DENTAL TRIBUNE

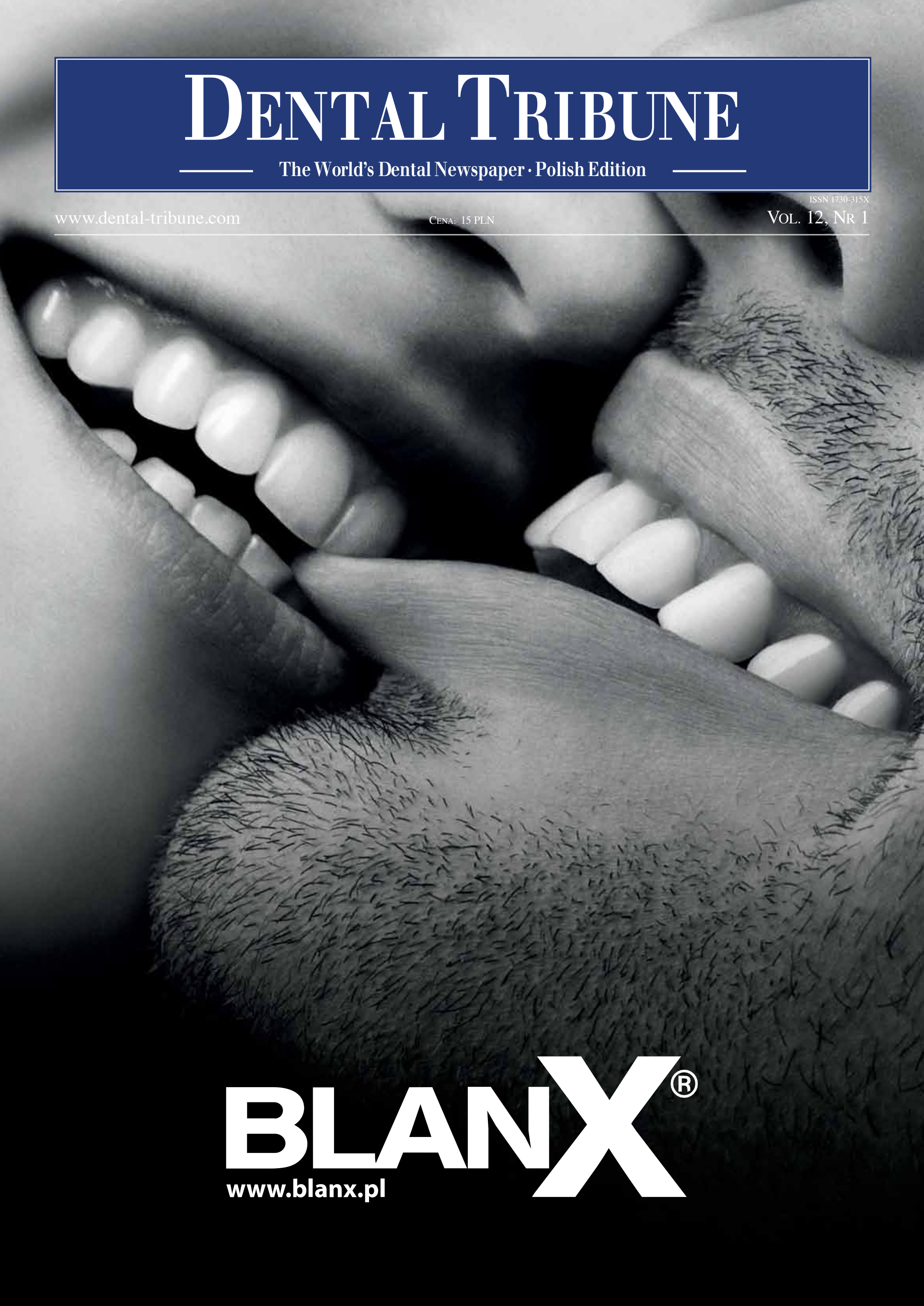
The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

www.dental-tribune.com

CENA: 15 PLN

VOL. 12, NR 1



Nowe przepisy o odpadach medycznych

Daria Wierzbińska, Polska

Każdy lekarz prowadzący praktykę lekarską, w tym również lekarz dentysta wytwarzający odpady medyczne ma określone obowiązki z tym związane. Wynikają one przede wszystkim z Ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r. poz. 21) oraz z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139, poz. 940).

Należy także pamiętać, że w 22 lutego 2014 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz. U. poz. 107).

Zgodnie z Ustawą o odpadach, odpadami medycznymi są *odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny*. Z przedmiotowego aktu normatywnego wynikają następujące obowiązki lekarzy prowadzących praktyki zawodowe, wytwarzających odpady medyczne, z wyjątkiem praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne:

1. Prowadzenie ewidencji odpadów – ewidencja taka musi być prowadzona na bieżąco oraz musi dotyczyć ilościowej i jakościowej ewidencji tych odpadów.
2. Składanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi.
3. Przechowywanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych – dokumenty te powinny być przechowywane na bieżąco, w formie elektronicznej lub papierowej (obowiązek ten został wprowadzony wskazanym na wstępie Rozporządzeniem z dnia 13 stycznia 2014 r.).

Sposób postępowania z odpadami medycznymi uregulowany został w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Co do zasady, odpady medyczne zbiera się zazwyczaj w miejscach ich powstawania, uwzględniając ich właściwości, sposób unieszkodliwiania lub odzysku.

Cytowane wyżej rozporządzenie reguluje również sposób segregowania odpadów medycznych (z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach). Powinny być one zbierane do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, w następujących kolorach:

- kolor czerwony – odpady medyczne o kodach 18 01 02*[1], 18 01 03*[2] i 18 01 82*[3],
- kolor żółty –odpady medyczne o kodach 18 01 06*[4], 18 01 08*[5], 18 01 10*[6],
- kolor inny niż czerwony lub żółty – odpady medyczne o kodach 18 01 01[7], 18 01 04[8], 18 01 07[9], 18 01 09[10].

Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie

AD

IMPLANT DENTAL NEW WAVE

KRAKDENT
stoisko nr C36

ZNIECZULENIA KOMPUTEROWE

QuickSleeper 4

Najbardziej zaawansowany system znieczuleń komputerowych z możliwością wykonywania znieczuleń dokostnych (techniki osteocentral i transkortykalna) oraz pozostałych rodzajów znieczuleń.

DHT DENTAL HI TEC

Nowości:

- ✓ ciśnienie podawanego anestetyku (mechanizm P.A.R.) oraz rotacja igły są sterowane mikroprocesorowo
- ✓ bardzo niskie koszty eksploatacji – tylko koszty igieł i standardowych ampułek
- ✓ całkiem nowa i ergonomiczna końcówka
- ✓ bezprzewodowy i bezbateryjny pedał
- ✓ zminiaturyzowany unit sterujący

SleeperOne 4

DHT DENTAL HI TEC

Najnowsza generacja komputerowego systemu znieczuleń SleeperOne – wszystkie techniki znieczuleń: śródwięzadłowe, doprzegrodowe, nasiękowe, dopodniebienne, etc. (za wyjątkiem dokostnych).

Nowości:

- ✓ zminiaturyzowany unit sterujący
- ✓ 4 podstawowe tryby podawania anestetyku, optymalne dla stosowanej techniki znieczulenia
- ✓ ultralekka końcówka
- ✓ bezprzewodowy i bezbateryjny pedał (lub wersja z pedałem przewodowym)
- ✓ bardzo niskie koszty eksploatacji – tylko standardowe igły i ampułki

Implant Dental New Wave Sp. J.
ul. Górnośląska 4A/19, 00-444 Warszawa, tel. (22) 869 71 00/01,
ww.implant.waw.pl, info@implant.waw.pl

odpornych na przekłucie i przecięcie.

Rozporządzenie przewiduje również, iż pojemniki lub worki zapełnia się do 2/3 ich objętości w taki sposób, aby możliwe było ich bezpieczne zamknięcie. Należy pamiętać, iż niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia. Pojemniki takie lub worki powinny być wymieniane nie rzadziej niż co 72 godz., a w przypadku uszkodzenia worka lub pojemnika należy go w całości umieścić w innym większym nieuszkodzonym worku lub pojemniku. Ponadto, każdy worek i pojemnik powinien być odpowiednio oznakowany, tzn. zawierać kod przechowywanych w nim odpadów, adres zamieszkania lub siedzibę wytwórcy odpadu oraz datę zamknięcia.

Rozporządzenie wprowadza zasady czasowego magazynowania odpadów medycznych przed poddaniem ich procesowi unieszkodliwiania. Różnicuje ono czas i temperaturę magazynowania ze względu na rodzaj odpadów (kod odpadów; §6 cytowanego Rozporządzenia). Po każdym usunięciu odpadów medycznych w postaci części ciała i organów oraz pojemników na krew i konserwantów służących do jej przechowywania (z wyłączeniem odpadów medycznych o kodzie 18 01 03), pomieszczenie lub urządzenie powinno być poddane dezynfekcji, a następnie umyte.

22 lutego 2014 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz. U. poz. 107). Rozporządzenie nie wprowadza wprost nowego obowiązku dla wytwórców zakaźnych odpadów medycznych (czyli dla podmiotów leczniczych lub lekarzy dentystów wykonujących praktykę zawodową). Określa ono wzór dokumentu, który posiadacz odpadów medycznych (zazwyczaj będzie to podmiot, któremu wytwórca odpadów zleca wykonanie obowiązku gospodarowania odpadami) jest obowiązany przekazać wytwórcom tych odpadów, jak również wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych.

Zgodnie z Rozporządzeniem, przekazanie tego dokumentu powinno nastąpić nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, którego przedmiotowy dokument dotyczy. Obowiązek zatem ciąży, co do zasady, na posiadaczu odpadów medycznych, jednakże wytwórcy odpadów medycznych muszą pamiętać o odpowiedzialności, jaka ciąży na nich. Zgodnie bowiem z Ustawą o odpadach, wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów z chwilą dokonania unieszkodliwienia odpadów przez następnego ich posiadacza przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych. Poświadczeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie odpadami na następnego posiadacza odpadów jest dokument potwierdzający ich unieszkodliwienie. W związku z tym, aby potwierdzić przejście odpowiedzialności za gospodarowanie zakaźnymi odpadami, wytwórca powinien wnioskować o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych oraz przechowywać egzemplarz tego dokumentu. Ustawa o odpadach stanowi, iż dokument ten powinien być przez wytwórcę odpadów przechowywany przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym go sporządzono. Sankcją za niewykonanie powyższego obowiązku jest kara aresztu lub grzywny. Przepisy nie wprowadzają powinności każdorazowego wnioskowania przez wytwórcę do posiadacza odpadów medycznych o przekazanie omawianego dokumentu.

W sytuacji, gdyby podmiot utylizujący odpady nie przekazał dokumentu w wymaganym terminie, lekarz dentysta powinien wystąpić do niego z takim wnioskiem, powołując się na odpowiednie postanowienia umowy, a gdyby to nie poskutkowało spełnieniem obowiązku, wskazanym byłoby poinformowanie przez lekarza o tym fakcie wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska. Zawarcie powyższego wniosku w umowie z podmiotem utylizującym odpady pozwoli na dochodzenie przez lekarza odszkodowania z tytułu nienależytego wykonania umowy w sytuacji poniesienia przez niego szkody wskutek niewydania dokumentu. Poza odpowiedzialnością odszkodowawczą, posiadacz odpadów podlegać będzie także karze aresztu albo grzywny (art. 183 ust. 3 Ustawy o odpadach).

Lekarze dentyści powinni jak najszybciej skontaktować się z podmiotami zajmującymi się utylizacją odpadów medycznych, z którymi mają zawarte umowy na ich odbiór, w celu ustalenia sposobu przekazywania dokumentów potwierdzających ich unieszkodliwienie.

Lekarze dentyści prowadzący indywidualną, indywidualną specjalistyczną lub grupową praktykę, jeżeli wytwarzają w ramach swej działalności odpady medyczne, zobowiązani są złożyć formularz zbiorczy zestawienia danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku lub unieszkodliwiania odpadów za rok 2013. Zestawienia należy złożyć do urzędu marszałkowskiego właściwego ze względu na miejsce wytwarzania, odbierania odpadów komunalnych, zbierania, odzysku lub unieszkodliwiania odpadów w terminie do 15 marca 2014 r., zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie zakresu informacji oraz wzorów formularzy służących do sporządzania i przekazywania zbiorczych zestawień danych o odpadach (Dz. U. z dnia 28 grudnia 2010 r.). Osoby, które nie złożą takiego zestawienia w wymaganym terminie, podlegać będą administracyjnej karze pieniężnej w wysokości 500 zł (art. 200 Ustawy o odpadach). DT

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Autor

Mec. Daria Wierzbińska – specjalista ds. prawa medycznego oraz prawa autorskiego i praw pokrewnych w Kancelarii Prawnej „Świeca i Wspólnicy" Sp. k. w Warszawie. Obecnie pracuje nad rozprawą doktorską w dziedzinie prawa konstytucyjnego i prawa medycznego w SWPS w Warszawie. Wpisana na listę aplikantów radcowskich przy OIRP w Warszawie. Z Darią Wierzbińską można się skontaktować, pisząc na adres e-mail: wierzbinska@swwp.pl lub pod nr tel.: (22) 646 49 59.

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

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

Informacje w sprawie prenumeraty:
dentalnews@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.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper

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

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Business Development Manager
Claudia Salwiczek

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

Marketing & Sales Services
Esther Wodarski
Nicole Andrä

Accounting
Karen Hamatschek

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

© 2013, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD

Spełniamy oczekiwania naszych klientów i dbamy o nich nie tylko w chwili zakupu

O tym, gdzie należy szukać klucza do sukcesu, a także o tym, że zawsze warto stawiać na jakość, mówi Maciej Jerominek – Sales Manager na Polskę z firmy ACTEON.

Firma Acteon jest często nagradzana za produkty, które z roku na rok są coraz bardziej wyrafinowane i technologicznie zaawansowane. Nagroda ADF 2012 Innovations Award za kamerę wewnątrzustną Soprocare, rok wcześniej Red Dot Design Award 2011 za aparat Cone Beam White Fox. W czym tkwi klucz do sukcesu?

Klucz do sukcesu tkwi w doskonale rozwiniętych działach badawczo-rozwojowych, pracujących tam ekspertach, którzy doskonale wiedzą czego oczekuje lekarz. Zawsze staramy się spełnić oczekiwania naszych klientów tak, aby ich praca była jak najbardziej komfortowa i przyjemna.

Pomimo tego, że grupa Acteon ma kilka zakładów produkcyjnych na świecie, jej korzenie sięgają Francji. Czy fakt ten wpływa na francuski sposób projektowania produktów? Czy mają one luksusowy charakter?

Muszę sprecyzować: wszystkie nasze zakłady produkcyjne znajdują się w Europie. Generalnie marka Satelec, a obecnie Acteon postrzegana jest jako marka produktów najwyższej jakości, a potwierdzają to opinie naszych użytkowników oraz liczne nagrody, które otrzymujemy po wprowadzeniu na rynek nowych produktów.

Nie ulega wątpliwości, że do osiągania coraz lepszych rezultatów sprzedażowych niezbędne są nieustanne szkolenia. Czy istnieje polityka szkoleniowa firmy Acteon?

Każdego roku mamy 2-3 szkolenia w siedzibie firmy w Niemczech. Są to szkolenia produktowe, a także podnoszące nasze umiejętności zawodowe.

Jest niewiele firm w branży stomatologicznej oferujących tak szeroki asortyment. Jakie płyną z tego korzyści?

Korzyści są ogromne! Dzięki temu możemy praktycznie zaopatrzyć każdy gabinet „od A do Z". Najbardziej znane na świecie produkty naszej marki to: urządzenia ultradźwiękowe, lampy polimeryzacyjne, urządzenia do piezochirurgii czy też kamery i radiologia. Mało kto pewnie wie, że firma Pierre Rolland znana jest we Francji przede wszystkim z produkcji materiałów zużywalnych, takich jak masy wyciskowe, znieczulenia, itp., a więc produktów używanych codziennie w gabinetach stomatologicznych.

Nie jest tajemnicą, że koszty badań i rozwoju oraz ochrony własnej technologii są wysokie. Jednak najlepsze produkty są zawsze kopiowane. Co powiedziałby Pan wszystkim użytkownikom, którzy kuszeni są kopiami produktów Acteon?

Niestety, tanie kopie produktów to obecnie problem każdego z producentów. Najczęściej spotykam się z problemem używania tańszych zamienników naszych końcówek ultradźwiękowych, przede wszystkim do skalingu. Lekarz powinien jednak być świadomy, że tylko oryginalne końcówki wykonane są z odpowiedniego materiału, przystosowane do anatomii zęba i wibrujące w harmonii z rękojeścią. Kopie mają inny gwint i zawsze uszkodzą rękojeść. W efekcie lekarz, oszczędzając na końcówkach, naraża się na wydatek związany z zakupem nowej rękojeści, a pacjenta na ryzyko połknięcia odłamka złamanej końcówki nieznanej marki.

W jakich, poza obecnymi, sektorach rynku firma Acteon chciałaby się rozwijać?

Jeśli chodzi o rynek polski, to w tym roku zamierzamy mocniej zaznaczyć naszą obecność na rynku medycznym, wprowadzając doskonałe urządzenia naszej marki SOPRO-COMEG przeznaczone do stosowania w laryngologii, ginekologii, urologii, laparoskopii i artroskopii.

Jak wygląda specyfika rynku sprzętu, materiałów, technologii stomatologicznych w Polsce na tle innych krajów naszego regionu Europy i reszty świata?

Polski rynek bardzo szybko się rozwija i goni Europę zachodnią, niestety jest jeszcze bardzo podatny na tanie kopie sprzętu i materiałów. Większość lekarzy zwraca uwagę głównie na cenę, nie zważając na jakość, a co za tym idzie – komfort ich pracy. Na szczęście zarówno dla nas, ale przede wszystkim dla pacjentów, ta tendencja powoli się zmienia. Gabinety są coraz lepiej wyposażone, uniwersytety medyczne co roku opuszczają świetnie wykształceni dentyści, a więc wszystko idzie w dobrym kierunku.

Jak Pan (i firma) postrzega polskich dentystów w aspekcie kwalifikacji i umiejętności zawodowych, ale także chęci korzystania z nowości, również technologicznych i edukacyjnych? Jaki jest w Polsce wizerunek dentysty-przedsiębiorcy zarządzającego własną praktyką?

Muszę przyznać, iż umiejętności zawodowe naszych dentystów nie odstają od umiejętności ich zachodnich kolegów, czasami nawet je przewyższają. Lekarze dentyści w Polsce stale podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe, uczestnicząc w kursach endo czy z zakresu piezochirurgii organizowanych m.in. przez naszą firmę. Jeśli chodzi o korzystanie z nowinek technologicznych to widzę, że polscy lekarze są jeszcze trochę w tyle. Wynika to zapewne z faktu, iż pacjenci za zabiegi wykonywane na zachodzie Europy czy w USA płacą o wiele więcej. Z roku na rok jednak coraz więcej gabinetów w naszym kraju inwestuje w markowy sprzęt.

Rok 2014 to kolejny rok zmian na polskim rynku. Jakie nowości i jakie zmiany czekają klientów w najbliższym czasie? Co szczególnego w swojej ofercie proponuje firma polskim dentystom?

Rok 2013 zakończyliśmy wprowadzeniem na rynek najbardziej innowacyjnego obecnie aparatu rentgenowskiego X-mind Unity połączonego z radiografią Sopix. Urządzenie redukuje dawkę promieniowania, jakie otrzymuje pacjent nawet do 52%. Ten rok również zapowiada się bardzo ciekawie – kilka dni temu w Dubaju miała miejsce premiera naszego nowego i długo oczekiwanego cyfrowego aparatu pantomograficznego X-mind TRIUM, urządzenie znajdzie się za kilka miesięcy w sprzedaży. Pojawi się również kilka innych interesujących produktów, ale o tym na razie nie mogę wspominać. Zapraszam do śledzenia naszej strony internetowej www.pl.acteongroup.com oraz fanpage'a na Facebooku, gdzie prezentowane są najnowsze informacje oraz specjalne oferty dla lekarzy dentystów. Chcę jeszcze poinformować wszystkich naszych użytkowników, że od ubiegłego roku mamy w Polsce własny serwis. Staramy się dbać o naszych klientów nie tylko w chwili sprzedaży, ale przez cały czas użytkowania naszego sprzętu. DT

Mikrooscylacja pomaga walczyć z bólem

W Katowicach zakończyły się testy pierwszego na świecie „wibratora" stomatologicznego. To niewielkie urządzenie, wynalezione przez amerykańskich naukowców, wyglądem przypomina szczoteczkę do zębów i ma szansę przełamać lęk milionów Polaków przed dentystą i igłą.

„Urządzenie to, dzięki wibracjom i mikrooscylacji, blokuje wrażenie bólu – w efekcie pacjent nie czuje ani nakłucia igłą, ani podania znieczulenia. To może stać się szczególnie przełomowe w leczeniu dzieci, panicznie bojących się wszelkich zastrzyków" – mówi dr n. med. Mariusz Duda, który sprowadził do Polski urządzenie.

Zanim dentysta poda znieczulenie, umieszcza na policzku lub wardze urządzenie, które intensywnie wibrując, przygotowuje tkankę do zastrzyku. Moment podania znieczulenia jest dla pacjenta kompletnie nieodczuwalny. Nie czuje on ani nakłucia igłą, ani rozpierającego tkanki bólu, który towarzyszy wprowadzeniu płynu znieczulającego. Wszystko za sprawą mikrooscylacji, które zamykają zastawki bólu i blokują przekazanie informacji o nim do mózgu. „Cały sekret urządzenia tkwi w wibracji i wykorzystaniu teorii kontroli zastawki bólu. Urządzenie to wysyła do śluzówki jamy ustnej kojącą serię drgań, delikatnie masując i pobudzając receptory nerwowe, znajdujące się tuż pod śluzówką. Sygnał ten dociera do mózgu o wiele szybciej niż ból, zajmując jego uwagę" – tłumaczy dr n. med. Mariusz Duda, właściciel Duda Clinic w Katowicach.

„W efekcie, powtarzające się z określoną częstotliwością wibracje blokują sygnały, jakie wysyłane są do ośrodków czuciowych w mózgu podczas wbicia igły i podania znieczulenia strzykawką lub karpułą. Pacjent nie odczuwa bólu, a jedynie wibracje. Dodatkowo jego uwagę rozprasza dźwięk o sile 70-75 decybeli" – dodaje dentysta.

W ramach testów zabiegowi znieczulenia poddano już 200 pacjentów. Efekt: aż 94% pacjentów nie odczuwało nakłucia, a 96% podania znieczulenia. 60% przyznało, że boi się znieczulenia, czyli zabiegu, dzięki któremu samo leczenie ma być bezbolesne.

„To urządzenie może nie tylko przyczynić się do zmniejszenia liczny przypadków dentofobii, czyli panicznego lęku przed dentystą, ale także powszechnej wśród dzieci i dorosłych igłofobii. Jest to szczególnie ważne w przypadku leczenia dzieci, dla których podanie każdego zastrzyku jest przeżyciem traumatycznym" – mówi dr Duda.

Walka z bólem to jedno z największych wyzwań współczesnej stomatologii. Wg portalu *dentalphobia.co.uk*, problem ten dotyka nawet 13% całej populacji, przy czym częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Na dentofobię składa się kilkanaście różnych lęków, z czego najpowszechniejszymi są lęk przed znieczuleniem, igłą i bólem, jaki towarzyszy zarówno znieczuleniu, jak i samemu leczeniu. DT

Komisja Europejska uruchomi program Erasmus+

W przyszłym roku Komisja Europejska rozpocznie finansowanie nowego programu edukacyjnego dla studentów. W ramach projektu Erasmus+ na międzynarodową wymianę studentów KE przeznaczy 400 mln euro rocznie.

UE chce w ten sposób walczyć z konkurencją uczelni chińskich i indyjskich. Nowa unijna polityka ma umożliwić europejskim studentom zdobycie międzynarodowych kompetencji potrzebnych do podjęcia pracy za granicą oraz utrzymanie atrakcyjności europejskich uczelni dla studentów z innych części świata.

„Europejskie uniwersytety muszą otworzyć się na świat. Powinny przyjąć podejście strategiczne, aby wykorzystać renomę europejskich uczelni wyższych jako placówek oferujących najwyższą jakość szkolnictwa wyższego. Instytucje te muszą aktywnie promować międzynarodową mobilność studentów i pracowników, oferować innowacyjne programy nauczania na światowym poziomie, a także prezentować doskonały poziom nauczania i badań naukowych. Choć wiele europejskich uniwersytetów nawiązało współpracę z innymi instytucjami w UE, niewiele opracowało zdecydowaną strategię pogłębiania współpracy z partnerami spoza Europy. To powinno się jak najszybciej zmienić" – mówi Androulla Vassiliou, komisarz ds. edukacji, kultury, wielojęzyczności i młodzieży. „Komisja będzie wspierać państwa członkowskie w tworzeniu ich międzynarodowych sieci współpracy w szkolnictwie wyższym. Nie ma tu jednego modelu działania dla wszystkich – poszczególne państwa muszą wykorzystać swoje własne atuty" – dodaje.

Na unijnych uniwersytetach i w innych instytucjach szkolnictwa wyższego w UE studiuje ponad 19 mln osób. Komisja podkreśla, że uniwersytety powinny zachęcać do otwarcia się na świat również tych studentów, którzy nie są mobilni, a stanowią 85% wszystkich studiujących – tak, aby również oni zdobyli międzynarodowe kompetencje niezbędne w dobie globalizacji. Oznacza to, że uniwersytety muszą opracowywać programy nauczania o charakterze międzynarodowym, propagować znajomość języków obcych i korzystanie z zasobów cyfrowych do celów edukacyjnych.

Oczekuje się, że w niedalekiej przyszłości liczba studentów na świecie wzrośnie ze 100 mln w 2000 r. do 400 mln w 2030 r., przy czym wzrost ten będzie szczególnie silny w Azji i Ameryce Płudniowej. Do Europy przyjeżdża obecnie ok. 45% studentów międzynarodowych. Największa liczba mobilnych studentów międzynarodowych to obywatele Chin, Indii i Korei Płd.

W nowym programie Erasmus+, którego inaugurację zaplanowano na styczeń 2014 r. po raz pierwszy położony zostanie nacisk na umożliwienie studentom spoza Europy odbycia części studiów na uniwersytecie europejskim, a studentom z Europy program ten da możliwość studiowania w innych częściach świata. Oprócz finansowania wewnątrzunijnej wymiany 3 mln studentów i pracowników naukowych, program umożliwi udział 135 000 studentów i pracowników w wymianie między UE a innymi częściami świata, tj. o 100 000 osób więcej niż w ramach obecnego programu Erasmus Mundus.

na podst.: „Rzeczpospolita"

AD

Pacjenci boją się bólu i zastrzyków

Michael Sultan, Wielka Brytania

W stomatologii z roku na rok dokonuje się ogromny postęp, a wyposażenie i technologia, jakimi dysponują lekarze dentyści są coraz bardziej dostępne. Jednak, pomimo powszechnego zainteresowania dotyczącego bezigłowych iniekcji, wciąż nie został opracowany żaden system, który efektywnie penetruje kości.

Lęk większości pacjentów przed zastrzykiem oparty jest na podwójnych obawach: związanych z bólem i samym zastrzykiem. Oczywiście, wielu z nich ma złe doświadczenia, które w niektórych przypadkach spowodowane są zbyt szybką aplikacją środka do znieczulenia miejscowego lub podaniem go w niewłaściwe miejsce. Niektórzy pacjenci, z powodu występujących objawów mówią nawet, że są uczuleni na adrenalinę, jednak najbardziej prawdopodobne wytłumaczenie jest takie, że zastrzyk został podany zbyt szybko, co może wywołać nieprzyjemne objawy tachykardii. Ból związany z zastrzykiem różni się w zależności od techniki podania i miejsca aplikacji – podany w tylną część szczęki może być praktycznie niewyczuwalny, podczas gdy zaaplikowany w przednią jej część lub w podniebienie może być odczuwany bardzo dotkliwie. Jeszcze większy ból może być spowodowany przez rozdarcie tkanki, zwłaszcza tej, która jest ściśle połączona z okostną podniebienia.

Istnieje wiele sposobów dostarczenia dobrego skutecznego miejscowego znieczulenia, które zapewni komfort pacjentowi. Z całą pewnością pacjent ma prawo do bezbolesnego leczenia, a jako specjaliści mamy obowiązek zapewnić mu najlepsze możliwe rozwiązania w tym zakresie.

Miejscowe znieczulenie

Badania sugerują że najważniejszą zaletą używania środków znieczulających w postaci żelu jest uspokojenie i zrelaksowanie pacjenta. Pomimo sztucznego zdrętwienia spowodowanego obecnością żelu na błonie śluzowej, poziom penetracji preparatu jest niewielki. Istnieje również możliwość wystąpienia alergii. Wielu pacjentów prosi jednak o ten typ znieczulenia. Niektórzy dentyści najpierw aplikują żel, później wstrzykują niewielką dawkę środka znieczulającego i czekają z podaniem pełnego znieczulenia.

Ogrzanie roztworu

Istnieje niewiele dowodów na to, że ogrzanie roztworu środka znieczulającego pomaga złagodzić ukłucie towarzyszące iniekcji. Jest to bardziej spowodowane pH niż temperaturą. Ogrzanie roztworu jest bardzo łatwe w odpowiednio przystosowanych do tego celu nagrzewaczach, a może pomóc w zapewnieniu pacjentowi spokoju.

Fot.: DentimClinic

Techniki rozpraszające

Wielu dentystów ma swoje własne sposoby na rozproszenie uwagi pacjenta podczas zabiegu. Istnieją dowody, które sugerują, że spowodowanie wibracji warg może zredukować poziom odczuwanego bólu w przypadku zabiegów miejscowych. Istnieją nawet specjalne urządzenia wibrujące, zakładane na strzykawkę.

Urządzenia bezigłowe

To właśnie igła jest najczęstszą przyczyną lęku pacjentów. Urządzenia bezigłowe zostały opracowane i są efektywnie stosowane w innych dziedzinach medycyny. Problem z ich zastosowaniem w stomatologii polega na tym, że znieczulenie musi spenetrować kość, zatem musi być dostarczone pod wysokim ciśnieniem. Systemy takie zostały opracowany z myślą o najmłodszych pacjentach kilka lat temu, jednak nie wszystkie uznane zostały za przydatne, gdyż ich użycie może spowodować szok, a niekiedy wiązało się z ryzykiem długiego krwawienia.

Powolne zastrzyki pod niskim ciśnieniem

Ta metoda jest właśnie sposobem dostarczenia najlepszego znieczulenia miejscowego, ponieważ powolne wstrzyknięcie do wcześniej odrętwiałego obszaru może spowodować zaledwie niewielki dyskomfort. Jest to tzw. kropelkowe podejście, ponieważ kilka kropli preparatu podawanych jest przed ukłuciem igły, a zaraz potem wstrzykiwane są kolejne krople. Powoli przesuwa się igłę aż do osiągnięcia wymaganej jej pozycji. W swojej praktyce zwykle odczekuję krótką chwilę, zanim podam pełne miejscowe znieczulenie. Powolne podawanie zastrzyku zapobiega również problemom sercowo-naczyniowym, spowodowanym zbyt szybkim podaniem pełnego znieczulenia miejscowego.

Jakiejkolwiek techniki używamy, najważniejsze by pamiętać, że podanie miejscowego znieczulenia ma na celu uspokojenie pacjenta i zapewnienie mu komfortu. Słuchajmy swoich pacjentów, nie bagatelizujmy ich obaw, po czym spokojnie i powoli podawajmy znieczulenie, upewniając sie że odczekujemy wystarczająco długo, by zaczęło działać. DT

Autor

Dr Michael Sultan (BDS MSc DFO FICD) – specjalista w dziedzinie endodoncji, dyrektor ds. klinicznych EndoCare. Dr Sultan ukończył studia w Bristol University w 1986 r. Pracował jako lekarz ogólny (GP – general practisioner) przez 5 lat, zanim rozpoczął studia specjalistyczne w Guy's Hospital w Londynie. Zdobył tytuł Master of Science w dziedzinie endodoncji w 1999 r. i nauczał studentów stomatologii grup podyplomowych oraz prowadził wykłady z zakresu endodoncji w Eastman CPD, University of London. Pełni funkcję przewodniczącego stowarzyszenia dentystów Alpha Omega. W 2008 r. został dyrektorem klinicznym grupy specjalistów EndoCare. Z dr. Michaelem Sultan'em można się skontaktować, pisząc na adres e-mail: info@endocare.co.uk

AD

Wady zgryzu trzeba leczyć!

Fot.: Fotolia

Wady zgryzu trzeba leczyć! **Kształtowanie zgryzu zaczyna się już w wieku niemowlęcym. Dlatego od najwcześniejszych lat rodzice powinni ze szczególną uwagą przyglądać się rozwojowi swoich dzieci. Przyczyny wad zgryzu często są uwarunkowane genetycznie, jednak wpływ na prawidłowy rozwój uzębienia mają także inne czynniki.**

O prawidłowym zgryzie mówimy wtedy, gdy każdy ząb styka się z dwoma zębami przeciwległymi, a zęby górne wystają poza dolne. Wyjątek od pierwszej zasady stanowią dolne siekacze środkowe i górne trzecie trzonowce, które dotykają wyłącznie jednego zęba. W każdym innym przypadku mamy do czynienia z wadą zgryzu.

Część defektów możemy zobaczyć gołym okiem, są jednak takie, które rozpozna wyłącznie ortodonta. „Nie bójmy się wizyty u specjalisty. Im wcześniej rozpocznie się leczenie, tym sprawniej przebiegnie cały proces. W przypadku wad zgryzu nie chodzi tylko o estetyczny wygląd, dlatego dwwo rozpoznania problemu konsultacja z ortodontą jest niezbędna" – radzi dr hab. n. med. Piotr Fudalej, University of Bern. O zgryzie otwartym mówimy wówczas, kiedy między górnymi a dolnymi zębami dostrzec mozna prześwit. Mówiąc prościej – szczęka i żuchwa nie stykają się ze sobą. Można wyróżnić także przodozgryz i tyłozgryz. W pierwszym przypadku zęby żuchwy znajdują się przed górnymi. Drugi przypadek jest analogiczny – żuchwa jest za bardzo cofnięta i zęby nie stykają się prawidłowo. Inną często spotykaną wadą jest tzw. zgryz krzyżowy. Powstaje, gdy przynajmniej jeden z dolnych zębów wychodzi przed ząb górny. Samodzielna diagnoza nie jest łatwa i precyzyjna, dlatego w przypadku zauważenia niepokojących zmian, konieczna jest specjalistyczna konsultacja.

Przyczynami nieprawidłowego zgryzu mogą być: złe nawyki, przebyte choroby oraz wady genetyczne. Do czynników nabytych można zaliczyć oddychanie przez usta, ssanie palca, a także zagryzanie wargi lub obgryzanie paznokci. Rodzice powinni być także ostrożni z karmieniem dziecka – kilkulatek nie powinien być karmiony butelką ani jeść pokarmów w postaci papek. Tak podawane posiłki utrwalają nieprawidłowy typ połykania, który może doprowadzić do powstania wad zgryzu. W poszukaniu przyczyn krzywych zębów nie należy również zapominać o próchnicy. Dziecko, któremu z tego powodu szybko wypadną zęby mleczne, również jest narażone na występowanie defektów.

Proces prostowania zębów rozpoczyna się od wizyty kontrolnej u ortodonty. Takie spotkanie pozwoli lekarzowi wstępnie określić wadę oraz nakreślić plan leczenia. Wtedy także wykonuje się zdjęcie cyfrowe twarzy i zębów, zdjęcia rtg i wycisk, z którego powstaje model. Na podstawie wykonanej dokumentacji, lekarz przedstawia możliwości leczenia. Czasami istnieje kilka rozwiązań, dlatego bardzo ważne jest omówienie wszystkich wariantów. To jest właśnie czas na rozwianie wszelkich wątpliwości pacjenta. Tutaj także następuje istotna decyzja dotycząca rodzaju aparatu – ruchomy czy stały. Jeśli chodzi o aparat stały, to sam zabieg przymocowania go jest bezbolesny, jednak okres po jego założeniu jest już sprawą indywidualną. Często pojawia się ból i dyskomfort. „Począwszy od następnego ranka po założeniu aparatu, przez kilka dni zęby mogą boleć przy nagryzaniu. Jest to jednak chwilowy efekt uboczny, który w niedługim czasie mija. Po prostu organizm musi się przyzwyczaić" – dodaje dr. hab. n. med. Piotr Fudalej. Nie ma również reguły co do czasu noszenia aparatu. W trakcie leczenia pacjent musi zgłaszać się do ortodonty w celach kontrolnych. Ostatnim etapem w przypadku aparatów stałych jest retencja. Zaniedbanie tej fazy leczenia może być przyczyną nawrotu wady, ponieważ pacjenci – czasami wbrew zaleceniom lekarza – zbyt szybko chcą pozbyć się aparatu retencyjnego.

Proces prostowania zgryzu powinniśmy zacząć najszybciej, jak to tylko możliwe i dzięki temu cieszyć się pięknym uśmiechem. Trzeba jednak liczyć się z tym, że niektóre czynniki uniemożliwiają leczenie. Dlatego przede wszystkim zadbajmy, aby nasze zęby były zdrowe, a to oznacza brak próchnicy, paradontozy i stanów zapalnych. DT

2 szklanki mleka dla dzieci – codziennie!

Wyniki badania zamieszczone w czasopiśmie *Pediatrics* wskazują, że 2 szklanki mleka dziennie to optymalna dawka dla dzieci, aby uzyskać korzyści dla ich zdrowia.

Mleko krowie jest cennym źródłem witaminy D i żelaza, ale dotychczas istniało wiele niejasności co do tego, ile mleka powinno pić dziecko, aby mieć z tego największe korzyści zdrowotne. Badacze z St. Michael's Hospital i The Hospital for Sick Children w Kanadzie podają rozwiązanie, oparte na rezultatach swojego badania przeprowadzonego na grupie dzieci w wieku 2-5 lat.

Eksperci stwierdzili, że 2 szklanki mleka dziennie to dawka, która zapewnia optymalny poziom witaminy D i żelaza. Większe ilości są niewskazane, bo chociaż powodują wzrost poziomu witaminy D, to mogą jednocześnie prowadzić do niedoboru żelaza. „Zauważyliśmy, że 2 szklanki krowiego mleka dziennie wystarczyły do utrzymania odpowiedniego poziomu witaminy D u większości dzieci, a jednocześnie nie zmniejszały zapasów żelaza" – przekonuje dr Jonathon Maguire.

Naukowcy informują również, że dzieci z ciemną karnacją mogą być bardziej narażone na niedobory witaminy D podczas miesięcy zimowych. Najlepszym rozwiązaniem w takim przypadku jest zastosowanie suplementacji witaminą D zamiast oferowania dziecku większych ilości mleka.

Utrzymanie odpowiedniego poziomu składników odżywczych w organizmie dziecka jest bardzo ważne. Badacze przestrzegają, że niedobór witaminy D może wpłynąć na zdrowie kości, a niedobór żelaza doprowadzić do anemii i opóźnień w rozwoju poznawczym. Jednocześnie naukowcy przypominają powszechnie przyjęte zalecenie, aby mleka krowiego nie podawać dzieciom, które nie ukończyły jeszcze pierwszego roku życia.

Na podst.: PAP

AD

EXPO KRAKOW

Międzynarodowe Centrum Targowo-Kongresowe w Krakowie

KRAKDENT® 2015 już w nowym miejscu!

Najnowszy i największy obiekt tego typu w południowej Polsce

9 tys. m² powierzchni ekspozycyjnej oraz zespół klimatyzowanych sal konferencyjnych

Targi, kongresy, szkolenia, bankiety, produkcje filmowe, pokazy mody, koncerty!

Targi w Krakowie

www.expo.krakow.pl

Właściciel i operator obiektu: Targi w Krakowie Sp. z o.o.
ul. Centralna 41A, 31-586 Kraków, tel.: +48 12 644 59 32
www.targi.krakow.pl

Krakdent stoisko D30

NOWOŚCI | PROMOCJE | SZKOLENIA | NIESPODZIANKI

Wymieniaj naklejki
na nagrody

Szczegóły na www.poldent.pl

Zapewniamy obszerną ofertę produktową, unikalne promocje oraz zniżki. Zachęcamy do wzięcia udziału w corocznej loterii produktowej, u nas każdy los wygrywa produkty stomatologiczne!

Organizujemy prezentacje z zakresu endodoncji, estetyki, nowości z oferty produktowej.

Zapraszamy do odwiedzenia punktu informacyjnego o szkoleniach organizowanych przez Poldent na terenie całej Polski.

www.poldent.pl

Poldent®

IMPLANT TRIBUNE

The World's Implant Newspaper · Polish Edition

VOL. 5, NR 1

implants international magazine of oral implantology

News
Punkty edukacyjne dla *implants*
Strona 1

Praktyka
Komplikacje w implantoprotetyce – opis przypadku
Strona 3

News
Protezy mocowane na stałe
Strona 2

implants z punktami edukacyjnymi!

Prestiżowy kwartalnik *implants International magazine of oral implantology* dla lekarzy dentystów specjalizujących się w dziedzinie implantologii został po raz pierwszy umieszczony w bazach czasopism indeksowanych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Index Copernicus.

MNiSW przyznało kwartalnikowi *implants* 6 pkt., a Index Copernicus – 4,27 pkt. Punktacja obejmuje okres od 2012 r. „Uznano nasze istnienie na rynku i dbałość o wysoki poziom publikowanych artykułów, przywiązujemy do tego uwagę od początku ukazywania się *implants* w Polsce" – podkreśla prof. Andrzej Wojtowicz, redaktor naczelny kwartalnika.

implants to jedna z wielu pozycji w portfolio Dental Tribune International, na polskim rynku branżowych tytułów specjalistycznych, wydawana jest nieprzerwanie od 2006 r. To tytuł, który zyskał uznanie wielu światowych i krajowych autorytetów w dziedzinie implantologii stomatologicznej. Na swoich łamach prezentuje oryginalne prace polskich autorów (przeglądy dostępnych metod, opisy przypadków, przeglądy literatury) stanowiące zdecydowaną większość zawartości poszczególnych numerów oraz tłumaczenia artykułów znanych ekspertów światowej stomatologii. W każdym wydaniu publikowane są ponadto relacje z ważnych wydarzeń branżowych i prezentacje nowości produktowych. IT

Nowy implant z Podlasia

Naukowcy z Politechniki w Białymstoku pracują nad stworzeniem nowoczesnych implantów stomatologicznych. Projekt ten jest częścią programu „Transfer technologii do przemysłu".

Innowacyjność nowych implantów ma polegać na rozwiązaniu jednego z głównych problemów, z jakimi implantologia stomatologiczna boryka się na co dzień, tzn. obluzowania w jamie kości. Ponadto rozporowa budowa wszczepu zapewnić ma lepszą stymulację komórek kostnych. Powierzchnia implantu ma być pokryta hydroksyapatytem.

Poza tym projektem, naukowcy z Białegostoku pracują nad modyfikacją właściwości eksploatacyjnych narzędzi chirurgicznych, a także specjalnym zatrzaskiem kulowym do protez zębowych. IT

implants international magazine of oral implantology

Akademia „Oral Surgery" – praktycy dla praktyków!

Na początku lutego (8.02.2014 r.) we Wrocławiu Wykładami Inauguracyjnymi rozpoczęła działalność Akademia Chirurgii Jamy Ustnej „Oral Surgery".

W ramach Wykładów Inauguracyjnych prof. Roberto Cocchetto przedstawił najważniejsze problemy dotyczące długoletniego utrzymania efektów leczenia estetycznego z zastosowaniem implantów. Lek. dent. Radosław Jadach omówił zagadnienia z zakresu zastosowania tomografii komputerowej o wiązce stożkowej m.in. w czasie zabiegów w dziedzinie endodoncji, protetyki, ortodoncji, periodontologii i chirurgii. Wykład dr. n. med. Sławomira Karwana dotyczył znajomości anatomii oraz fizjologii w procedurach leczniczych z zakresu chirurgii jamy ustnej.

Inicjatywa powstania centrum szkoleń z zakresu chirurgii jamy ustnej sięga 2010 r. W kuluarach zaawansowanych kursów z zakresu implantologii pojawiały się głosy sygnalizujące potrzebę zorganizowania kursów systematyzujących wiedzę i podnoszących umiejętności praktyczne przede wszystkim z zakresu chirurgii stomatologicznej, a następnie zaawansowanych technik rekonstrukcyjnych w jamie ustnej. Tego zadania podjęli się pasjonaci i praktycy skupieni w prywatnych praktykach stomatologicznych w całej Polsce. Ideę przekazali kolegom z Ukrainy, Słowacji, Czech, Litwy, Bułgarii i Rumunii. Przedsięwzięciem zainteresowali się także wykładowcy z Włoch, Niemiec i USA.

Cykl kursów i wykładów składa się w logiczną merytoryczną całość, dlatego projekt nazwano Akademią Chirurgii Jamy Ustnej. W myśl zasady: „Praktycy dla Praktyków" wiedza prezentowana i przekazywana będzie przez lekarzy, którzy mają wieloletnią praktykę. Są dentystami uznanymi przez swoich pacjentów, a także w środowisku lekarskim. Wśród lekarzy, którzy będą prowadzić zajęcia teoretyczne i kliniczne ze słuchaczami znaleźli się m.in.: prof. Roberto Cocchetto, prof. Cyril Evian, dr Krzysztof Griman, dr Radosław Jadach, dr Maciej Jagielak, dr Przemysław Jawor, dr Sławomir Karwan, dr Klaudiusz Łuczak, dr Jacek Smereka, dr Bartosz Suliborski, dr Błażej Szczerbaniewicz. IT