

- Opowieść o pierwszej kobiecie stomatologu
- Droga do środków Unii Europejskiej
- Polskie Towarzystwo Stomatologiczne – portret Oddziału w Krakowie
- KRAKIDENT 2006
- Cierniowa droga do specjalizacji
- Dr n. med.  
Witold Jurczyński:  
*Ocena skuteczności bakterioobójczej i przeciwwzapalnej lasera Nd-Yag w leczeniu chorób przyzębia*
- Lek. dent.  
Wojciech Rabczak:  
*Diagnostyka próchnicy na powierzchniach stycznych i metody odbudowy punktów stycznych – przegląd literatury*
- Liczne szkolenia
- Smaczki z wokandy
- Finansowe kruczki

Na okładce:  
Wyrrywacz zębów (fragment),  
Gerrit van Honthorst, Luwr, Paryż

## Koleżanki i Koledzy Lekarze Dentyści



Tak zwane artykuły wstępne mają to do siebie, że bywają nudnawe. Chciałbym uniknąć tej sytuacji i przytoczyć Państwu fragmenty listu, który na prośbę wielu naszych Koleżanek i Kolegów kierowałem 5 kwietnia br. do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ p. Stanisława Helbicha i Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ p. Piotra Latawca.

„Szanowny Panie Dyrektorze! Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zwraca się do Pana z wnioskiem o podjęcie działań mających na celu zwiększenie wartości finansowej świadczeń stomatologicznych. Dalsza praca w ramach umowy z NFZ, za wynagrodzenie zbliżone do poziomu w 1999 roku i nie pokrywające kosztów tych świadczeń, nie jest już możliwa. Fakt, że dodatkowe środki finansowe, jakimi ma dysponować NFZ w roku 2007 w kwocie ok. 4 mld zł mają być przeznaczone na płać wyłącznie w publicznych ZOZ-ach, **a nie na urealnienie cen świadczeń** oznacza – że stomatologia, w przeważającej mierze niepubliczna, nie będzie mogła z tych środków skorzystać.

Świadczenia stomatologiczne są w chwili obecnej jedyną dziedziną medycyny, którą NFZ finansuje prawie niezmiennie według stawek przyjętych 7 lat temu (...), czyli od początku funkcjonowania w Polsce systemu ubezpieczeniowego.

Oczywiste jest, że jak kiedyś kasom chorych, tak obecnie NFZ, służy atrybut absolutnej pozycji monopolistycznej na rynku finansowania świadczeń (...), a to stanowi niewątpliwą pokusę do narzucania świadczeniodawcom (lekarzom i zakładom opieki zdrowotnej) cen usług poniżej kosztu ich wytworzenia. Na to nakłada się jeszcze niedoszacowanie ich wartości w umowach z NFZ, przy praktycznym braku możliwości negocjacji wycen.

Panie Dyrektorze, na zlecenie Naczelnej Rady Lekarskiej, przy udziale Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, przygotowano zostało przez niezależnego eksperta opracowanie, które jest w Pana posiadaniu, zawierające aktualizację kosztów jednostkowych procedur stomatologicznych pt.: „**Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego**”. Pierwotna wersja opracowania przygotowana została w październiku 2003 roku. W chwili obecnej, przy uwzględnieniu zmian wszystkich przyjętych podówczas wskaźników, dokonana została aktualizacja wyliczeń. Wynika z nich, że stan znaczącego niedoszacowania kosztów świadczeń stomatologicznych uległ w okresie ostatnich dwóch lat dalszemu pogłębieniu (...)

W dodatku przedmiotowe opracowanie dotyczy li tylko wyliczenia kosztów świadczeń zdrowotnych, wykonywanych na zlecenie NFZ, nie uwzględniając zysku (zarobku), który wszak w każdej działalności gospodarczej jest warunkiem jej sensu. (...)

Tak niskie nakłady na opiekę stomatologiczną ze środków publicznych muszą prowadzić nie tylko do zapaści finansowej gabinetów lekarskich i placówek służby zdrowia, ale również w prostej linii do pogorszenia stanu zdrowia jamy ustnej i zębów całej populacji, w tym, dzieci i młodzieży.

Badania epidemiologiczne (...) dowodzą, że choroba próchnicowa zębów u młodzieży 12-letniej występuje u 90% populacji, stale narastając. Na 1 dziecko w tej grupie wiekowej przypada wskaźnik PUW = 4,4. Z tej liczby już 1,4 zęba stałego jest usunięte lub do usunięcia. Skutki tego stanu powodować będą w przyszłości konieczność ponoszenia coraz większych nakładów związanych nie tylko z prowadzeniem kosztownego leczenia ortodontycznego i protetycznego, ale musi dojść do znacznego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia obywateli z powodu chorób odogniskowych odległych narządów (serca, nerek, przewodu pokarmowego, itd.).

Mając na uwadze przedstawione wyżej argumenty, raz jeszcze zwracamy się do Pana Dyrektora z wnioskiem o zwiększenie wartości finansowej świadczeń stomatologicznych w takim stopniu, by zapłata uzyskiwana od NFZ przez lekarzy i zakłady udzielające świadczeń osobom ubezpieczonym za wykonane usługi, pokryła przynajmniej ponoszone z tego tytułu koszty".

\* \* \*

Czy poskutkuje? – nie ręczę. List skierowałem w odpisie do Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religi, prezesa NFZ Jerzego Millera oraz prezesa NRL dr Konstantego Radziwiłła.

Lek. dent. Robert Stępień  
wiceprzewodniczący ORL w Krakowie

## O pierwszej kobiecie w naszym zawodzie

Przez długie stulecia, bo aż do połowy XIX w., chirurgia znajdowała się w rękach cyrulików-rzemieślników zrzeszonych, podobnie jak inni rękodzielnicy, w cechy. Cechy działały w oparciu o pewne przywileje potwierdzane przez samego króla, a rządziły się obowiązującymi statutami, które broniły interesów członków cechu, ale też stawiały im pewne wymagania, co chroniło przed partactwem.

Cechy zrzeszały wyłącznie mężczyzn, o kobiecie cyruliku dotąd nie słyszano. I oto w „Tygodniku Krakowskim” z 1834 r. (nr 38 s.193) znajdujemy przedruk starego dokumentu, być może dziś już nieistniejącego, pod sensacyjnym tytułem:

### ROBIĘTA CHIRURG.

ODPOWIEDZ NA PROŚBĘ P. BENDZISŁAWSKIEJ WDOWE, DANA OD KOMISSYI R. 1698 PRZEGLĄDAJĄC ŻUPY WIELICKIE.

Były nam produkowane przez p. Bendzislawska Magdalene wdowę, dwa przywileje anni 1694 od najjużs. ś. p. króla Jana III. sławeinemu niegdy Bendzislawskiemu Walentemu chirurgowi żupacemu napewne diaria i laski w żupie wielickiej conferowane, a drugi confirmationis od najjużs. Augusta szczęśliwie panującego na koronaciej die 6ta 8bris r. 1697 teje p. Bendzislawskiej iure communicativo służący; więc że przywileje te in vim chirurgii dla wygody robotnika chorego są nadane, a p. Bendzislawska ydualia vota mutat za chirurga w tém rzemieśle multorum testimonio doskonałego, tedy in eo supposito tej panią Bendzislawskę circa gratias przywilejami pomianowanymi specificatas mocą niniejszej kommissy conservujemy.

Wynika z niego, że w r. 1698 odpowiednia komisja dokonywała wizytacji żup wielickich. Wtedy to niejaka Magdalena Bendzislawska wystąpiła o potwierdzenie prawa wykonywania praktyki cyrulickiej. Przedstawiła przy tym dwa przywileje: jeden wydany w 1694 r. przez Jana III Sobieskiego dla jej męża Walentego Bendzislawskiego „chirurga żupnego” na określone świadczenia i drugi z r. 1697 wydany przez króla Augusta I Sasa w dniu koronacji tj. 6 października dla samej Magdaleny Bendzislawskiej, naówczas już wdowy, a potwierdzający przysługujące jej po mężu prawo wykonywania zawodu, a to „dla wygody robotnika chorego”. Ponieważ Bendzislawska dowiodła na licznych przykładach swej biegłości w tym rzemiośle, Komisja potwierdziła jej, gdzie indziej wyszczególnione przywileje.

Rzecz jasna, zatrudniona w kopalni Bendzislawska musiała zetknąć się z chirurgią urazową (zranienia,

unieruchomienia złamań, leczenia ran, zaopatrywanie oparzeń), ale poza tym puszczała krew i – bez wątpienia usuwała zęby.

Tak zatem mamy pierwszą w naszej historii kobietę, co prawda jeszcze nie stomatologa, ale na pewno ekstraktora, której czynne oddanie się zawodowi zostało potwierdzone królewskim dyplomem.

„Znalaziskiem” tym podzieliłem się z burmistrzem miasta i gminy Wieliczka, dr Józefem Dudą oraz z prof.

dr. hab. Antonim Jodłowskim, dyrektorem Muzeum Żup Krakowskich. Zobaczymy, jaki sposób uczczenia naszej bohaterki wymyślą. A możliwości mają wiele: nazwa ulicy, nazwa komory, pomnik z soli, nazwa przychodni, nazwa ambulatorium chirurgicznego – byle sprawa nie poszła w zapomnienie. Liczę na pomoc Izby Lekarskiej. Trzymajmy kciuki.

Prof. *UJ* dr hab. med. Zdzisław Gajda

## UNIA EUROPEJSKA

### Dotacje Unii Europejskiej



**W ciągu 2 lat naszego członkostwa w Unii Europejskiej, wokół unijnych dotacji urosło wiele mitów, a o naszych doświadczeniach w ich pozyskiwaniu często wolelibyśmy szybko zapomnieć. Wspólnie z p. doktorem Robertem Stępnem postanowiliśmy wprowadzić do ramówki Biuletynu rubrykę, dzięki której będą Państwo otrzymywać obiektywne informacje o możliwościach i procedurach ubiegania się o wsparcie finansowe na rozwój i podnoszenie jakości usług świadczonych przez gabinety stomatologiczne. Zaczniemy od wprowadzenia podstawowych pojęć.**

#### O jakich funduszach mówimy?

Fundusze strukturalne Unii Europejskiej płyną do nas zasadniczo z dwóch źródeł: z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). EFRR jest funduszem, z którego finansowane są „twarde” projekty infrastrukturalne. W obszarze, który nas interesuje wsparcie mogłoby dotyczyć np. nabycia, budowy lub remontu budynku, zakupu sprzętu stomatologicznego, zakupu specjalistycznego oprogramowania, czy wyposażenia gabinetu. EFS, jak sama nazwa wskazuje, to fundusz, w ramach którego realizowane mogłyby być projekty szkoleniowe, doradcze a także projekty skierowane do szerokiej grupy odbiorców, mające na celu upowszechnianie wiedzy lub promowanie zachowań prozdrowotnych oraz programy diagnostyczno-profilaktyczne.

Odbierając sygnały, iż najbardziej naglące potrzeby prowadzonych przez Państwa gabinetów dotyczą konieczności ich doposażenia w nowoczesny sprzęt stomatologiczny, zdecydowanie większy nacisk położymy na możliwości wykorzystania środków EFRR. Jednocześnie proszę o przekazywanie informacji na temat potrzeb szkoleniowych, doradczych, czy też podejmowanych przez Państwa inicjatyw społecznych, dla



których szukać będziemy wsparcia w systemie wykorzystywania środków EFS.

#### Jakie są fakty, których warto być świadomym?

Celem proponowanej przeze mnie rubryki jest przekazywanie Państwu rzetelnych informacji, dlatego od razu pragnę zaznaczyć, iż nie podzielam optymizmu pracowników firm consultingowych i szkoleniowych, których oferty znajdują Państwo codziennie w swoich skrzynkach pocztowych i na podajnikach faksów.

Sytuacja gabinetów stomatologicznych w kontekście pozyskiwania funduszy unijnych jest trudna ze względu na fakt, iż funkcjonując na styku jednostek publicznej służby zdrowia i sektora przedsiębiorstw, muszą one konkurować bądź to z jedną bądź z drugą grupą projektodawców. Jaskrawy podział strumieni finansowych wspierających każdą z tych grup podmiotów sprawia, iż gabinety stomatologiczne są niewystarczająco przedsiębiorstwami w konkursach dla przedsiębiorstw i niewystarczająco jednostkami służby zdrowia w konkursach dla jednostek służby zdrowia. Zrozumiałe jest, iż sytuacja wygląda trochę lepiej w przypadku większych podmiotów, działających np. w formie zakładów opieki zdrowotnej.

Pomimo problemów z tak pożądanym w Programach unijnych, udowodnieniem wpływu inwestycji w gabinetach stomatologicznych na podniesienie konkurencyjności regionu i likwidację bezrobocia strukturalnego, wiele tego typu projektów otrzymało wsparcie finansowe. Niewątpliwą zaletą projektów zgłaszanych przez prywatne praktyki stomatologiczne jest to, iż planowane inwestycje dotyczą zwykle urządzeń zaawansowanych technologicznie, co jest wysoko punktowane.

### Możliwości aplikowania o środki UE na dzień dzisiejszy

W latach 2004-2006 gabinety stomatologiczne korzystały i wciąż jeszcze skorzystać mogą z dotacji inwestycyjnych udzielanych przedsiębiorcom w tzw. Działaniu 3.4 Mikroprzedsiębiorstwa, w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR). Trzeba od razu uczciwie zaznaczyć, iż w województwie małopolskim w chwili obecnej, z powodu wyczerpania środków finansowych, zawieszono konkursy dla tego Działania. W województwie podkarpackim planowana jest jeszcze jedna runda aplikacyjna na przełomie września i października. W tej chwili trudno ocenić, ile środków pozostanie w puli Działania na jesienny konkurs, gdyż trwa jeszcze ocena projektów złożonych na konkurs marcowy. Ze względu na schyłkowość omawianego Programu, ograniczę się jedynie do przekazania Państwu podstawowej wiedzy i wskazania źródeł do jej pogłębienia.

Do konkursu przystąpić mogą, niestety, tylko Mikroprzedsiębiorcy, czyli podmioty, które zo-

stały zarejestrowane nie wcześniej niż 36 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, zatrudniają mniej niż 10 pracowników, a ich majątek ani roczne obroty nie przekraczają 2 000 000 euro. Dotacja w wysokości do 50 000 euro i może zostać przeznaczona na pokrycie części wydatków inwestycyjnych (55% w Krakowie, 65% poza Krakowem) i przekazywana jest w formie refundacji, co oznacza, że najpierw wydajemy 100%, a potem otrzymujemy zwrot. Dofinansowanie może zostać przeznaczone na zakup lub wytworzenie budynku (lokalu), urządzeń i wszelkiej aparatury, oprogramowania, patentu, wyposażenia, a nawet środka transportu (choć z tym jest najtrudniej). Więcej informacji o Programie można uzyskać studiując, ściągnięte z pomocą dowolnej wyszukiwarki internetowej „Uzupełnienie Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego”, a dokładnie w podrozdziale Działanie 3.4 „Mikroprzedsiębiorstwa”. Natomiast o terminach konkursów i środkach, jakie pozostały do zakontraktowania dowiemy się ze stron internetowych Urzędów Marszałkowskich i Małopolskiej (Rzeszowskiej) Agencji Rozwoju Regionalnego lub pod numerami telefonów: 012 29 90 XXX (końcówki: 639, 713, 750, 732, 712) dla Małopolski oraz 017 852 06 06 dla Podkarpacia.

### Perspektywy na lata 2007–2013

Śpieszę potwierdzić, iż pogłoski mówiące o wiele większych niż dotychczas pieniądzach unijnych, które mamy otrzymać w latach 2007-2013 są obiektywnie prawdziwe. Jest tylko jeden warunek: Polska musi udowodnić, iż potrafi te pieniądze sprawnie i efektywnie wykorzystywać, a z tym nie jest najlepiej. Nie tracąc energii na rzeczy, na które nie mamy wpływu, spróbujmy się jak najlepiej przygotować do aplikowania o środki unijne w nowym okresie programowania. System podziału środków w latach 2007-2013 przewiduje stworzenie obok Programów Sektorowych (wdrażanych centralnie) 16 Wojewódzkich Programów Operacyjnych, w których głównie upartych należy nadziei dla Państwa projektów.

Serdecznie zachęcam do lektury tych dokumentów i do zabierania głosu w dyskusji społecznej nad ich ostatecznym kształtem. Dokumenty można pobrać odpowiednio ze stron internetowych

wych [www.malopolskie.pl](http://www.malopolskie.pl) i [www.podkarpackie.pl](http://www.podkarpackie.pl) lub poprzez wpisanie w wyszukiwarce internetowej pełnej nazwy dokumentu (poniżej). Na stronach tych zamieszczona jest także informacja o procedurze udziału w dyskusjach społecznych nad projektami Programów.

### Małopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013

Niestety muszę zacząć od dwóch nienajlepszych wiadomości. Wstępny projekt Programu wyklucza udział prywatnych gabinetów stomatologicznych z aplikowania o środki w Działaniu, którego bezpośrednim celem jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia. Jedynie Ci z Państwa, którzy reprezentują NZOZ zostali tutaj uwzględnieni (oczywiście nie licząc sfery budżetowej). Druga zła wiadomość jest taka, iż nie będzie kontynuacji specjalnego Działania dla Mikroprzedsiębiorców, a Państwa projekty będą konkurowały z wszelkimi projektami zgłaszanymi przez przedsiębiorstwa. To, czy w ostatecznej treści dokumentu zachowane zostaną zapisy wstępnego projektu zależy w dużej mierze od Państwa aktywności w dyskusjach społecznych, do czego jeszcze raz zachęcam.

A teraz parę słów o szansach. Z projektu dokumentu wynika bardzo wyraźnie, iż w Działaniu skierowanym do przedsiębiorców wspierane będą projekty pisane w partnerstwach, których celem będzie tworzenie powiązań pomiędzy małymi firmami w regionie. Doskonale pomysł na projekt byłaby zatem kompleksowa wymiana sprzętu w większej liczbie gabinetów i przeprowadzenie wspólnej akcji promocyjnej oraz udział np. w międzynarodowych targach pod wspólnym szyldem, za co Program przewiduje dodatkowe punkty. Chętnie poznam Państwa opinie na ten temat. Oczywiście w żaden sposób nie oznacza to, iż projekty składane samodzielnie przez gabinety są skazane na klęskę, musimy cierpliwie czekać na ostateczne wersje dokumentów.

### Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2007–2013

Twórcy Programu na liście potencjalnych beneficjentów Działania mającego na celu poprawę



wę infrastruktury zdrowotnej, co prawda umieścili „publiczne i niepubliczne placówki ochrony zdrowia”, ale czy mamy przez to rozumieć także prywatne praktyki stomatologiczne? Zachęcam do nieobojętności wobec odpowiedzi na to pytanie wyrażającej się w czynnym udziale w dyskusjach społecznych nad Programem. Jeżeli chodzi o Działanie, którego celem jest wspieranie inwestycji przedsiębiorców, to mamy analogiczną sytuację, jak w województwie małopolskim. Tutaj także promowane będą projekty pisane przez konsorcja zawiązywane przez małe firmy. Uprzejmie proszę o refleksje dotyczące realnych możliwości składania projektów kompleksowych dla sieci gabinetów działających na terenie województwa. Zaznaczam, iż projekty województwa małopolskiego i podkarpackiego w żaden sposób ze sobą nie konkurują.

Życząc sukcesów w aplikowaniu o środki unijne, oczekuję na Państwa listy, przesyłane drogą elektroniczną na adres:

[dotacje.dla.stomatologow@wp.pl](mailto:dotacje.dla.stomatologow@wp.pl)

**Michał MĘYNARCZYK** – specjalista w zakresie zarządzania projektami współfinansowanymi ze środków funduszy strukturalnych UE; menadżer projektów w Centrum Innowacji, Transferu Technologii i Rozwoju Uniwersytetu przy Uniwersytecie Jagiellońskim; konsultant Okręgowej Izby Lekarskiej w zakresie pozyskiwania funduszy unijnych. Kontakt jak wyżej.



## Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Kraków

**Krakowski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego** jest najliczniejszym z 24 oddziałów w Polsce. W chwili obecnej liczy 560 członków. Głównym jego celem jest rozwijanie wiedzy w zakresie nauk stomatologicznych oraz podnoszenie poziomu zawodowego lekarzy dentyków. Zadania te są realizowane przez organizowanie comiesięcznych (z przerwą wakacyjną) posiedzeń naukowo-szkoleniowych, na których wygłaszane są wykłady najczęściej przez nauczycieli akademickich Instytutu Stomatologii Collegium Medicum UJ. Dotyczą one najnowszych osiągnięć w stomatologii i często mają charakter interdyscyplinarny. Zebrania naukowo-szkoleniowe odbywają się w Sali im. St. Wyspiańskiego Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej w Krakowie przy ulicy Straszewskiego 22. Na wniosek Zarządu Krakowskiego Oddziału PTS Komisja Kształcenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie wydała zgodę na przyznawanie 4 punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego za udział w zebraniu.

Krakowski Oddział PTS posiada własną stronę internetową ([www.pts.krakow.pl](http://www.pts.krakow.pl)), na której znajdują się wszystkie najważniejsze informacje dotyczące Oddziału, aktualności oraz harmonogram zebrań naukowo-szkoleniowych. Wszyscy członkowie PTS mogą również kontaktować się z Prezydium Zarządu drogą e-mailową ([sekretarz@pts.krakow.pl](mailto:sekretarz@pts.krakow.pl)).

Poniżej przedstawiamy skład władz Krakowskiego Oddziału PTS:

### Prezydium Zarządu Oddziału

Prezes Zarządu: dr n. med. Małgorzata Zaleska  
V-ce prezes Zarządu: dr n. med. Maria Panaś  
Sekretarz Zarządu: dr n. med. Tomasz Kaczmarzyk  
Skarbnik: lek. dent. Katarzyna Pawłowska



Fot. 1. Prezydium Zarządu PTS O/Kraków.  
Od lewej stoją: lek. dent. Katarzyna Pawłowska (Sekretarz PTS), dr n. med. Tomasz Kaczmarzyk (Sekretarz Zarządu), dr n. med. Maria Panaś (V-ce Prezes Zarządu) i dr n. med. Małgorzata Zaleska (Prezes Zarządu)

### Członkowie Zarządu:

Lek. dent. Józef Bossowski, prof. dr hab. med. Maria Chomyszyn-Gajewska, dr n. med. Jadwiga Ciepły, prof. dr hab. med. Marta Dyras, lek. dent. Tomasz Fortuna, dr n. med. Tomasz Kaczmarzyk, prof. dr hab. med. Zofia Knychalska-Karwan, dr n. med. Wanda Konty-Gibińska, dr n. med. Halina Kwapińska, dr hab. med. Bartłomiej W. Loster, lek.med. dent. Jadwiga Palusińska, dr n. med. Maria Panaś, lek. dent. Katarzyna Pawłowska, prof. dr hab. med. Jadwiga Stypułkowska, dr n. med. Grażyna Wiśniewska, dr n. med. Małgorzata Zaleska, dr hab. med. Jan Zapała, dr n. med. Joanna Zarzecka.

**Przewodniczącą Komisji Rewizyjnej** jest dr n. med. Barbara Kobiela-Stós, a **Sądu Koleżeńkiego**- dr n. med. Danuta Fijał.

**Tytuł Członka Honorowego PTS posiadają:** prof. dr hab. Zofia Knychalska-Karwan, prof. dr hab. Jadwiga Stypułkowska, prof. dr hab. Stanisław Majewski, dr n. med. Maria Panaś, dr n. med. Barbara Kobiela-Stós, dr n. med. Maria Pelc oraz dr n. med. Sławomir Zajączkowski.

W obrębie Krakowskiego Oddziału PTS działa pięć Kół Sekcji (Protetyki, Ortopedii Szczękowej, Periodontologii, Stomatologii Dziecięcej oraz Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej), a także dwa Koła Terenowe (w Nowym Sączu i Tarnowie).



### **Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej**

**Przewodnicząca:**

**dr n. med. Grażyna Wiśniewska**

Koło działa przy Katedrze Protetyki Stomatologicznej IS CM UJ. Członkami Koła są pracownicy Katedry oraz lekarze stażyści odbywający staż specjalizacyjny z zakresu protetyki stomatologicznej. Zebrania Koła Sekcji Protetyki PTS odbywają się raz w miesiącu w ramach zebrań naukowych Katedry Protetyki Stomatologicznej i uczestniczą w nich obowiązkowo pracownicy Katedry oraz lekarze stażyści. W trakcie każdego zebrania prezentowane są dwa referaty naukowe. Ponadto dwa razy w roku odbywają się zebrania otwarte, w których uczestniczą lekarze interesujący się zagadnieniami związanymi z protetyką stomatologiczną.



### **Koło Sekcji Ortopedii Szczękowej (Ortodoncji)**

**Przewodnicząca:**

**dr n. med. Wanda Konty-Gibińska**

Koło działa przy Katedrze Ortodontcji IS CM UJ. V-ce przewodniczącym Koła jest lek. dent. Piotr Kapera, a Sekretarzem – lek. dent. Renata Siegel. Członkami Koła są pracownicy Katedry oraz lekarze specjalizujący się w ortodontcji w obrębie województwa małopolskiego. Zebrania otwarte Koła odbywają się 2-3 razy w roku.

Działalność Koła prezentowana była na wielu kongresach naukowych w kraju i za granicą (m.in. na Zjazdach Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia, na Zjeździe Europejskiego Towarzystwa Rezonansu Magnetycznego, na Europejskim Kongresie Radiologicznym, na Kongresie Światowego Towarzystwa Ortodontycznego oraz na Kongresie Czeskiego Towarzystwa Ortodontycznego). Do tematów wiodących w działalności Koła należą: epidemiologia wad zgryzu oraz wad wrodzonych w obrębie twarzoczaszki, obliczanie wieku rozwojowego, leczenie ortodontyczne pacjentów z wadami gnatycznymi, wczesne leczenie dzieci w wieku żłobkowym i przedszkolnym, zastosowanie rezonansu magnetycznego w obrazowaniu stawów skroniowo-żuchwowych oraz zastosowanie spiralnej TK w diagnostyce zębów zatrzymanych.

Członkowie Koła odbywają kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe, prowadzone m.in. przez prof. prof. Juna Kurola, George Klammta, Jamesa A. Mc Namara, Williama Clarka, RONALDA H. ROTH, R.G. WICKA Alexandra, Ravindra Nandy, Roberta M. Rickettsa, Bjorna Zarchissona, Normana M. Cetlina, Vincenta G. Kokiche'a oraz dr. dr. Marię Stefkową i Johna C. Bennetta.

Dwa razy w roku w ramach podnoszenia kwalifikacji przez techników dentystycznych Koło Sekcji organizuje kursy I, II i III stopnia w Medycznym Studium Zawodowym z zakresu wykonawstwa aparatów ortodontycznych wyjmowanych i stałych. Przedstawiciel Koła bierze udział w pracach Centrum Specjalizacyjnych Egzaminów Medycznych. Ponadto od kilku lat wspólnie z Kołem Sekcji Ortopedii Szczękowej PTS O/Katowice organizowane jest Posiedzenie Naukowo-Szkoleniowe Polski Południowej.



### **Koło Sekcji Periodontologii**

**Przewodnicząca:**

**prof. dr hab. med.**

**Maria Chomyszyn-Gajewska**

Koło działa przy Katedrze Periodontologii i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej IS CM UJ. Sekretarzem Koła jest dr n. med. Marzena Pasternak. Koło liczy 30 członków, a otwarte zebrania naukowo-szkoleniowe odbywają się w dni przypisane ogólnym zebraniom naukowo-szkoleniowym PTS O/Kraków, zwykle jeden raz w kwartale. Na tematykę zebrań składają się: przedstawienie oryginalnych przypadków klinicznych, omówienie zasad postępowania leczniczego w wybranych zagadnieniach dotyczących chorób przyzębia, praktyczne zastosowanie wyników badań epidemiologicznych z dziedziny chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.



### **Koło Sekcji Stomatologii Dziecięcej**

**Przewodnicząca:**

**dr n. med. Halina Kwapińska**

Koło działa przy Pracowni Stomatologii Dziecięcej IS CM UJ. V-ce przewodniczącą Koła jest lek. dent. Iwona Sanak. Koło Sekcji liczy 38 członków Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w tym 9 lekarzy jest równocześnie członkami

International Association of Paediatric Dentistry. Zebrania sekcji odbywają się według programu, który otrzymują wszyscy członkowie Krakowskiego Oddziału PTS. Program zebrań szkoleniowych proponowany przez Zarząd Sekcji, jest zatwierdzany kwartalnie przez członków Zarządu Oddziału. Program naukowo-szkoleniowy Sekcji Stomatologii Dziecięcej dotyczy problemów związanych z zagadnieniami stomatologii wieku rozwojowego. Autorami wystąpień szkoleniowych są pracownicy naukowo-dydaktyczni dziedzin stomatologicznych i innych pokrewnych specjalności medycznych, lekarze praktycy oraz prelegenci dysponujący wiedzą z zakresu materiałoznawstwa i nowoczesnego sprzętu stomatologicznego.



### **Koło Sekcji Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej**

**Przewodnicząca:**

**dr n. med. Maria Panaś**

Koło działa przy Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej IS CM UJ. V-ce przewodniczącą Koła jest lek. med. dent. Jadwiga Światak-Palusińska, a Sekretarzem – dr n. med. Bernard Smółka. Koło liczy 60 członków. Zebrania naukowo-szkoleniowe odbywają się pięć razy w roku. Przedstawiane są na nich referaty z zakresu chirurgii stomatologicznej opracowywane przez członków Koła, sprawozdania ze zjazdów i kongresów naukowych oraz cieszące się dużym zainteresowaniem demonstracje przypadków klinicznych pacjentów leczonych w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej IS CM UJ. Posiedzenia Koła Sekcji są otwarte i uczestniczą w nich również lekarze innych specjalności oraz studenci zainteresowani przedmiotem. Członkowie Koła aktywnie uczestniczą w kongresach naukowych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Jamy Ustnej i Szczękowo-Twarzowej oraz Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej.



### **Koło Terenowe PTS w Nowym Sączu**

**Przewodniczący:**

**lek. dent. Tomasz Fortuna**

Koło Terenowe PTS w Nowym Sączu zostało powołane do życia w 1962 roku i działa nieprzerwa-

nie do chwili obecnej. W chwili obecnej członkami Koła jest 70 lekarzy stomatologów. Głównym zadaniem Koła była i jest działalność szkoleniowa mająca na celu podnoszenie kwalifikacji lekarzy dentystów również z uwzględnieniem dziedzin ogólnomedycznych. Ponadto, wraz z Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną umożliwia podnoszenie kwalifikacji poprzez prowadzenie kształcenia specjalizacyjnego I i II stopnia. Nowosądeckie Koło PTS integruje środowisko lekarzy dentystów praktykujących na terenie powiatu nowosądeckiego. Jest kontynuatorem zapoczątkowanych przeszło 30 lat temu ogólnopolskich sympozjów lekarzy stomatologów w Rytrze k/Nowego Sącza.

Otwarte zebrania naukowo-szkoleniowe odbywają się raz na kwartał w sali konferencyjnej hotelu Orbis Beskid w Nowym Sączu. Obecnie Koło zajmuje się przygotowaniem Ogólnopolskiej Konferencji Stomatologów Ryto 2006, która odbędzie się w dniach 26-28 maja 2006 r. Jej temat brzmi: „Oczekiwania dzisiejszego pacjenta – możliwości terapeutyczne współczesnej stomatologii”. Bliższe informacje dostępne są na stronie internetowej: [www.pts-nowysacz.pl](http://www.pts-nowysacz.pl)



### **Koło Terenowe PTS w Tarnowie**

**Przewodniczący:**

**lek. dent. Józef Piotr Bossowski**

Koło Terenowe PTS w Tarnowie zostało powołane do życia w 1978 roku i działa nieprzerwanie do chwili obecnej. Obecny Przewodniczący Koła pełni swoją funkcję od 1994 roku. Otwarte zebrania naukowo-szkoleniowe organizowane są cztery razy w roku. Referaty naukowe prezentowane są zarówno przez lekarzy-członków Koła Terenowego, jak również przez liczne grono profesorów i naukowców z całej Polski.

*Opracowali:*

*dr n. med. Tomasz Kaczmarzyk*

*dr n. med. Małgorzata Zaleska*

*przy współpracy z Przewodniczącymi Kół Sekcji  
i Kół Terenowych*

**Od redakcji:** W obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej (który nie pokrywa się z Oddziałem Krakowskiego PTS) znajduje się jeszcze b. aktywne Koło Terenowe PTS w Krośnie, które przedstawimy w kolejnym wydaniu BL „Lekarza Dentysty”.



## Co trzeba zrobić, aby zostać dentystą-specjalistą?

Odpowiedź wydawałaby się oczywista – posiadać odpowiednią wiedzę teoretyczną i umiejętności manualne, odbyć staże specjalizacyjne, zdać egzamin specjalizacyjny i gotowe. Okazuje się jednak, że nie tylko. Trzeba spełniać szereg wymogów formalnych, wypełnić kilka wniosków i druków, a więc pokonać przeszkody natury urzędowej, czego my lekarze zdecydowanie nie kochamy.

Zasady odbywania szkolenia specjalizacyjnego określa **Rozządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku (Dz. U. 213, poz. 1779)**. Według tego Rozporządzenia lekarz dentysta po zakończeniu stażu podyplomowego i zdaniu Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego może wybrać sobie interesującą go dziedzinę stomatologii, w której chciałby się specjalizować. Do wyboru jest:

- chirurgia stomatologiczna
- chirurgia szczękowo – twarzowa
- ortodoncja
- periodontologia
- protetyka stomatologiczna
- stomatologia dziecięca
- stomatologia zachowawcza z endodoncją
- zdrowie publiczne
- epidemiologia

Trzeba pamiętać, że według Rozporządzenia można w tym samym czasie odbywać tylko jedną specjalizację. Programy specjalizacji umieszczane są na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl).

Po wyborze dziedziny, w której chcielibyśmy się specjalizować, należy złożyć wniosek o rozpoczęcie specjalizacji – druk pobieramy przez internet ze strony [www.mczp.com.pl](http://www.mczp.com.pl). Wypełniony wniosek złożyć należy w Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych na terenie województwa, w którym zamierza się odbywać specjalizację, w terminie do 30 kwietnia lub 30 listopada każdego roku.

Złożenie w/w wniosku skutkuje przystąpieniem do postępowania kwalifikacyjnego, które przeprowadza Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych dwa razy w roku, w terminach:

**od 1 maja do 30 czerwca**

**oraz od 1 grudnia do 31 stycznia**

Na postępowanie kwalifikacyjne składa się ocena wniosku o rozpoczęcie specjalizacji pod wzglę-

dem formalnym oraz rozmowa kwalifikacyjna. Postępowanie to jest przeprowadzane przez Państwową Komisję Specjalizacyjną powoływaną przez wojewodę.

Na wynik postępowania kwalifikacyjnego składa się liczba punktów uzyskanych z LDEP (maksymalnie 200) oraz liczba punktów z rozmowy kwalifikacyjnej (maksymalnie 15 pkt, to znaczy 5 pkt za każde z 3 pytań). Taki schemat postępowania kwalifikacyjnego obowiązuje w przypadku lekarza dentysty bez specjalizacji, to znaczy po stażu podyplomowym lub starającego się o specjalizację w trybie rezydenckim, nawet jeżeli lekarz ten posiada tytuł specjalisty.

W przypadku, kiedy lekarz dentysta posiada już specjalizację i stara się o nową specjalizację w trybie pozarezydenckim, wynik postępowania kwalifikacyjnego jest sumą punktów uzyskanych za egzamin specjalizacyjny w pierwszej specjalizacji oraz punktów uzyskanych z rozmowy kwalifikacyjnej. Za egzamin specjalizacyjny można zdobyć maksymalnie 200 pkt i tak:

- za ocenę 3,0 przysługuje 60 pkt
- za ocenę 3,1 – 3,5 przysługuje 80 pkt
- za ocenę 3,6 – 3,9 przysługuje 100 pkt
- za ocenę 4,0 przysługuje 120 pkt
- za ocenę 4,1 – 4,5 przysługuje 140 pkt
- za ocenę 4,6 – 4,9 przysługuje 160 pkt
- za ocenę 5,0 przysługuje 180 pkt
- za ocenę 5,0 z wyróżnieniem przysługuje 200 pkt

Do odbywania specjalizacji zostaje zakwalifikowana taka liczba osób, jaka odpowiada ilości wolnych miejsc przyznawanych na dane postępowanie kwalifikacyjne w poszczególnych dziedzinach stomatologii na terenie województwa, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu kwalifikacyjnym.

Specjalizacja może być prowadzona wyłącznie w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wykaz takich jednostek znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce „Nauka i kształcenie”, pod nazwą „Lista Ministra Zdrowia zweryfikowanych jednostek prowadzących specjalizację”.

## Jakie są formy odbywania specjalizacji przez lekarzy dentystów?

### Lekarze dentyści mogą odbywać specjalizację w trybie:

• **rezydenckim** – jest to umowa o pracę na czas określony (na czas trwania specjalizacji), w pełnym wymiarze czasu pracy, z jednostką prowadzącą specjalizację. Finansuje tę formę Ministerstwo Zdrowia z pieniędzy przeznaczonych na rezydenturę. Umowa ta jest podpisywana na podstawie skierowania lekarza do danej jednostki przez Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych. Umowy rezydenckie zawierane są dwa razy w roku: 1 marca i 1 sierpnia.

Lekarz kierowany jest do odbycia specjalizacji w ramach rezydentury w okresie nie dłuższym niż 15 dni, a w uzasadnionych przypadkach, w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące od terminu zakończenia postępowania kwalifikacyjnego. W przypadku niepodjęcia szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od dnia wskazanego na skierowaniu, musi on ponownie przechodzić postępowanie kwalifikacyjne.

Wyżej wspomniane skierowanie na staż specjalizacyjny wydaje Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych. W skierowaniu tym wskazany jest tryb i okres odbywania specjalizacji. Oprócz skierowania lekarz dostaje kartę szkolenia specjalizacyjnego, indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych oraz informację o obowiązującym programie specjalizacji.

#### • **pozarezydenckim:**

**1. Umowy o pracę zawartą na czas nieokreślony lub określony terminem trwania specjalizacji z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację.**

**2. Płatnego urlopu szkoleniowego** – dotyczy to lekarzy posiadających zatrudnienie. Pracodawca oddelegowuje lekarza dentystę do jednostki prowadzącej specjalizację na czas jej trwania w ramach płatnego urlopu szkoleniowego.

**3. W ramach poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich, prowadzonych przez uprawniony podmiot, w skład którego wchodzi komórka organizacyjna prowadząca specjalizację. Uczestnik studiów doktoranckich nie może odbywać specjalizacji w ramach rezydentury.**

**4. Częściowego oddelegowania** – w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony z jednostką

organizacyjną nieuprawnioną do prowadzenia specjalizacji i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych przez pracodawcę na czas niezbędny do zrealizowania części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej uprawnionej lub prowadzącej staż kierunkowy.

#### **5. Umowy cywilnoprawnej.**

Okres specjalizacji może ulec wydłużeniu w razie konieczności. Na przykład w ramach rezydentury wydłuża się o czas niezdolności do pracy w razie choroby, urlopu macierzyńskiego, urlopu bezpłatnego na czas nie dłuższy niż 3 miesiące. Przedłużenie okresu specjalizacji odbywanej w ramach rezydentury łącznie nie może być dłuższe niż rok. Zaś w trybie pozarezydenckim okres trwania specjalizacji może być przedłużony nie więcej niż o połowę okresu specjalizacji.

Lekarz dentysta odbywa specjalizację pod opieką kierownika specjalizacji. Kierownik ustala roczne, szczegółowe plany specjalizacji oraz miejsca odbywania staży kierunkowych. Dowodem odbycia stażów jest karta szkolenia specjalizacyjnego z wymaganymi wpisami oraz indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych z zaliczeniami i potwierdzeniami. Przed przystąpieniem do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) lekarz dentysta składa do Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych na terenie województwa, w którym zamierza odbywać specjalizację, następujące dokumenty:

- wniosek o przystąpienie do PES
- kartę szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych
- opinię zawodową kierownika specjalizacji dotyczącą uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, umiejętności pracy w zespole, zdolności organizacyjnych, itp.

Powyższe dokumenty składa się w Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych do 31 lipca lub 31 grudnia w terminie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji.

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny składa się z 3 części: egzaminu praktycznego, egzaminu testowego, i egzaminu ustnego.

Egzamin testowy jest zaliczony z wynikiem pozytywnym wtedy, gdy lekarz uzyska na nim przynajmniej 60% możliwej do uzyskania liczby punktów.

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny odbywa się dwa razy w roku w sesji wiosennej od 1 marca

do 30 kwietnia oraz w sesji jesiennej od 1 października do 30 listopada.

W razie wyniku negatywnego z egzaminu praktycznego, testowego lub ustnego lekarz dentysta może wystąpić z wnioskiem do Państwowej Komisji Egzaminacyjnej z prośbą o zgodę na ponowne przystąpienie do egzaminu. Trzeci termin jest terminem ostatecznym.

Złożenie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z wynikiem pozytywnym po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego jest równoznaczne z uzyskaniem tytułu specjalisty w określonej dziedzinie. Potwierdzeniem jest wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych dyplom specjalisty.

**Tab. 1**  
**Wnioski dotyczące przystąpienia lekarzy dentystów do postępowania kwalifikacyjnego o rozpoczęcie specjalizacji**



Maksymalna liczba punktów:

- z rozmowy kwalifikacyjnej wynosi 15 punktów (3 pytania po 5 punktów)
- z egzaminu specjalizacyjnego wynosi 200 punktów przy czym:

Za ocenę	Punkty
3,0	60
3,1 – 3,5	80
3,6 – 3,9	100
4,0	120
4,1 – 4,5	140
4,6 – 4,9	160
5,0	180
5,0 z wyróżnieniem	200

**Tab. 2**  
**Państwowy Egzamin Specjalizacyjny:**



Dziękuję gorąco Pani mgr Marii Chowaniec – kierownikowi Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie za pomoc merytoryczną w opracowaniu powyższego tekstu.

Lek. stom. Anna Maciąg  
Dyrektor  
Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej  
w Krakowie

**Anna MACIĄG** – lekarz medycyny, lekarz stomatolog, specjalista protetyki stomatologicznej. Od XI 2005 dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie. Zajmuje się między innymi specjalizacjami.

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Krakowie jest jednostką akredytowaną do prowadzenia specjalizacji w zakresie stomatologii zachowawczej z endodoncją, protetyki stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej, ortodoncji, periodontologii i stomatologii dziecięcej.



dr n. med. Witold Jurczyński

## Ocena skuteczności bakteriobójczej i przeciwzapalnej lasera Nd-Yag w leczeniu chorób przyzębia

Hasła indeksowe: laser Nd:Yag, głębokie kieszonki dziąsłowe, mikroflora kieszonki dziąsłowej

Key Words: Nd: Yag laser, deep periodontal pockets, microflora of periodontal pocket

Pracownia Profilaktyki i Higieny Stomatologicznej

Instytut Stomatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dyrektor: prof. dr hab. med. Stanisław Majewski

### Wprowadzenie

Nazwą periodontopatii najczęściej określa się zapalenie dziąseł i przyzębia spowodowane obecnością płytki bakteryjnej. Z racji ich rozpowszechnienia w populacji zaliczane są one do chorób o charakterze społecznym. Za główny cel leczenia periodontopatii przyjmuje się stałe zmniejszanie w kieszonce przyzębnej liczby bakterii chorobotwórczych oraz utrzymywanie nie-sprzyjającego dla ich rozwoju środowiska poprzez usuwanie płytki nad- i poddziąsłowej.

Jeżeli choroby przyzębia nie są leczone, prowadzą do utraty zębów wskutek niszczenia tkanek podporowych i następowego rozchwiania zębów. Znacząca większość tych schorzeń to postaci przewlekłe, których leczenie składa się z kilku elementów terapii: higienizacyjnej, właściwej i podtrzymującej (ang. recall). Szczególnie ważna jest terapia podtrzymująca, wdrażana po przeprowadzonym leczeniu właściwym. W niektórych przypadkach, gdy głównym czynnikiem etiologicznym są szczepy bakteryjne oportunistyczne, zabiegi higieniczne wykonywane przez pacjenta w domu są mało skuteczne i muszą być uzupełnione profesjonalnymi zabiegami periodontologicznymi.

Do podstawowych metod leczenia schorzeń przyzębia należą metody zachowawcze i chirurgiczne. Zachowawcze metody leczenia periodontopatii to likwidacja płytki bakteryjnej i złogów nad- i poddziąsłowych oraz polerowanie korzeni, czyli scaling i root planing. Do zadań niechirurgicznego leczenia należą:

1. likwidacja ostrych stanów zapalnych,
2. instruktaż higieny jamy ustnej,
3. eliminacja czynników ułatwiających retencję płytki nazębnej (takich jak np. nawisające wypełnienia),
4. leczenie próchnicy,
5. kontrola i korekta okluzji,
6. leczenie przeciwzapalne.

Usuwanie złogów nazębnych i polerowanie korzeni są skuteczną terapią w leczeniu pacjentów z zapaleniem dziąseł oraz przy wczesnym lub umiarkowanym zapaleniu przyzębia. Antybiotykoterapia, zarówno miejscowa, jak i ogólnoustrojowa, jest wskazana w przypadku, gdy pacjent nie reaguje na rutynowe leczenie periodontologiczne.

Potrzeba leczenia chirurgicznego zależy od wyników terapii zachowawczej oraz konieczności poprawy sytuacji klinicznej, np. regeneracji utraconych tkanek przyzębia.

Do celów chirurgicznego leczenia należą:

1. korekta anatomicznych warunków w jamie ustnej ułatwiających kumulację płytki nazębnej; dotyczy to sytuacji takich jak:
  - patologiczne kieszonki dziąsłowe,
  - kieszonki kostne,
  - wąska strefa dziąsła rogowaciejącego,
  - patologicznie przyczępione wędzidełka.
2. poprawa warunków pogarszających wygląd estetyczny w zakresie przyzębia, np. przez eliminację recesji dziąsłowych.

Biorąc pod uwagę bakteryjną etiologię chorób przyzębia, za główny cel leczenia przyjmu-

je się, zgodnie z teorią o niespecyficznym płycie nazębnej, stałe zmniejszanie w kieszonce przyzębnej liczby bakterii, szczególnie chorobotwórczych i utrzymanie niesprzyjającego dla ich rozwoju środowiska, poprzez usuwanie płytki nad- i poddziąsłowej.

### Wykorzystywanie światła lasera

W poszukiwaniu skutecznych metod zmniejszania liczebności bakterii patologicznych podejmuje się obecnie coraz częściej próby wykorzystania światła laserowego w terapii kieszonek przyzębnych. Mogłoby to przyczynić się do ograniczenia stosowania antybiotyków w leczeniu chorób przyzębia. Poglądy co do zastosowania tej metody leczniczej są jednak podzielone. Wykorzystanie laserów w innych dyscyplinach medycznych okazało się skuteczne, ale w stomatologii, szczególnie w leczeniu chorób przyzębia, skuteczność terapeutyczna światła laserowego pozostaje nadal przedmiotem badań.

Laseroterapia, dzięki właściwościom bakteriobójczym, może być wykorzystywana w terapii wstępnej, w przypadku pacjentów z grupy ryzyka, gdyż użycie lasera przed mechanicznym usunięciem złogów, zdecydowanie zmniejsza ilość patogenów mogących przedostawać się do krwiobiegu podczas zabiegów krwawych.

Ze względu na możliwość przesyłania wiązki światła pojedynczym światłowodem, do leczenia schorzeń przyzębia najbardziej wydaje się być przydatny laser Nd-Yag. Można go zastosować do:

1. sterylizacji i eliminacji patologicznych kieszonek przyzębnych (kiretażu),
2. mikrochirurgii jamy ustnej, tj. plastyki dziąsła, wędzidełka, pogłębienia przedsionka jamy ustnej, otwarcia ropnia,
3. hemostazy,
4. znoszenia nadwrażliwości szyjek zębowych.

W kieszonce przyzębnej wiązka promieniowania lasera powoduje:

a) odparowanie (waporyzację) chorej tkanki, skuteczne usunięcie nekrotycznej tkanki, ziarniny, zniszczonego nabłonka kieszonki dziąsłowej (Gold, 1991),

b) redukcję poddziąsłowej flory bakteryjnej (White i wsp., 1991; Lin i wsp., 1992, Cobb i wsp., 1992; Gutknecht i wsp., 1997),

c) selektywną redukcję patogenów produkujących melaninę, takich jak *Porphyromonas*

*gingivalis* i *Prevotella intermedia* spp. (Midda, 1992),

d) opóźnienie rekolonizacji flory poddziąsłowej (Horton i Lin, 1992; Masunaga i wsp., 1993).

Autorzy tacy jak Tsenga i wsp. z 1992, Cooba i wsp. z 1992, Hortona i Lina z 1992, Lina i wsp. z 1992 badali florę bakteryjną *in vitro* po użyciu wyżej wymienionego lasera i stwierdzili zmniejszenie liczby bakterii z rodzaju *Bacteroides* i *Fusobacterium* oraz opóźnienie rekolonizacji kieszonek dziąsłowych przez rodzaje *Actinobacillus* i *Veillonella*. White i wsp. w 1991 obserwowali *in vitro* zmniejszenie liczby flory bakteryjnej po użyciu tego typu lasera.

Obecnie coraz częściej podejmowane są próby wykorzystania w terapii schorzeń przyzębia światła laserowego, co mogłoby przyczynić się do ograniczenia stosowania konwencjonalnych metod eliminacji bakterii periopatogenicznych (terapia antybiotykowa), a tym samym zmniejszyć ryzyko rozwoju bakterii opornych na działanie antybiotyków i wystąpienia ogólnoustrojowych skutków ubocznych.

Celem niniejszej pracy była ocena skuteczności bakteriobójczej i przeciwzapalnej lasera Nd-Yag CTL-1503 o długości fali 1320 nm i czasie impulsu 200  $\mu$ sek, zastosowanego w głębokich kieszonkach przyzębnych podczas terapii periodontopatii.

Przeprowadzone badania miały udzielić odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy jednorazowe użycie lasera Nd-Yag w kieszonce dziąsłowej wpływa na zmniejszenie ogólnej liczebności bakterii oraz ich gatun-



Laser Nd-Yag



Ryc. 2. Patologiczne kieszonki przyzębne (A, B)

ków w porównaniu z grupą kontrolną, w której stosowano leczenie rutynowe, tzn. usuwanie złogów nazębnych i polerowanie korzeni?

2. W jakim stopniu zastosowanie laseroterapii wpływa na parametry kliniczne, takie jak: głębokość patologicznych kieszonek przyzębnych, krwawienia z dziąseł, stan zapalny tkanek przyzębia?

Grupę badawczą stanowiło 40 pacjentów: 33 kobiety (82,5%) i 7 mężczyzn (17,5%). Średnia wieku badanych wynosiła 37,7 lat. U 52,5% badanych (21 osób) rozpoznano przewlekłe zapalenie przyzębia (PZP), a u 47,5% (19 osób) agresywne zapalenie przyzębia (AZP). Materiał badawczy obejmował w 75% zęby jedno-, a w 25% wielokorzeniowe. Badanie przeprowadzono jako eksperyment zrandomizowany. Jednostkami losowania u każdego z wybranych pacjentów były dwie kieszonki przyzębne o głębokości powyżej 5 mm, które stanowiły grupę badaną (kieszonka A) i grupę kontrolną (kieszonka B).

Materiał do badania bakteriologicznego z obu kieszonek pobierano przed leczeniem, tuż po zastosowaniu lasera oraz w trzy tygodnie po zabiegu. Do opracowania kwalifikowano wyłącznie bakterie beztlenowe. Stan kliniczny i stopień zaawansowania chorób przyzębia określano za pomocą wskaźników klinicznych: płytki nazębnej (PII) według Sillnesa i Löe, głębokości kieszonki (Probing Pocket Depth PPD) oraz procentowego wskaźnika krwawienia z dziąseł (SBI) według Mühlemanna i Sona. Badanie kliniczne przeprowadzono przed leczeniem wstępnym i w trakcie laseroterapii oraz po 1, 2 i 4 miesiącach od zabiegu laseroterapii. Wyniki eksperymentu poddano analizie statystycznej. Dla oceny istotności różnic między badanymi próbkami posłużono się testem nieparametrycznym Wilcoxon.



Jednym z podstawowych zadań w leczeniu chorób przyzębia jest uzyskanie maksymalnej redukcji bakterii, szczególnie periopatogennych, w kieszonce przyzębnej. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że jednokrotne użycie lasera w badanych kieszonkach, stosując zgodną z doniesieniami naukowców, bezpieczną moc lasera Nd-Yag w zakresie 1,25 W do 3,0 W, redukuje w znaczący sposób liczebność periopatogennej flory bakteryjnej oraz liczbę jej gatunków w porównaniu z kieszonką kontrolną. Przy takiej mocy unikamy skutków ubocznych w postaci uszkodzenia ozębnej oraz miazgi i tkanki kostnej. Poprzez waporyzację patologicznie zmienionych tkanek miękkich można też wywołać zmianę środowiska kieszonki, w której stworzone zostają warunki sprzyjające zasiedlaniu jej przez florę bakteryjną, pomocną w utrzymaniu zdrowego przyzębia. Do korzystnej flory bakteryjnej zalicza się bakterie z rodzaju *Streptococcus* i *Actinomyces*. Jeśli w kieszonki przyzębnej zostają usunięte bakterie uważane za patologiczne, właśnie te bakterie zajmują jej niszę ekologiczną i uniemożliwiają ponowne zasiedlenie przez bakterie odpowiedzialne za destrukcję tkanek przyzębia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że laseroterapia opóźnia rekolonizację kieszonki badanej przez bakterie, co również wykazali

w swoich badaniach Horton i Lin, w 1992; Masunaga i wsp., w 1993.

Uzyskane wyniki odnośnie redukcji liczby gatunków i liczebności bakterii nie odbiegały od wyników innych autorów. Redukcję ogólnej liczby patologicznej flory bakteryjnej po zastosowaniu lasera Nd-Yag wykazali Lin (1992), Cobb (1992), Gutknecht (1997).

Długość fali lasera Nd-Yag jest najlepiej pochłaniana przez kolor czarny, dlatego jego skuteczność przeciwbakteryjna w stosunku do bakterii produkujących melaninę jest znacznie wyższa niż wobec pozostałych bakterii. Zależność tą wykazał także Midda w badaniach przeprowadzonych w 1992 roku.

Zdecydowanie gorsze efekty lecznicze otrzymano w wyniku zabiegów przy zębach wielokorzeniowych, gdzie nie zaobserwowano ani jednego przypadku całkowitego wyjałowienia kieszonki przyzębnej po laseroterapii. Wynika to prawdopodobnie z faktu, iż głębokie kieszonki zębów tej grupy mają inną morfologię, głównie z powodu zajęcia procesem chorobowym rozwidleń korzeni (furkacji). Ponieważ po zabiegach przeprowadzonych na zębach jedno- i wielokorzeniowych zastosowano laser o tych samych parametrach mocy i czasu działania, gorsze wyniki terapii przy zębach wielokorzeniowych pozwalają stwierdzić, iż w tym przypadku czas działania lasera równy 1 min jest niewystarczający.

Na podstawie uzyskanych w obecnej pracy wyników badań mikrobiologicznych i klinicznych wydaje się możliwe wysunięcie następujących wniosków:

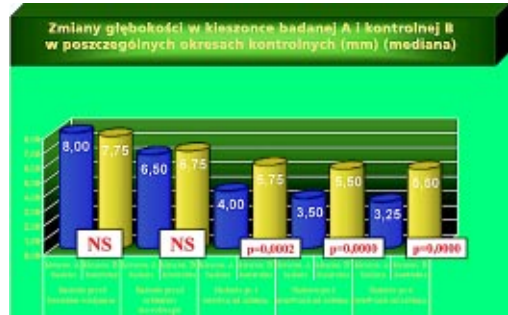
1. Jednorazowe użycie lasera Nd-Yag w kieszonce dziąsłowej wpływa na zmniejszenie ogólnej liczebności bakterii oraz liczby ich gatunków.

2. Laseroterapia patologicznych kieszonek przyzębnych opóźnia rekolonizację ich przez bakterie.

3. Dzięki zastosowaniu lasera Nd-Yag w leczeniu głębokich kieszonek przyzębnych uzyskujemy:

- zmniejszenie głębokości patologicznych kieszonek przyzębnych,
- redukcję krwawienia z dziąseł,
- i w konsekwencji zmniejszenie stanu zapalnego tkanek przyzębia.

Zaobserwowano najefektywniejsze działanie lasera na takie bakterie, jak *Porphyromonas gingivalis* oraz *Prevotella intermedia* produkujące melaninę.



Laseroterapia, dzięki właściwościom bakteriobójczym, może być wykorzystywana w terapii wstępnej w przypadku pacjentów z grupy ryzyka, gdyż użycie lasera przed mechanicznym usunięciem złogów zdecydowanie zmniejsza ilość patogenów mogących przedostawać się do krwiobiegu podczas zabiegów krwawych.

**Dr n. med. Witold JURCZYŃSKI** – absolwent CM UJ w Krakowie. W 1999 roku uzyskał II° specjalizacji z periodontologii, w 2003 roku tytuł dr nauk medycznych. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Periodontologii; Kierownik Pracowni Profilaktyki i Higieny Stomatologicznej ISCMUJ. Zainteresowania naukowe: niechirurgiczne leczenie chorób przyzębia, regeneracja tkanek przyzębia oraz mikrochirurgia plastyczna przyzębia.

#### Piśmiennictwo:

1. American Academy of Periodontology. Supportive periodontal therapy (SPT). J Periodontol 1998;69: 502-506
2. American Academy of Periodontology. Systemic antibiotics in periodontics. J Periodontol 1996;67: 831-838
3. Gary C.A.: Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol 1999;4: 1-6
4. Epstein S.R.: Curettage revisited: Laser therapy. Pract Periodontics Aesthet Dent 1992;4(2): 27-32
5. Gold S.: Application of the Nd:YAG laser in periodontics. NY J Dent 1991; 60(2):23-26
6. Gutknecht N., Fischer J., Conrads G., Lampert F.: Bactericidal effect of the Nd:YAG lasers in laser supported curettage. In: Wigdor HA, Featherstone JDB, Rechmann P, ed. Lasers in Dentistry III, San Jose, California, Proc. SPIE 2973. SPIE – The International Society for Optical Engineering, Bellingham, WA, 1997; 221-226
7. Horton J.E., Lin P.P.: A comparison of the Nd:YAG laser used subgingivally with root planing. 3rd International Congress on Lasers in Dentistry, Salt Lake City, Utah, August 6-8, 1992, Page 23, Abstract 46
8. Lin P.P., Beck F.M., Matsue M., Horton J.E.: The effect of a pulsed Nd:YAG laser on periodontal pockets following subgingival application. J Dent Res, 1992;71 (Special Issue): 299, Abstract 1548
9. Lindhe J.M., Hamp S.E., Löe H.: Plaque induced periodontal disease in Beagle dogs. A 4-year clinical, röntgenographical and histological study. J. Periodont. Res. 1975;10: 243-249
10. Masunaga H., Sugishita A., Endo H., Matsue M., Matsue I.: Clinical effects of a pulsed Nd:YAG laser on periodontal pockets. J Dent Res, 1993;72 (Special
11. Russo J.: Laser-assisted periodontal therapy: A case report. Dent Today 1994;13(9):46, 48-49
12. Salvi G.E., Lawrence H.P., Offenbacher S., Beck J.D.: Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. Periodontol 2000 1997;14: 173-201



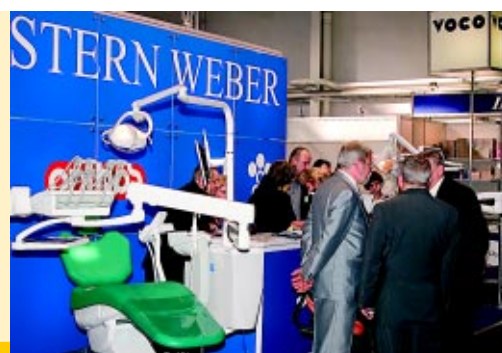
## 14. Targi Stomatologiczne w Krakowie

W dniach 2-4 marca 2006 w Krakowie odbyły się po raz 14-ty Targi Stomatologiczne.

Jest to impreza organizowana specjalnie dla lekarzy, techników, higienistek stomatologicznych oraz producentów materiałów i sprzętu dla dentystryki. W jednym miejscu i o jednym czasie spotykają się tu dentyści z całej Polski. Wymieniają poglądy, dowiadują się o nowinkach technicznych z zakresu stomatologii, nawiązują kontakty zawodowe. Na Targach każdy może znaleźć to, co w danej chwili jest potrzebne do pracy: od podstawowego wyposażenia gabinetu, po najnowocześniejsze urządzenia i materiały.

Równocześnie poza halą wystawową w innych salach, odbywały się wykłady i seminaria o tematyce dentystrycznej. W dodatku targowym wydanym przez „Rzeczpospolitą” doliczyliśmy się łącznie w ciągu trzech dni aż 77 imprez towarzyszących. To doprawdy imponujące, zwłaszcza że wśród nazwisk wykładowców dopatrzyliśmy się m.in. prof. Marka Ziętka – prezydenta PTS, prof. Zbigniewa Jańczuka – przewodniczącego Polskiej Sekcji Międzynarodowej Akademii Periodontologii IAP, prof. Michaela Belenky'ego z Uniwersytetu Mary-





Fotografie: Grzegorz Wawrzonek



land w Baltimore, prof. Heikki Tala z Uniw. w Tampere (Finlandia), eksperta WHO – i tak właściwie mogłabym wyliczać długo. Minusem Targów były oddalone parkingi oraz zbyt ciasne usytuowanie stoisk uniemożliwiające swobodne przemieszczanie się między wystawcami. Impreza miała również wiele plusów, o których nie napisano. Daje ona przede wszystkim możliwość spotkania „kolegów po fachu” i wymianę poglądów.

W tym roku Targi Stomatologiczne po raz kolejny odwiedziła rekordowa liczba dentyków. Imprezę z pewnością można było zaliczyć do udanych. Dużo wykładów dało możliwość doksztalcenia się. Jedną z ciekawszych prezentacji poprowadził pan Mariusz Oboda. Dotyczyła ona umiejętności komunikacji z pacjentem. Jak zaznaczył tylko 20-30% dentyków wykorzystuje zdolność skutecznej prezentacji planu leczenia i argumentacji. Umiejętności te są kluczowe w prowadzeniu prywatnej praktyki dentystycznej.

Przez słuchaczy została ona przyjęta z wielkim zainteresowaniem i uznaniem, czego dowodem była dyskusja już poza zaplanowanym czasem.

(ks)



lek. dent. Wojciech Rabczak

## Diagnostyka próchnicy na powierzchniach stycznych i metody odbudowy punktów stycznych – przegląd literatury\*

Hasła indeksowe: punkt styczny, ubytki klasy II, odbudowa kompozytowa, matryce  
Key words: contact point, class II cavities, composite build-up, matrices

Pracownia Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Instytutu Stomatologii WL CM UJ

Kierownik: dr n. med. Joanna Zarzecka

W pracy przedstawiono aktualne poglądy dotyczące prawidłowej odbudowy punktów stycznych z uwzględnieniem niezbędnego instrumentarium. Zwrócono uwagę na prawidłową diagnostykę zmian próchnicowych powierzchni stycznych. Opisano metody opracowania i wypełnienia ubytków kl II wg Blacka.

Podstawowym badaniem pozwalającym wykryć zmiany próchnicowe jest badanie kliniczne. W przypadku powierzchni stycznych i niezaawansowanych zmian próchnicowych jednoznaczna diagnostyka kliniczna jest trudna, a w niektórych przypadkach wręcz niemożliwa. Prawidłowe i szybkie zdiagnozowanie próchnicy powierzchni stycznych pozwala na ich prawidłową minimalnie inwazyjną odbudowę. Właściwie odtworzony punkt styczny odciąża brodawkę międzyzębową, zapobiegając jej uszkodzeniu. Nieprawidłowo ukształtowany punkt styczny sprzyja gromadzeniu resztek pokarmów, przyczynia się do zaburzenia równowagi flory bakteryjnej przestrzeni międzyzębowych, a także utrudnia skuteczne wykonywanie zabiegów higienicznych. Nieprawidłowe odbudowanie lub nieodtworzenie punktów kontaktu może być przyczyną uszkodzenia przyzębia brzeżnego, w wyniku działania czynników mechanicznych oraz bakteryjnych, jak również sprzyja powstawaniu próchnicy (1).

Za jedną z wielu przydatnych metod w przypadku próchnicy powierzchni stycznych uznaje się rentgenodiagnostykę, szczególnie zdjęcia wykonywane w projekcji skrzydłowo-zgryzowej. Pomocniczym sposobem diagnostycznym jest transiluminacja (ang. Fiber Optic Transillumination – FOTI), która polega na prześwietlaniu zęba zimnym światłem z wykorzystaniem techniki światłowodowej tzw. transiluminatorów stomatologicznych (np. DiaLUX 2300 L, f. KaVo, Biberach, Germany).

Do nowych metod diagnostycznych należą: wykorzystujący światło laserowe i efekt fluorescencji zmienionych próchnicowo tkanek system DIAGNOdent (f. KaVo, Biberach, Germany) oraz metoda polaryzacji spójnej tomografii optycznej. System DIAGNOdent wykorzystuje pomiar natężenia fluorescencji wzbudzonej promieniowaniem laserowym. Pozwala ona na wykrycie i określenie zasięgu zmian na powierzchniach szkliva, gdy nie są one jeszcze rozpoznawane w podstawowym badaniu klinicznym. Metoda polaryzacji spójnej tomografii optycznej jest techniką opartą na wykorzystaniu białego spolaryzowanego światła, którego źródłem jest dioda superluminescencyjna (ang. Super Luminescence Diode – SLD). Umożliwia ona rozpoznanie wczesnych zmian próchnicowych i określenie stopnia demineralizacji tkanek. System ten pozwala także ocenić głębokość badanej warstwy (2). Istotnym elementem wpływającym na jakość i efektywność leczenia jest opracowanie ubytku.

\*Artykuł o podobnej treści ukazał się w Poradniku Stomatologicznym

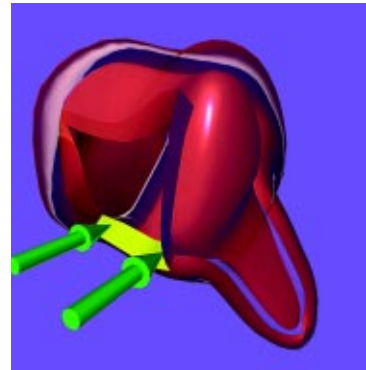
W 1900 r. Black opisał ubytki styczne jako skrzynie retencyjne, które należy opracować z zachowaniem kątów i oddzielić schodkiem od części zgryzowej. Bronner nadał ubytkowi kształt trapezu uważając, że taki kształt wzmacnia retencję wypełnienia. Dodatkowo zalecał wykonanie tzw. jaskółczego ogona. Opracowane w ten sposób ubytki miały dobrą retencję, ale ze względu na ostre kąty między jego ścianami były trudne do wypełnienia. Z tego powodu zalecono zaokrąglenie kątów w celu łatwiejszego wypełnienia materiałem (6,7).

Simons uważał, iż ubytek powinien być tak wypreparowany, aby między nim, a sąsiadującym zębem, można było swobodnie przesuwac zgłębnik (3).

Według Leinfeldera opracowanie ubytku pod materiał kompozytowy w zębach bocznych, powinno być minimalne. Należy unikać niepotrzebnego usuwania tkanek zęba (4). Przed przystąpieniem do opracowania ubytku, Haidemann poleca założenie drewnianego klina, celem separacji zębów i zapobiegnięcia uszkodzenia zębów sąsiednich (3).

Opracowanie ubytku na powierzchniach stycznych obejmuje zazwyczaj część powierzchni żującej oraz powierzchnię styczną. W takich przypadkach jego opracowanie powinno zawsze rozpoczynać się od powierzchni żującej, a następnie obejmować powierzchnię styczną. W celu ochrony sąsiedniego zęba, pozostałą po preparacji cienką ścianę styczną staramy się delikatnie wyłamać narzędziem np. wydrążaczem lub narzędziem ultradźwiękowym. Podczas preparacji zalecane jest użycie pasków metalowych np. Inter Guard (f.Ultradent, South Jordan, Utah, USA), które dodatkowo chronią sąsiedni ząb.

Technika ultradźwiękowego opracowania ubytku jest znana od 1950 r. Obecnie stosowane systemy np. Sonic System (f.Kavo, Biberach, Garmany) posiadają diamentowe końcówki zapewniające precyzję preparacji. Sonic System nadaje się zarówno do preparacji małych ubytków klasy I, jak również do opracowania ubytków położonych na powierzchniach stycznych (3,5). Główną zaletą systemów ultradźwiękowych, w przypadku preparacji ubytków kl. II, jest małe ryzyko uszkodzenia sąsiednich zębów.



Rys.1 Zukośnienie brzegu szklivnego. Zielone strzałki ukazują zalecane zukośnienie brzegu dodziąstowego.

Chcąc uniknąć powikłań w postaci próchnicy wtórnej w okolicy punktu stycznego, pomija się regułę minimalnej preparacji twardych tkanek zęba wykonując odpowiednie poszerzenie. Dodatkowo zwiększa to pole widzenia i ułatwia dokładne założenie formówki (3,9).

Niektórzy autorzy podkreślają istotę zukośnienia przydziąstowego brzegu szklivnego na powierzchni stycznnej (rys1). Czynność tę można wykonać za pomocą obcinaka brzegu dziąstowego, dłuta szklivnego lub narzędzi ultradźwiękowych (3,5). Narzędzia rotacyjne mogą być użyte wtedy, gdy brak jest zęba sąsiedniego lub istnieje szeroko otwarty ubytek w zębie sąsiednim. Według Gabela konieczne jest ścięcie dodziąstowego brzegu za pomocą obcinaka dziąstowego (3). Niektórzy autorzy uważają jednak, iż w przypadku, gdy pozostało jedynie wąskie pasmo szkliva na ścianie dodziąstowej ubytku, wykonanie skosu powinno być zaniechane, z uwagi na ryzyko odstonięcia cementu korzeniowego. Takie postępowanie w przypadku zastosowania wypełnień kompozytowych mogłoby doprowadzić do osłabienia się adhezji (8).

Do opracowania ubytków na powierzchniach stycznych może służyć także metoda tunelowa. Jej zaletą jest mała inwazyjność, dzięki zachowaniu listwy brzeżnej, stycznnej strefy kontaktu, małej średnicy ubytku oraz niskie ryzyko uszkodzenia zębów sąsiednich. Technika ta ma jednak wady. Są nimi: brak wzrokowej kontroli preparacji ubytku, możliwość złamania listwy brzeżnej, oraz ryzyko przypadkowego otwarcia komory (5).

Do odbudowy zębów w odcinku bocznym stosowane są dzisiaj estetyczne materiały adhezyjne tj.: żywice kompozytowe, kompozyty, glassjonomery, kompomery oraz porcelana. Glassjonomer, mimo iż polecany jest do wypełniania niektórych ubytków w zębach bocznych, nie nadaje się do odbudowania ubytków klasy II ze względu na słabe własności mechaniczne.

Niektórzy autorzy podkreślają zalety kombinowanego zastosowania glassjonomeru z kompozytem do wypełnień ubytków klasy II w tzw. metodzie kanapkowej (10,11,18). Metoda ta polega na użyciu glassjonomerowego systemu łączącego w obrębie całego ubytku, a następnie wypełnieniu dodziąsłowej części ubytku glassjonomerem i dopełnieniu ubytku kompozytem. Jedną z metod wypełniania ubytku na powierzchniach stycznych jest metoda „composit up” opisana przez Garbargoliego i Alstena. Według autorów, możliwe jest wypełnienie ubytku na powierzchni stycznej za pomocą kompozytu płynnego, w połączeniu z konwencjonalnym. Procedura postępowania polega na wypełnieniu dna ubytku kompozytem płynnym, a następnie nałożeniu kompozytu o większej gęstości (14).

Inni autorzy zalecają przy wypełnianiu ubytku klasy II naniesienie niewielkiej warstwy kompozytu płynnego jedynie na brzeg szkliva przy formówce. Zapobiega to powstaniu nawisów nad dziąsłem spowodowanych mechanicznym upychaniem kompozytu o standardowej gęstości (15).

Bryant podkreśla konieczność wypełniania ubytku materiałem kompozytowym techniką warstwową. W pierwszym etapie zaleca założenie warstwy poziomej o grubości 1 mm na dno ubytku, a następnie odbudowanie części aproksymalnej wypełnienia poprzez nałożenie dwóch skośnych warstw. Ubytek okluzyjny odbudowuje się zazwyczaj dwoma skośnymi warstwami, nie przekraczającymi grubości 2 mm (3,14).

Prawidłowa odbudowa kształtu anatomicznego jest możliwa dzięki zastosowaniu konturowanych matryc, które pozwalają dobrze odtworzyć punkt lub powierzchnię styczną. W przeciwieństwie do matryc konturowanych, matryce standardowe tworzą punkt kontaktu w zbyt bliskim sąsiedztwie powierzchni okluzyjnej (14). Taki punkt często ulega zniekształceniu podczas do-

pasowywania wypełnienia do płaszczyzny okluzyjno-artykulacyjnej. Używając konwencjonalnych formówek, możemy kształtować kompozyt w punkcie stycznym za pomocą lampy polimeryzacyjnej. Podczas polimeryzacji kompozytu przyciska się formówkę przewodnicą lampy w okolicy punktu stycznego. Można też docisnąć pasek matrycy do punktu stycznego sąsiedniego zęba za pomocą nakładacza. Inni autorzy używają do tego celu specjalnie skonstruowanych instrumentów (12). Alternatywą może być także wykorzystanie wcześniej spolimerizowanego fragmentu kompozytu, którym dociska się pasek formówki do sąsiedniego zęba podczas naświetlania lampą (14).

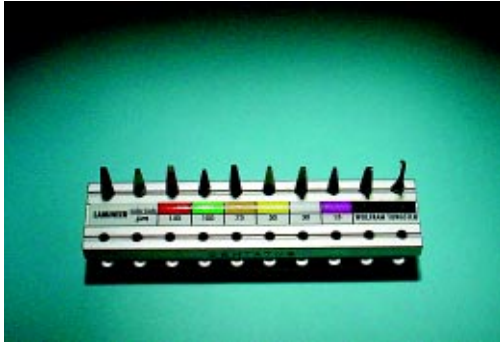
Przy odbudowie punktu stycznego można zastosować także zestaw kształtek pierścieniowych np. Have Super Mat System (f.KerrHawe, Bioggio, Switzerland).

System ten składa się z napinacza i kształtek pierścieniowych metalowych i celuloidowych w dwóch rozmiarach oraz dwóch rozmiarów pasków zarówno dla zębów trzonowych jak i przedtrzonowych. Kształtki metalowe mają grubość 0,03 mm, a celuloidowe 0,05 mm. W systemie tym wyróżnia się dwie wysokości pasków 5,0 mm i 6,3 mm.

Do odbudowy punktu stycznego stosuje się również częściowe kształtki z pierścieniem metalowym lub plastikowym. Do takich formówek należy System Palodent (f.Dentsply DeTrey, Konstanz, Germany).

Kontrolę odbudowy punktu stycznego można wykonać za pomocą nitki do przestrzeni międzyzębowych. Ewentualne „haczenie” nitki lub jej uszkodzenie w trakcie przeciągania jest wskazaniem do wygładzenia powierzchni stycznej i usunięcia nawisów.

Końcowym etapem zakładania wypełnienia jest opracowanie wszystkich powierzchni. Do wykończenia powierzchni stycznych stosuje się paseczki pozbawione nasypu diamentowego w części środkowej, dzięki czemu możliwe jest ich bezpieczne przesunięcie przez punkt styczny. Do usunięcia ewentualnych powstałych nawisów polecany jest także system np. Dentatus Profin Tips (W&H, Sweden) (ryc. 2, 3). Jest to zestaw małych pilniczków zakładanych do kątnicy, która wykonuje posuwiste ruchy wzdłuż powierzchni stycznej w części dodziąsłowej (3).



Rys. 2 Zestaw pilników Dentatus Profin Tips (W&H, Sweden)



Rys. 3 Kątnica W&H do zestawu pilników Dentatus Profin Tips.

W przypadku rozległej utraty twardych tkanek zęba odbudowa punktu styycznego jest łatwiejsza za pomocą wkładów/nakładów koronowych (13). Wkłady można modelować bezpośrednio w ubytku lub w laboratorium dentystrycznym po wcześniejszym wykonaniu wycisku i odlaniu modelu diagnostycznego. Wypełnienia kompozytowe typu *inlay/onlay* umożliwiają idealne odtworzenie kształtu anatomicznego, odbudowę punktów styycznych, szczelność brzeżną, odporność na ścieranie, a także większą gładkość. Wadą tej metody jest jednak większy koszt, w porównaniu do wypełnień wykonanych metodą bezpośrednią (3, 16, 17, 19).

Prawidłowa odbudowa punktów styycznych jest zadaniem nietrywialnym, wymaga czasu, staranności, a także posiadania odpowiednich instrumentów i materiałów oraz doświadczenia lekarza stomatologa. Stosując się jednak do odpowiednich zaleceń, przy umiejętnym wykorzystaniu instrumentarium, w większości przypadków, możliwe jest prawidłowe odtworzenie

utraconych punktów styycznych i przywrócenie naturalnego zasięgu przestrzeni międzyzębowych.

**Lek. dent. Wojciech RABCZAK** – ur. 1977; krakowianin; dyplom Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego CM UJ – 2002; staż podyplomowy w Miejskim Centrum Stomatologii Nowa Huta; od 2003 asystent w Oddziale Stomatologii Zachowawczej i Endodoncji Instytutu Stomatologii (u dr J. Zarzeckiej); nadto praktyka indywidualna; żona Weronika (podobnie absolwentka stomatologii); hobby narciarstwo alpejskie.

#### Piśmiennictwo:

1. Majewski S.: Protetyka stałych uzupełnień zębowych. SZS-W Kraków, 1998; 29-31.
2. Nowosielska A., Marciniak A., Zawadzka E.: Nowoczesne metody diagnostyki próchnicy zębów. Nowa Stomatologia, 2003; 1: 27-32.
3. Heidemann D., Becker J., Geurtsen W., Hahn i wsp.: Kariologia, Próchnica zębów, Leczenie, Wypełnienia. Urban & Partner Wrocław, 2001; 79-112.
4. Summitt J.B., Della Bonna A., Burgess J.O.: Wytrzymałość wypełnień kompozytowych klasy II jako pochodną sposobu opracowania ubytku. Quintessence, 1995; 9: 633-637.
5. Peters M.C., McLean M.E.: Minimally Invasive Operative Care II Contemporary Techniques and Materials: an Overview. J. Adhesive Dent., 2001; 1:17-31.
6. Peters M.C., McLean M.E.: Minimal Invasive Operative Care I. Minimal Intervention and Concepts for Minimally Invasive Cavity Preparations. J. Adhesive Dent., 2001; 1: 7-15.
7. Jedynakiewicz N., Nicolas M.: Posterior Restoration – A Clinical View. J. Adhesive Dent., 2001; 1:101-109.
8. Dietchi D., Spreafico R.: Metal free adhesive bonded restorations. Quintessence Int., 1998; 2: 66-80.
9. Blixt M., Coli P.: Wpływ metod zakładania podkładów na szczelność brzeżną w wypełnieniach kompozytowych ubytków II klasy. Quintessence, 1995; 7: 471-478.
10. Gończowski K., Krupiński J.: Adaptacja brzeżna wypełnień wykonanych metodą kanapki konwencjonalnej oraz uproszczonej z zastosowaniem glassionomerowego systemu łączącego Fuji Bond LC (GC)-badania laboratoryjne. Stomat. Współcz., 2003; supl.2; 12-21.
11. Van Dijken J.W., Kieri C., Carlen M.: Longevity of Extensive Class II Open – sandwich Restorations with a Resin –modified Glass-ionomer Cement. J Dent Res., 1999; 7: 1319-1324.
12. Dietschi D., Spreafico R.: Aktualne koncepcje odbudowy zębów bocznych. Quintessence, 1998; 2: 95-106.
13. Roulet J.F., Nairn H., Wilson F., Fuzzi M.: Advances in Operative Dentistry. Quintessence, 2001; 2: 65-87.
14. Śmigiel T., Borczyk D.: Technika warstwowego nakładania materiałów kompozytowych i jej wykorzystanie w leczeniu ubytków klasy II – rekonstrukcja punktu styycznego na podstawie przypadków własnych. MS., 2003; 4: 60-64.
15. Roulet J.F., Degrange M.: Inlay Restoration. CDA Journal, 1996; 9: 48-62.
16. Studer S.P., Wettstein F., Lehner C., Zullo T.G., Schärer P.: Long-term survival estimates of cast gold inlays and onlays, analysis of failures. Journal of Oral Rehabilitation, 2000; 27: 461-472.
17. Hickel R., Dasch W., Janda R., i wsp.: New direct restoration materials. International Dental Journal, 1998; 48: 3-16.
18. Franklin R.T., Stephen H.Y.: Indirect Posterior Restoration Using a New Chairside Microhybrid Resin Composite System. J. Adhesive Dent., 2001; 1: 89-100.
19. Żarow M., Krupiński J.: Pośrednie wypełnienie kompozytowe typu onlay w przypadku masywnie zniszczonej korony zębów bocznych – wprowadzenie (część I). MS., 2004; 2: 58-63.

## Kłopoty z zębem 23

Przypadek dotyczył pacjenta, u którego rozpoznano zatrzymanego zęba 23, brak zęba 24 (wcześniej usunięty) – z zachowanym zębem mlecznym.

W gabinecie lekarz ortodonta po zbadaniu pacjenta i analizie przedstawionego zdjęcia panoramicznego przedstawił następujący plan leczenia: usunięcie zęba mlecznego, odsłonięcie zęba 23 i umocowanie na nim zamka, przemieszczenie zęba 22 na miejsce zęba 23, a zatrzymanego zęba 23 wprowadzenie do łuku na miejsce zęba 22. Po odpowiednim oszlifowaniu będzie wyglądał jak siekacz.

Pobrano wyciski w celu wykonania aparatu stałego i ustalono termin zabiegu – jak to określa pacjent – „wykonania okienka”.

Pacjent skarży się, że przed wykonaniem zabiegu lekarz chirurg stomatolog nie przeprowadził z nim wywiadu dotyczącego wyboru środka znieczulającego (współistniejące choroby), a po zabiegu nie zalecił antybiotyków oraz środków przeciwbólowych.

Następnie, po konsultacji w czasie zabiegu ortodonty z chirurgiem, założono zamek na zęba 23, co pacjent uznał za brak kompetencji lekarzy.

Podczas kolejnej wizyty założono pierścienie na zęby wypełnione czasowo tlenkiem cynku planując wypełnienie stałe tych zębów w okresie późniejszym i zrobiono to niedelikatnie raniąc pacjenta w dziąsło.

Pacjent zaproponował zmianę planu leczenia, a mianowicie przesunięcie zatrzymanego zęba 23 na miejsce 23, pozostawienie zęba 22 bez jego przemieszczenia. Takie rozwiązanie było technicznie niemożliwe ze względu na położenie zatrzymanego zęba. Pacjent nie zaakceptował wcześniej przyjętego planu – powołując się na brak pełnej informacji – i upierał się przy swojej propozycji. Lekarze nie zgodzili się na takie rozwiązanie, a pacjent stwierdził, że nie podpisał planu leczenia, po czym przerwał leczenie i zaczął wędrowki po różnych gabinetach, między innymi u specjalisty z zakresu stomatologii zachowawczej

w celu dokończenia leczenia zębów wypełnionych czasowo tlenkiem cynku. Wiązało się to ze zdjęciem pierścienia z jednego z zębów – co stworzyło cały szereg nowych problemów.

Pacjent zgłosił się do Przychodni Kliniki Ortodontcji w AM – gdzie po konsultacji pani profesor przedstawiła plan leczenia identyczny z proponowanym przez ortodontkę w gabinecie, w którym pacjent podjął leczenie. Dodatkowo rozszerzono ten plan o leczenie w zuchwie. Pacjent nie podpisał tego planu i nie wyraził zgody na proponowane leczenie i skierował sprawę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej, skarżąc się na brak kompetencji leczących go lekarzy oraz nieudzielenie pełnej informacji, a także na fakt, że nie podpisał zgody na przedstawiony plan leczenia.

Rzecznik prowadzący sprawę powołał do oceny biegłych profesorów z zakresu ortodontcji, stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej. Po przeprowadzonej analizie skierował sprawę do Okręgowego Sądu Lekarskiego formułując następujące zarzuty:

- brak ortodontycznego badania przed rozpoczęciem postępowania ortodontyczno-chirurgicznego,
- brak planu leczenia oraz akceptacji tego planu przez pacjenta,
- rozpoczęcie leczenia bez uprzedniej sanacji jamy ustnej, a także rozpoczęcie leczenia ortodontycznego polegającego na wprowadzeniu zatrzymanego prawego górnego kła do łuku zębowego bez przygotowania dla tego zęba odpowiedniej przestrzeni w łuku zębowym.

Postępowanie lecznicze jest wg. Rzecznika sprzeczne z art. 4 Ustawy o zawodzie Lekarza oraz artykułem 8, 9, 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W międzyczasie pacjent zwrócił się do adwokata, który po zapoznaniu się ze sprawą zaproponował polubowne rozwiązanie żądając określenia sumy (wcale niemałej) w celu zwrotu i pokrycia kosztów dalszego leczenia. Lekarze wyrazili zgodę na takie rozwiązanie, a wówczas adwokat wystąpił o podwyższenie kwoty bliżej jej nie precyzując, „bo koszty leczenia mogą być znacznie wyższe od zaproponowanych wcześniej”



**ZPORR**  
Zintegrowany Program  
Operacyjny  
Rozwoju Regionalnego



## Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza lekarzy do uczestnictwa w kursie **ZDROWIE PUBLICZNE,**

dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach zintegrowanego programu operacyjnego rozwoju regionalnego 2004 – 2006.

Uczestnikami Kursu mogą zostać:

1. Lekarze zameldowani na terenie powiatu krakowskiego (powiat ziemski), Krakowa – miasta na prawach powiatu (powiat grodzki) oraz Nowego Sącza – miasta na prawach powiatu (powiat grodzki),
2. Pozostający w stosunku pracy z zakładem opieki zdrowotnej.

Rodzaj kursu:

- **Zdrowie Publiczne**

Udział w Kursie jest częściowo odpłatny 50 zł (za jednorazową edycję). Liczba miejsc ograniczona.

Wszystkie informacje dotyczące trybu rekrutacji, regulaminu Kursu, są dostępne na stronie internetowej OIL w Krakowie: [www.oilkrakow.org.pl](http://www.oilkrakow.org.pl)

Kurs **Zdrowie Publiczne** współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa.

## Z WOKANDY

Na takie rozwiązanie lekarze nie wyrazili zgody. Fakt przystąpienia do rozmów pacjent uznał za przyznanie się do winy.

Sprawę rozpoznał Okręgowy Sąd Lekarski i wydał wyrok uniewinniający, a w uzasadnieniu stwierdził między innymi:

– kolejność zabiegów ortodontycznych była zaplanowana prawidłowo, jednak z uwagi na przerwanie ich przez pacjenta, niemożliwa do dokończenia,

– leczenie chirurgiczne i zachowawcze było przeprowadzone prawidłowo,

– sąd nie może zająć jednoznacznego stanowiska co do informowania pacjenta o sposobie i etapach leczenia, ponieważ zeznania stron są skrajnie sprzeczne.

Pacjent złożył odwołanie poprzez OSŁ do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Naczelny Sąd

Lekarski nie dopatrywał się uchybień proceduralnych w postępowaniu OSŁ i utrzymał wyrok OSŁ.

Trwało to ponad pięć lat.

\* \* \*

Z całości sprawy wynika pewna nauka dla nas lekarzy. Należy przed planowanym leczeniem protetycznym, ortodontycznym i zabiegami chirurgicznymi przeprowadzać sanację jamy ustnej.

Ponadto trzeba jasno przedstawiać plany leczenia na piśmie i wymagać ich akceptacji przez pacjenta, pomimo że artykuł 32 Ustawy o Zawodzie Lekarza punkt 7 mówi, że zgoda osób może być wyrażona ustnie albo poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom medycznym.

(as)

## Kursy edukacyjne odbywane staraniem Komisji Stomatologicznej ORL

22 marca 2006 roku rozpoczęły się bezpłatne kursy doskonalące, organizowane przez Komisję Stomatologiczną ORL w Krakowie w ramach programu kształcenia ustawicznego. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Stanisław Majewski. Tematyka wykładów objęła: „Zakres wskazań i ogólne zasady postępowania zabiegowego w protetyce stałych uzupełnień zębowych” oraz „Nowe technologie w technice wykonywania i obróbki stałych konstrukcji protetycznych”, w tym sterowane komputerowo systemy projektowania i produkcji CAD\CAM galwanoforming, główne technologie współczesnych konstrukcji całoceramicznych, specyfikę przetwarzania tytanu w procesie odlewniczym i systemie komputerowym.

Profesor wskazał m.in. na nieodwracalność procesów leczniczych w protetyce, które już przy planowaniu leczenia lekarz dentysta powinien uwzględnić. Nadto mówił o postępie technologicznym w dentystyce, o możliwości alternatywnych rozwiązań danego problemu leczniczego. Szczególną wagę przyłożył do leczenia wstępnego, wstępnej rehabilitacji i prawidłowego zaplanowania docelowych uzupełnień protetycznych, które winno się zakończyć obustronną satysfakcją pacjenta i lekarza prowadzącego.

Kolejną prelegentką była Pani mgr Teresa Sławińska, która w interdyscyplinarnym wykładzie z zakresu psychologii, socjologii i marketingu zatytułowanym przewrotnie: „Kto się boi lekarza stomatologa?” do przeprowadziła próbę typologii pacjentów i ich oczekiwań wobec lekarza stomatologa. Kilku-godzinne spotkanie spotkało się z żywą reakcją słuchaczy, obdarzonych w dodatku stosownymi zaświadczeniami o otrzymaniu punktów edukacyjnych.

Drugi cykl wykładów dla lekarzy dentystów w kwietniu był prowadzony przez dr hab. med. Jana Zapałę z zakresu chirurgii stomatologicznej. Omówione tematy to: „Terazniejszość i przyszłość krakowskiej chirurgii szczękowo-twarzowej” oraz „Wybrane zagadnienia z zakresu głowy i szyi”. Wymienienia wymaga też wykład p. Ewy Migaczskiej nt. „Kto pyta nie błądzi; Techniki rozpoznawania u pacjentów potrzeb i oczekiwań oraz nastawienia pacjentów do leczenia stomatologicznego”.

Sądząc po świetnej frekwencji na sali wykładowej AWF taka forma kształcenia, umożliwiająca przy okazji zdobywanie potrzebnych punktów edukacyjnych jest trafna.

Wykłady interdyscyplinarne oraz opracowanie konferencji możliwe jest dzięki świetnej współpracy z firmą GlaxoSmithKline i jej przedstawicielami dr. Wojciechem Krówczyńskim oraz paniami Moniką Kordzi i Agnieszką Węgiel – za co bardzo dziękujemy.

(ks)

### Spotkanie absolwentów Stomatologii AD 1981

Rybro – Perła Południa  
16-18 czerwca 2006

*Omnia tempus habent*

Drogie Koleżanki!  
Drodzy Koledzy!

W tym roku mija 25 lat od chwili, kiedy opuściliśmy mury naszej Alma Mater. Nadszedł czas, aby się spotkać, powspominać dobre, często beztroskie chwile, zobaczyć tych, z którymi nie mieliśmy kontaktu od lat...

Zapraszamy Wszystkich do Rybra – na spotkanie po latach...

Starosta Roku  
Stanisław J. Majka

Organizator Spotkania  
Jolanta Pytko-Polończyk

Telefony kontaktowe:

Jolanta Pytko-Polończyk:

0 601 45 35 13, e-mail: jpp13@poczta.onet.pl

Stanisław Majka:

015/ 864 35 59, 015/ 864 35 07

### Stomatolog

(z 10-letnim stażem)

poszukuje pracy w centrum Krakowa  
tel. 0 606 662 003 (po godz. 20-tej)

Dobrze prosperujący

**gabinet stomatologiczny,**

w centrum Krakowa, do wynajęcia  
tel. 0 502 600 410

### Stomatologa

zatrudnię – okolice Krakowa  
tel. 509 020 408

### Prywatne Centrum Stomatologiczne

zatrudni lekarza stomatologa  
Kraków, tel. 0 606 320 258

Udostępnię

**gabinet stomatologiczny,**

specjaliście ortodontyce  
Kraków, tel. 0 605 418 203



## Konferencja Naukowo-szkoleniowa „Interdyscyplinarna stomatologia dziecięca” Polańczyk, 5-7 października 2006

W imieniu Oddziału PTS w Krośnie serdecznie zapraszam na Konferencję Naukowo-szkoleniową „Interdyscyplinarna stomatologia dziecięca”, która odbędzie się w dniach 5–7 X 2006 roku w Polańczyku, w Ośrodku Wypoczynkowym MSWiA „Jawor”. Już po raz trzeci Konferencja odbywać się będzie pod patronatem Prezydenta PTS prof. dr hab. n. med. Marka Ziętka. Po raz trzeci także organizację naszego przedsięwzięcia wspiera finansowo Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

Tematyka wystąpień wpisuje się w aktualne potrzeby terapeutyczne każdej praktyki.

Coraz częściej bowiem zdarza się, że na wizytę zgłaszają się rodzice ze swoimi „pociechami”, by przy okazji skontrolować stan uzębienia. Jest to idealna sytuacja do rozpoczęcia regularnej opieki nad dzieckiem. Gorzej, gdy trzeba interweniować w stanie nagłym, co zawsze wiąże się z dużym stresem jego opiekunów i personelu oraz ogromnym przeżyciem emocjonalnym cierpiącego dziecka. Mały pacjent jest bardzo szczególnym podopiecznym, wymagającym specjalnej uwagi, podejścia psychologicznego i poznania odmienności jego budowy oraz fizjologii. Profilaktyka stomatologiczna powinna się rozpocząć jeszcze przed urodzeniem dziecka od opieki nad ciążarną kobietą i następnie od niemowlęctwa, począwszy przez kolejne okresy rozwojowe, aż do osiągnięcia dojrzałości osobniczej. Współczesne postępowanie pedodontyczne powinno być interdyscyplinarne, subtelnie ingerujące w naturalne procesy regeneracji i naprawy, uwzględniające dynamikę wzrostowych przemian metabolicznych.



### Wojciech Bednarz – wiceprezydentem PTS

Jak się dowiedzieliśmy 5 kwietnia 2006 plenum Zarządu Głównego PTS wybrało na stanowisko wiceprezydenta przewodniczącego Koła Terenowego w Krośnie dr n. med. Wojciecha Bednarza. Serdecznie gratulujemy.

*Robert Stepień  
Wiceprzewodniczący ORL w Krakowie*

Wydaje się nam, że zaproszeni wykładowcy – wybitni naukowcy i jednocześnie praktycy, gwarantują bardzo wysoki poziom merytoryczny Konferencji.

Wykładowcami będą: prof. Zbigniew Jańczuk, prof. Jadwiga Banach, prof. Urszula Kaczmarek, prof. Anna Komorowska, prof. Krystyna Lisiecka, prof. Danuta Piątkowska, prof. Lidia Postek-Stefańska, prof. Stanisław Suliborski, dr hab. Tomasz Konopka, prof. nadzw., dr n. med. Barbara Owczarek, dr n. med. Zofia Rump, dr n. med. Andrzej Fortuna, dr n. med. Wojciech Pawlak, dr n. med. Henryk Podziorny, dr n. med. Leszek Szywałta, lek. stom. Edyta Sosnowska-Klocek, lek. stom. Tomasz Fortuna, lek. stom. Wojciech Kolanko.

W ciągu trzech dni planujemy 5 sesji wykładowych oraz doskonalące kursy praktyczne z endodoncji dziecięcej, diagnostyki ortodontycznej oraz ratownictwa medycznego. Jak co roku przygotowujemy także atrakcyjny program imprez towarzyszących. Mamy nadzieję, że po raz kolejny Konferencja pozostanie w Państwa pamięci jako źródło cennej wiedzy, ale także jako czas niezapomnianych spotkań towarzyskich.

### Zebranie naukowo-szkoleniowe w Krośnie

25 maja 2006 r., godz. 9.30.

Dr n. med. Leszek Szywałta

*Leczenie ortodontyczne jako element interdyscyplinarnego postępowania stomatologicznego.*

Mgr Mariusz Stabach

*Płukanki antyseptyczne w codziennej higienie jamy ustnej – Listeryne w świetle nowych badań klinicznych.*

**Miejsce spotkania: Sala Konferencyjna Hotelu Nafta w Krośnie przy ul. Lwowskiej 21**

**Ogólnopolska Konferencja  
Lekarzy Stomatologów  
Rytko k/Nowego Sącza  
26-27 maja 2006**

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Koło Terenowe w Nowym Sączu oraz Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie zapraszają do udziału w tradycyjnej już Konferencji naukowo-szkoleniowej, która odbędzie się w Rytrze, w dniach 26-27 maja, w hotelu „Perła Południa.

Tematem wiodącym Konferencji będą:

**Oczekiwania dzisiejszego pacjenta  
a możliwości terapeutyczne współczesnej  
stomatologii**

Otwarcie konferencji planowane jest w piątek (26 V), o godz. 13.00. W programie czterech sesji naukowych m.in. *Estetyka w leczeniu periodontologicznym* (prof. M. Zętek, prezydent PTS, który sprawuje również patronat honorowy nad Konferencją), *Jama ustna jako logo chorób układu* (prof. T. Konopka), *Leczenie preparatami izopatycznymi Sanum w wybranych schorzeniach z zakresu chirurgii stomatologicznej* (prof. G. Grzesiak-Janias), *Względy estetyczne w postępowaniu ortodontycznym* (prof. G. Śmiech-Słomkowska). nadto planowane są warsztaty endodontyczne.

Termin zgłoszeń upływa 30 kwietnia br.; opłata rejestracyjna wynosi 300 zł (koszt całkowity 550 zł) – ceny rosną w wypadku zgłoszenia się w późniejszym czasie.

**Kontakt:**

[www.pts-nowysacz.pl](http://www.pts-nowysacz.pl); tel: 018/ 44 42 244

**UNIwersYTET JAGIELLOŃSKI****Kursy dla lekarzy dentystów**

organizowane przez  
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Uniwersytetu Jagiellońskiego  
**maj, czerwiec 2006**

**CHIRURGIA****SZCZĘKOWO-TWARZOWA**

Rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie swoistych oraz nieswoistych zapaleń tkanek miękkich i twardych części twarzowej czaszki oraz szyi, kierunki szerzenia się oraz zasady leczenia ropni i ropowic części twarzowej czaszki.

Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Jan Zapała  
15-17.05.2006

Choroby zatok szczękowych – ich rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie

Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Jan Zapała  
5-7.06.2006

**STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA  
Z ENDODONCJĄ**

Leczenie zachowawcze i chirurgiczne chorób tkanek okołowieruchołkowych

Kierownik naukowy: dr n. med. Joanna Zarzecka  
8-10.06.2006

**Wschodnie Dni Implantologiczne OSIS-EDI  
Zamość, 18-20 maja 2006**

W dniach 18-20 maja br. odbędą się w Zamościu „Wschodnie Dni Implantologiczne” OSIS-EDI, których organizatorem jest Wschodni Regionalny Oddział Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej w Lublinie. Na dzień 19 maja 2006 planowany jest siedmiogodzinny kurs implantologiczny. Tematyka wykładów:

- planowanie leczenia implantoprotetycznego,
- natychmiastowa implantacja i natychmiastowe obciążenie,
- powikłania związane z zabiegami implantacji i rekonstrukcji protetycznej,
- zastosowanie implantów w leczeniu ortodontycznym.

kontakt: [www.osis.org.pl](http://www.osis.org.pl) • tel/fax 081/ 532 73 62

## Formy finansowania inwestycji w usługach medycznych

Generalnie możemy wyróżnić następujące formy finansowania inwestycji:

1. Środki własne
2. Kredyt
3. Leasing: • finansowy • operacyjny

zalety i wady poszczególnych form finansowania inwestycji dla firm nie będących płatnikami podatku VAT prezentuje tabela

	Własne środki	Kredyt	Leasing finansowy	Leasing operacyjny
Koszt zakupu	Wartość brutto	Wartość brutto	Wartość brutto	Wartość netto plus 22% VAT
Dodatkowe koszty inwestycji	Brak	Prowizje i odsetki bankowe	Odsetki od netto powiększone o 22% VAT	Odsetki od netto powiększone o 22% VAT
Koszty dla firmy	Amortyzacja inwestycji	Amortyzacja inwestycji, odsetki i prowizje	Amortyzacja inwestycji, odsetki	Czynsz inicjalny, raty czynszu

Należy zwrócić uwagę, że **dla firm nie będących podatnikami podatku VAT** bardzo istotnym jest; jaką stawką podatku VAT opodatkowany jest przedmiot zakupu, ponieważ podatek ten stanowi koszt dla firmy. Generalnie sprzęt medyczny opodatkowany jest obecnie 7% stawką VAT, a oprocentowanie kredytów i leasingów jest zbliżone. Oczywiście najtańszą formą finansowania takich zakupów są **środki własne** (jeżeli je posiadamy) następnie **kredyt** (uzyskanie kredytu wymaga wielu formalności oraz zaświadczeń), kolejno **leasing** (łatwiej dostępny od kredytu) – **finansowy** przy siedmioprocentowej stawce podatku VAT dla przedmiotu inwestycji i na koniec – **operacyjny**, przy którym kosztem działalności są wartości czynszu brutto, natomiast czynsz inicjalny np. w wysokości 40% wartości inwestycji stanowi koszt w miesiącu jego poniesienia.

opr. mgr. inż. Jarosław Świąch  
Korporacja Usługowa Broker, Myślenice, tel. 12/ 274 03 30

## VII Międzynarodowy Kongres Implantologii Stomatologicznej OSIS Mikołajki, 17-19 maja 2007

Planowany Kongres będzie pierwszym po przystąpieniu OSIS do Europejskiego Towarzystwa Implantologicznego (EDI).

Kongres odbędzie się w XV rocznicę działalności naszego towarzystwa na rzecz rozwoju implantologii stomatologicznej w Polsce. W programie Kongresu: sesje naukowe i zajęcia praktyczne, w tym cykl wykładów najwybitniejszych implantologów z Europy oraz 4 sesje plenarne o następującej tematyce:

- postępy kliniczne,
- powikłania w leczeniu,

- regeneracja tkanek,
- sesje firmowe
- kursy praktyczne.

Integralną częścią Kongresu będzie sesja plakato-wa, i festiwal filmów Video-DVD przedstawiających procedury kliniczno-laboratoryjne i zabiegi implantologiczne.

Miejszem spotkania będą Mikołajki a ściślej kompleks hotelowo-kongresowy „Hotel Gołębiowski”, pięknie położony nad jeziorem Tałty.

kontakt: [www.osis2007.pl](http://www.osis2007.pl) tel. +42/632 28 66

## LISTY DO REDAKCJI

### Schorzenia kręgosłupa wśród dentystów

Schorzenia kręgosłupa wśród dentystów – to choroba bez przesady społeczna, chociaż za społeczną nie uznana. Gdyby była uznana, to trzeba byłoby prawie całą populację dentystów w Polsce po 50-tym roku życia wysłać na rentę. W chwili obecnej jedyną chorobą zawodową lekarzy dentystów jest zespół cieśni nadgarstka. To wykryte, a rzadkie schorzenie, uprawnia lekarzy do renty zawodowej, a więc po przejściu na emeryturę do otrzymywania specjalnego dodatku z ZUS.

Zdaję sobie doskonale sprawę z tego, że obecnie panuje tendencja do skracania listy chorób zawodowych naszego społeczeństwa z powodu szczupłego budżetu na finansowe rekompensaty. Dziwię się natomiast bardzo, że lekarze w ramach prac w Okręgowych i Naczelnej Izbie Lekarskiej nie zajęli się tą sprawą skutecznie i nie potrafili schorzeń kręgosłupa u stomatologów wpisać na listę schorzeń zawodowych. Wynika to chyba ze słabości naszych działań w tym zakresie.

Uprzejmie proszę naszych samorządowych przedstawicieli, aby zajęli się tą sprawą. To się nam absolutnie należy. Nauczycielom uznano schorzenia gardła i krtani, górnikom pylicę – i słusznie. Każdy dentysta po kilkunastu latach pracy cierpi na skoliozę, kifozę i inne dolegliwości z kręgosłupem związane. Nie ma nas w Polsce tak wielu – państwo nie zbankrutuje. A swoją drogą przysłowie – pracuj, pracuj, a garb sam ci wyrośnie – jest wśród stomatologów jak najbardziej aktualne. Nadszedł najwyższy czas, aby nas za tę ciężką pracę chociaż trochę finansowo podreperowano, gdy już odejdziemy na emeryturę.

16 lutego 2006

Lek. stom. Wacław Woliński  
specjalista ortodonta



## OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ul. Krupnicza 11 a, 31-123 Kraków

Centrala: 012 619 17 00

012 619 17 20

fax 012 619 17 30, 012 422 57 55

e-mail: [biuro@oilkrakow.org.pl](mailto:biuro@oilkrakow.org.pl)

[www.oilkrakow.org.pl](http://www.oilkrakow.org.pl)

[www.stomatolodzy.prv.pl](http://www.stomatolodzy.prv.pl)

#### Numery wewnętrzne:

• Recepcja, Sekretariat ogólny .....	720
• Sekretariat prezesa .....	710
• Sekretarz ORL .....	721
• Dyrektor Biura ORL .....	712
• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej .....	717; 725
• Sąd Lekarski .....	728
• Biuro Radców Prawnych .....	719; 724
• Rejestr Lekarzy; Ubezpieczenia OC .....	716
	bezp. 012 619 17 16
• Rejestracja Ind. Praktyk; Staże podyplomowe .....	713
	bezp. 012 619 17 13
• Księgowość; Ubezpieczenia Nationale Nederlanden .....	715
• Kasa .....	714
• Składki .....	732
	bezp. 012 619 17 32
	e-mail: <a href="mailto:skladki@oil.org.pl">skladki@oil.org.pl</a>
• Redakcja „Biuletynu Lekarskiego” .....	727

#### Komisje:

Bioetyki (712); Etyki (710); Kształcenia (728); Kultury i Sportu (721); Praktyk (713) Socjalno-Bytowa (718); Stomatologiczna (718); Uzdrowisk (713); Zagraniczna (713)

#### Czas pracy OIL:

poniedziałek, środa, czwartek	od godz. 8 <sup>00</sup> do godz. 17 <sup>00</sup>
wtorek	od godz. 8 <sup>00</sup> do godz. 15 <sup>00</sup>
piątek	od godz. 8 <sup>00</sup> do godz. 13 <sup>00</sup>

#### Dyżury radców prawnych OIL:

mgr Ewa Krzyżowska

wtorek	od godz. 14 <sup>00</sup> do godz. 15 <sup>00</sup>
czwartek	od godz. 15 <sup>00</sup> do godz. 16 <sup>00</sup>

mgr Agnieszka Nawara-Dubiel

poniedziałek	od godz. 13 <sup>00</sup> do godz. 17 <sup>00</sup>
środa	od godz. 13 <sup>00</sup> do godz. 17 <sup>00</sup>

Biuletyn Lekarski – suplement Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie  
ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków; tel. 012 619 17 72; fax: 012 619 17 55; e-mail: [biul@interia.pl](mailto:biul@interia.pl)

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Robert Stępień; sekretarz redakcji – Stefan Cieply;  
członkowie: Grzegorz Herbut, Tomasz Kaczmarzyk, Dariusz Kościelniak, Andrzej Mazaraki, Katarzyna Siembab,  
Antoni Stopa, Krzysztof Zgłobicki (grafika)

Przygotowanie do druku: opti & Wydawnictwo Dęby Rogalińskie; tel. 602 229 655; e-mail: [zk@deby.com.pl](mailto:zk@deby.com.pl)