i czy trudno się gry nauczyć: nie, nie jest trudny. Gdy po raz pierwszy organizowaliśmy turniej Kol-Dental Cup spotykaliśmy się z opiniami typu: „ja nigdy nie trzymałem kija golfowego, nie byłem na polu i nie wiem, jak to się robi". Dostrzegaliśmy opór psychiczny i barierę związaną z opinią, że jest to trudny sport. Z pewnością, żeby być mistrzem, trzeba spędzić tysiące godzin na polu, ale żeby swobodnie się po nim poruszać, wystarczy kilka lekcji, kilka spotkań z trenerem i można zacząć się tą grą bawić. Golf jest sportem wymyślonym przez pasterzy szkockich, którzy nie mając nic do roboty, zaczęli uderzać kijem w kamienie – potem rozwinięto tę dyscyplinę sportową. Zatem nie jest to szczególnie trudna i wymagająca dyscyplina. Na pewno treningi i szlifowanie umiejętności wymaga dużo czasu, ale aby swobodnie poruszać się na polu golfowym, wystarczą przede wszystkim chęci.

W Polsce golf nadal jest sportem egzotycznym, mimo rosnącej jego popularności. Jakie były Pana początki związane z tym sportem? Czy ktoś Pana wprowadził, czy ta przygoda rozpoczęła się w jakiś inny sposób?

Pierwszy kontakt z golfem miałem podczas wyjazdu do Kanady, gdzie pokazano nam turniej. To było kilkanaście lat temu. Główną nagrodą był milion dolarów kanadyjskich, co robiło wielkie wrażenie. Wtedy zobaczyliśmy, jak ten sport wpływa na atmosferę wśród ludzi i – co mnie szczególnie urzekło – jak wpływa na budowanie relacji. Po powrocie do Polski postanowiliśmy zaproponować tego typu imprezę polskim dentystom. A że nic takiego w tej branży nie funkcjonowało, a golf zaczynał być właśnie popularny, uznaliśmy to za doskonały pomysł. Pierwsza edycja była trudna: nie było sponsorów i bardzo małe zainteresowanie lekarzy dentystów. Ale udało się nam zaprosić ok. 35 osób. Uczestnicy wyjechali z tej imprezy zachwyceni! Wielu z nich złapało bakcyla. Spotkaliśmy się z niesłychanie przychylnymi opiniami i już wtedy wiedzieliśmy, że na tym nie poprzestaniemy.

Golf zdecydowanie nie jest sportem zespołowym – gracz jest raczej sam ze sobą. Tutaj nie ma rozłożenia odpowiedzialności. Zwycięstwa i porażki należą tylko do gracza. Ani zwycięstwo, ani przegrana nie rozmydla się, a splendor i chwała należą do jednostki. Czy to właśnie Pana w nim urzekło?

Golf z pewnością jest grą indywidualną. W ogóle myślę, że dentyści to szczególna grupa indywidualistów, zwłaszcza w Polsce, gdzie nie ma wiodących organizacji, które skupiałyby ich i wspierały, tak jak np. w Niemczech. To z jednej strony jest niekorzystnym aspektem, bo dobrze mieć organizację, która walczy o środowisko i jego prawa, ale z drugiej – lekarze są niezwykle niezależni. Potrafią sobie poradzić w każdej sytuacji, podejmują codziennie wiele decyzji w różnych warunkach. I nie tylko leczenie mam na myśli. Chodzi o całokształt związany z prowadzeniem praktyki. Podziwiam to i przyznaję, że jest to jeden wielki sukces, że lekarze wytworzyli indywidualność własnego zawodu i są całkowicie niezależni. Myślę, że to właśnie podoba się im też w golfie. To walka z przeciwnikami, ale też z samym sobą. Ze złym dniem, nastrojem, jakimś mniejszym lub większym zawirowaniem w życiu. Ja osobiście preferuję sporty indywidualne. To pewnie wynika też z mojego charakteru.

Z czego może wynikać mała popularność golfa w Polsce? Czy golf jest po prostu mało efektowny i spektakularny, czy obiegowe opinie wynikają raczej z faktu, że jest mało znany?

To chyba nie do końca tak. Spójrzmy na bieganie. Ćwierćmaratony, półmaratony, maratony – ludzie biegają. To trend, który został wypromowany. Kiedyś było to jeżdżenie na rowerze, jeszcze wcześniej konie. Dlaczego golf nie jest popularny? Cóż…, a dlaczego prowadzenie biznesu w Polsce nie jest popularne? Golf w dalszym ciągu jest utożsamiany ze sportem elitarnym, chociaż porównując koszt wyposażenia w sprzęt golfowy z wyposażeniem narciarza, zdecydowanie sprzęt golfowy jest tańszy. I on jest wielokrotnie używany. To nie są opłaty obciążające poważnie portfel. Myślę, że cały czas panuje jednak opinia o golfie, że jest to snobistyczny sport dla starszych osób. Za każdym razem, gdy to słyszę proponuję, aby ten ktoś przeszedł 18 dołków i wtedy możemy polemizować. Golf to sport wymagający dużego wysiłku fizycznego, dużej koncentracji. Co zadziwiające – u naszych sąsiadów: w Czechach, na Litwie, Łotwie – wszędzie jest dużo więcej pól golfowych niż w Polsce. Myślę, że jest to trochę taka polska mentalność, gdzie i biznes jest trochę postrzegany w niekorzystnych barwach, gdzie często się spotykam z opinią, że albo trzeba ukraść, albo być dzieckiem milionera. To też jest powód, dla którego my ten sport promujemy: bo to nie tylko rozrywka. Chcemy zmieniać też mentalność. Bo to po prostu styl życia. I dentystów, i otoczenia, które wokół dentystów funkcjonuje.

Na kolejnych letnich igrzyskach olimpijskich zagości golf. Czy myśli Pan, że będzie to miało wpływ na popularyzację tej dyscypliny w szerszym gronie?

Zdecydowanie tak! Gdyby jeszcze objawił się geniusz na miarę Małysza albo Kubicy, popularność wzrosłaby widocznie. Co więcej, golf jest jedną z niewielu dyscyplin, którą mogą uprawiać

całe rodziny. Zatem potencjał jest nie do przecenienia. Każdy może grać w swojej kategorii, można zabrać żonę i dzieci i fantastycznie spędzić razem czas!

Czy w Polsce jest gdzie grać? Słyszałem o polach w Rajszewie i Sobieniach? Jak wygląda ta infrastruktura w Polsce?

W tej chwili pól jest sporo i powstają nowe. Ich lokalizacja jest w miarę atrakcyjna, tzn. są dobrze przygotowane i nie są zatłoczone. W dalszym ciągu dla tych, którzy pola budują i w nie inwestują jest to raczej pasja niż biznes. I głównie tacy ludzie zajmują się budowanie pól. Dużą rolę odgrywają imprezy, które organizuje Kol-Dental – pola znaczną część dochodów uzyskują właśnie z organizowania imprez, takich jak nasza.

Golf robi wrażenie eleganckiego i dostojnego – czy tak jest w rzeczywistości? Nie dziwi fakt, że kolebką tego sportu są Wyspy Brytyjskie. Ale czy temperament ma aż takie znaczenie? Czy można zobaczyć tu emocje na miarę walk bokserskich?

Na naszych turniejach może jeszcze aż tak nie jest, ale jak się ogląda światowe turnieje i sam lot piłki śledzony przez setki oczu, gdzie panuje przenikliwa cisza – to jest porównywalne z najbardziej spektakularnymi wydarzeniami sportowymi. Tam, gdzie występuje rywalizacja, tam zawsze będą emocje.

Jak może Pan zachęcić naszych czytelników do rozpoczęcia przygody z golfem?

Podczas mojej kilkunastoletniej przygody z golfem, a także w czasie organizowanych przez Kol-Dental turniejów, nikt nigdy nie ucierpiał podczas gry. To jest szczególnie istotne, gdy mówimy o zawodzie, w którym sprawne dłonie są tak istotne. To nie jest urazowy sport. Nasze doświadczenie wskazuje, że nie przyczyniamy się do tego, aby lekarze dentyści byli na zwolnieniach. Chcę podkreślić fakt, że golf daje ludziom poczucie bycia we wspólnocie, a jednocześnie jest tak bardzo ndywidualny. Jest to sport, który uprawia się na świeżym powietrzu, w pięknym plenerze. Co równie ważne, można spędzać czasu z ludźmi, których się zaprasza, wybiera, lubi. Kulturalnie i dżentelmeńsko. To sport na wysokim poziomie i całe jego otoczenie, każdy element do tego zachęca. To sport kierowany do ludzi nie tyle zamożnych, co żyjących trochę na innym poziomie mentalnym. Cała ta otoczka wykracza poza samą grę, która oczywiście jest bardzo istotna. Trafienie jest dla niektórych wartością samą w sobie i poświecą oni czas i karierę, aby być najlepszym, ale dla większości jest to forma relaksu, sposobu na spędzenie czasu, nawet załatwienie biznesu. To jest po prostu lifestyle! DT

Rozmawiał: Grzegorz Rosiak

„Do sukcesu nie ma windy. Trzeba iść po schodach”

Wszystko zaczęło się 20 lat temu. Mieszanka empatii i spokoju Jacka Piłko z wizjonerstwem i strategią Macieja Nurzyńskiego dała początek niebywałemu przedsięwzięciu, które trwa i rozwija się już 20 lat. Firma Kol-Dental początkowo zatrudniała 2 osoby – dzisiaj ponad 160!

Chyba nie ma obecnie osoby związanej z branżą, która nie znałaby firmy Kol-Dental. Jak twierdzi Maciej Nurzyński, sukces firmy to przede wszystkim zatrudnione w niej osoby. Budowanie biznesu opartego na relacjach jest jego zdaniem kluczem do długotrwałego sukcesu.

Rok 2014 to szczególne uwieńczenie 20-letniej drogi – jesienią 2013 r. firma podpisała umowę z jednym z największych na świecie dystrybutorów sprzętu i materiałów stomatologicznych, firmą Plandent, zyskując profesjonalnego i liczącego się na światowym rynku akcjonariusza. Plandent umocnił silną pozycję Kol-Dental jako lidera rynku, zwiększając dodatkowo asortyment i komfort obsługi klientów.

Warto zaznaczyć, że firma Kol-Dental od lat jest pionierem we wdrażaniu wysokich standardów obsługi klienta. Jako pierwsza wprowadziła bezpłatną dostawę towarów do gabinetów, zatrudniła przedstawicieli handlowych i konsultantów medycznych, wprowadziła własne katalogi, aby ułatwić komunikację z klientem. Dostawa w ciągu 24 godz. od zamówienia jest dzisiaj standardem, ale obecnie wiele zamówionych towarów dostarczanych jest nawet tego samego dnia. Potwierdzeniem jakości obsługi jest otrzymany w 2009 r. certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008 w zakresie „Sprzedaż materiałów i sprzętu stomatologicznego oraz wyrobów medycznych”. Firma otrzymała go jako pierwsza w Polsce, stając się niekwestionowanym liderem w tej dziedzinie. Jako członek Plandent Division intensyfikuje działania sprzedażowe urządzeń firmy Planmeca. Dzięki temu Kol-Dental wchodzi wielkimi krokami w cyfryzację – dziedzinę, która wyznaczać będzie kierunek rozwoju stomatologii i zapewni najsilniejszym graczom pozycję lidera.

Pozazawodowa pasja właścicieli znalazła swój wyjątkowy wyraz w organizowanym od kilku lat turnieju Kol-Dental Golf Cup, potwierdzającym, że praca i pasja mogą i powinny iść w parze. Organizowana pod koniec sierpnia impreza jest miejscem integracji klientów, dając dowód, że praca jest tylko powodem do realizacji pasji. Zatem nie będzie tajemnicą, że motto firmy to słowa Franka Gaebelein'a (zawodowego trenera i konsultanta gry w golfa): „W golfie najważniejsze nie jest to, by tę piłkę posłać daleko, ważniejsze jest to, by to zrobić prosto. I tak samo – nie jest ważne, żeby się to udało raz czy dwa, tylko żeby się nauczyć to regularnie powtarzać”. Firmie Kol-Dental udało się pójść o krok dalej – nie tylko regularnie powtarza doskonałe wyniki, ale dynamicznie powiększa swój sukces.

Opracowanie: Grzegorz Rosiak

AD

DORNWI
Ormco
ULTRADENT

PLAQUE AGENT

Optident
a-dec
Optident

BLANX
Biorepair

PROFIMED

NOWA, PRZEŁOMOWA METODA W PROFILAKTYCE PRÓCHNICY
Colgate

W&H

septodont
SEPTODONT

Fotona

AMADAR
PLANMECA

Promedus
PLANMECA

DENTSPLY
Cercon ht

Poldent

ACTEON

Kol-Dental

DMG
Dental Milestones Guaranteed

PHILIPS

IMPLACORE

PRO SZKLIWO

24. wystawa CEDE

We wrześniu (11-13.09.) na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich odbyła się 24. Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE 2014. Wystawie towarzyszył 22. Zjazd Zespołów Stomatologicznych.

W tegorocznej Wystawie CEDE wzięło udział 263 wystawców, w tym: 210 z Polski, 2 z Belgii, 3 z Chin, 1 z Czech, 2 z Francji, 1 z Holandii, 6 z Korei Płd., 16 z Niemiec, 2 z Pakistanu, 1 z Rumunii, 4 ze Słowacji, 3 ze Szwajcarii, 1 z Tajwanu, 3 z USA i 7 z Włoch. Wystawcy reprezentowali 369 firm. W wykładach Zjazdu Zespołów Stomatologicznych wzięło udział 1.556 lekarzy.

Wg informacji organizatora, Wystawę odwiedziło 13.901, a w ramach akcji promującej polskie jabłka, zwiedzający zjedli 720 kg tych owoców, pochodzących z podpoznańskiego gospodarstwa sadowniczego.

Aplikację mobilną CEDE 2014 pobrało 2.430 osób. W Grand Prix Publiczności głosowało 1.256 osób. 51% głosów zdobyła Fundacja „Be Active Dentist" za Aktywne Szkolenia Dla Dentystów.

W czwartek, 11 września o godz. 10.00 zebrała się Komisja Konkursowa Grand Prix CEDE

2014 w składzie: prof. dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster – przewodniczący, prof. dr hab. n. med. Barbara Adamowicz-Klepalska, dr n. med. Andrzej Baszkowski, prezes Bożena Florczyk, prof. dr hab. n. med. Halina Pawlicka, dr hab. n. med. Mariusz Pryliński i prof. dr hab. n. med. Stanisław Suliborski.

W tajnym głosowaniu Komisja przyznała następujące nagrody:

- w kategorii „Materiały dla techniki" przyznano 2 statuetki, obie dla firmy HOLTRADE za FAST PROTEC oraz za F.J.P.
- w kategorii „Materiały Pomocnicze, Preparaty i Urządzenia Profilaktyczne" Komisja również przyznała 2 statuetki: dla firmy BHZ ATOS M.M. Marek Zakrzewski za ALFA płyn i piana zintegrowany system stomatologicznej profilaktyki okołozabiegowej jamy ustnej oraz dla firmy STERN WEBER Polska za ProTip Turbo.
- w kategorii „Materiały dla stomatologii" nagrody nie przyznano.
- w kategorii „Sprzęt Stomatologiczny" dla firmy HOL-DENTAL Depot za EyeSpecial C-II cyfrowy aparat fotograficzny.
- w kategorii „Oprogramowanie" nagrody nie przyznano.
- w kategorii „Wydawnictwa i edukacja" dla firmy POLKARD za O-Atlas. Atlas techniki ortodontycznej i ortopedii szczękowej. DT

DTSC w Speaker's corner

Wzorem lat ubiegłych, także w tym roku wydawnictwo Dental Tribune International zaprosiło osoby odwiedzające targi CEDE do Speaker's corner na wykłady w ramach Dental Tribune Study Club.

W programie tegorocznych wykładów znalazły się m.in. prezentacje: dr. Jana Detthloffa na temat diagnostyki i terapii stawów skroniowo-żuchwowych oraz dr. Kamila Kuczewskiego dotyczące komunikacji lekarza dentysty z pacjentem i modelu biznesowego gabinetu stomatologicznego. Dr Monika Minor omówiła Velscope – detektor zmian nowotworowych jamy ustnej i kosmetyczne protezy nakładkowe, niewymagające szlifowania zębów. Wśród wykładowców znaleźli się także: dr Janusz Goch, lek. med. Janusz Kalinowski i Piotr Biegała. DT

AD

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA SZCZECIN

NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII
Konferencja naukowo-szkoleniowa
06 - 08 LUTY 2015r
Hotel AQUARIUS SPA, KOŁOBRZEG

aquarius hotel spa & wellness

W PROGRAMIE M.IN.

ENDODONCJA
prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski
Postępowanie w przypadku obliteracji systemu kanałowego zębów przednich.

PERIODONTOLOGIA
dr n. med. Wojciech Bednarz
Profilaktyka i leczenie niechirurgiczne chorób dziąseł, przyzębia oraz tkanek otaczających implanty śródkostne.
Postępowanie periodontologiczne przygotowujące do zasadniczego leczenia stomatologicznego.

PEDODONCJA
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich
Urazy u dzieci.
dr n. med. Anna Jarząbek
Współczesne poglądy na leczenie zębów u dzieci.

PROTETYKA
dr n. med. Piotr Fabjański, tech. dent. Tomasz Ciaputa
Zastosowanie elementów retencyjnych w protezach ruchomych i w implantoprotetyce.

MEDYCYNA OGÓLNA
dr n. med. Magda Wiśniewska
Przygotowanie pacjenta ze schorzeniami metabolicznymi do zabiegów stomatologicznych.
dr n. med. Marek Zienkiewicz
Jak prawidłowo udzielić pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym.
dr n. med. Łukasz Tyszler
Zatrzymać czas, czyli małoinwazyjne zabiegi z medycyny estetycznej.
dr n. med. Marleta Zienkiewicz
Zapobieganie zakażeniom w stomatologii.

PRAWO I EKONOMIA
dr Mateusz Sowiński
Ile powinien zarabiać dentysta - finanse w praktyce stomatologicznej.
mec. Przemysław Gardocki
Porady prawne: m.in. pacjent roszczeniowy, dokumentacja medyczna, ochrona danych osobowych.

WARSZTATY
prof. dr hab. n. med. Stefan Baron
Zaburzenia czynnościowe narządu żucia. (Koszt: 200 zł)
prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski
Zamykanie perforacji w obrębie bifurkacji. Pokrycie bezpośrednie miazgi. (Koszt: 100 zł)
dr n. med. Maciej Górski, dr n. med. Łukasz Tyszler
Endodoncja praktyczna - opracowanie i wypełnienie kanałów korzeniowych z wykorzystaniem współczesnych technologii. (Koszt: 100 zł)
dr Jarosław Jadach
Implantologia w codziennej praktyce. Kurs z ćwiczeniami na modelach. (Koszt: 200 zł)

KOSZTY
450 zł + nocleg + warsztaty

Rejestracja na www.trendy2015.pl • Partner Techniczny: Stowarzyszenie 'Via Educatio'
Szczegóły konferencji na www.oil.szczecin.pl zakładka:
Konferencje/szkolenia Lekarze dentyści lub telefonicznie 91 4874936 wew. 106
Uczestnik konferencji otrzymuje punkty edukacyjne.
Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie oraz odwołania konferencji

Patron medialny:
dti] Dental Tribune International
Essential Dental Media