Wewnątrz numeru: Implant Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

www.dental-tribune.com

CENA: 9,50 zł

ISSN 1730-315X

VOL. 11, NR 3+4

Opinie
Diagnostyka HIV w gabinecie dentystycznym
Strona 2

News
Wiele przyczyn halitozy
Strona 5

Wydarzenia
Targi Stomatologiczne Krakdent® 2013
Strona 6

Paradontozę trzeba leczyć!

Szacuje się, że na paradontozę cierpi 7 na 10 Polaków. Obok próchnicy to najczęstsze schorzenie jamy ustnej, jednak znacznie bardziej niebezpieczne. Czy paradontozę da się wyleczyć i jak to zrobić? Okazuje się, że większość Polaków nie wie nic na ten temat!

Zaawansowaną postać paradontozy, która wymaga specjalistycznego leczenia (m.in. odbudowy

Lighthunter/Shutterstock.com

ubytków w kościach) ma co 10. Polak. Dla porównania dwukrotnie rzadziej Polacy chorują na cukrzycę. Paradontoza jest znacznie częstszym problemem zdrowotnym niż nadciśnienie czy otyłość.

Do niedawna przyczyn paradontozy szukano w osłabionych dziąsłach. W celu ich wzmocnienia zalecano pobudzanie krążenia za pomocą masażu wykonywanego szczoteczką do zębów. Efekt zwykle był odwrotny: włosie raniło dziąsła, więc nasilało obrzęk i proces zapalny. Dziś paradontozę wiąże się z nieprawidłowym myciem zębów, które pozostawia na nich osad zamieniający się w kamień nazębny. Jest on bezpośrednią przyczyną parodontozy w blisko 90% przypadków. Wystarczy przez 4 dni nie umyć zębów, by w dziąsłach rozwinął się stan zapalny (są opuchnięte, podrażnione, przekrwione) – to pierwszy krok ku paradontozie.

Badania Fundacji dr Laskus (2013) objęły 1000 osób z całej Polski. W części poświęconej paradontozie zbadano świadomość Polaków w zakresie leczenia tej choroby.

Polacy radzą sobie z objawami paradontozy głównie za pomocą stosowania leczniczych past do zębów, płukanek i żeli do smarowania dziąseł. Tego typu środki działają aseptycznie, łagodzą i usuwają niektóre objawy zapalne. Niestety, to wyłącznie leczenie objawowe, które nie usuwa przyczyny choroby i nie zatrzymuje trwale postępu paradontozy.

„Najczęstsze konsekwencje nieleczonej choroby przyzębia to oczywiście osłabienie i utrata struktur otaczających zęby, co doprowadza z czasem do ich rozchwiania, przemieszczenia i ostatecznie utraty. Wiele osób nie zdaje sobie z tego sprawy, ale paradontoza może także prowadzić do powikłań ogólnoustrojowych" – mówi dr n. med. Agnieszka Laskus, jeden z fundatorów Fundacji dr Laskus. „Bakterie z kieszonek dziąsłowych mogą przedostawać się naczyniami krwionośnymi na obwód i przyczyniać się negatywnie do tworzenia mikrozakrzepów, zmian miażdżycowych, chorób serca i układu sercowo-naczyniowego, zawałów, zaburzeń gospodarki węglowodanowej organizmu, zapaleń płuc, a u kobiet w ciąży do przedwczesnych porodów i niskiej wagi urodzeniowej noworodków" – dodaje dr Laskus.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania paradontozie (poza zdrowym trybem życia i dietą) jest dbanie o higienę i zdrowie ogólne jamy ustnej. Zabiegi higienizacyjne przeprowadzane profesjonalnie w gabinetach stomatologicznych oraz domowa pielęgnacja jamy ustnej (technika mycia zębów, nitkowanie, stosowanie antyseptycznych preparatów wspomagających) w połączeniu z regularnymi wizytami kontrolnymi u lekarza są najlepszą prewencją dla tego schorzenia. Jeżeli jednak wystąpiły już objawy parodontozy, trzeba koniecznie rozpocząć leczenie! Najpierw przeciwzapalne, usuwające przyczyny choroby, a potem naprawczo-regeneracyjne dla uszkodzonych struktur przyzębia, usuwające skutki schorzenia. Ważne, by mieć świadomość, że leczenie choroby przyzębia przeprowadza się nie tylko dla efektów estetycznych uśmiechu i dla zachowania funkcjonalności zębów i dziąseł, ale także zdrowia całego organizmu. DT

AD

AD

Mieszkańcy Europy żyją coraz dłużej

Z badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że mieszkańcy Europy żyją coraz dłużej i coraz zdrowiej. Mimo to, występują znaczne różnice w tym zakresie pomiędzy poszczególnymi krajami.

Oczekiwana długość życia wydłużyła się od 1980 r. o 5 lat i w 2010 r. wyniosła przeciętnie 80 lat dla kobiet i 72,5 dla mężczyzn – podaje WHO w „Raporcie o zdrowiu Europejczyków". O ile mieszkańcy Skandynawii będą żyli znacząco dłużej, to jednak oczekiwana długość życia w krajach położonych na wschodzie Europy zmalała.

Z raportu wynika również, że 80% przypadków śmierci w Europie spowodowanych jest chorobami niezakaźnymi, w tym schorzeniami układu krążenia i nowotworami. Wg WHO, największymi czynnikami ryzyka są papierosy i nadużywanie alkoholu. W przyszłości Światowa Organizacja Zdrowia zamierza bardziej koncentrować się na badaniu ogólnego stanu zdrowia ludności, który definiuje jako stan doskonałego zdrowia cielesnego, psychicznego i społecznego.

Europejski oddział WHO działa w 53 krajach, w których mieszka blisko 900 mln ludzi. Granice tego obszaru są zdefiniowane znacznie szerzej niż granice UE. Należą do nich m.in.: Rosja, Azerbejdżan i Turkmenistan. DT

Na podst.: PAP

Testy i badania przesiewowe w kierunku HIV w gabinecie stomatologicznym

Stephen N. Abel, Carrigan L. Parish i Lisa R. Metsch, USA

Na całym świecie ok. 34 mln ludzi żyje z HIV/AIDS. 2,5 mln nowych osób co roku zaraża się wirusem HIV. Wg szacunków Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tylko USA żyje z HIV/AIDS ok. 1,14 miliona osób w wieku powyżej 13 lat, z czego 207 600 (18,1%) nie wie o swoim zakażeniu.

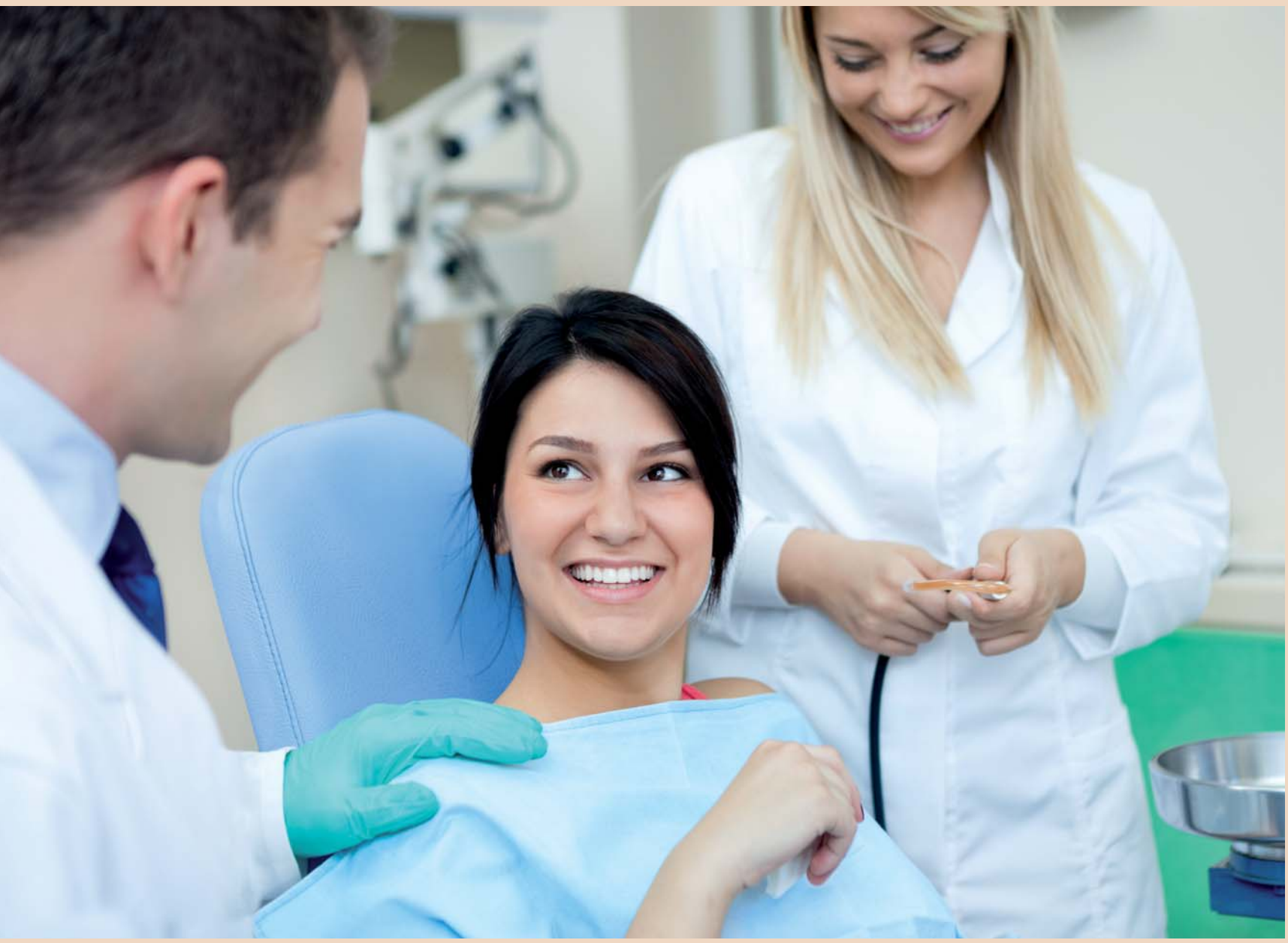
Co roku wirusem HIV zaraża się 40 000-50 000 Amerykanów. Liczba ta utrzymywała się w ciągu ostatnich 10 lat na stosunkowo stałym poziomie. Badania wykazują, że uzyskawszy dodatni wynik badania w kierunku HIV, ludzie znacząco ograniczają kontakty seksualne, które mogłyby doprowadzić do przeniesienia zakażenia.

Starając się ułatwić badania przesiewowe w celu objęcia opieką większej liczby osób i zmniejszenia poziomu nowych zakażeń, CDC wydały raport pt.: „Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings" („Uaktualnione zalecenia dotyczące badania w kierunku HIV osób dorosłych, nastolatków i kobiet ciężarnych w placówkach opieki zdrowotnej"). Te zalecenia z 2006 r. usunęły 2 główne przeszkody, utrudniające szybkie przeprowadzanie badań w kierunku HIV: konieczność wyrażenia pisemnej zgody na badanie, niezależnie od ogólnej zgody oraz konieczność profilaktycznej konsultacji w ramach procesu badania. W 2012 r. amerykański panel ekspertów Preventive Services Task Force, działający pod patronatem Department of Health and Human Services nadał badaniom w kierunku HIV u wszystkich nastolatków oraz u dorosłych w wieku 15-65 lat status A, przyznawany świadczeniom o największym i najlepiej przebadanym łącznym korzystnym wpływie. Status ten ma kluczowe znaczenie w kontekście aktu „Patient Protection and Affordable Care Act", który wymaga od instytucji ubezpieczenia zdrowotnego oferowania wszystkich usług profilaktycznych posiadających rekomendację A.

Chociaż zaktualizowane zalecenia obejmują rutynowe prowadzenie badań w kierunku HIV we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej, w rzeczywistości rutynowe badania są w nich wprowadzane raczej powoli. Wśród pracowników akademickich oraz badaczy zajmujących się problematyką AIDS za obiecujące miejsce, jeśli chodzi o wprowadzanie szybkich testów w kierunku HIV, uważa się gabinety stomatologiczne. Choć gabinety takie nie zostały wymienione przez CDC, wielu czołowych dentystów uważa, że zawód lekarza dentysty jest niedoceniany w zakresie możliwości prowadzenia testów i badań przesiewowych w kierunku infekcji HIV.

Ze względu na charakter i powody pobierania śliny z jamy ustnej, wprowadzenie szybkich testów diagnostycznych w kierunku HIV do standardowego badania stomatologicznego wydaje się w USA logicznym rozszerzeniem rutynowej opieki stomatologicznej. W 2004 r. amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zatwierdziła do użytku OraQuick, 20-minutowy test diagnostyczny w kierunku HIV, wykorzystujący płyn z jamy ustnej, o czułości powyżej 95% i swoistości 99%. CDC opisywała przypadki fałszywie dodatnich wyników (świadczących o niskiej swoistości) w kilku ośrodkach miejskich, gdzie prowadzono szybkie badania z użyciem płynów z jamy ustnej. Z tego względu pozytywny wynik takiego testu należy traktować jako wynik wstępnego badania przesiewowego, który musi zostać potwierdzony techniką Western blot lub metodą immunofluorescencyjną. Mimo to badanie z wykorzystaniem płynu z jamy ustnej, do którego wystarczy pobrać wymaz z błony śluzowej bez konieczności pobierania krwi jest uważane za mniej inwazyjną metodę badania przesiewowego i dlatego jest lepiej akceptowane.

Chociaż związek pomiędzy pobieraniem płynu z jamy ustnej a zawodem dentysty jest oczywisty, nie zostało wyjaśnione, czy lekarze dentyści będą chcieli przyjąć na siebie dodatkowy obowiązek i przeprowadzać badania przesiewowe w kierunku HIV. Obserwowane ograniczenia w stosunku do prowadzenia testów i badań przesiewowych w kierunku HIV w gabinecie dentystycznym obejmują: brak umiejętności w zakresie doradztwa, ograniczenia czasowe, niską akceptację pacjentów, brak szkolenia, zwrot kosztów, kwestie poufności oraz problemy związane z zakresem zabiegów objętych regulacjami prawnymi dla gabinetów stomatologicznych.



Jak wynika z badań, większość pacjentów zaakceptowałaby prowadzenie badań przesiewowych w kierunku HIV w ramach badania stomatologicznego. (DTI, Fot.: Lucky Business, Shutterstock).

Niejednoznaczna interpretacja roli lekarza dentysty w prowadzeniu testów i badań przesiewowych w kierunku HIV stanowi okazję do zgłębienia ogólnej roli, jaką pełni personel stomatologiczny w promowaniu badań przesiewowych w kierunku innych chorób ogólnoustrojowych. Współpraca między dentystami i innymi osobami zaangażowanymi w podstawową opiekę zdrowotną jest już zauważalna w praktyce klinicznej. Badania wykazują, że lekarze dentyści oferują pacjentom medyczne badania przesiewowe i kierują ich w celu postawienia ostatecznego rozpoznania oraz leczenia z powodu chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy nowotwór jamy ustnej.

Podejście to znalazło swoje odbicie w polityce zdrowia publicznego. Inicjatywa zdrowia jamy ustnej Healthy People 2020, opracowana przez Department of Human and Health Services zawiera cel OH–4.3, którym jest „zwiększenie odsetka osób, które zostały w ostatnim roku przebadane albo skierowane na badanie kontroli glikemii przez lekarza dentystę lub higienistkę stomatologiczną".

Medyczne innowacje w gabinetach stomatologicznych są witane z entuzjazmem. Badanie ilościowe przeprowadzone w 2012 r. wśród specjalistów dentystów w klinice uniwersyteckiej wykazało, że większość z nich uważała szybkie badania śliny w kierunku HIV za obiecujące poszerzenie pola działalności dentystów. Lekarze wyrażali ogromny entuzjazm, jeśli chodzi o nowatorskie podejście i przyszłość stomatologii: „Przeprowadzamy badania przesiewowe w kierunku raka jamy ustnej, dlaczego nie mielibyśmy także badać (śliny) w kierunku HIV?".

Aby ocenić, jak często osoby z grupy wysokiego ryzyka zakażeniem HIV, które nie były wcześniej objęte badaniem w innych placówkach, odwiedzają gabinety stomatologiczne, przeprowadzono przekrojową analizę danych uzyskanych w 2005 r. w ramach National Health Interview Survey. Wyniki opublikowano w 2010 r. Na podstawie wielu analiz określono, że ponad 70% osób dorosłych, które są zagrożone zarażeniem wirusem HIV, a nigdy nie były badane w tym kierunku, pozostaje w stałym kontakcie z personelem stomatologicznym.

Wyniki te sugerują, że gabinet stomatologiczny może być dobrym, choć pomijanym dotąd miejscem wygodnego przeprowadzania szybkich testów/ badań przesiewowych w kierunku HIV u osób z grupy wysokiego ryzyka i/lub osób wolnych od objawów, a będących nosicielami wirusa HIV. Skuteczne i szerokie wprowadzenie szybkich badań przesiewo-

wych w kierunku HIV będzie prawdopodobnie zależało od poznania podejścia pacjentów, ich punktu widzenia oraz chęci poddania się badaniom.

Choć istniało przekonanie, wyrażone we wcześniejszych opracowaniach, że pacjenci nie zaakceptują testów prowadzonych w gabinetach dentystycznych, dalsze badania wykazały, że nie tylko akceptują oni to miejsce, ale w części przypadków nawet preferują wykonywanie badań przesiewowych w kierunku HIV w gabinecie stomatologicznym. Przykładem może być badanie podejścia pacjentów, przeprowadzone w 2008 r. w Kansas City Free Health Clinic, w którym oceniano gotowość akceptacji szybkiego badania śliny pod kątem zakażenia wirusem HIV, przeprowadzonego podczas wizyty stomatologicznej. Badania wykazały, że spośród osób, które udzieliły odpowiedzi, zdecydowana większość (73%) zgłosiła chęć przeprowadzenia badania w kierunku HIV podczas wizyty u dentysty. Co więcej, kiedy pytano pacjentów, u którego z wymienionych specjalistów opieki zdrowotnej najchętniej poddaliby się badaniu w kierunku HIV, większości nie robiło to różnicy (62%), natomiast drugą z kolei najczęściej wybieraną odpowiedzią było „u mojego dentysty" (37%).

Badanie jakościowe przeprowadzone w 2012 r. przez New York University i dotyczące stosunku pacjentów do testów w kierunku HIV przeprowadzanych podczas wizyty stomatologicznej przyniosło bardzo podobne wyniki: 74% wskazało, że zaakceptowaliby badanie przesiewowe w kierunku HIV jako element badania stomatologicznego. Niektórzy respondenci wskazywali określone zalety takiego rozwiązania, np. jego wygodę. Ma to kluczowe znaczenie w świetle ostatnich badań, w których wymieniano konieczność dodatkowego umówienia się na wizytę, kwestie logistyczne oraz strach związany z oczekiwaniem na wyniki.

W wymienionych wcześniej badaniach wykazano gotowość dentystów i pacjentów do akceptowania szybkich badań w kierunku HIV podczas wizyt stomatologicznych. Kolejnymi czynnikami, które wpływają na zachowania lekarzy dentystów i faktyczne wykorzystanie przez nich szybkich testów w kierunku HIV są: ich wiedza na temat HIV/AIDS oraz świadomość aktualnej polityki w dziedzinie zdrowia publicznego. W 2012 r. przeprowadzono krajowe badanie ankietowe, sponsorowane przez National Institute of Dental and Craniofacial Research (National Institutes of Health), które obejmowało wysłanie do reprezentatywnej próby 2300 dentystów ankiety oceniającej ich wiedzę, stosunek, przekonania oraz gotowość do oferowania rutynowych szybkich testów w kierunku HIV podczas wizyt stomatologicznych. Ograniczoną wiedzę lekarzy dentystów na temat innowacji w dziedzinie badań w kierunku HIV oraz krajowej polityki w obszarze zdrowia publicznego wykazało już pierwsze pytanie. Mniej niż 1/3 (32,3%) kiedykolwiek słyszała o szybkich testach w kierunku HIV przed przystąpieniem do ankiety. Tylko 13,8% respondentów wiedziało o zaktualizowanych w 2006 r. rekomendacjach CDC, dotyczących badań w kierunku HIV w placówkach ochrony zdrowia. Brak odpowiedniej wiedzy na temat badań w kierunku HIV był wskazywany jako częsta bariera (64,5%). Mniej niż połowa (40,3%) uważała, że ma dobrą lub doskonałą kliniczną wiedzę na temat HIV/AIDS.

Wobec pojawienia się technologii diagnostycznych, które są szybkie, niezawodne i stosunkowo proste, możliwość szybkich badań przesiewowych w kierunku HIV staje się normą. Jednak pomimo rosnącej liczby osób żyjących z HIV/AIDS i utrzymującej się na stałym poziomie liczby nowych infekcji każdego roku, dentyści niechętnie wprowadzają rutynowe testy i badania przesiewowe w kierunku HIV do standardowego badania i do swoich gabinetów. W celu promocji i rozpowszechnienia szybkich testów w kierunku HIV wykonywanych podczas wizyt stomatologicznych konieczne będzie wprowadzenie ukierunkowanych działań edukacyjnych dla członków zespołów stomatologicznych i ich pacjentów.

Lekarze dentyści mają ten sam cel, co lekarze podstawowej opieki zdrowotnej: promocję zdrowia i zapobieganie chorobom. Stomatologia znajduje się jednak na rozdrożu: idąc jedną drogą, będzie podkreślać i stawiać na pierwszym miejscu doświadczenie techniczne, druga droga to przekroczenie dotychczasowych tradycyjnych granic i nacisk na zdrowie publiczne oraz jego modyfikację, także metodami, których dziś jeszcze nie znamy. Droga, którą dziś wybierzemy będzie definiowała nasz zawód w przyszłości. DT

Badanie wspomniane w niniejszej publikacji było finansowane przez National Institute of Dental and Craniofacial Research w ramach grantu nr 1R01 DE01961501. Jego treść odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów, które nie muszą być zbieżne z oficjalnym stanowiskiem National Institutes of Health.

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

AD

O wydawcy

Wydawca :

dti] Dental Tribune International

Biuro w Polsce:
Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa

dentalnews.pl@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

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

Tłumacz:
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.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper

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, Melissa Brown, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Esther Wodarski

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 +8523113 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

© 2012, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD

PSI Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne
DGOI Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie
ICOI

8.

MIĘDZYNARODOWY KONGRES PSI
COOPERATION MEETING
14-15.06.2013, Kraków
Hotel Best Western Premier

W PROGRAMIE

- Podium Główne: augmentacje, sinus lifting, up to date
- Kurs: Tkanki miękkie vs tkanki twarde
- 9 warsztatów przedkongresowych

- Renomowani wykładowcy polscy i zagraniczni
- Egzaminy Umiejętności Implantologicznych Fellowship i Diplomate
- Międzynarodowy weekend Curriculum Implantologii
- Ceremonia wręczania certyfikatów Umiejętności Implantologicznych

Złoty Sponsor: BIOMET 3i, MIS, Neo Biotech, SisoMM
Srebrny Sponsror: DENTAURUM IMPLANTS
Patronat Medialny: ezentico, dti, Stomatologia Współczesna, DENTONET.pl, dentawizja.pl
Patronat Prasowy: IMPLANTOLOGIA STOMATOLOGICZNA
Współorganizator Plaża Kraków Party: SGS Dental
Organizator: PSI Polskie Stowarzyszenie Implantologii, 40-013 Katowice, ul. Dyrekcyjna 10/4a, tel. +48 32 203-27-85, e-mail: psi@icoi.pl
www.psi-icoi.pl www.kongres.pl
Partnerzy Curriculum Implantologii: AB, BEGO, BIOMET 3i, witt, Kat-Dental, Nobel Biocare, Neo Biotech, Optident, PROFIDENT, SGS Dental

AD

POLSKA AKADEMIA PASE STOMATOLOGII ESTETYCZNEJ
ArtOral

22–23 maja 2013, Złote Tarasy, WARSZAWA
DWUDNIOWA SESJA SPECJALNA
Dr Johna KOISA: Planowanie leczenia i OKLUZJA

XII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWA
Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej i ART ORAL
"back to the roots – looking for the future"
20–22 czerwca 2013, SOPOT, Hotel Sheraton

Swój udział potwierdzili znakomici wykładowcy:
Claudio Pinho – Brazylia, Christian Coachman – Brazylia,
Urs Brodbeck – Szwajcaria, Tal Morr – USA, Ed McLaren – USA,
Bart Bekmans – Holandia, Martijn Moolenaar – Holandia,
Gerd Körner – Niemcy, Arndt Happe – Niemcy, Klaus Müterthies – Niemcy,
Marco Degidi – Włochy, Enrico Steeger – Włochy, Michel Magné – USA
Tony Rotondo – Australia, Sam Lee – USA, Fernando Rojas Viskaya – Hiszpania

Wspaniałe warsztaty praktyczne, porywająca sesja Pascala Magne,
znakomita czerwcowa pogoda i Gala party z widokiem na morze.

Ceny: Sesja Johna Koisa + Konferencja od 2590 zł
Sesja Johna Koisa od 1890 zł
Konferencja Sopot od 1490 zł

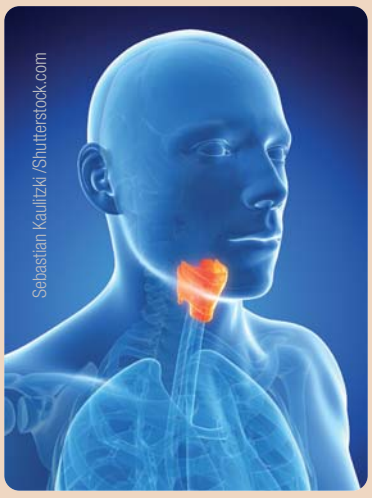
Platynowy sponsor: DENTSPLY IMPLANTS
Partner merytoryczny: Ortho
Partner radiologiczny: Carestream DENTAL, Optident
Srebrny sponsor: PHILIPS sonicare, DENTAID The Oral Health Experts, HAGER POLONIA, OSSTEM IMPLANT, ivoclar vivadent
Patronat medialny: DENTONET.pl, dentawizja.pl, ezentico, dti, dental labor

informacje i rejestracja: www.pase2013.pl

Współpraca stomatologiczno-laryngologiczna powinna być standardem

Poprawne funkcjonowanie zatok znajduje się w kręgu zainteresowań kilku specjalności zarówno stomatologicznych, jak i laryngologicznych. Należy pamiętać, aby przy zabiegach z zakresu stomatologii estetycznej i implantologii skonsultować stan zatok z laryngologiem. W przeciwnym wypadku łatwo narazić się na niepotrzebne powikłania i problemy.

Zatoki przynosowe to puste przestrzenie w kościach twarzoczaszki, połączone z jamą nosową. Są one częścią błony śluzowej wrośniętą od jamy nosowej w otaczające kości. Rozwijają się u człowieka w życiu płodowym, a największe wymiary osiągają w drugiej dekadzie życia. Zatoki pełnią różne, ważne funkcje: sprawiają, że czaszka jest lekka, odporna na urazy, co pomaga w ochronie mózgu. Wytwarzają również rezonans dźwiękowy, modulujący i wzmacniający dźwięki głosowe. Ponadto wspomagają wymianę cieplną między powietrzem a krwią, dzięki czemu (wraz z jamą nosową) chłodzą mózgowie.


Sebastian Kaulitzki /Shutterstock.com

Stan zapalny oraz obrzęk błony śluzowej nosa i zatok może wywołać każda infekcja wirusowa (przeziębieniowa, grypowa itp.). Obrzęk prowadzi stopniowo do zamykania drożnego wcześniej połączenia zatok z jamą nosową. Wskutek szybszego przepływu powietrza jamą nosową w zatokach powstaje podciśnienie, które sprzyja wnikaniu do nich wirusów i bakterii ze śluzówki nosa. Zbierająca się w zatokach wydzielina staje się pożywką dla bakterii, co prowadzi do zakażenia bakteryjnego i przechodzeniu stanu zapalnego w przewlekły. Konsekwencją utrzymywania się stanu zapalnego w zatokach jest obrzęk i przerost błony śluzowej, a także powstawanie polipów i torbieli.

Implantolodzy, ortodonci, periodontolodzy i chirurdzy twarzowo-szczękowi to tylko przykłady lekarzy różnych specjalności, których działania prowadzone są na granicy zatok szczęki. Ich współpraca ogranicza potencjalne problemy oraz zwiększa sukces terapeutyczny.

„Podczas konsultacji lekarz laryngolog oceni, czy zmiany w zatokach są pierwotne, czy wtórne. W przypadku zmian wtórnych niezbędne jest wyleczenie przed podjęciem zabiegów stomatologicznych. Diagnostyka polega na ocenie drożności naturalnych dróg zatok, sprawdzeniu poprawności wymiany powietrza. Pozwoli to upewnić się, że np. zabieg implantologiczny jest możliwy i bezpieczny do przeprowadzenia" – podkreśla dr n. med. Michał Michalik, specjalista otolaryngologii oraz chirurgii głowy i szyi.

Przy ingerencji w zatoki, wszystkie problemy muszą być wyjaśnione. Nieleczone stany zapalne, ropa czy inne wydzieliny prowadzą do powikłań. W przypadku wykonania zabiegu implantologicznego, przed wyleczeniem problemów z zatokami może okazać się konieczny zabieg usunięcia implantu. Ingerencja implantologa może wiązać się z rozwinięciem stanu zapalnego i problemami tkanki kostnej szczęki. Najczęściej stosowaną metodą leczenia zatok jest farmakologia, np. różnego rodzaju preparaty do nosa. Gdy to nie pomaga, a stany zapalne stają się przewlekłe, można zastosować najnowsze techniki, np. endoskopowe płukanie zatok, balonikowanie czy endoskopowe operacje zatok. Nowoczesne technologie są mało inwazyjne, a pacjent po kilku godzinach może wrócić do domu.

„Podstawą decyzji o zabiegu chirurgicznym i oceny stanu zatok powinna być tomografia komputerowa, która dostarcza informacji nie tylko o zmianach we wszystkich zatokach, ale pozwala także ocenić anomalie pomiędzy nosem a jamami zatok. Świadomy dentysta, gdy zauważa problemy w zatokach, zaleca konsultację laryngologiczną, aby upewnić się, czy dany zabieg można wykonać. Współpraca dentysta-laryngolog jest niezwykle ważna, to dosyć nowy trend, który powinien być obowiązującym standardem" – mówi dr n. med. Konrad Walerzak, specjalista chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej. DT

Alarmujące dane demograficzne

Z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego na lata 2015-2035 wynika, że w tym czasie w Polsce liczba zgonów dramatycznie przewyższy liczbę urodzin, a liczba osób w wieku produkcyjnym będzie stale malała.

2012 r. był piątym z kolei rokiem, w którym wystąpił dodatni przyrost ludności. Polaków przybyło jednak mniej niż w poprzednich latach – na każde 100 000 mieszkańców Polski tylko 1 osoba – wynika z informacji zawartych w raporcie GUS. Demograficzna sytuacja Polski nie jest dobra. Rodzi się za mało dzieci, zastępowalność pokoleń nie jest zapewniona.

Z nowych danych wynika, że od 2015 r. przyrost ludności będzie ujemny. Spadnie liczba osób w wieku produkcyjnym, a to może oznaczać załamanie systemu emerytalnego.

Eksperci wyjaśniają, że współczesne problemy demograficzne to efekt ponad 20 lat zaniedbań w tej sferze. Od 1989 r. Polska nie miała zapewnionej prostej zastępowalności pokoleń. Wskaźnik ten od kilkunastu lat utrzymuje się na stałym i bardzo niepokojącym poziomie.

Jako główne przyczyny tak trudnej sytuacji, demografowie wskazują zmianę modelu rodziny, przesunięcie wieku zawarcia małżeństwa i urodzenia pierwszego dziecka, a także spadek liczby małżeństw przy rosnącej liczbie rozwodów oraz kierunki polityki prorodzinnej. DT

na podst.: Gazeta Wyborcza

Halitoza może mieć wiele przyczyn

Lightspring/Shutterstock.com

Jeśli przykry zapach z ust nie jest konsekwencją spożycia aromatycznej potrawy i nie wiąże się z uzależnieniem od palenia papierosów, najprawdopodobniej jest objawem halitozy.

Halitoza nie jest chorobą, ale objawem wielu schorzeń. Najczęstszą z nich (w ponad 80% przypadków) jest niewłaściwa higiena jamy ustnej. Za brzydki zapach z ust odpowiadają z reguły bakterie rozwijające się masowo na tylnej, grzbietowej powierzchni języka. Rozkładają one nieusunięte resztki pożywienia, martwe komórki nabłonka oraz składniki śliny. Efektem przemiany metabolicznej bakterii są związki lotne siarki, które odbieramy właśnie jako drażniące dla powonienia. Oczywiście, bakterie bytują na języku, gdy nie jest on czyszczony. Dlatego tak ważne jest regularne używanie skrobaczek do języka oraz płukanek bakteriobójczych zmniejszających powstawanie osadu. Cukierki odświeżające tylko maskują problem, a te zawierające cukier nasilają go, ponieważ zakwaszają środowisko jamy ustnej. W takich warunkach przybywa bakterii wywołujących brzydki zapach. „Nie polecam płukanek na bazie alkoholu, bo wysuszają one środowisko jamy ustnej, a wtedy halitoza rozkwita ze zdwojoną siłą" – mówi dr Iwona Gnach-Olejniczak z Wrocławia. „Zanim zaczniemy szukać problemów w innych rejonach ciała, walkę z nieprzyjemnym zapachem zacznijmy od dbania o czystość języka oraz od stosowania płukanek bez alkoholu, ale z chlorheksydyną lub chlorkiem cetylopirydyny, gdyż obie te substancje mają działanie bakteriobójcze" – wyjaśnia.

Przykry zapach z ust mogą wywoływać także bakterie rozwijające się pod niedopasowanymi protezami, nieszczelnymi uzupełnieniami protetycznymi, a także w okolicach nawisających plomb. „Wszystko, co utrudnia usuwanie płytki nazębnej oraz resztek jedzenia staje się w jamie ustnej powodem kłopotów ze zdrowiem, do których należy także halitoza" – mówi dentystka.

Wiele osób narzeka też na nieprzyjemny zapach z jamy ustnej po przebudzeniu. Jego powodem jest zmniejszone w nocy wydzielanie śliny – naturalnego wroga bakterii wywołujących halitozę. Jeśli po umyciu zębów przykra dolegliwość znika, nie ma powodów do obaw. Ale może być też tak, że przykry zapach utrzymuje się, bo w jamie ustnej brakuje śliny. Tzw. suchość w ustach (pojawiająca się także w sytuacjach stresowych) przyspiesza rozwój bakterii, które wydzielają związki siarki. Przy niedoborach śliny należy zwiększyć ilość przyjmowanych płynów oraz udać się do dentysty, by ocenił stan błony śluzowej jamy ustnej i gardła. Objawowo stosuje się płukanki oraz gumę do żucia z ksylitolem, która zwiększa wydzielanie śliny i odkwasza środowisko jamy ustnej.

Jeśli przy zadbanym języku i wystarczającej ilości śliny, problem nie ustępuje, należy zweryfikować stosowaną dietę, ponieważ pokarmy zakwaszające organizm, także wywołują halitozę. Utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej to warunek zdrowia jamy ustnej. Organizm zakwaszają m.in. słodkie napoje gazowane, potrawy mączne i mięso. By zmienić pH w jamie ustnej, należy ograniczyć ich spożywanie i wprowadzić do codziennej diety więcej warzyw, owoców i kasz, a także zamienić sacharozę na odkwaszający organizm cukier brzozowy.

„Halitoza może być również objawem nasilonego refluksu lub przepukliny żołądka, ale takie przypadki są w zdecydowanej mniejszości" – mówi Gnach-Olejniczak. „Jeśli więc dbanie o higienę języka i stosowanie płukanek, a także zmiana diety nie pomagają, idźmy do gastrologa lub laryngologa, który oceni także stan krtani i zdiagnozuje migdałki. To one mogą być siedliskiem bakterii, które rozwijają się w czopach ropnych w tzw. kryptach, czyli bliznach pochorobowych na migdałach. I właśnie one dają także efekt brzydkiego zapachu z ust. Należy jednak pamiętać, że dzieje się tak w bardzo niewielu przypadkach" – dodaje. DT

Dzieci przejmują od ojców strach przed dentystą

Stan zębów polskich dzieci jest fatalny, chociaż jesteśmy w europejskiej czołówce, jeśli chodzi o liczbę lekarzy dentystów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Mimo tego, wyrasta kolejne pokolenie „szczerbatych" Polaków. Jedną z przyczyn jest strach przed wizytą w gabinecie.

Jak wynika ze statystyk Ministerstwa Zdrowia, stan zębów polskich dzieci jest wręcz katastrofalny. 6-latki mają średnio 5 zębów zaatakowanych przez próchnicę, z czego zaledwie 1 ubytek jest wypełniony, u 15-latków jest jeszcze gorzej. Zaawansowaną próchnicę ma blisko 92% z nich.

Deklofenak/Shutterstock.com

Często kilkuletnie dzieci nie chcą chodzić do dentysty ze strachu. Jak dowodzą najnowsze badania naukowców, maluchy dentofobię dziedziczą po swoich rodzicach. Chodzi o przenoszenie dentofobii na dzieci w procesie wychowania. „Rodzice bardzo często sami boją się dentysty. Ich strach często jest tak silny, że nawet samo wejście do poczekalni przyprawia ich o gęsią skórkę. Dzieci to widzą i w ich umyśle koduje się stereotyp, że dentysta to strach, a więc coś nieprzyjemnego. Nawet, jeśli rodzice przekonują swoją pociechę słowami, to podświadomość odbiera komunikat związany ze strachem" – mówi dr n. med. Mariusz Duda, dentysta z Katowic.

Wpływ rodziców na powstawanie u dzieci strachu przed leczeniem stomatologicznym był już przedmiotem wcześniejszych badań. Tym razem jednak naukowcy z Uniwersytetu Króla Juana Carlosa w Madrycie postanowili zbadać problem z innej strony. Chcieli znaleźć odpowiedź na pytanie, które z rodziców bardziej przyczynia się do kształtowania się dentofobii u dzieci. Wnioski okazały się dość zaskakujące. Hiszpańscy naukowcy doszli do wniosku, że to ojciec odgrywa kluczową rolę w procesie kształtowania strachu przed dentystą u dzieci. Dlaczego tak się dzieje? Autorzy badania przekonują, że ojciec działa jak „pas transmisyjny" pomiędzy matką a dzieckiem. Nawet jeśli matka przekazuje swój strach przed dentystą dziecku to fakt, czy będzie się ono bało, czy nie, zależy od reakcji emocjonalnej ojca.

Nie oznacza to jednak, że obojętna reakcja rodziców uchroni dziecko przed wykształceniem się strachu związanego z wizytą u dentysty. Rodzice powinni dołożyć wszelkich starań i aktywnie zapobiegać dentofobii u dzieci. „Wiedząc, jak ważna jest rola ojca w zapobieganiu dziecięcej dentofobii warto, by to właśnie on przyprowadzał dziecko do gabinetu i towarzyszył mu w trakcie wizyty. Musi oczywiście sam być opanowany i nie pokazywać dziecku, że odczuwa stres z tego powodu. Z mojego doświadczenia wynika, że dziecko, które przychodzi do gabinetu z opanowanym tatą, nie tylko się nie boi, ale czuje się w pełni bezpieczne i dzięki temu lepiej współpracuje z lekarzem i chętniej wykonuje jego polecenia" – mówi dr Duda. Lekarz dodaje jednocześnie, że reakcja rodziców udziela się dziecku i jeśli matka czy ojciec będą odczuwali niepokój, dziecko także będzie nerwowo siedziało na fotelu. Jeśli oboje rodziców jest zrelaksowanych, to ten pozytywny nastrój udzieli się dziecku. Ważna jest aktywna rola zarówno mamy i taty w profilaktyce dentofobii u dziecka. Tylko w ten sposób możemy zapewnić dziecku pozytywne wzorce, które w przyszłości odbiją się na stanie zdrowia jego zębów. DT

Badanie przeprowadzono na grupie 183 dzieci w wieku 7-12 lat oraz ich rodziców. Wyniki badań hiszpańskich naukowców opublikowane zostały w Journal of Paediatric Dentistry.

AD

NAJWYŻSZA SKUTECZNOŚĆ ZNIECZULEŃ

Technika znieczulenia Osteocentral to najskuteczniejsza technika, nawet w przypadku puplitis trzonowców w żuchwie.

Zapewnia bezbolesne znieczulenie, szybki czas działania i brak efektu odrętwienia tkanek miękkich.

QuickSleeper 4 jedyny komputerowy system znieczuleń umożliwiający iniekcję techniką Osteocentral

Dystrybutor w Polsce:
Implant Dental New Wave
Tel. (22) 869 71 00
e-mail: info@implant.waw.pl
www.implant.waw.pl

10 LAT SUKCESÓW W POLSCE

DENTAL HI TEC

philippe@chauvire.net

Krakdent® 2013

Niezliczona liczba branżowych nowości – rewolucyjnych produktów i innowacyjnych usług, niezwykle bogaty program naukowy obejmujący szkolenia i kursy medyczne oraz ceniona w środowisku lekarzy dentystów Międzynarodowa Konferencja „Dental Spaghetti" – tym wszystkim przywitał w tym roku Krakdent®.

Niemal 300 wystawców z całego świata oraz ponad 11 000 zwiedzających – tak w skrócie można podsumować 21. edycję Międzynarodowych Targów Stomatologicznych Krakdent®, które od wielu lat postrzegane są jako najważniejsze branżowe wydarzenie pierwszego półrocza w Polsce. Krakdent® tradycyjnie rozpoczął rok w branży. Spragnieni nowości lekarze tłumnie odwiedzili wystawę, by poznać światowe trendy prezentowane na stoiskach.

Tegorocznym Targom Krakdent® towarzyszyły szkolenia i kursy medyczne w czasie których zaprezentowano m.in. najnowsze osiągnięcia w leczeniu urazów zębów. Lekarze dowiedzieli się też wszystkiego na temat profesjonalnego prowadzenia gabinetu oraz uzyskali wiedzę z zakresu marketingu i psychologii.

Tradycyjnie 3. dnia Targów odbyła się konferencja stomatologiczna „Dental Spaghetti", która zgromadziła ponad 200 uczestników. Tegoroczna edycja poświęcona była zagadnieniom interdyscyplinarnym, powiązanym z okluzją, artykulacją, stawami skroniowo-żuchwowymi, problemem starcia zębów, erozji oraz nowoczesnych technologii i sposobów odbudowy utraty tkanek zęba.

„W tym roku gościliśmy aż 5 bardzo znanych wykładowców. Po raz pierwszy przyjechał do nas dr Stefen Koubi – najlepszy prywatny praktyk francuski. Ponadto, w roli prelegentów wystąpili m.in.: dr Walter Devoto, dr Andrea Ricci – słynny implantolog z Florencji, dr Francesc Abella z Uniwersytetu w Barcelonie i dr Dinos Kountouras – założyciel Greckiej Akademii" – mówi dr Maciej Żarow, organizator „Dental Spaghetti".

Wystawcy tegorocznej edycji targów po raz trzeci wsparli najmłodszych wychowanków małopolskich domów dziecka oraz rodzin zastępczych i świetlic środowiskowych. W akcję charytatywną „Dentopomoc" włączyło się 19 firm, przekazując nie tylko szczoteczki i pasty do zębów, ale także wiele innych produktów pomagających dbać o zdrowy uśmiech.

Jak co roku, wyłoniono zwycięzców konkursu o Medal Najwyższej Jakości. W tym roku przyznano je w 5 kategoriach:

– **sprzęt, aparatura diagnostyczno-zabiegowa oraz instrumentarium stomatologiczne:**
  · zgłaszający: OPTIDENT Małgorzata Foubert, Dariusz Stój
  · producent: CARESTREAM DENTAL Niemcy
  · produkt: Pantomograf Cyfrowy CS 8100.

– **materiały stomatologiczne i kliniczne:**
  · zgłaszający: HOL-DENTAL DEPOT Urszula Chudak
  · producent: SHOFU INC. Japonia
  · produkt: Beautifil Flow Plus.

– **materiały używane (lub stosowane) w pracowniach i laboratoriach techniki dentystycznej:**
  · zgłaszający: Roko s.c. M. Rokosa, A. Rokosa,
  · producent: Roko s.c. M. Rokosa, A. Rokosa
  · produkt: ACRON – materiał termoplastyczny na płyty protez

– **materiały pomocnicze, profilaktyka:**
  · zgłaszający: PHYTOPHARM KLĘKA S.A.
  · produkt: Dentofresh Junior oraz
  · zgłaszający: SMP
  · producent: DENTAL REVOLUTION SAS Francja
  · produkt: OOBRUSH – elektryczna szczoteczka do zębów

– **inne:**
  · zgłaszający: MEDIAFLOR Agnieszka Florczak-Skwierczyńska
  · producent: MEDIAFLOR Agnieszka Florczak-Skwierczyńska
  · produkt: Nagrody dla Dzielnego Pacjenta

W Konkursie o Najładniejsze Stoisko Targowe nagrodzono firmy: Kol-Dental Spółka z o.o. S.K.A., GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., OMS Polska Ltd. Sp. z o.o. oraz Denon Dental Sp. z o.o. DT

AD

„After Party" w Krakowie!

Od kilku lat FM Dental jest nie tylko wystawcą krakowskich targów, ale także organizatorem i sponsorem wieczornych imprez, na których goście bawią się doskonale.

W tym roku FM Dental zaprosiła na wieczór pt.: „After Party". Spotkanie odbyło się w miejscu o niezwykłej atmosferze – w krakowskich Fortach Kleparz. Koncert otworzył współwłaściciel FM Dental, Wojciech Feć zapowiadając występ zespołu „Made in China". Energetyczny funky pop rozgrzał zgromadzoną publiczność, po półgodzinnym koncercie swój krótki show przedstawiła mistrzyni Polski w „pole dance", Agata Malchrowicz.

Następnie swój blisko 2-godzinny koncert dała grupa B.B.Blues, gdzie perkusją „zarządza" Wojciech Feć. Blues, rock, a potem pop i inne gatunki muzyki królowały na parkiecie aż do rana. Oprócz świetnej muzyki serwowano doskonałe sushi. DT

Tribune CME

1 Year Clinical Masters Program in Aesthetic and Restorative Dentistry

17 June 2013 - 8 Feb 2014
in **Santorini** (Greece), **Geneva** (Switzerland), **Pesaro** (Italy)

CLINICAL MASTERS IN AESTHETIC AND RESTORATIVE DENTISTRY 2013

Three on location sessions with **live patient treatment, hands-on practice** plus online learning and online mentoring under the Masters' supervision.

Learn from the Masters of Aesthetic and Restorative Dentistry:

Dr. Ed McLaren

Dr. Daniel Edelhoff

Dr. Marc Geissberger

Dr. Mauro Fradeani

Dr. Stavros Pelekanos

Dr. Didier Dietschi

Dr. Francesco Mangani

Registration information:

17 June 2013 - 8 Feb 2014
in **Santorini** (Greece), **Geneva** (Switzerland), **Pesaro** (Italy)

Find out more on **www.TribuneCME.com/128**

Curriculum fee: € 9,900

contact us at: tel.: **+49-341-48474-302** / email: **request@tribunecme.com**

Collaborate on **your cases**
and access hours of premium video training and live webinars

University of the Pacific
you will receive a certificate from the University of the Pacific

Latest iPad with courses
all early birds will receive an iPad fully loaded with premium dental courses

150 ADA CERP C.E. CREDITS

ADA C·E·R·P® | Continuing Education Recognition Program

Tribune Group GmbH is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Dental Tribune Polish Edition

Kol-Dental – eksperci profesjonalistom

Tegoroczne targi Krakdent, które odbyły się 7-9. marca br. rozpoczęły się od mocnego akcentu. Już pierwszego dnia na stoisku Kol-Dental uroczyście zostało zaprezentowane nowe hasło reklamowe, które ma podkreślać doświadczenie i dbałość firmy o dobre relacje z klientami.

Nowy slogan reklamowy jest wynikiem rozstrzygnięcia przez firmę Kol-Dental trwającego blisko pół roku konkursu prowadzonego wśród aktywnych klientów firmy. Konkurs cieszył się dużą popularnością wśród lekarzy dentystów – wpłynęło ponad 150 kuponów konkursowych, co dało komisji konkursowej możliwość wyboru najciekawszego hasła z ponad 200 nadesłanych propozycji.

Zwyciężczyni konkursu dr Ewa Grzywna z prezesami firmy Kol-Dental: Jackiem Piłko i Maciejem Nurzyńskim

Zwyciężczyni konkursu dr Ewa Grzywna i Adam Suski – jej opiekunem ze strony Kol-Dental.

Zwyciężczynią została dr Ewa Grzywna z Radomska, której hasło „Kol-Dental eksperci profesjonalistom" spotkało się z największym uznaniem komisji. Uroczyste przekazanie kluczyków do głównej nagrody – ekskluzywnego samochodu Mercedes-Benz Klasy A Ewie Grzywna było największym wydarzeniem pierwszego dnia targów.

„Jako jedna z wiodących firm w dziedzinie dystrybucji materiałów i sprzętu do gabinetów stomatologicznych wiemy, że największą pracę w popularyzacji wiedzy o istocie dbania o stan naszego uzębienia oraz jego wpływie na cały ludzki organizm wykonują w Polsce małe, jednoosobowe prywatne praktyki. To one w miastach i miasteczkach są najbliżej pacjentów, ciesząc się ich zaufaniem. Często to lekarze z takich właśnie gabinetów są najbardziej otwarci na nową wiedzę i nowe możliwości, jakie niesie za sobą rozwój techniki. Jesteśmy szczęśliwi, że osoba, która wygrała główną nagrodę w naszym konkursie prowadzi małą prywatną praktykę. Takie jednoosobowe gabinety stomatologiczne stanowią aż 95% naszych klientów. Trzymamy kciuki za dalszy rozwój firmy pani Ewy, a jej osobiście życzymy wielu sukcesów!" – powiedział Maciej Nurzyński, prezes zarządu Kol-Dental.

Starania firmy o to, aby atrakcyjnie zaprezentować bogatą ofertę materiałów i sprzętu doceniła Komisja Konkursowa Targów, przyznając stoisku Kol-Dental I miejsce w konkursie na Najładniejsze Stoisko Targowe. DT

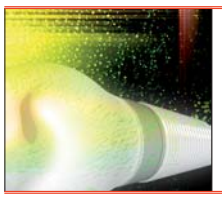
AD

Dental Tribune
DT STUDY CLUB
COURSES | LECTURES | TECHNOLOGY | ON-DEMAND

Implant Tribune

The World's Implant Newspaper · Polish Edition

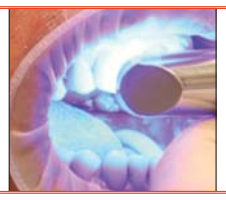
Vol. 4, Nr 1



News

Implanty – estetyczne i bezpieczne

Strona 1



Praktyka

Technologie cyfrowe w implantologii

Strona 2

News

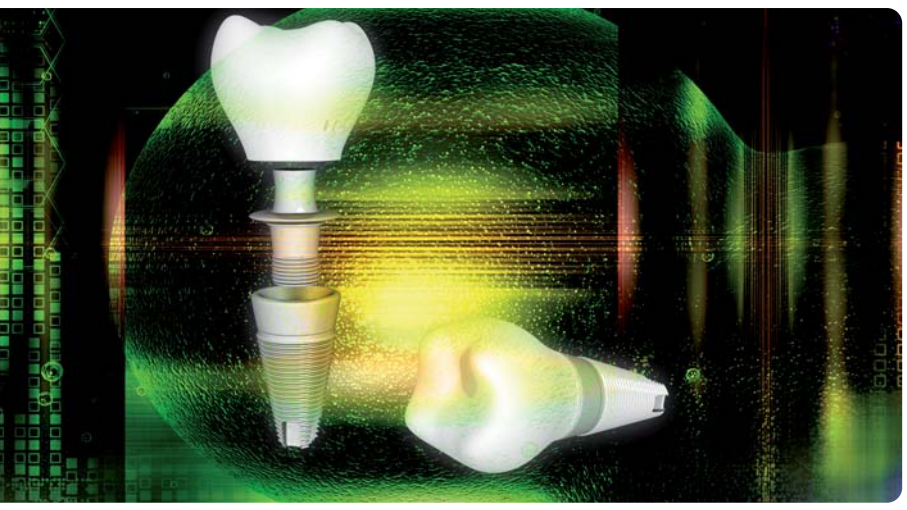
Gabinety „anxiety free"

Strona 3

Implanty – estetyczne, bezpieczne i nie takie drogie

Utrata zęba to nie powód do wstydu, tylko sygnał do działania. Najważniejsze, by nie zostawić luki w uśmiechu, licząc na to, że zęby się zejdą i zamaskują ubytek.

Zęby faktycznie przesuną się w stronę pustej przestrzeni, ale pociągnie to za sobą wiele niekorzystnych zmian w uśmiechu. Przesuną się bowiem nie tylko najbliższe zęby, ale i następne. W efekcie nawet „jedynki" zmienią położenie i nie będą symetrycznie wyłaniać się spod warg dokładnie na środku (w osi symetrii) twarzy. Co więcej, zęby mogą przesuwać się w stronę ubytku w sposób niekontrolowany. W skrajnych przypadkach te położone najbliżej miejsca po usuniętym zębie będą się kłaść jak kostki domina, a te, które są nad lub pod ubytkiem, zaczną rosnąć. Problem ten można rozwiązać – do wyboru są 2 rozwiązania: most lub korona na implancie. Lekarzy uważają, że implanty to najlepszy sposób na odtworzenie brakujących zębów.



Implanty są lepsze dla reszty uzębienia, ponieważ nie wymagają szlifowania sąsiednich żywych zębów. Most protetyczny wymaga filarów, dlatego dentysta będzie musiał oszlifować sąsiadujące z ubytkiem zęby, a na tzw. kikuty założyć korony. Wielu pacjentów nie zgadza się na takie poświęcenie zdrowych zębów. Dlatego decydują się na implant, który w żaden sposób nie obciąża sąsiednich zębów, a w dodatku staje się pełnowartościowym zębem, tak samo silnym jak reszta uzębienia. Implant i zespolona z nim korona imitują naturalne uzębienie nie tylko pod względem wyglądu, ale także funkcji. Dzięki implantom nie dochodzi do zaniku kości i dziąseł, pacjenci mogą czuć się swobodnie, a mocowane na implancie korony porcelanowe będą im służyć całe życie. W przypadku mostów trzeba się liczyć z tym, że będzie wymieniany średnio co 10 lat. W dodatku może tracić szczelność, a utrzymującym go kikutom zębowym grożą stany zapalne. Wieloletnie noszenie nieszczelnych mostów często kończy się koniecznością usunięcia okoronowanych zębów – w ten sposób od jednego braku w uśmiechu przechodzi się do dużych uzupełnień protetycznych.

Z roku na rok maleje liczba przeciwwskazań medycznych do wszczepiania implantów zębowych. Ogólny stan zdrowia badany jest podczas konsultacji implantologicznej, na którą pacjent zgłasza się m.in. z badaniami krwi oraz historią przebytego leczenia. Stan kości, w którą wszczepia się tytanową śrubę weryfikuje wykonywana w gabinecie tomografia komputerowa. Coraz powszechniejsze jest też regenerowanie tkanek kostnych przed zabiegiem implantacji. Dzięki rozwojowi tej dyscypliny, nawet osoby z ustabilizowaną cukrzycą mogą decydować się na wszczepienie śruby, imitującej korzeń zęba. Prawdopodobieństwo integracji implantu szacuje się obecnie na 98,9%. Upowszechnienie technik implantologicznych oznacza, że sam zabieg wszczepienia pojedynczego implantu w znieczuleniu miejscowym zajmuje ok. 20 min, a stosowane na całym świecie systemy implantologiczne są objęte globalną opieką dentystyczną. Każdy ich posiadacz otrzymuje wieloletnie gwarancje oraz tzw. paszporty implantologiczne, obowiązujące pod każdą szerokością geograficzną.

Implanty mają zbawienny wpływ dla rysów całej twarzy. Chronią profil przed niekorzystnymi zmianami związanymi z utratą zębów. Ubytki zębów prowadzą do zaniku kości szczęki i żuchwy, co ma wpływ na deformację rysów twarzy, zmianę profilu i przyspieszone starzenie skóry. Implanty, stymulując kość do rozbudowy, zapewniają profilowi twarzy, a także skórze właściwe podparcie. Tymczasem most w miejscu ubytku nie odtwarza korzenia zębowego, a więc dochodzi do zaniku kości, co odbija się na wyglądzie skóry i twarzy.

Koszt wszczepienia pojedynczego implantu (wraz z koroną na implancie) jest porównywalny do wykonania mostu porcelanowego, wymagającego szlifowania 2 sąsiednich zębów oraz leczenia kanałowego przynajmniej jednego z nich, a także wzmocnienia wkładem koronowo-korzeniowym. Porównanie wypada jeszcze gorzej dla mostu, gdy doliczy się konieczność jego wymiany po ok. 10 latach. Trwałość uzupełnień implantologicznych uznaje się za dożywotnią.

AD