

Warszawa, 15-16.04.2016r.

III KONFERENCJA

Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej

Wielospecjalistyczne planowanie
i leczenie urazów zębów.

Program Konferencji

PASD

Polska Akademia Stomatologii Dziecięcej



Organizatorzy:

Polska Akademia Stomatologii Dziecięcej oraz
Katedra i Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowych
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:

Dr n. med. Michał Sobczak

Komitet Organizacyjny:

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich
Dr n. med. Ewa Nadolska Gazda
Dr n. med. Marek Olejniczak
Dr Jerzy Perendyk

Komitet naukowy:

Prof. Lars Andersson
Prof. Rita Cauwels
Prof. dr hab. n. med. Ewa Czochrowska
Dr Peter Day
Prof. Monty Duggal
Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich
Dr n. med. Dominika Gawlak
Dr hab. n. med. Paweł Plakwicz
Prof. zw. dr hab. n. med. Ingrid Różyło-Kalinowska
Dr n. med. Agnieszka Wal

Biuro Konferencyjne:

Foyer Centrum Konferencyjnego Golden Tulip Warsaw Centre,
ul. Towarowa 2, Warszawa

Rejestracja uczestników i godziny otwarcia:

Piątek 15 kwietnia 2016: 9.00-18.30
Sobota 16 kwietnia 2016: 9.30-17.00

SPONSORZY



WYSTAWCY



PROGRAM KONFERENCJI

Piątek 15.04.2016 r.

- 09.30 - 10.00 Rejestracja uczestników
10.00 - 10.15 Otwarcie Konferencji
10.15 - 11.00 Zwichnięcia zębów mlecznych i stałych- postępowanie terapeutyczne.
Dr n. med. Agnieszka Wal-Adamczak
11.00 - 12.00 Następstwa i powikłania urazowych uszkodzeń zębów mlecznych.
Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich
12.00 - 12.30 Przerwa kawowa
12.30 - 13.15 Postępowanie u pacjentów z urazowymi złamaniami zębów stałych.
Dr n. med. Michał Sobczak
13.15 - 14.00 Współczesna diagnostyka radiologiczna urazów zębów i wyrostka zębodołowego.
Prof. zw. dr hab. n. med. Ingrid Różyło-Kalinowska
13.45 - 14.45 Przerwa lunchowa
14.45 - 15.30 Ochraniacze wewnątrzrustne-kompedium wiedzy lekarza dentysty.
Dr n. med. Dominika Gawlak
15.30 - 16.30 Wpływ autotransplantacji zębów z nieukończonym rozwojem korzeni na budowę wyrostka zębodołowego.
Dr hab. n. med. Paweł Plakwicz
16.30 - 17.00 Przerwa kawowa
17.00 - 18.00 "Trudne przypadki z własnej praktyki".
18.00 - 18.15 Dyskusja
18.15 - 18.45 Walne zebranie członków Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej

Sobota 16.04.2016 r.

- 10.00 - 10.45 Interdyscyplinarne planowanie leczenia u pacjentów w wieku rozwojowym po utracie siekaczy w szczęce w następstwie urazu. Multidisciplinary strategies for treatment planning after loss of maxillary incisors after trauma in young growing patients.
Prof. Lars Andersson, DDS, PhD, Kuwejt
10.45 - 11.15 Przerwa kawowa
11.15 - 12.15 Konfrontacja z miazgą; Nowe strategie. Confrontation with pulp; New strategies
Prof. dr. Rita Cauwels, DDS, MSc, PhD, Belgia
12.15 - 13.15 Postępowanie ortodontyczne u dzieci i młodzieży z brakami górnych siekaczy. Orthodontic management in young patients with missing upper incisors.
Prof. dr hab. n. med Ewa Czochrowska, Polska
13.15 - 14.15 Przerwa lunchowa
14.15 - 15.30 Interdyscyplinarne planowanie leczenia siekaczy po urazach. Multi-disciplinary treatment planning for traumatized incisors.
Prof. Monty Duggal i dr Peter Day, Wielka Brytania (Cz. I)
15.30 - 15.45 Przerwa kawowa
15.45 - 17.00 Interdyscyplinarne planowanie leczenia siekaczy po urazach. Multi-disciplinary treatment planning for traumatized incisors
Prof. Monty Duggal i dr Peter Day, Wielka Brytania (Cz. II)
17.00 - 17.15 Dyskusja
17.15 Zakończenie konferencji

PROGRAM KONFERENCJI

Piątek 15.04.2016 r.
Trudne przypadki z własnej praktyki

- 17.00 - 17.07 Zemlik J. Leczenie uszkodzeń pourazowych u pacjenta w wieku rozwojowym z zaburzeniami żywienia.
17.07 - 17.14 Pregiel B., Piesiak-Pańczyszyn D. Złamanie Korony - III klasa Ellisa.
17.14 - 17.21 Piesiak-Pańczyszyn D., Pregiel B. Nadwichnięcie zębów 11 i 12 u 8 letniego pacjenta - leczenie i powikłania po urazowym uszkodzeniu zębów stałych niedojrzałych - opis przypadku.
17.21 - 17.28 Głódkowska N., Sobczak-Zagalska H., Emerich K. Odpowiednie szynowanie jako jeden z warunków prawidłowego gojenia tkanek po całkowitym zwichnięciu zęba.
17.28 - 17.35 Słowik J., Jankowska K., Gregorczyk-Maga I. Wielozębowe wybicie zębów mlecznych u 4 -letniej dziewczynki - opis przypadku.
17.35 - 17.42 Stós W., Słowik J. Złamanie wyrostka zębodołowego szczęki u dziecka 8 letniego z wybiciem siekacza bocznego- opis przypadku.
17.42 - 17.49 Bodal M. Zastosowanie celowanej antybiotykoterapii miejscowej dokanałowej w przypadku opornego na leczenie przewlekłego zapalenia tkanek okołowierzchołkowych siekacza centralnego szczęki w trakcie apeksyfikacji po urazie zęba.
17.49 - 17.56 Bodal M. Przypadek niedojrzałego centralnego siekacza szczęki ze złamaniem poprzecznym korzenia oraz złamaniem koronowo-korzeniowym.

1. Zemlik J.¹ Leczenie uszkodzeń pourazowych u pacjenta w wieku rozwojowym z zaburzeniami żywienia.

¹Gabinet Stomatologii Dziecięcej, Kielce

Zaburzenia żywienia w chwili obecnej stanowią jeden z istotniejszych problemów zdrowotnych pacjentów w wieku rozwojowym, obejmującym zarówno ordynację lekarską eliminującą określone produkty żywnościowe z diety pacjenta w wieku rozwojowym, jak również samowolne wdrażanie ryzykownych zachowań żywieniowych.

Cel pracy: celem pracy jest przedstawienie trudności terapeutycznych związanych z leczeniem pourazowych uszkodzeń zębów.

Opis przypadku: pacjent w wieku 15 i 9/12, leczony z powodu otyłości prostej od wczesnego dzieciństwa. W wywiadzie podano trudności z gojeniem złamania kości długiej – 5 miesięcy utrzymywano opatrunek gipsowy z powodu braku kościorostu, w chwili przyjęcia parametry antropometryczne 180cm/104kg, przyjęty z powodu braku postępu w leczeniu w jednostce podstawowej.

Wyniki: w trakcie leczenia specjalistycznego wykorzystano dostępne środki biostymulacji twardej tkanki, zastosowano leczenie żywieniowe – nie uzyskano spodziewanej poprawy stanu miejscowego. Kontrola poziomu witaminy D3 wykazała znaczny niedobór tej witaminy. Wdrożenie profesjonalnie kontrolowanej suplementacji D3, leczenia żywieniowego skutkującego redukcją masy ciała (182/96kg), profilaktyki intensywnej, motywacji do wdrażania korzystnych zachowań zdrowotnych zaskutkowało wygojeniem uszkodzeń pourazowych.

Wnioski: w okresie wczesnej adolescencji zaburzenia żywienia wywierają istotny wpływ na przebieg procesu terapeutycznego uszkodzeń pourazowych w obrębie układu stomatognatycznego.

2. Pregiel B¹, Piesiak-Pańczyszyn D². Złamanie Korony - III klasa Ellisa.

¹Landsitngēt Jönköping Region, Folkandvården Vetlanda, Sweden

²Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Częstość pourazowych uszkodzeń badana w różnych krajach z reguły jest wysoka, chociaż trudno o porównanie ze względu na ich występowanie w różnych grupach wiekowych. U dzieci 5-letnich najczęściej spotykamy się ze zwichnięciami (cocncussion, subluxation, luxation) zębów mlecznych, natomiast u 12 latków typowym uszkodzeniem zębów stałych jest niepowikłane złamanie korony zęba. Wzrost ruchliwości idący proporcjonalnie z rozwojem dziecka, zwiększona ilość uprawianych sportów, uwarunkowania anatomiczne mają decydujący wpływ na ilość i typ urazu. W każdym jednak wypadku, profesjonalne i sprawne podjęcie działań terapeutycznych, opartych na współczesnej wiedzy, decyduje o pozytywnych rokowaniach leczenia i minimalizuje ewentualne komplikacje. Opis przypadku: babcia z chłopcem w wieku 12 lat, zgłosiła się po 9 godzinach od urazu zęba 11, wraz z odłamem korony przechowywanym w czystym woreczku foliowym. Pacjent został uderzony rakieta przez kolegę podczas meczu tenisa ziemnego. Zebrano wywiad i wykonano badanie kliniczne zęba 11: ząb tkliwy na opukiwanie w płaszczyźnie pionowej, żywy, widoczna żywa krwawiąca miazga (około 1 mm²), nie zanotowano zwichnięcia zęba i zwiększonej ruchomości, bez urazów tkanek miękkich, oraz brak informacji o utracie przytomności. Wykonano kontrolne zdjęcie wewnątrzuste. Ze względu na bardzo napiętą sytuację i stress pacjenta, nie podjęto próby wykonania fotografii. Zarówno dziecko jak i babcia byli bardzo poruszeni zaistniałą sytuacją. Niezmiernie trudno było uspokoić pacjenta, który

nie chciał, mimo znieczulenia, pozwolić na wykonanie do końca zabiegu. Użycie sedacji wziewnej N2O było nie możliwe danego dnia. Zdecydowano przepłukać ząb roztworem soli fizjologicznej, pokryto obnażoną miazgę Calaseptem i założono wypełnienie tymczasowe (SDR U Flow). Odłamek korony umieszczono w roztw. soli fizjologicznej. Następnego dnia dziecko przyszło z mamą, znacznie spokojniejsze, w wywiadzie podawało ból zaraz po ostatniej wizycie, który ustąpił po kilku godzinach. Wykonano zamierzone wcześniej znieczulenie nasiękowe, amputację częściową wg Cveka, pokryto miazgę Calaseptem oraz Caviosem i przyklejono odłamek zęba, pasujący jednoznacznie do reszty korony zęba, płynnym kompozytem (SDR-U po uprzednim wytrawieniu i bondingu). Pacjent podczas całej wizyty dzielnie współpracował. W celu dokumentacji wykonano fotografie. Dziecko zadowolone opuściło gabinet. Wyznaczono wizytę kontrolną za miesiąc.

3. Piesiak-Pańczyszyn D¹, Pregiel B². Nadwichnięcie zębów 11 i 12 u 8 letniego pacjenta – leczenie i powikłania po urazowym uszkodzeniu zębów stałych niedojrzałych – opis przypadku.

¹Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Landsitngēt Jönköping Region, Folkandvården Vetlanda, Sweden

Urazy zębów stałych niedojrzałych zawsze niosą ze sobą możliwość powstania zaburzeń związanych z dalszym rozwojem i wzrostem korzeni. Prawidłowa diagnoza, profesjonalne i sprawne podjęcie działań terapeutycznych oraz systematyczne kontrole decydują o pozytywnych rokowaniach leczenia i minimalizują ewentualne powikłania.

Opis przypadku: dziewczynka lat 8 zgłosiła się z powodu urazu zębów górnych. Opiekun dziecka w wywiadzie podał, że do wypadku doszło przed dwoma dniami. W trakcie wizyty wykonano badanie kliniczne, które wykazało nieznaczną ruchomość zębów 11 i 21 bez przemieszczenia, nieznaczny ból na opuk pionowy, brak przebarwień koron zębów, niewielka rana w obrębie błony śluzowej wargi górnej w trakcie gojenia. Reakcja na bodźce elektryczne oraz na chlorek etylu obu zębów była dodatnia. Na zdjęciu RTG nie stwierdzono złamań w obrębie korzeni zębów, natomiast w obu przypadkach rozwój korzeni był niezakończony. Z wywiadu od rodzica uzyskano informacje o możliwym przebiegu w przeszłości urazie tych zębów. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania klinicznego i radiologicznego postawiono diagnozę: nadwichnięcie zębów 11 i 21. Przepłukano jamę ustną pacjentki roztworem chlorheksydyny, zalecono miękką dietę przez okres 2 tygodni oraz poinformowano o konieczności zachowania odpowiedniej higieny. Kontrola po 2 tygodniach wykazała brak ruchomości zębów 11 i 21, niewielka reakcja na opuk pionowy, prawidłowa reakcja zarówno na bodźce elektryczne, jak i chlorek etylu, prawidłowy kolor zębów oraz zagojenie rany tkanek miękkich wargi górnej. Po 6 miesiącach stwierdzono utrzymującą się nieznaczną tkliwość na opuk pionowy zębów 11 i 21 przy zachowaniu prawidłowej reakcji żywotności i prawidłowej barwy. Zdjęcie rentgenowskie wewnątrzustne wykazało zatrzymanie wzrostu korzeni na etapie 3/4 długości korzenia - stadium R3/4, przedwczesne zamykanie się otworu wierzchołkowego, brak zmian patologicznych w okolicy okołowierzchołkowej. Ze względu na zachowaną żywotność obu zębów i brak innych objawów patologicznych ze strony miazgi i tkanek okołowierzchołkowych zalecono kontrole za 6 miesięcy.

4. Głódkowska N¹, Sobczak-Zagalska H¹, Emerich K¹. Odpowiednie szynowanie jako jeden z warunków prawidłowego gojenia tkanek po całkowitym zwicnięciu zęba.

¹Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

Szynowanie zębów jest jednym z elementów pierwszej pomocy w przypadku leczenia urazów zębów z przemieszczeniem, bądź złamaniem korzenia lub wyrostka zębodołowego. Celem szynowania jest ustabilizowanie zęba w pozycji anatomicznej i ochrona przed siłami działającymi traumatyzującą w trakcie okresu gojenia. Elastyczność szyny powinna być dobrana odpowiednio do typu urazu. W przypadku całkowitego zwicnięcia zęba szynowanie powinno być pasywne i elastyczne, pozwalające na fizjologiczną ruchomość zęba. Czas szynowania powinien być możliwie najkrótszy. Zarówno sztywne unieruchomienie, jak i jego przedłużanie może prowadzić do wystąpienia efektów ubocznych jak ankyloza i resorpcja wymienna. Szyna powinna być łatwa do założenia oraz zdejmowania, a także zapewniać możliwość utrzymania dobrej higieny i komfortu pacjenta podczas okresu gojenia. Opis przypadków przedstawia dwóch pacjentów po urazie całkowitego zwicnięcia zęba 11, u których w pierwszych dniach po urazie zastosowano szynę sztywną typu Schuchardt. U obu pacjentów w trakcie okresu użytkowania szyny występowała naganna higiena jamy ustnej i duży stan zapalny dziąsła brzeżnego oraz znaczny dyskomfort spowodowany urazem brodawek dziąsłowych. U każdego z nich zamieniono szynę sztywną na szynę półsztywną, mocowaną do powierzchni wargowych za pomocą kompozytu typu flow. W replantowanych zębach przeprowadzono leczenie endodontyczne. Pacjenci pojawiali się na wizytach kontrolnych zgodnie z zaleceniami. Po okresie około 2 tygodni zdjęto szynę.

5. Słowik J¹, Jankowska K², Gregorczyk-Maga I¹. Wielozębne wybicie zębów mlecznych u 4-letniej dziewczynki – opis przypadku.

¹ Pracownia Stomatologii Dziecięcej UJ, Kraków

² Katedra i Klinika Ortodontyki UJ CM

Urazy zębów są najczęstszą przyczyną wizyty dzieci w wieku 1-4 lat u lekarza dentysty. Najczęstszą przyczyną urazów są zwicnięcia pojedynczych zębów mlecznych (62-69 %). Z uwagi na wiek, emocjonalne przygotowanie pacjenta do współpracy podczas wykonywania procedur pomocy doraźnej jest bardzo ważnym elementem leczenia.

Dziewczynka lat 4 uległa urazowi, którego skutkiem było wybicie trzech zębów: 51,52,53. Dziecko było leczone w Poradni Stomatologii Dziecięcej CMUJ.

W trakcie kolejnych wizyt stosowano technikę desensytyzacji (odwrażliwienia) w celu pozytywnego nastawienia do kolejnych zabiegów stomatologicznych. Trzy miesiące po wypadku u pacjentki wykonano protezę dziecięcą uzupełniającą braki zębowe. Pacjentka pozostaje w kontroli ortodontycznej w celu monitorowania wzrostu twarzoczaszki dziecka. Trauma psychiczna, której dziecko doświadcza w trakcie urazu twarzoczaszki z utrwalonymi defektami w postaci braków zębowych, zaburzeń fonetyki i w konsekwencji problemów z socjalizacją, często negatywnie wpływa na jego dalsze życie. Ważną rolę w uzyskaniu sukcesu z wielospecjalistycznego przewlekłego leczenia stomatologicznego jest wprowadzenie technik psychologicznych ułatwiających współpracę dziecka z lekarzem dentystą. W opisanym przypadku taka technika pozwoliła na zastosowanie skomplikowanego leczenia, które pozwoli na zachowanie prawidłowego łuku zębowego.

6. Stós W¹, Słowik J². Złamanie wyrostka zębodołowego szczęki u dziecka 8 letniego z wybicciem siekacza bocznego- opis przypadku.

¹Katedra Ortodontyki UJCM

² Pracownia Stomatologii Dziecięcej UJCM

12- letni chłopiec potrącony przez samochód, został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala Dziecięcego w Krakowie Prokocimiu, gdzie został poddany diagnostyce oraz obserwacji. Nie stwierdzono obrażeń ośrodkowego układu nerwowego.

W wyniku wypadku doszło do zewnątrz i wewnątrzustnego zranienia tkanek miękkich oraz złamania wyrostka zębodołowego w odcinku przednim szczęki.

Ząb 22 uległ wybicciu, natomiast w zębach 11 i 21 stwierdzono nieskomplikowane złamanie koron zębów. Ząb 22 o cechach zakończonego rozwoju korzenia przechowywany był w medium transportowym do czasu zaopatrzenia.

Zaopatrzenie pacjenta dokonano 10 godzin po urazie. Nastawiono odłam wyrostka zębodołowego. Reponowano i zaszyto uszkodzone fragmenty dziąsła w przedsionku jamy ustnej i na wardze. Korzeń wybitego zęba 22 oczyszczono mokrą gazą z ozębnej i replantowano do oczyszczonego zębodołu wywierając delikatny ucisk palcem. Założono zamki ortodontyczne na siekacze boczne i przyśrodkowe oraz sztywny łuk stalowy krawężny, dogięty pasywnie.

Kontrola. Po 4 tygodniach stwierdzono prawidłową ruchomość zębów, unieruchomienie sztywne zamieniono na unieruchomienie elastyczne. Przeprowadzono leczenie endodontyczne zęba 22. W kolejnej kontroli stwierdzono brak wrażliwości miążgi zębów na bodźce i przeprowadzono leczenie endodontyczne zębów 11 i 21.

Stan obecny po 8 latach od wypadku. Brak zmian w tkankach okołowierzchołkowych, prawidłowa ruchomość zębów oraz prawidłowy przebieg girlandy dziąsłowej oraz prawidłowa wysokość wyrostka zębodołowego.

7. Bodal M¹. Zastosowanie celowanej antybiotykoterapii miejscowej dokanałowej w przypadku opornego na leczenie przewlekłego zapalenia tkanek okołowierzchołkowych siekacza centralnego szczęki w trakcie apeksyfikacji po urazie zęba.

¹ Prywatna Praktyka Dentystyczna, Gdynia

Leczenie przewlekłego zapalenia tkanek okołowierzchołkowych w zębach z niezakończonym wierzchołkiem korzenia wymaga w pierwszej kolejności sterylizacji kanału korzeniowego. Klasycznie do sterylizacji kanału korzeniowego wykorzystuje się szerokospektralne środki dezynfekcyjne – najczęściej płukania roztworem podchlorynu sodowego oraz chlorheksydyny a także wkładki dokanałowe min. preparatów na bazie wodorotlenku wapniowego czystego lub z dodatkami leczniczymi.

Przedstawiono przypadek zastosowania celowanej antybiotykoterapii miejscowej w oparciu o posiew mikrobiologiczny z antybiogramem jako wkładki dokanałowej w leczeniu pacjenta poddanego 9. miesięcznej bezskutecznej terapii endodontycznej centralnego siekacza szczęki w trakcie apeksyfikacji po urazie zęba. Osiągnięty pozytywny wynik leczenia uzyskano dzięki osiągnięciu wystarczającego stężenia antybiotyków w okolicy wierzchołkowej, do której nie docierały preparaty na dezynfekcyjne.

Jeden krok i gotowe



Najprostsze rozwiązanie - Filtek™ Bulk Fill Posterior

Nowy Filtek™ Bulk Fill Posterior to jednowarstwowy materiał kompozytowy, dzięki któremu wypełnienia stają się łatwe. Tylko jedna aplikacja materiału w warstwie do 5 mm, pozwoli Ci na oszczędność czasu pracy i uzyskanie oczekiwanego efektu estetycznego.



Single Bond™ Universal
System łączący
Jedna warstwa.
Wszechstronny.
Brak nadwrażliwości pozabiegowej.



Filtek™ Bulk Fill Posterior
Materiał do wypełnień w odcinku bocznym
Aplikacja w warstwie do 5 mm.

NOWOŚĆ



Elipar™ Deep Cure
Diodowa lampa do polimeryzacji
Szybsza, głębsza polimeryzacja.

Unikalny ergonomiczny kształt.

NOWOŚĆ



Sof-Lex™
Spiralne krążki do opracowania i polerowania wypełnień
Szybkie, łatwe opracowanie i wypolerowanie.



Czy wszyscy pacjenci są narażeni na próchnicę w takim samym stopniu?



Niewystarczająca higiena jamy ustnej



Częste podjadanie



Pacjenci leczeni stałymi aparatami ortodontycznymi



Choroby ogólne

Skuteczna profilaktyka przeciwpróchnicza u osób powyżej 16-go roku życia, szczególnie u pacjentów zagrożonych próchnicą o dużej intensywności (koron i/lub korzeni zębów).



Colgate®

Nazwa produktu leczniczego: DURAPHAT 5000 Pasta do zębów. **Skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych:** 1 g pasty do zębów zawiera 5 mg fluoru (w postaci sodu fluoru) co odpowiada 5000 ppm fluoru. **Substancje pomocnicze:** 1 g pasty do zębów zawiera 5 mg benzoenu sodu. **Postać farmaceutyczna:** Pasta do zębów. Pasta koloru niebieskiego. **Wskazania do stosowania:** Profilaktyka przeciwpróchnicza osób dorosłych, szczególnie pacjentów z grup ryzyka zagrożonych próchnicą o dużej intensywności (koron zębów i/lub korzeni). **Dawkowanie i sposób podawania:** Preparat jest przeznaczony do stosowania wyłącznie u pacjentów powyżej 16 roku życia. Nie polykaj. **Czyszczyć zęby codziennie w następujący sposób:** - każdorazowo, przed każdym czyszczeniem zębów nałożyć około 2 cm pasty na szczoteczkę. 2 cm pasty wyciśniętej z tuby zawiera od 3 mg do 5 mg fluoru. - czyścić zęby 3 razy dziennie po każdym posiłku - wykonywać pionowe ruchy szczoteczką, w kierunku od dziąseł do końca zębów. Czas czyszczenia powinien wynosić około 3 minuty. **Sposób podawania:** preparat przeznaczony do higieny zębów. **Przeciwwskazania:** Nie należy stosować tego produktu leczniczego w przypadkach nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Preparat DURAPHAT 5000 Pasta do zębów nie jest przeznaczony do stosowania u dzieci i młodzieży poniżej 16 roku życia. Pasta ma dużą zawartość fluoru. W związku z powyższym, przed zastosowaniem tego preparatu należy uzyskać poradę stomatologa. Podaż fluoru z kilku źródeł może prowadzić do fluorozji. Przed użyciem leku zawierającego fluor, takich jak Duraphat, powinna być przeprowadzona ocena całkowitej ilości przyjmowanego fluoru (np. woda fluorowana, sól fluorowana, inne leki zawierające fluor - tabletki, krople, gumy do żucia czy pasty). Podczas stosowania DURAPHAT 5000 Pasta do zębów należy unikać przyjmowania tabletek zawierających fluor, kropli, gumy do żucia, żelów, lakierów oraz fluorowanej wody lub soli. Podczas oceny ilości przyjmowanego jonu fluoru, którego zalecana dawka we wszystkich źródłach wynosi 0,05 mg/kg mc. na dobę, a maksymalna dawka dobową nie powinna przekraczać 1 mg/dobę, należy wziąć pod uwagę możliwość poknięcia pewnej ilości pasty do zębów podczas mycia zębów (każda tuba pasty do zębów DURAPHAT 5000 Pasta do zębów zawiera 255 mg jonów fluorowych). Ten preparat zawiera benzoenu sodu. Benzoenu sodu może powodować łagodną podrażnienia skóry, oczu i śluzówek. **Działania niepożądane:** Zaburzenia żołądka i jelit: Częstość nie znana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych); uczucie pieczenia w jamie ustnej. Zaburzenia układu immunologicznego: Rzadko (<1/10 000 do <1/1000); reakcje nadwrażliwości. **Podmiot odpowiedzialny:** CP GABA GmbH, Beim Strohhäse 17, 20097 Hamburg, Niemcy. NUMER(-Y) POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU. Pozwolenie Nr: 12286 wydane przez Prezesa URPL. Produkt leczniczy wydawany bez recepty.



Drogi Stomatologu,

jeśli chcesz, by Twój gabinet nosił miano Gabinetu Przyjaznego Małemu Pacjentowi, zgłoś go podczas konferencji do naszego projektu. Zapraszamy na nasze stanowisko/stoisko, gdzie z przyjemnością przedstawimy Ci wszystkie szczegóły.

Tytuł Gabinetu Przyjaznego Małemu Pacjentowi przyznawany jest przez ogólnopolską kampanię „Zachęć Swoje Dziecko Do Mycia Zębów”, która cieszy się ogromną popularnością wśród rodziców, dla których zdrowych uśmiech ich dzieci jest bardzo ważny. Patronat honorowy nad projektem objęła Polska Akademia Stomatologii Dziecięcej.

PASD
Polska Akademia Stomatologii Dziecięcej



Korzyści z uczestnictwa w projekcie:

- Wypromujesz swój gabinet w Internecie, jako Gabinet Przyjazny Małemu Pacjentowi
- Pozyskasz nowych pacjentów oraz wyróżnisz swój gabinet na tle konkurencji
- Wzbudzisz zaufanie rodziców i ich dzieci
- Dzieci bez lęku będą odwiedzały Twój gabinet
- Otrzymasz Certyfikat Gabinetu Przyjaznego Małemu Pacjentowi
- Produkty BRUSH-BABY zamówisz na specjalnych, preferencyjnych warunkach
- Otrzymasz pakiet materiałów dla małych pacjentów

Jeżeli nie uda Ci się odwiedzić naszego stoiska, zachęcamy do kontaktu mailowego lub telefonicznego po konferencji.



+48 505 977 281



paulina@arsdental.pl