Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

www.dental-tribune.com

Cena: 15 PLN

Vol. 12, Nr 3

„Powiedz STOP! próchnicy już dziś – dla zdrowych zębów w przyszłości”

Alliance for a Cavity-FreeFuture (ACFF) – ogólnoświatowa organizacja pożytku publicznego zrzeszająca organizacje i instytucje zajmujące się zdrowiem jamy ustnej i zdrowiem publicznym opracowała raport na temat rozwoju próchnicy w krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

Zbadano świadomość i zachowania respondentów w zakresie zdrowia jamy ustnej (kontekst profilaktyki i leczenia próchnicy). Raport ujawnia, że prawie 30% Polaków chodzi do dentysty raz w roku lub wtedy, gdy ma taką potrzebę, a aż 50% respondentów stwierdziło, że prędzej czy później u każdego i tak rozwinie się próchnica, co dowodzi braku świadomości, że chorobie tej można skutecznie zapobiegać.

25 czerwca br. w Warszawie eksperci z dziedziny stomatologii z Polski, Rumunii, Czech, Węgier, Słowacji, Litwy, Łotwy i Estonii podpisali regionalną deklarację, powołując do życia Środkowo-Wschodnioeuropejski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (CEE ACFF Chapter – Central and EasternEuropean Chapter: Alliance for a Cavity-FreeFuture). W deklaracji zwrócili się z apelem o podjęcie wspólnej akcji mającej na celu zapoznanie wszystkich interesariuszy z tym, jak ważne jest zapobieganie i leczenie próchnicy, a także przyznanie, że ubytków można uniknąć, a zmiany na wczesnym etapie tej choroby są odwracalne. Zaapelowali także o wdrożenie kompleksowych programów profilaktyki i leczenia w regionie Europy Środkowo-Wschodniej.

Wśród sygnatariuszy deklaracji znaleźli się eksperci z zakresu stomatologii z 8 krajów Europy Środkowo-Wschodniej, którzy utworzyli Radę Ekspertów:

- prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek (Polska), przewodnicząca Środkowo-Wschodnioeuropejskiego Oddziału ACFF,
- dr Ruxandra Sfeatcu (Rumunia), Uniwersytet Medycyny i Farmacji „Carol Davila”,
- prof. Romana Koberova Ivancakova (Czechy), Uniwersytet Karola w Pradze, Wydział Medycyny w Hradec Kralove,

Co nowego wiadomo na temat próchnicy zębów w Polsce?

Konsekwencje próchnicy zębów mogą być poważne dla ogólnego stanu zdrowotnego populacji i kosztów związanych z jej leczeniem ponoszonych przez społeczeństwo i jednostkę. Chorobie tej towarzyszy ból, utrata zębów i zmniejszenie funkcji żucia. Powoduje to negatywne oddziaływanie na samopoczucie, samoocenę, możliwość znalezienia zatrudnienia i status społeczny. Poza tym, państwo i społeczeństwo ponoszą znaczne koszty leczenia nieodwracalnych ubytków.

- dr Marta Alberth (Węgry), Uniwersytet w Debreczynie,
- prof. Neda Markovska (Słowacja), Uniwersytet Pawła Józefa Safarika w Koszycach,
- prof. Julija Narbutaitė (Litwa), Litewski Uniwersytet Medyczny w Kownie,
- prof. Egita Senakola (Łotwa), Uniwersytet Stradiņša w Rydze,

- prof. Jana Olak (Estonia), Uniwersytet w Tartu, Wydział Stomatologii.

Prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek, przewodnicząca Środkowo-Wschodnioeuropejskiego Oddziału ACFF, powiedziała: „Współpraca jest kluczowa, jeśli chce się wypracować zasady kompleksowej prewencji i leczenia próchnicy na świecie. Musimy zobowiązać się do opracowania takiego systemu radzenia sobie z tą chorobą w skali krajów i regionów, które zachęciłyby środowisko medyczne i specjalistów zdrowia publicznego do zajęcia się próchnicą na poważnie. Razem możemy edukować społeczeństwo i powodować zmiany we współpracy z decydentami. Poprawa stanu uzębienia wymaga wzmocnienia i kontynuacji bardziej skutecznych strategii zapobiegawczych oraz wzrostu świadomości społeczeństwa w zakresie znaczenia zdrowia jamy ustnej przez odpowiednio motywujące programy promujące zdrowie jamy ustnej. Działania te powinny być realizowane zgodnie z zasadą: Myśl globalnie – działaj lokalnie”.

Sygnatariusze deklaracji powołującej do życia Środkowo-Wschodnioeuropejski Oddział ACFF uzgodnili krótko- i długoterminowe cele działania nowej w regionie inicjatywy:

- zebranie najbardziej wpływowych ekspertów w regionie Europy Środkowo-Wschodniej, których jednoczą wspólne cele i którzy mogą lokalnie służyć wsparciem dla działań ACFF,
- działanie dla wyrównywania nierówności w zapobieganiu i leczeniu próchnicy w regionie Europy Środkowo-Wschodniej,
- uzyskanie poparcia ze strony głównych towarzystw stomatologicznych w regionie Europy Środkowo-Wschodniej, które wspierają misję i cele ACFF, by wspólnie zidentyfikować najważniejsze luki w prewencji próchnicy i móc im przeciwdziałać.

Zgodnie z najnowszymi wynikami badań epidemiologicznych, prowadzonych w ramach programu „Monitoring zdrowia jamy ustnej” w 2012 r., w naszym kraju:

- u ok. 80% 6-latków stwierdza się próchnicę zębów,
- w grupie wiekowej 12-18 lat problem ten dotyczy aż 80-95% nastolatków,
- 99,9% Polaków w wieku 35-44 lat ma próchnicę, która obejmuje 16,9% zęba,
- jedynie 5,4% osób w tej grupie wiekowej może się pochwalić pełnym uzębieniem.

Próchnica wciąż pozostaje bardzo poważnym problemem zdrowia publicznego w Europie – schorzenia stomatologiczne należą do najdroższych w leczeniu (zajmują 4. miejsce), w krajach wysoko uprzemysłowionych koszty te wynoszą 5-10% publicznych wydatków na zdrowie.[2] Dodatkowo, infekcje w jamie ustnej mogą prowadzić do problemów zdrowotnych w innych rejonach organizmu, powodując m.in. choroby serca[3], cukrzycę, poronienia i schorzenia układu oddechowego.[4]

„Potrafimy już obecnie radzić sobie z próchnicą, mamy odpowiednie narzędzia. Mimo to, choroba ta wciąż stanowi ogromny problem w krajach Europy Środkowo-Wschodniej” – mówi dr Georgios Tsakos, członek zarządu European ACFF Chapter. „W Polsce próchnicę ma aż 80% dzieci w wieku 6 lat. Ważne jednak jest, żebyśmy pamiętali, że jest nadzieja – próchnicy można nie tylko zapobiegać, ale też, jeśli tylko zastosuje się odpowiednie środki we wczesnych jej stadiach, odwracać zmiany w tkance zęba” – dodaje.

Wyniki przedstawionego raportu ACFF skłaniają do podjęcia radykalnych kroków. Właśnie dlatego w 8 krajach Europy Środkowej i Wschodniej (także w Polsce) rozpoczyna się społeczna kampania edukacyjna pod hasłem: „Powiedz STOP! próchnicy już dziś

Stan świadomości Polaków (badanie OMNIBUS, 2014 r.):

- W Polsce panuje bardzo silne przeświadczenie o nieuchronności wystąpienia ubytków spowodowanych próchnicą. Połowa Polaków uważa, że wcześniej czy później ubytki powstaną w każdego.
- Ponad 90% polskiego społeczeństwa prawidłowo identyfikuje przyczyny powstawania i konsekwencje próchnicy zębów, ale jednocześnie aż 61% Polaków wierzy, że próchnica jest nieuchronną chorobą, która wcześniej lub później dotknie każdego.
- 20% polskiego społeczeństwa uważa, że próchnicy można zapobiegać jedynie w dzieciństwie, a w wieku dorosłym nic już nie można zrobić – stan chorobowy należy zaakceptować i z nim żyć.
- 60% Polaków wie, że próchnica jest nieuniknioną konsekwencją spożywania słodkich posiłków oraz napojów, ale aż 1/4 Polaków w ogóle nie jest świadoma zależności pomiędzy powstawaniem próchnicy a spożywaniem słodkich rzeczy.
- 61% Polaków wie, że próchnica wymaga interwencji dentystycznej w postaci borowania oraz wypełniania ubytków zęba, jedynie 44% Polaków zdaje sobie sprawę z tego, że próchnica może zostać wyleczona przez dentystę jeszcze przed powstaniem ubytku.

Dane epidemiologiczne uzyskane z badań prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” przez Zakład Stomatologii Zachowawczej Instytutu Stomatologii WUM i Katedrę Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (2010-2012):

Częstość występowania ubytków w zębach mlecznych:
- w wieku 3 lat: 57,2% (frekwencja) i średnio 2,7 zębów z ubytkami,
- w wieku 5 lat: 79,9% i 5,07 zębów z ubytkami.

Częstość występowania ubytków w zębach stałych:
- w wieku 12 lat: 79,6% (frekwencja) i 3,5 średnio zębów z ubytkami,
- w wieku 15 lat: 91,8% i 6,12 zębów,
- w wieku 18 lat: 96,1% i 7,95 zębów,
- 35-44 lata: 99,9% i 16,91 zębów.
- 43,9% osób w wieku 65-74 lat jest bezzębnych.

Zaspokojenie potrzeb leczenia zachowawczego w odniesieniu do istniejących w jamie ustnej ubytków próchnicowych (wskaźnik leczenia) jest wysoce zróżnicowane wiekowo i wynosi w zakresie zębów mlecznych:
- w wieku 3 lat: 2%
- 5 lat: 11%
- 7 lat – 15%
- i zębów stałych:
- w wieku 12 lat: 60,
- 15 lat: 55%
- 18 lat: 41%
- 35-44 lata: 76%.

Nawyki zdrowotne Polaków (badanie OMNIBUS, 2014 r.):

- 52% Polaków deklaruje, że odwiedza dentystę przynajmniej 2 razy w roku. Aż 16,8% Polaków chodzi do dentysty tylko wtedy, kiedy ma problem.
- 85% Polaków uważa, że raczej wie, w jaki sposób zapobiegać próchnicy, ale 73% społeczeństwa uważa, że nie robi wystarczająco dużo, by jej przeciwdziałać. Jako obszary do poprawy respondenci wskazali na:
  – ograniczenie spożycia cukru/słodyczy (38%),
  – zwiększenie częstotliwości szczotkowania zębów (27%),
  – rozszerzenie zakresu higieny jamy ustnej o nitkowanie, płukanie oraz intensywną fluoryzacje (27%),
  – zwiększenie częstotliwość wizyt kontrolnych u dentysty (23%).

Piśmiennictwo:

1. World Health Organization, Report on Oral Health, 2003. Available at: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndaye C. (2005) The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organisation; 83; 661-669.

3. Holmlund A., Hedin M., Pussinen PJ, Lerner UH, Lind L., Porphyromonasgingivalis (Pg) a possible link between impaired oral health and acute myocardial infarction, Int J Cardiol, 2011 Apr 14; 148(2): 148-53.

4. British Dental Health Foundation.

Na podst.: materiały prasowe

– dla zdrowych zębów w przyszłości", której cele to edukacja społeczeństwa na temat metod zapobiegania i leczenia wczesnej próchnicy oraz aktywizacja ruchu na rzecz przyszłości wolnej od próchnicy.

„Zarówno posiadane zasoby, jak i działania podejmowane przez środowisko stomatologiczne i instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym w celu zwalczenia próchnicy nie są w Polsce wystarczające" – mówi Anna Lella, lekarz dentysta, prezydent-elekt ERO-FDI, przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej Naczelnej Rady Lekarskiej. „W efekcie w naszym kraju niemal wszyscy dorośli w wieku 35-44 lata dotknięci są próchnicą (99,9%) i cierpią z powodu problemu zdrowotnego, z którym wiemy, jak sobie poradzić. Musimy zająć się nim z większą uwagą, by decydenci także zobaczyli, że to istotny problem zdrowotny. To właśnie planujemy zrobić w naszym kraju" – dodaje.

Społeczną kampanię edukacyjną ACFF wspiera Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. „Próchnica jest ważnym problemem zdrowotnym, który zasługuje na baczną uwagę. Pomagając rozpowszechnić informacje o tej kampanii, możemy wszyscy przyczynić się do wzrostu świadomości tej choroby, a także zachęcać do zmiany nawyków żywieniowych i lepszej higieny jamy ustnej w Polsce" – mówi dr Dorota Olczak-Kowalczyk reprezentująca Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

Alliance for a Cavity-FreeFuture (ACFF) jest ogólnoświatową organizacją pożytku publicznego zrzeszającą ekspertów promujących połączenie działań środowisk medycznych oraz inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego, które ma na celu pomoc we wprowadzaniu niezbędnych zmian w praktykach stomatologicznych stosowanych na całym świecie, a także pozytywny wpływ na nawyki higieniczne społeczeństwa. Zmiany te są konieczne w procesie przeciwdziałania powstawaniu i progresji zmian próchniczych u pacjentów we wszystkich grupach wiekowych. To krok w kierunku przyszłości wolnej od próchnicy.

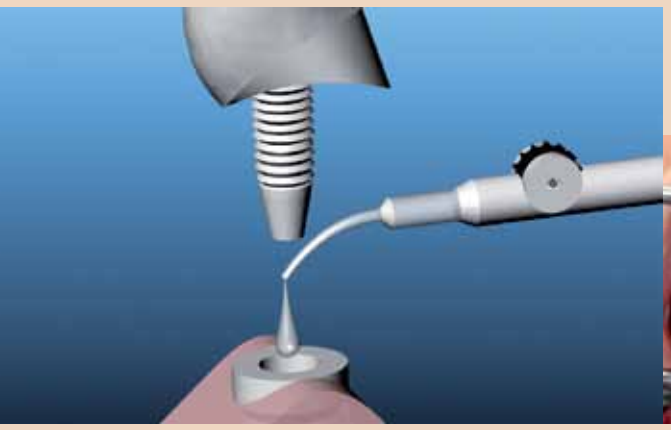
Więcej na temat Sojuszu: *www.AllianceForACavityFreeFuture.org.* DT

AD

Skuteczna profilaktyka *periimplantitis*

Claus Udo Fritzemeier, Niemcy

W ciągu ostatnich dziesięcioleci implantologia stała się jedną z najbardziej innowacyjnych dziedzin stomatologii. Oczekuje się, że jej rozwój w najbliższej przyszłości będzie równie dynamiczny. W porównaniu do wcześniej stosowanych metod protetycznych, implantacja stomatologiczna to zabiegi względnie proste i mało obciążające pacjentów. Ma też wiele zalet: fizjologiczne przeniesienie sił żucia na kości, co w pewnych sytuacjach generuje nawet wzrost tkanki kostnej. Dlatego na tym tle implantologia w połączeniu z różnymi rozwiązaniami protetycznym jest uznaną i przyjętą do stosowania w praktyce dziedziną medycyny. Jednocześnie, jednym z najczęstszych i zarazem najgroźniejszych powikłań występujących w implantologii jest *periimplantitis* (Ryc. 1), które zazwyczaj prowadzi do utraty implantu w sytuacji, gdy pacjent nie jest leczony.



Ryc. 1: Periimplantitis klinicznie i X-ray.

Ryc. 2: Implant – szczeliny i wolne przestrzenie zaznaczono na niebiesko.

Wprowadzenie

Początkowo, choroby tkanki wokół implantu objawiają się zapaleniem błony śluzowej z postępującą utratą kości w okolicy implantu – tak jak opisał to Albrektsson. Przyczyny tej choroby są złożone, istnieją też różne hipotezy dotyczące rozwoju *pe-*

AD

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

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

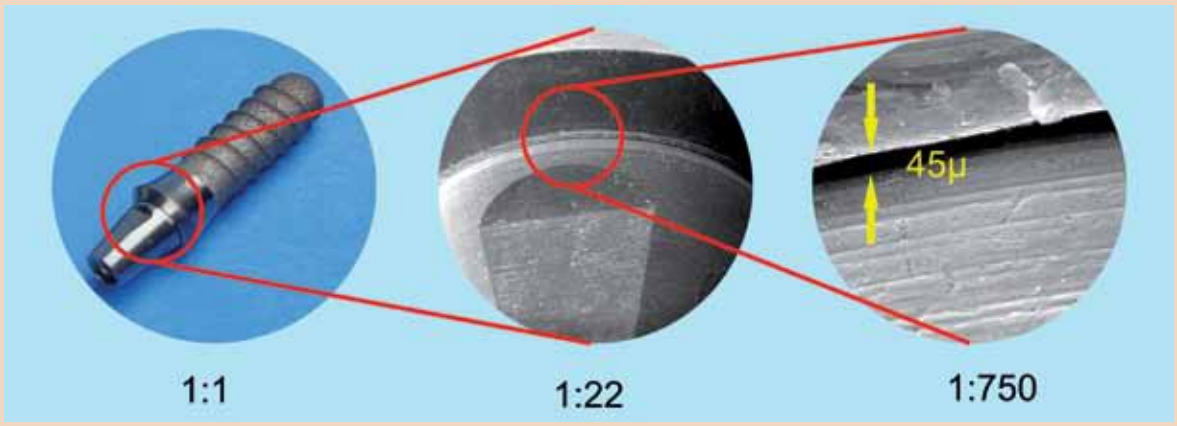
Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road,
Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax: +852 3113 6199

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

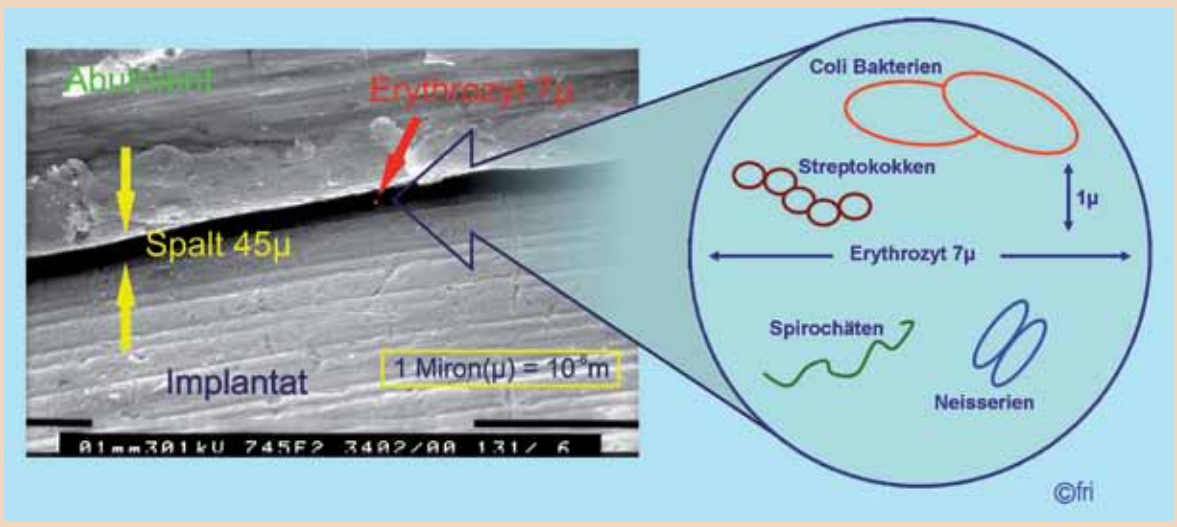
International Editorial Board

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

© 2014, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved



Ryc. 3: Użyty implant wybrany losowo – zaznaczono obszar spod mikroskopu świetlnego i elektronowego (marka celowo bez nazwy).



Ryc. 4: Szczelina między implantem i łącznikiem w stosunku do erytrocytów o średnicy 7µ (µ = 10-6 m), powiększenie 745 x, losowo wybrane bakterie podane do skali w porównaniu do erytrocytów.

riimplantitis. Wśród nich są m.in.: niewystarczająca higiena jamy ustnej, zaniki tkanki miękkiej, a także przeciążenia implantów. Wymienione czynniki wzbudzają jednak dyskusję doświadczonych implantologów, np.: „Brak lub niewystarczająca szerokość dziąsła zrogowaciałego nie ma etiologicznego związku z rozwojem zapalenia dziąseł i *periimplantitis*" lub: „Wszczep funkcjonalny implantu nie jest odpowiedzialny w całości za stopniową utratę kości". Oznacza to, że muszą występować dodatkowe czynniki patologiczne, które wywołują i podtrzymują proces choroby. Terapie obejmują poprawę podstawowych zasad higieny, stosowanie antybiotyków i wkładów dezynfekujących umieszczanych w kieszonkach zębowych, kiretaż kieszonek w przypadku, gdy są głębokie, aż do zabiegów ultradźwiękowych i laserowych w miejscach zapalenia tkanek miękkich. Uwaga nie powinna jednak skupiać się na leczeniu, a prewencji i skutecznej profilaktyce *periimplantitis*.

Refleksje na temat luk i przestrzeni wszczepionych implantów

Faktem jest, że implanty zawierają puste przestrzenie, które oczywiście można zminimalizować, ale nie całkowicie wyeliminować podczas precyzyjnego i skrupulatnego procesu produkcji. Podczas implantacji również gwint, szczeliny i luki mogą zostać zanieczyszczone bakteriami pochodzącymi z jamy ustnej, co także jest nieuniknione (Ryc. 2).

Ponowne zainfekowanie przez implant nie może być zatem wykluczone. Na prawie każdym wszczepionym implancie zauważyliśmy zgniły zapach infekcji, która została wyodrębniona bawełnianym patyczkiem. W 1996 r. rozpoczęto badania potwierdzające, że luki i puste przestrzenie w wewnętrznej powierzchni implantu były zanieczyszczone bakteriami, których wymaz pasuje do rozmazu bakterii z przestrzeni międzyzębowych. Znamy konstrukcję implantów dzięki rysunkom technicznym, znamy ich wymiary, położenie, wielkość i przekrój dzięki promieniom x, jest wiec jasne, że wszczepienie implantu nie jest pozbawione wymienionych okoliczności.

Uwagi te dotyczą także przykręcanych odbudów. Wydawać by się mogło, że te odbudowy są zamknięte cementem mocującym, ale wszyscy znają zapach, który wyłania się, gdy wiercimy w cemencie mostu lub korony. Jest to dowód istnienie bakterii przenikających również tam. Sposób przedostawania się bakterii do wnętrza implantu jest zrozumiany i można to łatwo udowodnić poprzez użycie mikroskopu świetlnego i elektronowego podczas badania użytego implantu (Ryc. 3).

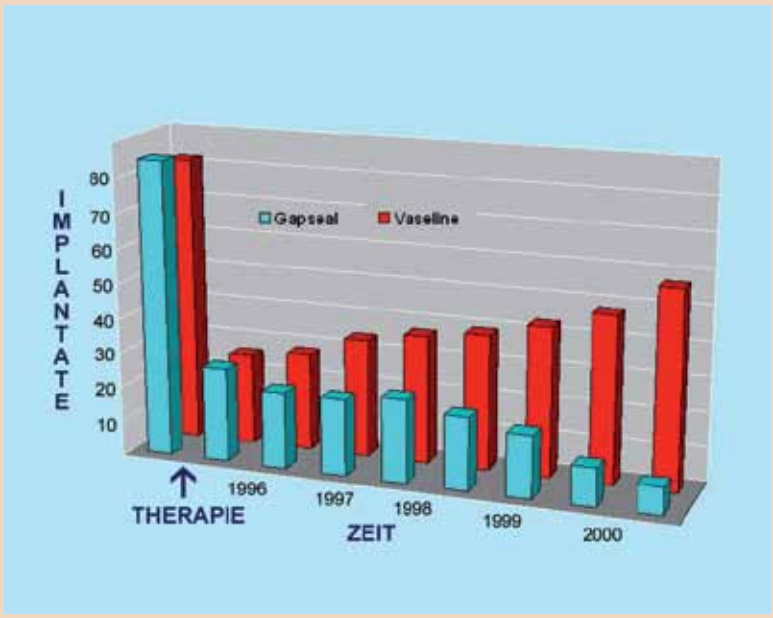
Praca autorstwa Binon pt.: „Implant Component Compatibility" potwierdza tę kwestię jednoznacznie. Wyniki badań mikroskopem elektronowym wykazały, że nawet przy dobrym dopasowaniu makroskopowym występują poważne luki. Ponadto, siły kapilarne i mikroruchy między implantem a łącznikiem dzięki ślinie są dodatkowo idealnym przekaźnikiem materiału zakaźnego. Na rycinie 4 przedstawiono proporcję szczeliny znajdującej się pomiędzy implantem i odbudową w stosunku do erytrocytów. W celu pokazania wymiarów w sposób bardziej wyrazisty, losowo wybrane drobnoustroje pokazane są na skali w porównaniu do erytrocytów.

Rozwój *periimplantitis* przez ponowne zakażenia od implantu

Implant zostanie zanieczyszczony bakteriami z jamy ustnej natychmiast po otwarciu w celu implantacji. Rozmnażanie bakterii rozpoczyna się tuż po dokręcaniu śruby zamykającej, chyba że wnętrze implantu zostało uprzed-

Ryc. 5: Aplikator GapSeal® z karpulami – z możliwością sterylizacji.

AD



Ryc. 6: Badania porównawcze między GapSeal® i wazeliną. Pozytywne wyniki periimplantitis dla 167 implantów. Przypadki badane w latach 1996 i 2000. Tkanki pozostawały w stanie ustalonym lub wolne od zapalenia.

nio zdezynfekowane i uszczelnione. Jednak ciepło i wilgoć to idealne warunki do rozwój grzybów i bakterii, wiec ponowne zakażenie tkanek za pośrednictwem zewnętrznych czynników jest kwestią czasu. Zatem mimo leczenia obszaru wokół implantu, efekt jest zawsze krótkotrwały.

Rozwój i skuteczność GapSeal®

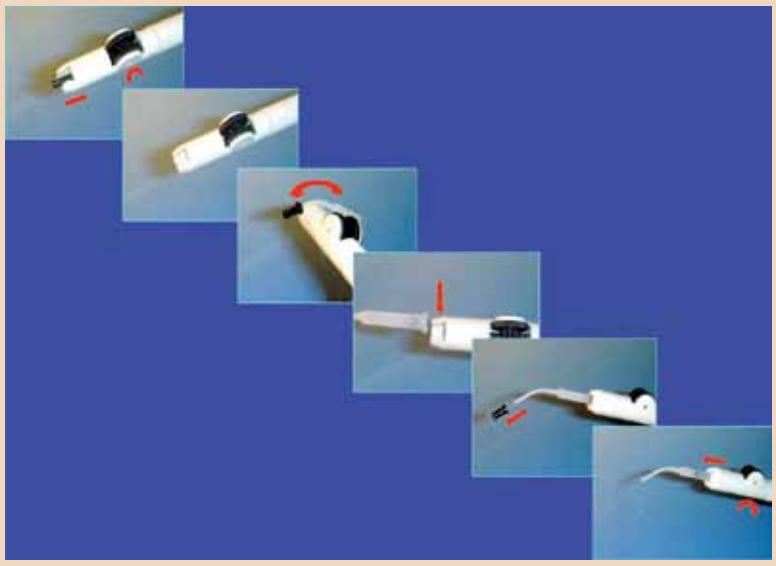
Aby przeciwdziałać tym reinfekcjom, opracowano materiał oparty na osnowie silikonowej o dużej lepkości, która uszczelnia implant i efektywnie chroni jego powierzchnię przed wnikaniem bakterii i grzybów. Żaden antybiotyk nie byłby skuteczny w tak małych dawkach i z pewnością przyczyniłby się do uodpornienia na jego działanie. Właściwości bakteriobójcze i grzybobójcze oraz skuteczność przed wirusami ten środek zawdzięcza zasadzie: „Jeżeli już coś jest, to nic innego nie może się tam dostać. Jeśli medium nie ma tzw. warunków hodowlanych, na takim gruncie nic nie urośnie". Materiał spełnił zadanie lepiej niż zakładano, a następnie nadano mu nazwę „GapSeal®" (Ryc. 5), czyli „uszczelniacz szczelin" (przyp. red.).

Do badań nazwanych od metody: „podzielone usta", na implanty po prawej stronie zaaplikowano GapSeal®, na lewą część implantów wazelinę. Podczas tego badania klinicznego wazelina okazała się istotnie zanieczyszczona, natomiast po stronie GapSeal® nie odnotowano jakichkolwiek dowodów na wzrost bakterii. Zostało to potwierdzone w wyniku kolejnych badań trwających 6 miesięcy. Liczba bakterii (CFU = jednostki tworzące kolonie) na każdym implancie została oznaczona przez seryjne rozcieńczanie, a następnie przez zliczenie CFU na płytkach inkubacyjnych. Proces ten umożliwił oznaczenie bakterii znajdujących się w każdym implancie. Byliśmy w stanie udowodnić skuteczność materiału poprzez przeprowadzenie uzupełniających badań w latach 1990-2000 i nie możemy zrezygnować z używania GapSeal® od tego czasu (Ryc. 6). Badania te ostatecznie wykazały znaczącą redukcję *periimplantitis*, tj. o ponad 33% implantów zamkniętych z GapSeal®.

Stosowanie

Z powodu opisanych czynników GapSeal® daje możliwość aplikację do wnętrza implantu natychmiast po zdjęciu i założeniu karpuli, eliminując w ten sposób potencjalne *periimplantitis* i czynnik wywołujące ponowne zakażenia. W tym celu należy włożyć karpulę, a następnie usunąć nasadkę. Zaleca się, aby karpulę docisnąć wokół aplikatora w zależności od stanu napełnienia. Jeżeli podczas aplikacji nadmiar materiału wypływa z implantu podczas dokręcania śruby gojącej, wskazuje to na dobry poziom wypełnienia (Ryc. 7).

Materiały te są dostarczane w sterylnych opakowaniach blistrowych. Aplikator nadaje się do sterylizacji w autoklawie. W przypadku, gdy GapSeal® stosowano na implant, wskazane jest dokładne oczyszczenie wnętrza alkoholem. Przy każdorazowym odsłanianiu implantu zaleca się ponowną aplikację GapSeal® po uprzednim usunięciu resztek poprzedniej aplikacji. Należy stosować w tym celu ksylol lub alkohol. Materiał GapSeal® jest bardzo stabilny, zachowuje swoje właściwości latami, nie wymaga wymiany ani uzupełniania.



Ryc. 7: Korzystanie z aplikatora i karpuli.

Wyniki i dyskusja

To właśnie *periimplantitis* jest tym powikłaniem występującym w implantologii, którego najbardziej obawiają się specjaliści. Szczególnie, gdy zakończono już proces leczenia implantologicznego i protetycznego. Sugestie dotyczące leczenia są stosowane w wielu wariantach i odmianach również w praktyce. Jednakże, wydaje się być uzasadnione położenie nacisku na działania mające na celu zapobieganie przyczynom *periimplantitis*. Pewne jest, że w dużej mierze pochodzą one od ponownego zainfekowania luk i szczelin implantu. Możliwość kolonizacji bakterii we wnętrzach implantów istnieje i fakt ten nie powinien być bagatelizowany. Sposoby przeciwdziałania ponownemu zakażeniu są opisywane w literaturze specjalistycznej od lat. Obecnie GapSeal® z 16-letnimi obserwacjami klinicznymi oferuje skuteczną profilaktykę przeciwko *periimplantitis*. DT

GapSeal® Set (Applicator with 10 Tips) REF HW-152 041
GapSeal® (10 Tips a 0,06 ml) REF HW-152 040
Applicator separately REF HW-152 042

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstrase 1,
47269 Duisburg
Tel. +49 (203) 992690
Fax +49 (203) 299283
www.hagerwerken.de
info@hagerwerken.de

Autor

Prof. dr Claus Udo Fritzemeier ukończył studia medyczne i stomatologiczne w Berlinie, Zurichu i Hamburgu, zdobywając certyfikat w dziedzinie stomatologii w 1968 r., tytuł doktora nauk medycznych i stomatologii w 1972 i 1974 r. oraz certyfikat lekarza medycyny w 1974 r. Jest prof. chirurgii jamy ustnej i szczękowo-twarzowej od 1984 r. Od 2006 r. na emeryturze, od 2010 r. pełni funkcję wykładowcy i konsultanta.

CROIXTURE

PROFESSIONAL MEDICAL COUTURE

EXPERIENCE OUR ENTIRE COLLECTION ONLINE

WWW.CROIXTURE.COM

XII Kongres Europejskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej

Na początku czerwca (5-8. 06.2014 r.) w Sopocie odbył się w XII Kongres Europejskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej (European Academy of Paediatric Dentistry – EAPD). Wzięło w nim udział blisko 700 specjalistów stomatologii dziecięcej z całego świata. W ramach kongresu podjęto szereg tematów związanych z promocją zdrowia jamy ustnej, próchnicą wśród dzieci, regeneracją zębów oraz pracą z dziećmi autystycznymi.

Z dużym zainteresowaniem spotkała się sesja naukowa pt.: „Promocja zdrowia jamy ustnej w ujęciu społecznym", którą patronatem merytorycznym objął Instytut Blend-a-med Oral-B, współpracujący z EAPD od blisko 20 lat. W ramach sesji wykładowcy zwracali uwagę na znaczenie konsolidacji środowisk i instytucji w podnoszeniu stanu higieny jamy ustnej wśród dzieci, rolę codziennej higieny jamy ustnej, właściwej diety oraz zaangażowania przedstawicieli opieki zdrowotnej, nauczycieli i rodziców. Dzielono się doświadczeniami oraz skutecznymi praktykami. Podkreślano ważność nowych technologii i rozwiązań wprowadzanych przez przemysł, które mogą pozytywnie wpływać na stan higieny jamy ustnej dzieci, szczególnie na poważny problem, jakim jest obecnie próchnica u dzieci. W ramach sesji podjęto 3 tematy, zakończone wspólną dyskusją:

Fot.: Instytut Blend-a-med Oral-B

„Sposoby zapobiegania próchnicy wczesnego dzieciństwa – rezultaty międzydyscyplinarnego programu z Niemiec", zaprezentowany przez dr n. med. Yvonne Wagner z Zakładu Stomatologii Dziecięcej i Profilaktyki, Szpitala i Uniwerytetu w Jenie, Niemcy. Dr Yvonne Wagner podkreślała znaczenie właściwej higieny jamy ustnej u dzieci w wieku 0-3 lata. Przekonywała, że wczesna próchnica (Early Childhood Caries – ECC) jest poważnym problemem zdrowia jamy ustnej i jednym z najczęstszych schorzeń u najmłodszych dzieci. ECC jest ostrą formą próchnicy zębów, powodującą silną destrukcję pierwszych zębów. Badania wskazują, że na świecie próchnica zębów dotyka 5-94% dzieci w wieku 1-5 lat. EEC wpływa na jakość życia dziecka, jego zdrowie i rozwój. Dr Wagner zwracała uwagę, że ECC jest wieloczynnikowym schorzeniem. Światowa Inicjatywa Przeciwdziałania Próchnicy (Global Caries Initiative – GCI, FDI 2012) nadała priorytet programom ukierunkowanym na kobiety w ciąży oraz małe dzieci. Podkreśliła także potrzebę tworzenia wielosektorowych programów oraz wzmocnienie roli lekarza dentysty w opiece nad kobietą ciężarną oraz małymi dziećmi. W 2008 r. Uniwersytet w Jenie, we współpracy z partnerami zapoczątkował Pogram Ochrony Zdrowia Jamy Ustnej (OHPP). Program zakłada ustanowienie: nawyku mycia zębów niemowląt od momentu pojawienia się pierwszego zęba, wizyt u lekarza dentysty w pierwszym roku życia dziecka, bazy czynników sprzyjających próchnicy, regularnej fluoryzacji. Wszyscy rodzice noworodków mieli możliwość udziału w programie. Wykwalifikowany personel medyczny odwiedzał noworodki (ok. 1000 dzieci w roku). Rodzice otrzymywali ustną oraz pisemną informację dotyczącą zdrowia i higieny jamy ustnej małego dziecka, udzielano im także instrukcji dotyczącej właściwego szczotkowania zębów dziecka. W oparciu o rezultaty programu prowadzonego w Niemczech widać, że kluczowe znaczenie mają działania międzyzespołowe. Wykazano także, że ogromnym wyzwaniem jest przestrzeganie zasad zdrowego żywienia. Dr Wagner podkreśliła zaangażowanie partnerów w przebieg programu, w tym Instytutu Blend-a-med Oral-B. Zapytana o kluczowe przesłanie do uczestników sesji powiedziała: „Konieczne jest nowe podejście do problemu próchnicy u dzieci. Bardzo ważne jest zaangażowanie ginekologów i położnych oraz przedstawicieli środowisk pozamedycznych, także przestrzeganie zasad zdrowego żywienia".

„Edukacja dotycząca zdrowia jamy ustnej w szkołach podstawowych. Czy dawanie wskazówek wystarczy, aby wypromować higienę jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży?" – zaprezentowany przez dr. n. med. Nicka Lygidakis, pedodonty, konsultanta Regionalnego Centrum Dentystycznego dla Dzieci, honorowego pracownika Wydziału Stomatologii Dziecięcej na Uniwersytecie Leeds w Wielkiej Brytanii. Dr Nick Lygidakis skupił się na znaczeniu szkół w promocji właściwej higieny jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży. Szkoły są uznawane za skuteczne miejsce promocji zdrowych zachowań, ponieważ oferują naturalne środowisko do podejmowania rozmów i działań dotyczących zdrowia, dbania o siebie, właściwych zachowań oraz zdobywania szeroko rozumianych umiejętności. W trakcie wykładu podkreślał, że efektywny program szkolny to taki, który jest skierowany na dziecko,

AD

Join the largest educational network in dentistry!

DT STUDY CLUB
COURSES | DISCUSSIONS | BLOGS | MENTORING

www.DTStudyClub.com

→ education everywhere and anytime
→ live and interactive webinars
→ more than 500 archived courses
→ a focused discussion forum
→ free membership
→ no travel costs
→ no time away from the practice
→ interaction with colleagues and experts across the globe
→ a growing database of scientific articles and case reports
→ ADA CERP-recognized credit administration

Register for FREE!

ADA C·E·R·P® | Continuing Education Recognition Program
ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providersof 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.

fdi

dti] Dental Tribune International

ciągły, dostosowany do jego wieku, uczący konkretnych umiejętności oraz właściwe osadzony w środowisku dziecka. Dr Lygidakis zapoznał uczestników sesji z wieloelementowym programem szkolnym realizowanym obecnie w Grecji. Program obejmuje m.in. seminaria i warsztaty dla nauczycieli szkolnych, kliniczną kontrolę zębów na terenie szkoły, kwestionariusze dla rodziców i uczniów, dystrybucję szczoteczek do zębów oraz past zawierających fluor do używania w domu, wizyty w gabinetach dentystycznych, dyskusje oraz ewaluację programu poprzez ankiety i kontrole kliniczne. Podkreślał aktywną rolę, którą w programie pełnią nauczyciele – prezentują cel i założenia programu, przeprowadzają dyskusje tematyczne, zlecają wykonanie projektów dotyczących zagadnienia oraz wykorzystujących nowatorskie techniki (obrazy, przedstawienia teatralne, piosenki, plakaty, rzeźby, itp.), dystrybuują materiały edukacyjne. Zaprezentował pierwsze rezultaty programu. Program okazał się bardziej skuteczny w porównaniu do klasycznych programów, w grupie uczniów 10- i 13-letnich, ale jedynie w okresie 6 miesięcy po zakończeniu programu. Nie stwierdzono jednak statystycznie istotnej różnicy, kiedy badano efektywność programu po czasie 18 miesięcy od jego zakończenia. Bardziej z programu skorzystali uczniowie 13-letni, posiadając większą wiedzę nt. higieny jamy ustnej, prozdrowotnych zachowań oraz faktycznego stanu dziąseł. W kolejnych edycjach programu planowane jest zwiększenie zaangażowania rodziców oraz wprowadzenie dodatkowych metody kontroli właściwego szczotkowania oraz procesu fluoryzacji. Dr Lygidakis zakończył słowami: „Zmiana zachowań na prozdrowotne jest długim procesem, w którym programy szkolne powinny pełnić ważną rolę".

„Childsmile Programme – przykład programu ze Szkocji", zaprezentowany przez prof. Lornę Macpherson z Uniwersytetu w Glasgow, Honorowego Konsultanta z zakresu Stomatologicznego Zdrowia Publicznego, członka zarządu HHS w Glasgow i Clyde. Prof. Lorna Macpherson zaprezentowała innowacyjny program o „Dziecięcy Uśmiech" (Childsmile Programme), który bazuje na uniwersalnym podejściu, obejmującym szczotkowanie pierwszych zębów u niemowląt, fluoryzację przeprowadzaną w żłobkach, przedszkolach i szkołach oraz zmiany w systemie ogólnej opieki zdrowotnej w kierunku większej promocji higieny i zdrowia jamy ustnej. Co ważne, w realizację programu zaangażowanych jest wiele środowisk i instytucji, naturalnie związanych z opieką nad małym dzieckiem. Przed wprowadzeniem programu, 54% 5-latków w Szkocji zmagało się z próchnicą (badania z 2000 r.). Po wprowadzeniu programu mycia zębów (2001 r.), a następnie programu „Childsmile programme", poziom próchnicy obniżył się znacząco, do 34%, w 2012 r. Dodatkowo, pomiędzy rokiem 2002 i 2011, liczba stosowanych znieczuleń ogólnych do ekstrakcji zębów zmniejszyła się z 15,877 do 10,128. Po sesji prof. Macpherson podkreślała: „Aby nastąpiły pozytywne zmiany, konieczne jest przejście z myślenia o higienie jamy ustnej do myślenia o zdrowiu jako całości."

Zarówno w części wykładowej, jak i w czasie wspólnej dyskusji, uczestnicy sesji podkreślali znaczenie konsolidacji środowisk i instytucji medycznych w podnoszeniu stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży. Podkreślano rolę codziennej higieny jamy ustnej, właściwej diety oraz zaangażowania ochrony zdrowia, nauczycieli i rodziców. Zachęcano do przejścia z myślenia o zdrowiu jamy ustnej do myślenia o zdrowiu całego organizmu. Dzielono się doświadczeniami oraz sprawdzonymi praktykami. Podkreślano rolę partnerów w prowadzonych programach oraz nowych technologii i nowoczesnych rozwiązań wprowadzanych przez przemysł, które mogą pozytywnie wpływać na stan higieny jamy ustnej dzieci, szczególnie na poważny problem, jakim jest obecnie próchnica. DT

Rooter – nowe technologie w leczeniu stomatologicznym

Firma FKG Dentaire SA z La Chaux de Fonds w Szwajcarii ogłasza światową premierę nowego mikrosilnika Rooter, przeznaczonego do leczenia endodontycznego, nazywanego też leczeniem kanałowym (ang. root canal treatment). Inżynierowie wprowadzili innowacje na każdym etapie procesu projektowania mikrosilnika, a każda z nich ma służyć podniesieniu komfortu pacjenta i funkcjonalności pracy lekarza dentysty. Efekt ostateczny to lepsza akceptacja zabiegu przez pacjenta.

Leczenie endodontyczne rzadko jest przyjemne dla pacjenta, pomimo że nowoczesne narzędzia i procedury opracowywane są z myślą o ograniczeniu jego dyskomfortu. Mikrosilnik Rooter firmy FKG Dentaire także koncentruje się na przydatności dla lekarza dentysty i endodonty. „Odpowiadamy na potrzeby i oczekiwania specjalistów, ułatwiając przeprowadzanie złożonych zabiegów dzięki całemu wielu innowacyjnym funkcjom" – mówi Thierry Rouiller, dyrektor wykonawczy firmy FKG Dentaire. „Są to np. fabrycznie zaprogramowane zapamiętane lokalizacje, większa swoboda wyboru ruchów dzięki technologii bezprzewodowej, wyjątkowa ergonomia urządzenia, a nawet dioda LED w celu poprawy widoczności podczas zabiegu. Wszystkie te cechy to naprawdę innowacyjne rozwiązania, cechujące mikrosilnik Rooter" – dodaje.

Wybrane dane techniczne:
- silna biała dioda LED, zogniskowana na obszarze roboczym,
- szeroki zakres ustawień prędkości: 250-1200 rpm,
- 10 programowalnych zapamiętanych lokalizacji, z których 3 są zaprogramowane fabrycznie,
- 360° obrotu w 5 pozycjach,
- automatyczne zatrzymywanie pilnika w razie zablokowania lub przekroczenia wybranego momentu obrotowego,
- urządzenie bezprzewodowe, wyposażone w baterię Li-Ion, zapewniającą stałą prędkość obrotową. DT

Szczegółowe informacje:
e-mail : info@fkg.ch
tel.: +41 (0)32 924 22 44

AD