

10 MOTIVE PENTRU A FOTOGRAFIA
ÎN CABINETUL STOMATOLOGIC

Bogdan Oprea, Dan Lazar

REABILITAREA FUNCȚIONAL-ESTETICĂ COMPLEXĂ
PRIN TRATAMENTE ÎNTERDISCIPLINARE

Dr. Alecsandru Ionescu, Dr. Andrei Iacob

dentalife

VIAȚA STOMATOLOGICĂ • ANUL XVI | NR. 83 | NR 1 - APRILIE 2014



World Oral
Health Day
20th March



BRUSH

For a Healthy mouth!

www.viatastomatologica.ro



AMSPPR
Asociația Medicilor Stomatologi
de Practică Privată din România

SISTEMUL DE IMPLANTURI DENTARE STRAUMANN®

UN SISTEM. UN SET DE INSTRUMENTE. TOATE INDICATIILE





Dr. Marton G. Pantel
Președinte AMSPPR

SĂ NU UITĂM CĂ TIMPUL TRECE ...

Muncim, participăm la cursuri, iarăși muncim, ne mai permitem un concediu, ne luăm o mașină, modernizăm cabinetul, muncim și mai mult. Anii trec, sănătatea împreună cu ei, și ce se întâmplă la momentul pensionării ?

În general, ne așteaptă o pensie de 1200 de lei.

Casa devine mare și din ce în ce mai greu de întreținut, mașina și ea prea mare, concediile rămân o amintire. Problemele de sănătate se înmulțesc, medicina este scumpă și ajungem să nu ne-o mai putem permite.

Faptul că am fost medici nu prea ajută la nimic, poziția noastră privilegiată a dispărut. Nimeni nu ne mai recunoaște. Ne este greu să ne plătim utilitățile, medicamentele și nu ne mai permitem să cheltuim și bani pentru mâncare. În ce măsură este acesta un scenariu realist sau pesimist vă las pe dumneavoastră să decideți, însă înainte de a trage concluzii, discutați și cu vreo 2-3 medici stomatologi pensionari.

Spre deosebire de situația prezentată anterior, un medic stomatolog dintr-o țară europeană își vinde cabinetul la 60 de ani și se gândește cum să se bucure de anii pe care îi mai are. Concedii în țări africane, iarna două luni petrecute în Portugalia și un sejur în

Tenerife. Pensia și asistența medicală gratuită sunt situate la un standard care îți asigură confortul pentru a te asigura că nu vei muri cu zile. Și din perspectiva aceasta, alegerea numeroșilor colegi de a pleca peste hotare este perfect justificată.

Dar este normal ? Ce facem noi pentru a schimba ceva?

Cred că răspunsul corect este "nimic".

Ceea ce am observat în ultimii ani este că medicii au preferat să se autoizoleze în cabinetele lor. După experiența din anii 2009, 2010, în care s-a demonstrat că tăcerea este de aur trăim o perioadă în care ne este frică să mai vorbim despre probleme. Deci nu mai sunt probleme, nu mai sunt discuții.

Dr. Marton Gyorgy Pantel
Președinte AMSPPR

CUPRINS

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

10 MOTIVE PENTRU A FOTOGRAFIA ÎN CABINETUL STOMATOLOGIC Bogdan OPREA, Dan LAZAR	6
DIRECT 2014 Bogdan OPREA	10
RESTAURĂRI ESTETICE DIRECTE POSTERIOARE PRIN PIGMENTAREA FOSETELOR Dr. Gazda Erika	14
REABILITAREA FUNCȚIONAL-ESTETICĂ COMPLEXĂ PRIN TRATAMENTE INTERDISCIPLINARE Dr. Alexandru IONESCU, Dr. Andrei Iacob	18
ABORDAREA TERAPEUTICĂ ÎN CAZUL TRAUMATISMELOR NEPENETRANTE ALE DINȚILOR PERMANENȚI TINERI Dr Cristina Ghița	24
SKY FAST & FIXED SAU INCARCAREA IMEDIATA CA PROTOCOL STANDARD Dr Florian Obadan- 8 Mar 2014 , Th. dent. Adrian Balasa, Foto: Dr. Razvan Cristian Lupu	30
NUANȚA ȘI FORMA ÎȘI ÎNFIG COLȚII! (?) Dr. Hans Sellmann	36

ACTUALITĂȚI

DENTA ORĂDEANĂ 2014 Dr. Pantel Marton Gyorgy	42
ADUNARE GENERALĂ ÎN FILIALA MUNTENIA 1 Consemnat: Șorop Narcisa Carmen	45

OPINII

AMBIENTUL DIN CABINETUL STOMATOLOGIC CONTEAZĂ Dr. Laura Lengyel	46
--	----

PAGINI JURIDICE

DESPRE CADRUL LEGAL AL ASIGURĂRILOR VOLUNTARE DE SĂNĂTATE ÎN STOMATOLOGIE Av. Luciana Mihai	48
--	----

INFORMAȚII IMPORTANTE

Responsabilitatea textelor publicate aparține autorilor. Reproducerea textelor sau a unor fragmente din textele publicate fără acordul autorului sau al redacției este interzisă. Publicație protejată prin marca OSIM. Preluările din "Der Freie Zahnarzt" sunt autorizate în acord cu parteneriatul AMSPPR - FVDZ e.V. Informații suplimentare, colaborări, reclame la Sediul central al AMSPPR – București – România.

IMPORTANT • Precizare juridică:

Articolele juridice publicate se referă la acte normative în vigoare la data predării revistei.

AMSPPR nu își asumă în nici un fel responsabilitatea pentru validitatea proprietarilor, aparaturii, materialelor sau serviciilor firmelor care își fac publicitate în revista AMSPPR. Afirmările proprietarilor reclamelor respective sunt subiect al standardelor de piață și ale reglementărilor legislației protecției consumatorului.

anul XVI | nr. 83 | APRILIE 2014

ISSN: 1454 - 5772

COLEGIUL REDACȚIONAL

Dr. Pantel Marton Gyorgy
Dr. Bogdan Popescu
Dr. Radu Țepordei
Dr. Mihai Tozlovanu
Av. Luciana Mihai
Ing. Narcisa Carmen Șorop

COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE:

Dr. Ionut Branzan
Dr. Sanda Danciu
Șef. lucrări Dr. Dragoș Epistatu
Dr. Dan Lazăr
Dr. Bogdan Oprea
Conf. Dr. Ștefan I. Stratul
Șef. lucrări Dr. Liviu Zetu
Conf. Dr. Irina Zetu

REDACTOR ȘEF

Dr. Vlad Cristian Deac

SECRETARIAT REDACȚIE

Anamaria Capotescu
e-mail: dentalife@dental.ro
www.viatastomatologica.ro

SEDIUL CENTRAL AL AMSPPR:

Str. Voroneț nr.3, bl.D4, sc.1, ap.1,
București, sector 3, cod poștal 031551
Tel. 021/323.99.69
Tel./Fax 021/327.41.19
e-mail: amsppr@dental.ro

TIPAR:

PRINTINGS
Str. Carpaților nr. 60 bl. 156, Etaj II, Brașov
tel.: 0368 10 10 20
www.printings.ro

Redactare afișe și editare imagini:

Monica Butnaru
www.monicabutnaru.com

MONICA BUTNARU
photography



AMSPPR
Asociația Medicilor Stomatologi
cu Practica Privată din România

membăra în



PRIN DECIZIA CONSILIULUI DIRECTOR NAȚIONAL AL AMSPPR DIN 12 Iunie 2010 REVISTA AMSPPR APARE ÎN 4 NUMERE PE AN



GERMAN
MEDICAL
SUPPORT



STO®



KOS®



BCS®

Cursurile
introduse si
avansate pentru
familiarizarea cu
sistemele sunt
programate în:

28 - 29 Martie
Bucuresti

15 - 17 Mai
Traunreut Germania

6 - 7 Iunie
Cluj

23 - 26 Iulie
Traunreut Germania

9 - 11 Octombrie
Traunreut Germania

Ită cum definește Prof Dr Stefan K.A. Ihde implanturile cu încărcare imediată
“Fără adaos de os, fără timp de vindecare, cu riscuri minime și tratament direct.
Pacienți fericiți. Succes”.

Domnia sa recomandă astfel spre citire cartea sa

• Această carte nu este destinată masei mari de „stomatologi implantologi”,
formați în spiritul metodelor convenționale de tratament. Motivul fiind că această
masă trebuie pur și simplu și în mod obligatoriu să uite cam tot ce-a învățat și a
acumulat ca experiență, precum și conceptele, procedurile și, mai ales, limitările
de tip tradițional. A uita atât de multe lucruri este prea dificil pentru o minte normală.

BCS®

Xigñ® / Drive®

S-System

ATIE® & Osseopore® E

Hexacone®

Bone level Plus®

KOS®

BOI® & DISKOS®

Osseopore®

Smart²®

IHDEDENTAL

the implant.compan y

www.implant.com

GERMAN MEDICAL SUPPORT

Str. Buzoiani Iani nr. 3, Bl. 16, Sc. A, et. 9, ap. 39, Sector 1, București

mobil: 0040-749-206.096, 0040-749-206.090

e-mail: contact@gms-srl.ro

www.gms-srl.ro

10 MOTIVE PENTRU A FOTOGRAFIA ÎN CABINETUL STOMATOLOGIC

Bogdan OPREA, Dan LAZAR

FOTOGRAFIA DENTARĂ a devenit în ultimii ani un element indispensabil pentru orice practician care dorește să abordeze cu maxim profesionalism activitatea sa cotidiană.

Evoluția tehnologică, precum și accesibilitatea tehnologiei a făcut ca fotografia dentară să nu mai reprezinte un privilegiu care se adresează doar unui număr redus de practicieni, ci o necesitate pentru creșterea calității actului medical.

Cuvântul cheie al vremurilor pe care le trăim (atât pe plan personal cât și profesional) este "**comunicare**".



Fotografia (imaginea) reprezintă unul din cele mai importante mijloace de comunicare, iar în cadrul medicinei dentare (la fel ca și în toate celelalte domenii) ea devine un instrument cu adevărat indispensabil în triunghiul echipă medicală - laborator de tehnică dentară - pacient.

- utilizarea fotografiei dentare ca instrument de diagnostic; comunicarea în cadrul echipei medicale;
- instrumente de autoevaluare a rezultatelor obținute;
- instrument util în comunicarea cu pacientul;
- fotografia dentară = document cu valoare medico-legală;
- comunicarea cu laboratorul dentar;
- element indispensabil pentru comunicarea în mediul științific (articole, publicații, comunicări etc.);
- educația pacientului;
- element de marketing - realizarea de materiale informative pentru cabinet (site, broșuri etc);
- element util în realizarea planificării digitale a unor variate soluții terapeutice (DSD Digital Smile Design).

FOTOGRAFIA DENTARĂ = ELEMENT COMPLEMENTAR PENTRU DIAGNOSTIC

Este rolul pe care noi îl considerăm cel mai important dintre toate și, în același timp, rolul care a fost neglijat, sau mai bine zis, subevaluat, al fotografiei dentare.

Fotografia dentară ne oferă niște avantaje absolut incontestabile în momentul în care o folosim ca element ajutător de diagnostic, avantaje pe care nu putem să le trecem cu vederea (Fig 1):

- este non-invazivă;
- este rapidă (economie de timp) și ușoară (nedureroasă) pentru pacient (Fig 1);
- calitatea informației (imaginii) poate fi controlată instantaneu;
- oferă detalii și informații care uneori pot să scape la o primă examinare clinică obișnuită;
- permite prelungirea examinării pe termen nelimitat.

COMUNICAREA ÎN CADRUL ECHIPEI MEDICALE

Stomatologia modernă și reabilitările orale complexe impun colaborarea mai multor medici specialiști pentru obținerea rezultatelor dorite (chirurgie orală/bmf/implantologie, parodontologie, ortodonție, protetică, etc.).

Realizarea fotografiilor dentare corespunzătoare va permite realizarea unei fișe electronice a pacientului care poate să circule între membrii echipei în vederea stabilirii tuturor diagnosticelor și implicit a soluțiilor terapeutice și a etapizării acestora. (Fig 2)



fig. 2

INSTRUMENT DE AUTOEVALUARE A REZULTATELOR OBTINUTE

Realizarea fotografiilor dentare pe parcursul diferitelor etape de tratament va permite medicului să-și autoevalueze munca și să descopere, eventual, anumite erori, nesensizate în timpul tratamentului sau să aprecieze ulterior dacă o anumită manoperă sau soluție aleasă a fost favorabilă sau nu (Fig 3).



fig. 3

INSTRUMENT UTIL ÎN COMUNICAREA CU PACIENTUL

Valoarea și puterea comunicativă a imaginilor este cunoscută din cele mai vechi timpuri. Indiferent că suntem sau nu conștienți de acest fapt, cu toții comunicăm mult mai bine prin intermediul imaginilor. Acest lucru este valabil și în cazul relației medic-pacient. Utilizarea unor fotografii dentare va ajuta pacientul să înțeleagă mai rapid și mai bine situația pe care noi dorim să o explicăm iar comunicarea devine mult mai eficientă. (Fig 4)



fig. 4

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

FOTOGRAFIA DENTARĂ = DOCUMENT CU VALOARE MEDICO-LEGALĂ

Utilitatea unei fișe medicale bine documentate în cazul unor eventuale litigii este extrem de bine cunoscută. Atunci când această fișă este completată și cu un set de fotografii ale situației inițiale, diferitelor etape de tratament și a rezultatelor finale, ea devine un instrument extrem de util care va dovedi calitatea tratamentului efectuat de medic. (Fig 5, Fig 6)



fig. 5

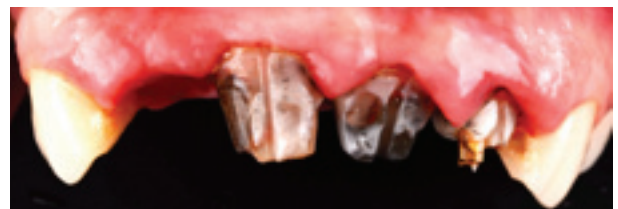


fig. 6

COMUNICAREA CU LABORATORUL DENTAR

Schimbul de informații între laborator și cabinet se poate face foarte simplu cu ajutorul fotografiilor dentare transmise prin mediul virtual (internet), întâlnirea fizică dintre membrii echipei urmând să aibă loc doar în anumite etape, extrem de importante ale tratamentului.

Fotografiile realizate de medic vor furniza tehnicianului informații importante legate de culoare, formă, textură, dimensiune etc., ceea ce va permite acestuia să creeze o restaurare protetică cât mai adecvată din punct de vedere funcțional și estetic (Fig.7, Fig. 8).

ELEMENT INDISPENSABIL PENTRU COMUNICAREA ÎN MEDIUL ȘTIINȚIFIC (ARTICOLE, PUBLICAȚII, COMUNICĂRI, ETC.)

Fotografia dentară corect efectuată și utilizată, reprezintă un limbaj universal prin in-



fig. 7



fig. 8

termeniul căreia se poate comunica în cadrul mediului științific. (Fig 9)



fig. 9

EDUCAȚIA PACIENTULUI

Trebuie să fim conștienți și de rolul educativ pe care îl avem ca medici în relația noastră cu pacienții. Pacienții provin din medii sociale diferite, au nivele educative și chiar intelectuale diferite, iar majoritatea dintre aceștia nu au beneficiat de nicio instruire în domeniul sănătății dentare.

Atunci când pacientul vede variantele alternative și primește explicații verbale sau scrise, decizia privind tratamentul ales este mult mai ușoară și mai rapidă.

ELEMENT DE MARKETING - REALIZAREA DE MATERIALE INFORMATIVE PENTRU CABINET (SITE, BROȘURI, ETC)

Deși legislația din țara noastră este destul de restrictivă în această privință, trebuie să fim conștienți de faptul că un cabinet/clinică dentară are nevoie și de un marketing adecvat, atât în mediul online, cât și prin inter-

mediul diferitelor materiale informaționale pe care le pune la dispoziția pacienților în sala de așteptare. (Fig 10)



fig. 10

ELEMENT UTIL ÎN REALIZAREA PLANIFICĂRII DIGITALE A UNOR VARIANTE SOLUTII TERAPEUTICE (DSD DIGITAL SMILE DESIGN)

Fotografia dentară este elementul principal pe baza căruia se poate realiza o analiză și o planificare digitală a tratamentului așa cum a fost descrisă în conceptul Digital Smile Design de către autorii acestuia Cristian Coachman și Livio Yoshinaga. (Fig 11, Fig 12)



fig. 11



fig. 12

BIBLIOGRAFIE

Chu SJ, Devigus A, Rade P, Mielezsko AJ - "The fundamentals of color: Shade Matching and Communication in Esthetic Dentistry", ed.2 Chicago, Quintessence 2011.

Douglas A. Terry, Karl F. Leinfelder, Willi Geller - "Aesthetic Restorative Dentistry: Material Selection % Technique" - 1st ed, Everest Publishing Media, 2009, 487-505.

Geissberger Marc - "Esthetic Dentistry in clinical Practice" 1st ed., Wiley-Blackwell Pub., 2010, 19-28

Gordon J. Christensen - "Important clinical uses for digital photography" - JADA vol.136, January 2005, 77-79.

Loiacono Pasquale, Pascoletti Luca - "Photography in Dentistry. Theory and Techniques in Modern Documentation". Milano, Quintessenz Edizioni S.r.L., 2012, 133-146

Massironi D, Pascetta R, Romeo G. - "Precision in Dental Esthetics: Clinical Procedures". Chicago, Quintessence, 2005

Wander PA - "The application of photography in general practice"- Br Dent J, 1987, 162, 195-201.

Tehnici De Cimentare Fațete Porțelan

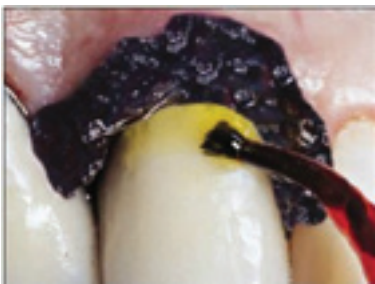
Etape:

1. Preparare fațetă

Prepararea fațetei înainte de cimentare este foarte importantă deoarece necesită o gravare a fațetei cu acid fluorhidric și o silanizare riguroasă.

Porcelain Etch&Silane

- Porcelain Etch - aplicare timp de 1 min pe fațeta de porțelan/spălare jet de apă
- Silane - aplicare timp de 1 min pe fațeta de porțelan/uscare cu jet aer



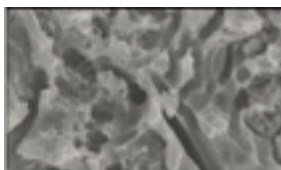
1. Porcelain Etch este aplicat cu aplicatorul Inspiral Brush Tip pe porțelanul preparat, după aplicarea barierei EtchArrest.



2. Se aplică Silane, se usucă, după care se aplică rășină Peak Universal Bond Resin



Săruri de siliciu rămase pe porțelan, după demineralizarea cu Porcelain Etch pe bază de acid fluorhidric timp de 90 de secunde.



Utilizați **Ultra-Etch** timp de 5 secunde și clățiți pentru a îndepărta reziduurile, creând astfel o suprafață curată pentru adeziune.

2. Cimentare fațetă

PermaShade LC

- Rășină fotopolimerizabilă pentru cimentarea fațetelor din porțelan, zirconiu și compozit
- Disponibil în 4 nuanțe: A2, B1, Translucent și Alb Opac



Seringa contraunghi unică și ergonomică permite aplicarea precisă și controlată. Pentru o manevrare optimă, lăsați PermaShade LC să ajungă la temperatura camerei înainte de utilizare.



După utilizare nu trageți înapoi pistonul, pentru a evita formarea unor bule de aer ce ar putea produce defecte în material.



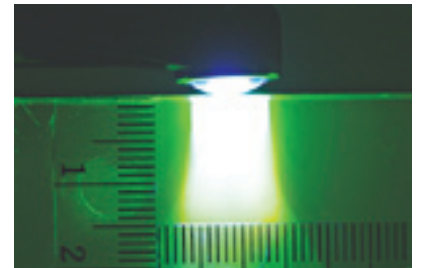
Pacientă cu patru restaurări existente anterioare, din compozit și diastemă de mari dimensiuni. I s-au aplicat șase fațete anterioare din porțelan A1 (6-11) cimentate cu PermaShade LC, nuanța Translucent.

3. Fotopolimerizare fațetă

1. Se fotopolimerizează cu lampa Valo timp de 2 sec. pentru fixarea cimentului pe fațetă și dinte.
2. Se îndepărtează excesul de ciment de pe marginile fațetei și a dintelui.
3. Se fotopolimerizează timp de 10-20 sec. în modul Standard.

Lampa Valo

- LED-uri în bandă largă cu energie foarte ridicată, pentru polimerizarea oricărui tip de material dentar
- Forma de mici dimensiuni și ergonomică a mânerului permite un acces fără precedent la toate zonele de restaurare



Fasciculul focalizat în mod optim îi permite lămpii VALO să-și mențină densitatea intensității luminoase și să polimerizeze în mod uniform o întreagă gamă de suprafețe și distanțe de lucru.

Putere	Per Strat De 2 Mm	Tratament Final
STANDARD 1000 mW/cm ² 	1x10 sec.	1x20 sec.
PUTERE RIDICATĂ 1400 mW/cm ² 	2x4 sec.	3x4 sec.
EXTRA-PUTERE 3200 mW/cm ² 	1x3 sec.	2x3 sec.

DIRECT 2014

PRIMUL CONGRES DEDICAT EXCLUSIV TERAPIEI CONSERVATIVE A LEZIUNILOR CORONARE CU AJUTORUL RESTAURĂRILOR DIRECTE

Acesta este titlul sub care s-a desfășurat la Sibiu, în perioada 21-22 februarie 2014 un eveniment cu adevărat special la care și-au dat întâlnire toți cei pasionați de magia restaurărilor cu rășini compozite directe.

Organizatori: Asociația Dental Learning și Societatea de Română de Fotografie Dentară cu sprijinul Facultății de Medicină "Victor Papiilian" secția de Medicină Dentară, adică: dr. Bogdan OPREA, dr. Dan LAZĂR și conf. univ. dr. Mihaela CERNUȘCĂ MIȚARIU.

Estetică, conservare, minim invazivitate sunt termeni care au devenit adevărate repere după care se ghidează stomatologia modernă. Terapia conservativă cu ajutorul compozitelor directe reprezintă o parte a medicinei dentare care este practică cotidian de fiecare medic, indiferent de gradul de pregătire profesională sau nivelul de dotare al cabinetului. Este un domeniu în care excelența ne este mai la îndemână decât am putea crede iar rezultatele pozitive obținute cu aceste tratamente pot deveni un adevărat motor al dezvoltării profesionale și financiare pentru fiecare dintre noi. Acestea sunt doar o parte din motivele care au stat la baza organizării acestui congres.

Interesul de care se bucură acest segment al profesiei noastre a fost demonstrat atât de numărul mare de participanți (210 medici și studenți din toată țara) cât și de lectorii care au acceptat invitația de a fi prezenți și de a împărtăși din experiența lor în domeniu: dr. Gianfranco Politano, dr. Dan Lazăr, dr. ing. Gabriel Furtos, dr. Bogdan Oprea, dr. Dan Herschbach, mtd Florin Stoboran, dr. Ionuț Brânzan, dr. Sergiu Mureșan, dr. Cristina Ghiță. Am avut parte de două zile cu adevărat pline de practică și informație de calitate oferite de lectori tineri, plini de entuziasm și pasiune care au reușit să țină sala plină până la ore târzii.

Programul congresului a început vineri dimineața cu trei workshopuri desfășurate simultan: "Tehnici de restaurare a dinților posteriori" cu dr. Gianfranco Politano și dr. Mihaela Chivu (cu sprijinul companiei GC), "Restaurări directe cu rășini compozite activate sonic" cu dr. Roxana Ilici (cu sprijinul companiei Kerr), "Tips and tricks în fotografia restaurărilor cu rășini compozite directe" cu dr. Dan Lazăr (cu sprijinul companiei Koine).

După amiaza zilei de vineri a marcat începerea lucrărilor congresului și după cuvintele de bun venit adresate participanților de către



organizatori, microfonul a fost preluat de dr. ing.chim. Gabriel Furtos care a oferit o altă viziune asupra compozitelor directe: viziunea chimistului. Tema conferinței: "Compozitele dentare. Compoziție și structură". O prezentare interesantă și incitantă cu un lector tânăr și plin de talent.

Odată ce "încălzirea" a fost făcută "ștafeta" a fost preluată de dr. Gianfranco Politano care a încântat audiența cu conferința "Restaurări directe pe zona posterioară: cum? când? de ce?". Membru fondator al grupului de studiu Bio-Emulation, dr. Gianfranco Politano s-a dovedit nu numai un adevărat profesionist al compozitelor dar și un extrem de plăcut lector cu calități didactice deosebite. Conferința sa extrem de bine structurată și ilustrată cu cazuri clinice nu numai că a răspuns cu siguranță multor întrebări și nelămuriri dar a prezentat în mod detaliat un protocol de lucru simplu și eficient ușor de introdus în practica cotidiană și care ne poate ghida pe oricare dintre noi la rezultate de calitate. Comunicarea cu sală a fost facilitată de dr. Mihaela Chivu care s-a dovedit un translator deosebit de bun și plăcut și care a demonstrat încă odată, că cel puțin în domeniul nostru o traducere de calitate nu poate fi făcută decât de un medic cunoscător al temei prezentate.

Ziua de conferințe a fost încheiată în mod magistral de dr. Dan Lazăr care a abordat o temă "spinoasă" și în același timp mai puțin dezbătută în cadrul manifestărilor științifice: "Clasa a 3-a. Simplu său complex?". Un adevărat răsfaț de artă fotografică și măiestrie în manipularea compozitelor. O conferință care a ținut participanții în sală mult după ora 20,00.

A doua zi de congres a fost împărțită "frățește" în două sesiuni: anteriorii și posteriorii. Întâietate au avut "Posteriorii" care au primit prima parte a congresului. Deschiderea a fost făcută de mtd Florin Stoboran, unul din invitații speciali cu conferința: "Never ending story - Posteriorii". Cine a văzut vreodată una

din conferințele lui Florin Stoboran nu mai are nevoie de detalii. Cine nu: să nu rateze următoarea ocazie. A fost un adevărat privilegiu pentru noi toți cei din sală să avem parte de viziunea unui adevărat maestru al restaurărilor indirecte despre formei, culorii și funcționalitate. Toate acestea fiind aplicabile fără excepție și în restaurările directe.

A urmat intervenția colegei noastre dr. Mihaela Chivu cu o temă extrem de interesantă: "Leziuni cervicale necarioase. Hipersensibilitatea dentinară". O prezentare plină de talent profesional și pedagogic: scurt, concis și la obiect.

Pentru a treia oară în fața auditoriului din Sibiu, dr. Gianfranco Politano (căruia îi mulțumim încă odată pentru prezența și prestația sa) și-a luat rămas bun cum altfel decât cu conferința mult așteptată de toată lumea "The tri laminar technique". Misterul a fost dezvăluit.

Sesiunea dedicată posteriorilor a fost încheiată de dr. Ionuț Brânzan. Cunoscut publicului în special pentru conferințele sale dedicate restaurărilor indirecte, doctorul Brânzan a demonstrat că pasiunea și dragostea pentru profesie nu are limite și că la fel de bine și restaurările pe zona posterioară pot fi duse la nivel de artă. O conferință de o calitate deosebită atât prin prestația lectorului cât și prin calitatea imaginilor și filmelor prezentate.

După o binemeritată pauză de prânz, congresul a intrat în ultima sa parte, cea dedicată "Anteriorilor". Deschiderea a fost făcută de același Florin Stoboran care a continuat "Never ending story-ul" început de dimineața cu partea dedicată anteriorilor. Spectacolul a rămas la cote înalte iar ștafeta a fost preluată de dr. Sergiu Mureșan care într-un mod absolut magistral a pătruns în profunzimea lucrurilor cu "Texture: the last but not the least". O conferință extrem de bine construită și prezentată care a reușit să ofere o viziune completă și complexă asupra acestei problematice. Impresionantă nu numai prin claritatea structurii informației dar și prin calitatea imaginilor care au susținut noțiunile teoretice.

Cireșa de pe tortul anteriorilor a fost pusă de dr. Cristina Ghiță, care ne-a invitat la o trecere în revistă a 10 cazuri clinice în care a reușit să illustreze aplicarea practică a majorității principiilor teoretice prezentate în cele două zile de congres.

Închiderea congresului a aparținut subsemnatului care a oferit audienței o conferință realizată în colaborare cu dr. Dan Herschbach și care și-a propus să facă o analiză a posibilității utilizării sistemului CEREC ca o alternativă la restaurările directe compozite. Titlul? "Restaurări directe compozite sau ceramice? Cum alegem?"

Și astfel sâmbătă seară după ora 20,00 s-a tras cortina peste prima ediție a congresului DIRECT.

Cu plusurile și cu minusurile ei, acesta prima ediție a DIRECT mi-a demonstrat că în țara asta există pasiune pentru meserie, există dorința de progres, există prietenie și există dorința de a împărtăși cu toți cei care simt ca

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

ține tot ceea iubești tu mai mult la meseria asta.

DIRECT a pornit de la o banală discuție telefonică cu Dan Lazăr într-un weekend de toamna devreme și dintr-un vis s-a transformat într-o realitate care pare să se îndrepte și spre ediția a doua și cine știe ce va fi mai departe. Important e că l-am pornit. Cred că a fost unul din cele mai "bogate" evenimente din branșa noastră pentru că a fost o "aventură" care nu s-a bazat decât pe prietenie și pasiune.



Le mulțumesc tuturor celor care au fost alături de mine și de Dan Lazăr în organizarea acestei plăcute călătorii în lumea restaurărilor directe:

Lectorii: Ionuț Branzan, Florin Stoboran, Mureșan Sergiu, Cristina Ghiță, Gianfranco Politano, Mihaela Chivu, Gabi Furtos, Dan Herschbach, Mihaela Cernusca-Mitariu,

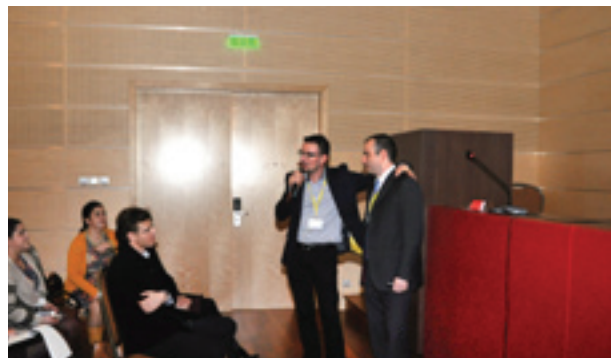
Echipa de voluntari: dr. Oprea Angelica, dr. Cosmina Gorcea, dr. Teodora Costan, stud. Alex Păun, stud. Andreea Stănișor, stud. Flavia Joarză, stud. Dana Rusu,

Echipa Corident și sponsorii: GC, Edelweiss, Kerr, Koine, Dentex, Medidentexim, Digi RAY, BRD, DentanaCAS care prin suportul lor material și financiar au făcut posibilă organizarea workshopurilor și menținerea taxei de participare la un nivel mai mult decât acceptabil.

Vă așteptăm cu drag la DIRECT ediția a doua în 20-21 februarie 2015.

dr. Bogdan Oprea





RESTAURĂRI ESTETICE DIRECTE POSTERIOARE PRIN PIGMENTAREA FOSETELOR



Dr. Gazda Erika

Am absolvit Facultatea de Medicină Dentară Oradea în 2011. În prezent îmi desfășor activitatea într-un cabinet privat alături de sora mea. Manifest interes și aplicație în special, către estetica dentară.

Zalău, str. 22 Decembrie 1989, nr. 33

Tel.: 0740250951

E-mail: dr_gazda@yahoo.com

Începutul esteticii odontoterapiei restauratoare datează din mijlocul anilor optzeci odată cu suprimarea amalgamului și apariția rășinilor compozite de culoarea dinților. De atunci și până în prezent dezvoltarea acestor materiale a dus la o varietate mare de compozite, dispunând actualmente de proprietăți fizice, mecanice și optice asemănătoare țesuturilor dentare.

Stomatologia secolului 21 pune accent deosebit pe estetica restaurărilor, atingând cote maxime prin combinația cunoștințelor morfofuncționale și creativitatea practicianului.



În restaurările directe posterioare, o modalitate artistică, în vederea obținerii unor rezultate estetice, este reprezentată de tehnica colorării șanțurilor și fosetelor - create în prealabil - utilizând pigmenți rășinici.

STUDIU DE CAZ

Pacienta în vârstă de 27 de ani se prezintă în cabinetul stomatologic în vederea rezolvării leziunilor carioase. La examenul clinic, în cadrulul 1 descoperim la nivelul lui 1.6 o obturație din amalgam mezio-ocluzală cu infiltrații marginale și proces carios primar în foseta distală (fig. 1).

Pentru soluționarea cazului am hotărât utilizarea unui compozit rășinic microhibrid radioopac (Gradia direct posterior - GC) și pigmentarea șanțurilor și fosetelor pentru a "personaliza" restaurările (IPS Empress Direct Color Brown).

PROTOCOLUL CLINIC

S-a efectuat anestezia nervilor alveolari superiori și posteriori pentru liniștea operatorie, după care am trecut la aplicarea sistemului de digă în vederea controlului umidității și asigurarea unui câmp operator curat - condiție primordială în tratamentul leziunilor carioase cu rășini compozite, extrem de hidrofobe (fig. 2).

Restaurarea veche din amalgam a fost îndepărtată, după care a urmat exereza dentinei alterate. În prepararea cavității am avut în vedere în primul rând păstrarea țesuturilor dentare sănătoase, dar pentru asigurarea închiderii marginale și evitarea microinfiltrațiilor ulterioare, marginile externe ale cavității au fost netezite folosind o freză diamantată efilată fină.

Pentru refacerea peretelui proximal și a punctului de contact interdental - criterii necesare în eliminarea apariției de carii secundare și inflamarea parodontiului - am aplicat o matrice metalică segmentară cu un V3 ring (sistemul Triodent). Cavitatea formată a fost dezinfectată cu o soluție antibacteriană (gluconat de clorhexidină 2%), după care am trecut la procedeul de adeziune amelo-dentinar astfel:

Gravajul acid în etape: utilizând acid fosforic 37%, 15 secunde pe smalț (fig. 3) apoi încă 15 secunde pe întreaga preparație (fig. 4) - urmată de o clătire abundentă timp de 30-60 de secunde și uscare blândă cu jetul de aer pentru a nu desica dentina, totuși având grijă să îndepărtez urmele de apă de pe dinții vecini și folie. Desicarea dentinei produce prăbușirea fibrelor de collagen, rezultând într-o adeziune slabă prin impregnarea insuficientă a bondin-gului.

Aplicarea adezivului de generația a cincea

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Restaurări estetice directe

(3M ESPE - Adper single bond 2) prin frecarea pereților dentinari timp de 30 de secunde, urmat de uscare 5-10 secunde pentru evaporarea solventului (fig. 5).

Suprafața lucioasă formată s-a fotopolimerizat timp de 30 de secunde (fig. 6).

Podeaua cavității, respectiv închiderea marginii gingivale la nivel proximal s-a realizat prin utilizarea unei rășini compozite cu vâscozitate redusă - flow - într-un strat foarte subțire de 0,5 mm (fig. 7). Acest prim strat de compozit fluid, în afara rolului de a facilita închiderea marginală, mai are un alt rol important în reducerea contractiei de polimerizare prin modulul scăzut de elasticitate.

A urmat apoi transformarea cavității de clasa a 2-a în clasa 1 prin refacerea peretelui proximal și a crestei marginale respective utilizând un increment de rășină compozit - Grația direct posterior culoare A2 (fig. 8). Aflându-ne în fața unei cavități de clasa 1, am recurs la aplicarea masei de dentină prin tehnica stratificării oblice (fig. 9). Cantități de maxim 2 mm grosime de material au fost aplicate pe peretele vestibular - sursa de lumină fiind orientată pe acest perete și activat timp de 40 sec - cantitatea următoare de material s-a aplicat pe peretele palatinal, polimerizarea efectuându-se similar. Această tehnică de aplicare a rășinii compozite și polimerizarea transcuspidiană ajută, de asemenea, la diminuarea stresului de polimerizare.

Suprafața ocluzală s-a realizat respectând conturul și a anatomia molarului, folosind instrumente de modelat adecvate acestui scop (fig. 10).

Individualizarea restaurației s-a realizat prin colorarea șanțurilor și fosetelor create în prealabil. Tehnica implică utilizarea unor pigmenți (IPS Empress Direct Color Refill Brown), care sunt trecuți prin rășina compozită înainte de polimerizare cu ajutorul unui ac endodontic sau vârful sondei (fig. 11). Odată ce a fost creat aspectul dorit, compozitul se fotopolimerizează.

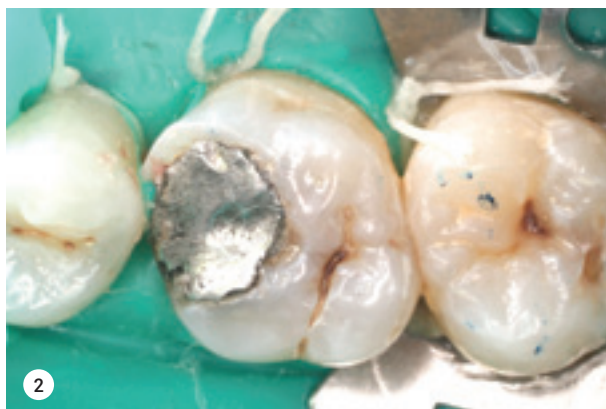
După îndepărtarea foliei de digă, am verificat și adaptat ocluzia în intercuspitudine maximă și lateralitate lucrătoare. A urmat apoi finisarea și lustruirea obturației folosind gume,

perii și paste de diferite granulații. (Fig. 12 și fig. 13.)

CONCLUZII

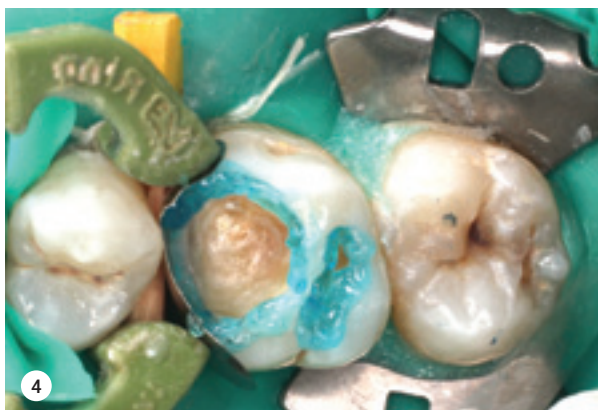
Individualizarea restaurărilor directe posteroare prin colorarea șanțurilor și fisurilor este o manoperă simplă prin care obținem obturații cu aspect natural și încadrarea lor pe arcadă, în special în cazurile în care dinții vecini și antagoniști prezintă marmorări ocluzale.

Cu toate acestea, procedeul expus ridică probleme în rândul anumitor pacienți, drept pentru care este ideală chestionarea lor înaintea efectuării acestei manopere. Sunt pacienți care refuză ferm ideea de a avea restaurări colorate, însă majoritatea acceptă și se bucură de aspectul realist al obturației finite.



BIBLIOGRAFIE

1. Esthetic dentistry in clinical practice – Marc Geisserberg DDS, MA, BS, CPT (Wiley-blackwell 2010)
2. Esztetika a fogaszatban –Dr. Anreas P. Stenger , Dr. Dombi Csaba (Dental Press Hungary KFT)
3. Esthetic & restorative dentistry – material selection & technique, second edition – Douglas A Terry end Willi Geller
4. Dentin/enamel adhesives- review of the literature – Edward J Swift, Jr, DMD, MS
5. The expanded use of improved flowable composite- Randall G. Cohen DDS (Dentaltown June 2008- volume 9, issue 6)



- Fig. 1 – Imaginea preoperatorie prezentând obturația veche din amalgam;
Fig. 2 – Aspectul câmpului operator, izolat cu folia de digă;
Fig. 3 – Gravajul acid pe smalț;
Fig. 4 – Gravajul întregii cavități;
Fig. 5, Fig. 6 – Pensularea adezivului și imaginea lucioasă a preparației după aceasta manoperă;

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Restaurări estetice directe

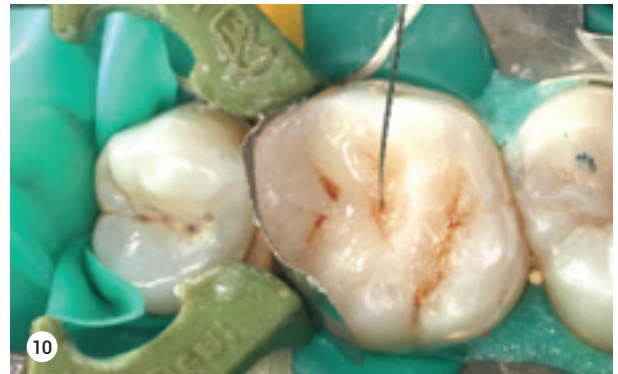


Fig. 7 – Imaginea podelei și a marginii cavității după aplicarea compozitului fluid;
Fig. 8 – Transformarea cavității de clasa a 2-a în clasa 1 după refacerea peretelui proximal;
Fig. 9 – Instrumentele utilizate pentru modelarea compozitului;
Fig. 10 – Stratificarea oblică a rășinii compozite;
Fig. 11 – Pigmentarea fosetelor;



Fig. 12, 13 și 14 – Imaginea obturației după îndepărtarea foliei – finisarea;
Fig. 14 – Restaurarea după rehidratere.

REABILITAREA FUNCȚIONAL-ESTETICĂ COMPLEXĂ PRIN TRATAMENTE INTERDISCIPLINARE

Integrarea tratamentului ortodontic și protetic minim invaziv în conceptul "less is more"



AUTOR PRINCIPAL
Dr. Alecsandru IONESCU

A absolvit Facultatea de Stomatologie din cadrul UMF "Carol Davila" București în anul 2001, iar în anul 2005 a obținut competența în Implantologie Orală și în Radioimagnostică Dentară și Dento-Facială. În prezent urmează studii doctorale.

Din anul 2004 este membru în consiliul director al Societății de Stomatologie Estetică din România (SSER) ca director organizare evenimente și din anul 2007 în comitetul redacțional al revistei Cosmetic Dentistry România.

Totodată, este co-fondator al revistei Quintessence Internațional Romania. Dr. Ionescu este membru activ al unor prestigioase asociații internaționale de specialitate: ESCD (European Society of Cosmetic Dentistry), IADFE (International Academy for Dental-Facial Esthetics) și ITI (International Team for Implantology).

Își desfășoară activitatea în clinica pe care o deține, specializată în stomatologie estetică și implantologie orală.

E: alecs@drionescu.ro



CO-AUTOR
Dr. Andrei Iacob

A absolvit Facultatea de Stomatologie din cadrul UMF „Gr. T. Popa”, Iași în anul 2003, iar din anul 2006 este Medic Specialist în Ortodonție și Ortopedie Dento-Facială, după absolvirea programului de 3 ani de rezidențiat din cadrul UMF „Carol Davila” București. Dr. Iacob a participat la numeroase cursuri și programe de specializare post-universitare, atât în țară cât și în străinătate: „The Tweed Study Course”, Programul cu durata de 2 ani: „Full FACE Course” de studiu al Ocluziei Funcționale în Ortodonție, cursuri de certificare în utilizarea Sistemului Invisalign și a sistemelor de ortodonție linguală „Incognito” și „Harmony”.

Dr. Iacob este membru al unor importante organizații internaționale de specialitate: RWISO (Roth Williams International Society of Orthodontists), The Charles H. Tweed International Foundation for Orthodontic Research & Education și membru al Societății de Stomatologie Estetică din România.

Rezumat

Datorită evoluției tehnologiei și a materialelor din ultimii ani, stomatologia actuală a ajuns să fie foarte precisă, dezvoltarea specialităților ducând totodată la nevoia crescută de tratament interdisciplinar. Cu toate acestea, în cadrul echipei medicale este important ca tratamentul să fie condus și integrat de către medicul stomatolog generalist, acesta trebuind să mențină o bună comunicare cu întreaga echipă, cu laboratorul de tehnică dentară, dar și cu pacientul.



PREZENTARE DE CAZ

Pacienta D. M., în vârstă de 41 ani s-a prezentat în clinica noastră în anul 2010 pentru o consultație și o evaluare estetică. Totodată, pacienta a declarat că în ultima perioadă a început să aibă dureri de intensitate medie, mai ales dimineața, în zona articulației temporo-mandibulare. În cadrul primei vizite a fost efectuată consultația clinică, au fost înregistrate modele de studiu, inclusiv înregistrări funcționale pentru reglarea personalizată a articulatorului (unghiul Bennett și panta articulară), ortopantomograma și fotografiile diagnostice (fig.1 și fig. 2).

În cadrul protocolului conceptului "less is more", chiar dacă uneori anumite concluzii diagnostice par a fi evidente încă de la consultația primară, preferăm realizarea unei analize clinice și a modelelor de către medicul coordonator, urmată de cele mai multe ori de consultația interdisciplinară, în funcție de caz.

După analiza efectuată s-a constatat că posibilitatea realizării unei reabilitări funcționale și estetice strict prin tratament protetic adeziv nu este posibilă, fiind necesară o consultație interdisciplinară în vederea efectuării unui tratament ortodontic.



Fig. 1 – Situația inițială

Fig. 2 – Situația inițială, aspect dintr-un unghi ocluzal

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Reabilitarea funcțional-estetică complexă

ETAPA TRATAMENTULUI ORTODONTIC

Tratamentul ortodontic în cadrul tratamentelor multidisciplinare ale pacienților adulți prezintă anumite particularități. Acești pacienți se prezintă de obicei cu abraziuni dentare pronunțate, fenomene de erupție pasivă consecutivă acestor abraziuni, margini gingivale neregulate, retracții gingivale, diferite grade de afectare parodontală, unități dentare lipsă. Spre deosebire de tratamentele ortodontice realizate la adolescenți, tratamentele care urmăresc alinierea creștelor marginale și a mușchilor incizale pentru a permite realizarea unor contacte ocluzale corecte ale dinților antagoniști, tratamentele pacienților adulți, în contextul abordării multidisciplinare, vizează nivelarea osului alveolar și, deci, implicit al marginilor gingivale și obținerea unei ocluzii funcționale sau cât mai aproape de exigențele funcționale, pentru a permite realizarea etapelor protetice ulterioare într-o manieră minim invazivă.

Examenul clinic și analiza teleradiografiei de profil în cazul pacientei D.M. au evidențiat următoarele: facies ovalar, ușoară asimetrie facială cu devierea mentonului la stânga, linia surâsului neregulată, profil drept, biretruzie maxilo-mandibulară, linia mediană inter-incisivă deviată la stânga, ADM clasa a II/2 Angle dentar subdiviziune stânga, ADM clasa a II-a Angle scheletal, ocluzie adâncă, abraziuni dentare, 22 nanic, retracții gingivale, margini gingivale neregulate.

În acest context clinic și în acord cu pacienta s-a stabilit un plan de tratament ortodontic preprotetic care să permită: alinierea și nivelarea dentară, nivelarea marginilor gingivale în limitele impuse de statusul parodontal al pacientei, ușoară vestibulo-inclinare a incisivilor superiori și inferiori pentru a corecta linia profilului, obținerea unei ocluzii funcționale cu contacte dentare uniforme, multiple și stabile, ghidaje canine în lateralitate fără interferențe lucrătoare și nelucrătoare, ghidaj anterior corect în propulsie și o poziție de intercuspitate maximă coincidentă sau cât mai aproape de poziția de echilibru musculo-scheletal a pacientei.

Datorită biretruziei scheletale, poziției posterioare a incisivilor superiori și inferiori, precum și a unei linii de profil plate, s-a ales

o variantă de tratament non-extracțională, urmând ca necesarul de spațiu să fie rezolvat parțial prin protrudarea grupurilor frontale superior și inferior, în limitele de siguranță parodontală impuse de statusul parodontal al pacientei, restul spațiului necesar pentru alinierea dentară fiind obținut prin manopere de reducere aproximală a smalțului.

Tratamentul ortodontic s-a realizat cu aparate fixe cu informație Roth în slot de 0,22x0,28 inch iar durata de tratament a fost de aproximativ 18 luni (fig. 3).



ETAPA TRATAMENTULUI PROTETIC. ANALIZA FUNCȚIONAL-ESTETICĂ.

După finalizarea tratamentului ortodontic și realizarea elementelor de contenție (gutiera maxilară și retainer de contenție mandibular), pacienta a revenit în cabinet pentru o nouă analiză funcțional-estetică complexă. S-au înregistrat modele de studiu cu situația actuală și au fost montate în articulator, respectând informațiile pentru reglarea personalizată a articulatorului. Pentru o mai bună percepție a modificărilor estetice necesare, atât pentru comunicarea cu laboratorul, cât și pentru percepția pacientei, a fost realizat un nou set de fotografii care evidențiază linia surâsului, ghidajul anterior și ghidajul canin (fig. 4 – 8).



Fig. 3 – Etapa tratamentului ortodontic

Fig. 4 – Situația după finalizarea tratamentului ortodontic

Fig. 5 – Arcadele în IM după finalizarea tratamentului ortodontic

Fig. 6 – Ghidajul anterior, necesită echilibrarea la nivelul lui 21

Fig. 7 – Ghidajul lateral pe partea dreapta realizat exclusiv la nivelul caninilor

Fig. 8 – Ghidajul lateral pe partea stanga

În prima fază s-a analizat acuratețea montării în articulator în comparație cu situația clinică, trecându-se apoi la realizarea unui wax-up primar. Wax-up-ul a fost finalizat după transmiterea către laborator a fișei ce conținea analiza estetică, precum și simularea digitală a conturului ce urma să fie respectat de laborator la realizarea pieselor ceramice (fig. 9).

Prima ședință de simulare clinică (mock-up) a evidențiat anumite neconcordanțe estetice în ceea ce privește contactul marginilor incizale ale incisivilor superiori cu buza inferioară și necesitatea realizării unei mici modificări a angulației la nivelul lui 11 și 21 prin palatinizarea muchiilor incizale (fig. 10).

În plus, testele fonetice au confirmat necesitatea acestor modificări la nivelul marginilor incizale ale incisivilor centrali superiori. Pacienta a fost informată și de faptul că, având linia surâsului suficient de coborâtă, retracțiile gingivale din cadranul II nu vor influența estetic rezultatul final. Conturul fațetelor a fost proiectat astfel încât să respecte coroana clinică a dinților, iar adeziunea viitoarelor fațete să fie în proporție cât mai mare la nivelul smalțului. După această ședință a fost modificat wax-up-ul ținându-se cont de noile informații transmise și de analiza imaginilor, evidențiindu-se linia coaletelor și a ramelor proximale, pentru a verifica apoi clinic păstrarea simetriei și respectarea profilului de emergență ideal și a conturului suprafațetelor vestibulare. S-a decis extinderea tratamentului cu fațete până la nivelul dinților 15 și 25 (fig. 11).

Noul mock-up a evidențiat o integrare optimă a designului proiectat, atât din punct de vedere funcțional (ghidajul exclusiv canin în mișcările de lateralitate, ghidajul anterior sus-

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Reabilitarea funcțional-estetică complexă

ținut strict de incisivii centrali), cât și estetic (linia surâsului suficient de coborâtă încât să acopere zonele afectate de retracțiile gingivale existente, proiecția conturului marginilor incizale ale incisivilor superiori la interfața dintre zona uscată și cea umedă a buzei inferioare, susținerea buzei superioare, precum și detaliile de macro și microtextură propuse) (fig. 12 – 14).



Fig. 9 – Simularea digitală a conturului viitoarelor fațete

Fig. 10 – Mock-up după wax-up inițial; necesitatea palatinizării marginilor incizale

Fig. 11 – Wax-up modificat

Fig. 12 – Mock-up

Fig. 13 – Mock-up; detaliu angulație incisivi centrali

Fig. 14 – Mock-up; detaliu

În urma realizării unor noi teste fonetice s-a constatat că au fost corectate aspectele identificate în ședința precedentă.

Înainte de etapa de preparare minim invazivă a dinților s-a realizat albirea cu lampa UV strict până la A2, culoare finală dorită de către pacientă. Prepararea dinților a fost efectuată respectând conceptul "less is more". Practic, au fost efectuate doar niște fine bizotări la nivelul marginilor incizale și mici deretentivizări la nivelul smalțului. La nivelul lui 22 a fost necesară realizarea unei coroane, dintele fiind nanic și totodată tratat endodontic (fig. 15).

Restul reabilitărilor sunt fațete no prep/minim prep, toate piesele protetice fiind realizate din ceramică integrală presată.

Fațetele au fost cimentate prin tehnica adeziunii, respectând întocmai etapele preparării, atât la nivelul țesuturilor dentare, cât și la nivelul pieselor ceramice. Izolarea cu digă a fost realizată prin tehnică proprie (tehnica dr. Taffet modificată), cu clemele aplicate la distanță și folia de digă decupată juxtagingival și lipită cu cianoacrilat la nivelul gingiei fixe. Fațetele fiind aplicate juxta/supra-gingival, au fost folosite fire de mătase 3.0 inserate în sulcusul gingival înainte de cimentare. Cimentarea adezivă a fost efectuată cu compozit transparent, componenta foto, țesuturile dentare au fost tratate cu adeziv generația a IV-a, iar piesele ceramice au fost tratate cu acid, apoi introduse în baia cu ultrasunete în mediu alcalin și salinizate. Înainte de cimentare s-a aplicat un strat de bonding. După fotopolimerizarea primară de 2 secunde, straturile fine de exces de compozit au fost îndepăr-

tate cu bisturiul chirurgical lama 12C, având grija permanentă de a nu crea nicio forță la nivelul piesei ceramice ce ar putea duce la deplasarea acesteia înainte de fotopolimerizarea finală. Totodată, s-a aplicat la marginea preparăției un strat fin de glicerină înainte de fotopolimerizarea finală. Ordinea cimentării fațetelor a fost de la incisivii centrali către premolari, incisivii centrali fiind cimentati simultan pentru verificarea simetriei. În cadrul tehnicii de izolare alese, avantajul major este posibilitatea de verificare permanentă a simetriei și poziției fiecărei piese protetice în parte, în comparație cu tehnica convențională de aplicare a clemelor succesiv pe fiecare dinte. Fațetele no prep/minim prep neavând elemente de poziționare ca în cazul preparățiilor clasice, imaginea de ansamblu a poziționării conferită de izolarea la distanță constituie încă un avantaj. După finalizarea cimentării celor 10 elemente ceramice s-a realizat verificarea ocluziei, static și dinamic și s-au efectuat mici ajustări. Pacienta a fost chemată la control după o săptămână pentru verificarea finală a ocluziei statice și a mișcărilor funcționale, integrarea estetică, fonetică și eventualele mici retușuri. Totodată, în această ședință s-a lustruit ceramica la nivelul zonelor retușate. S-a observat o foarte bună integrare, atât funcțională cât și estetică, precum și un nivel crescut de satisfacție din partea pacientei (fig. 16 – 20).

Pacienta este dispensarizată și vine la controale regulate și igienizare o dată la 6 luni (fig. 21).

Pentru acoperirea recesiunilor gingivale din cadranul II a fost planificat un nou tratament interdisciplinar, urmând a se realiza o intervenție parodontală minim invazivă după tehnica Zucchelli, respectând astfel conceptul "less is more" și limita biologică.



Fig. 15 – Aspectul preparatiei minim invazive

Fig. 16 – Aspectul după cimentarea adeziva

Fig. 17 – Arcadele în IM după cimentarea adeziva

CONCLUZII

În cazurile ce necesită o reabilitare funcțional-estetică, abordarea interdisciplinară și lucrul în echipă pot aduce un plus de valoare tratamentului. Diagnosticarea precisă și planul de tratament bine structurat sunt completate de simularea rezultatului înainte de efectuarea oricărei alte manopere, permițând astfel alegerea corectă a variantelor de tratament, precum și informarea onestă a pacientului în ceea ce privește eventualele limite.

Mulțumiri:
Tehn. Dent. Brândușa Cîndea



Fig. 18 – Aspect dinspre ocluzal

Fig. 19 – Control după 6 luni; linia surasului

Fig. 20 – Control după 6 luni

Fig. 21 – Control după 12 luni



ABORDAREA TERAPEUTICĂ ÎN CAZUL TRAUMATISMELOR NEPENETRANTE ALE DINȚILOR PERMANENȚI TINERI



Dr Cristina Ghiță

Dr Cristina Ghiță este medic primar stomatolog și lider de opinie pentru Micerium în România din 2011. Își desfășoară activitatea în cabinetul propriu și în cadrul Ena Training, Centrul de perfecționare dedicat compozitelor Micerium, unde ține cursuri despre adeziune și tehnică de stratificare a compozitelor.
Adresa de contact: periodent.office@gmail.com

Abstract:

Traumatismele frontalilor permanenți tineri au loc mai des decât ne-am aștepta, luându-ne deseori pe nepregătite.

Clinicienii trebuie să răspundă prompt acestei provocări, pregătiți cu un protocol de urgență pentru astfel de cazuri.

Terapia adezivă directă de urgență urmărește sigilarea corectă a dentinei, izolând-o de bacteriile prezente în mediul bucal.

Datorită progreselor sistemelor adezive și a compozitelor dentare reușim astăzi să tratăm minim invaziv cazuri care până nu demult ar fi fost rezolvate printr-un uriaș sacrificiu de material dentar viu sănătos (tratamente endodontice la vârste fragede, reconstituiri metalice turnate și coroane de acoperire).

Clinicienii trebuie să găsească soluția restaurativă optimă în raport cu tipul traumatismului, cu timpul scurs de la accident precum și cu vârsta pacientului.

Buna cunoaștere a protocoalelor adezive permite menținerea vitalității dinților precum și restaurarea estetică și funcțională pe termen mediu sau lung a dinților fracturați.



CAZ CLINIC

Pacienta de 13 ani se prezintă de urgență în cabinet, la aproximativ o oră de la fracturarea incisivilor centrali permanenți. Accidentul s-a petrecut la școală, pe terenul de sport, s-au căutat fragmentele fracturate în scopul re-atașării lor adezive, dar nu au putut fi recuperate.

Este foarte important timpul scurs de la accident, tipul fracturii (penetrantă sau nepenetrantă) precum și vârsta copilului.

La examenul clinic se constată fracturi coronare nepenetrante la nivelul smalțului și dentinei (fig 1). Dinții sunt foarte sensibili la rece și la atingere.



Fig. 1: Aspectul dinților la prezentare

Se curăță cu blândețe plăgile dentinare cu bulete îmbibate în clorhexidina 2% călduță, apoi se usucă prin tamponare cu bulete uscate. Inițiem manevra de sigilare adezivă a dentinei, prin gravaj cu acid fosforic 37% timp de 5-10 secunde (fig. 2).

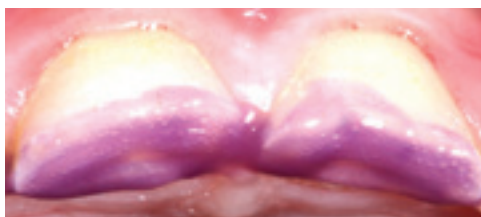


Fig. 2: Gravajul acid al dentinei și smalțului cu acid fosforic

Se spală apoi dentina cu apă călduță timp de 20 secunde, pentru a ne asigura că am îndepărtat în totalitate urmele de acid.

Se usucă prin tamponare, apoi se aplică primerul pe dentina astfel condiționată cu acid (fig. 3). Primerul se așază în cantități generoase, agitându-l cu aplicatoare timp de 20 secunde, permițând astfel penetrarea pe toată adâncimea gravată a dentinei. Numai așa vom putea forma un strat hibrid de calitate, permițând rășinii adezive hidrofobe să pătrundă în adâncimea dentinei condiționate cu primerul ușor hidrofil.

Sistemul adeziv folosit în acest caz este un sistem "clasic" în 3 pași (Optibond FL/Kerr).



Fig. 3: Aplicarea primerului pe dentină timp de 20 secunde

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Abordarea terapeutică în cazul traumatismelor nepenetrante

Urmează acum pensularea generoasă a adezivului, apoi uscarea moderată cu aer și foto polimerizarea.

Pentru a reduce contractia de priză a rășinii adezive și a reduce astfel tensiunile în dentină se recomandă polimerizarea în regim de intensitate redusă (650 mW/cm²) timp de 20 secunde. Există lămpi de foto polimerizare cu mai multe programe de foto polimerizare, în funcție de materialele ce vor fi polimerizate și de tipul substratului adezivizat (fig. 4).



Fig. 4: Aplicarea rășinii adezive pe suprafața dentinară condiționată cu primer

Conform teoriei lui Brannstrom, adevărata cauză a deteriorării pulpei o reprezintă bacteriile și nu sistemele adezive sau rășinile compozite.

Este însă la fel de adevărat că monomerii reziduali rămași nepolimerizați sub obturații reprezintă importanți factori iritativi.

Succesul manevrelor adezive pe dentina profundă presupune cunoașterea etapelor de hibridizare precum și polimerizarea corectă, cu surse viabile de lumină a materialelor foto-polimerizabile aplicate pe dentină.

După sigilarea dentinei dispare complet sensibilitatea la rece și la atingere. Se iau amprente care vor folosi la realizarea wax-up-urilor.

Odată realizată radiografia (fig. 5), se așteaptă câteva zile remisia parțială a contuziilor prezente la nivelul părților moi. În acest timp în laborator se modelează wax-up-ul.

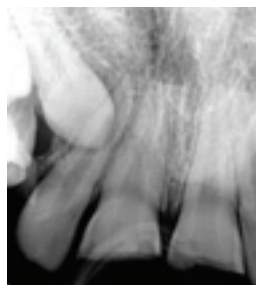


Fig. 5: Aspectul radiologic al dinților fracturați

Pacienta se prezintă la cabinet la câteva zile de la accident. Sensibilitatea dinților s-a redus considerabil, testele de vitalitate sunt pozitive, urmează acum reconstrucția adezivă a dinților fracturați.

Se ampretează modelul cu dinții refăcuți din ceară în laborator.

Ghidul din silicon este secționat și aplicat în cavitatea bucală, pentru a verifica adaptarea siliconului chitos la marginile dentare restante. Cu o sondă se marchează pe silicon limitele palatinale ale dinților.

Sistemul folosit pentru reconstrucția dinților este Enamel Plus HRI/Micerium, care constă din 9 dentine de culoare A dar de diferite saturații (UD0, UD0,5, UD1, UD2, UD3, UD3,5, UD4, UD5 și UD6, UD fiind notarea prescurtată pentru dentina universală), din 3 smalțuri cu luminozități calibrate vârstelor dentare (UE3, cu luminozitate mare, potrivit dinților tineri cu smalț mult, opac, alb și deci înalt reflectiv, UE2, smalț cu luminozitate medie și UE1, cu luminozitate redusă și efect de ambră pentru refacerea smalțului vârstnic său mult subțiat, cu transparență crescută. UE este notarea prescurtată pentru smalț universal). Trusa mai conține 3 smalțuri intensive de culoare albă și diferite opacități, notate IW alb rece translucid, IWS alb intensive intermediar și IM alb cald opac lăptos, pentru simularea diferitelor tipuri de pete și colorații albe din smalț, precum și două seringi cu material opalescent, pentru refacerea opalescențelor bleu-gri și oranj-ambră-gălbui.

Se poate, așadar, observa cum cu doar 4 culori propriu-zise, denumite și corzi cromatice, putem reface în totalitate registrul cromatic al dinților: galben-oranj (culoarea dentinei), alb (petele hipoplastice din smalț, de aspect și dimensiuni diferite), albastru (haloul transparent din regiunea incizală, care uneori urcă proximal) și ambră (opalescența dinților uzati, cu puțin smalț și multă dentină saturată).

Particularitatea unică a smalțurilor generice (UE3, UE2 și UE1) constă într-un indice de refracție aproape identic cu cel al smalțului natural, respective 1,62. Obținerea acestei valori a indicelui de refracție face ca smalțurile universale HRI să poată fi aplicate similar smalțului natural: cu cât este stratul mai gros, cu atât crește opacitatea și luminozitatea, spre deosebire de toate celelalte sisteme compozite, în cazul cărora creșterea grosimii stratului de smalț artificial duce la aspectul gri al obturației, adică la scăderea luminozității.

Înainte de începerea reconstrucției, se îndepărtează prin sablare cu sablatorul intraoral (Dentoprep/Ronvig) stratul de adeziv, până în dentină curată. Diametrul particulelor de oxid de aluminiu este de 40 micrometri.

Începe acum refacerea pereților palatinali cu smalț în aceeași luminozitate ca a dinților fracturați, respectiv UE1, smalț puțin luminos (fig. 6):



Fig. 6: Aplicarea smalțului UE1 pe ghidul din silicon

Aplicarea smalțului se face într-un strat subțire și uniform, de aproximativ 0,5 mm grosime, ținând cont de particularitatea acestui smalț de a-și crește opacitatea odată cu creșterea grosimii stratului.

Se adaptează cu multă atenție smalțul la marginea palatinală a dintelui, apoi se fotopolimerizează timp de 60 secunde.

Urmează aplicarea unui miez saturat din dentina intens colorată (fig. 7). Aici s-a folosit UD6, care a fost apoi acoperit cu dentine de saturații progresiv reduse, în scopul realizării desaturării cromatice care are loc la dinții naturali dinspre cervical înspre incizal și dinspre palatinal înspre vestibular.



Fig. 7: Aplicarea miezului din dentină saturată UD6.

Se observă diferența de cromă între dentina fotopolimerizată de pe 11 și cea nepopolimerizată de pe 21. Creșterea saturației și respectiv scăderea luminozității în urma fotopolimerizării sunt specifice rășinilor compozite hibride.

Urmează apoi refacerea marginilor proximale ale dinților (fig 9 și 10), cu scopul de a crea o cochilie în care să putem stratifica dentinele, efectele și apoi smalțul.

În acest caz s-a pus accentual pe restaurarea cu caracter temporar a dinților 11 și 21. Pacientei urmează să i se extragă toți caninii și molarii temporari rămași pe arcadă mult peste perioada fiziologică de exfoliere. Apoi va urma readucerea caninului 13 pe arcadă prin tratament ortodontic, cu aplicare de bracket-uri pe dinții prezenți, respectiv și pe 11 și 21.

Restaurările prezentate au caracter temporar, urmând să fie înlocuite prin restaurări de durată, folosind aceeași tehnică și același sistem compozit.

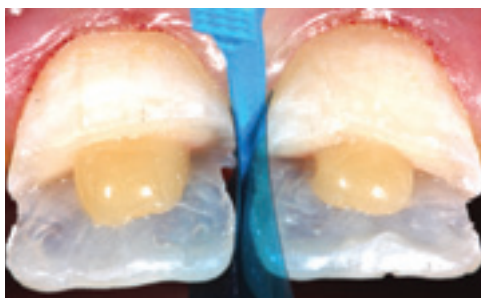


Fig. 9: Refacerea pereților meziali folosind o bandă precurbată din plastic și o pană



Fig. 10: Pereții proximali refăcuți din smalț UE1

Se poate observa opalescența intrinsecă a smalțului universal în figura 8:



Fig. 8: Opalescența intrinsecă a smalțului universal Enamel Plus HRi

Odată refăcuți și pereții proximali, începe stratificarea maselor dentinare. În acest caz peste nucleul foarte saturat de UD6 se aplică dentina UD4, pentru a desatura puțin mai rapid (fig. 11)



Fig. 11: Aspectul dentinei UD4 polimerizate pe dințile 11 și nepolimerizate pe dintele 21

Urmează apoi așezarea stratului de dentină în cromaticitatea de bază a dinților pacientei, respective UD3. Peste dentină se așază smalțul, care se modelează cu pensule sau instrumente cu capăt din silicon.

Smalțul nu trebuie modelat cu nicio rășină

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Abordarea terapeutică în cazul traumatismelor nepenetrante

de modelaj, întrucât aceste medii au un indice de refractive foarte redus și modifică aspectul smalțului din luminos în gri.

Urmează fotopolimerizarea și adaptarea în ocluzie static și dinamic (fig. 12).



Fig. 12: Aspectul restaurărilor imediat după fotopolimerizarea smalțului

Restaurările vor trece prin fazele de recanturare, finisare și lustruire, dar abia în următoarea ședință, timp în care se așteaptă integrarea din punct de vedere coloristic a materialului.

După canturare, finisare și lustruire restaurările sunt pe placul pacientei (fig. 13).



Fig. 13: Aspectul restaurărilor la finalul ședinței de finisare și lustruire

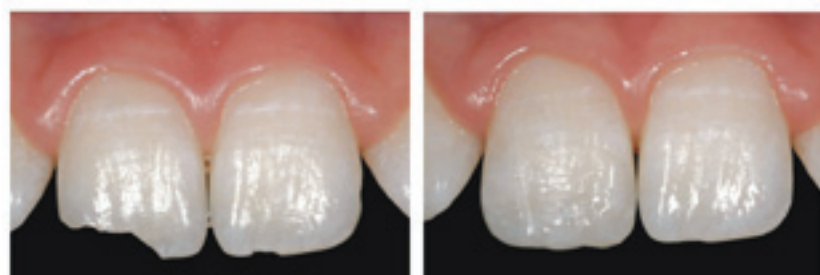
Se așteaptă extragerea dinților temporari, erupția premolarilor și caninilor cu excepția lui 13, care va fi readus pe arcadă prin tracțiune ortodontică.

Odată toți dinții erupți și corect aliniați, se va reevalua clinic cazul. Restaurările vor fi refăcute estetic, integrându-le astfel în serviciul clinic.

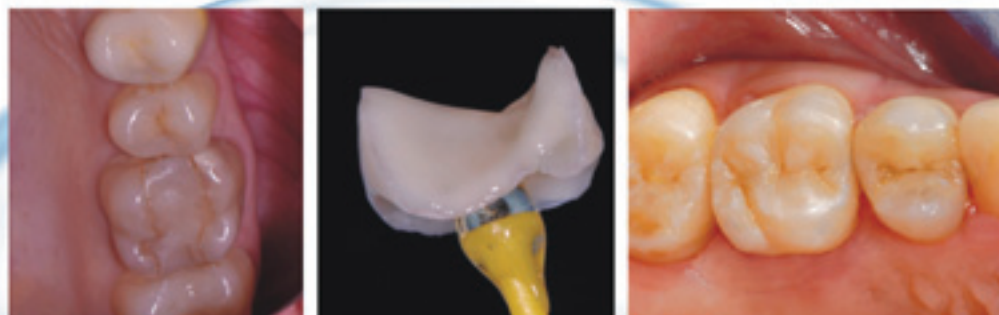
CONCLUZII

Tehnicile minim invazive de reconstrucție aditivă a dinților fracturați permit păstrarea vitalității dentare, oferind soluții de tratament rapide, convenabile biologic și economic.

Micerium, soluția completă



Reconstituire directă cu
ENAMEL *plus Hri*



Reconstituire indirectă
cu **ENAMEL *plus Hri***
(Foto: Dr. C. Ghita)



Reconstituire cu **ENA Post** și
ENAMEL *plus Hri*

Denta Exim și Ena Training organizează cursuri practice de stratificare anatomică prin metoda Lorenzo Vanini.

Pentru informații și oferte pe anul 2014, ne găsiți la:

DENTA EXIM, Cluj-Napoca

Dr. Elena IANCU

Tel. Fix: 0264-592 129

Tel. Mobil: 0722-294 000

e-mail: dentaexim1@yahoo.com

web: www.dentaexim.ro

ENA TRAINING

Dr. Cristina GHITA

Tel. Mobil: 0768-625 555



DENTA EXIM

PROMO



Kit 15 seringi



GRATIS: Încălzitorul de seringi
+ Kit de 3 seringi Enamel Function
+ 1 OA + 1 OB + 1 flow A3



Kit de lustruire Shiny Y+G



Rășină de modelare Ena Seal



Minikit de lustruire Shiny CHA



Acrilat autopolimerizabil roz
cu vinișoare pentru reparații



Acrilat termopolimerizabil roz
cu vinișoare pentru bază de proteză



Rășină autopolimerizabilă
Soft pentru rebazări



Rășină autopolimerizabilă
Hard pentru rebazări

SC DENTA EXIM SRL
Adresa: Str. Petofi Sandor nr. 24,
400610 Cluj-Napoca, România

Tel/Fax: 0264 592129
Mobil: +4 0722 294 000- dr. Elena Iancu
+4 0740 640 983- Sas Ildiko

E-mail: dentaexim1@yahoo.com | Web: www.dentaexim.ro

SKY

IMPLANT SYSTEM

Extracții - Implanturi - Punte fixă imediat

SKY fast & fixed

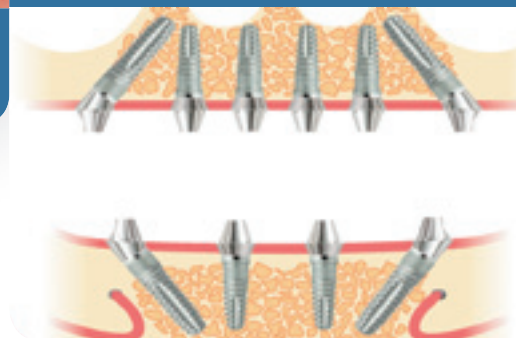
Încărcarea imediată ca protocol standard

case report - 8 Martie 2014

Dr. Florian Obădan
Th. Dent. Adrian Bălașa
Foto: Dr. Răzvan Cristian Lupu



Dr. Florian Obădan
Clinica TopDent Alexandria



Introducere

Stilul de viață alert, alimentația puternic procesată, precum și timpul redus alocat în medie pentru igiena dentară ne aduc din ce în ce mai mulți pacienți cu dinți cu un înalt grad de afectare parodontală. Combinând uneori și edentații vechi neprotezate sau protezate necorespunzător, rezultatul general pentru această clasă de pacienți este că, deși încă au dinți, practic păstrarea lor este de multe ori o alegere care pe termen mediu și lung nu este neapărat în beneficiul pacientului.

“Numeroși pacienți care sunt aproape de a ajunge edentați total sau chiar sunt în această situație își doresc o restaurare fixă fără a mai fi nevoiți să suporte proceduri de augmentare care presupun un timp de așteptare mai îndelungat și costuri suplimentare”, scriam acum 4 ani pentru site-ul bredent medical Romania. Săptămâna trecută, în timp ce vorbeam cu un coleg îmi spunea: “...practic a devenit obligatoriu ca orice clinică respectabilă să ofere fast & fixed”.

Tendența este absolut normală, dacă luăm în considerație faptul că discutăm despre un concept terapeutic clar, orientat către pacient, care în nici un caz nu-și dorește intervenții chirurgicale multiple sau posibile complicații ale diferitelor operații de augmentare. Legat de cazul de față, am considerat interesant faptul că după ce anul trecut i-am oferit pentru mandibulă SKY fast & fixed, pacientul a revenit cerând cu insistență aceeași soluție și pentru maxilar.

bredent
medical ROMANIA

40 YEARS DENTAL INNOVATIONS
1 9 7 4
2 0 1 4

bredent-medical ROMANIA | Strada Vasile Lascăr Nr. 62, Sector 2, Cod poștal 020504, București
Telefon & Fax: + 40.212.240.702; Telefon mobil: + 40.742.583.759
web: www.bredent-medical.ro | eMail: office@bredent-medical.ro

Profilul pacientului

Pacientul A.S. în vârstă de 49 ani, fumător a 10 țigări pe zi s-a prezentat în cabinetul nostru pentru reconstrucția estetică și funcțională a ADM.

După consultul clinic și radiologic, pacientului i-au fost prezentate mai multe modalități de tratament, și împreună cu acesta am ales după următoarele criterii:

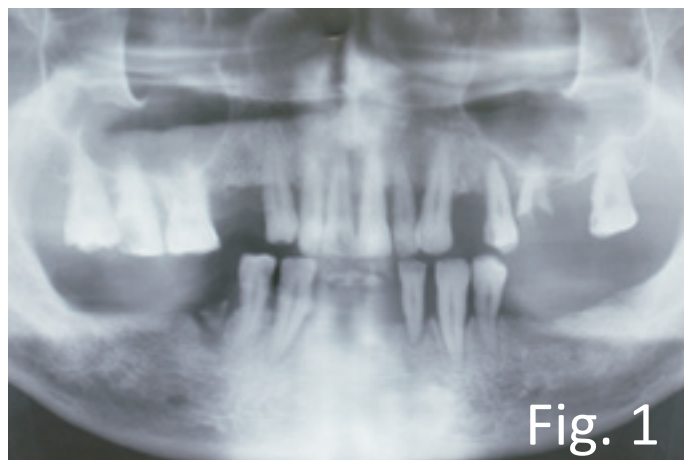
- a) o singură intervenție chirurgicală
- b) protezare imediată fixă (pentru o reintegrare socială rapidă)
- c) cost fix al intervenției
- d) metodă cu grad mare de predictibilitate

SKY fast & fixed, tratamentul ales, se bazează pe implantarea în os nativ, și integrarea unei punți fixe cu sprijin exclusiv implantar în aceeași zi.

Tratamentul pas cu pas

În acest articol voi prezenta pas cu pas partea chirurgicală pentru maxilar, precum și protezarea provizorie.

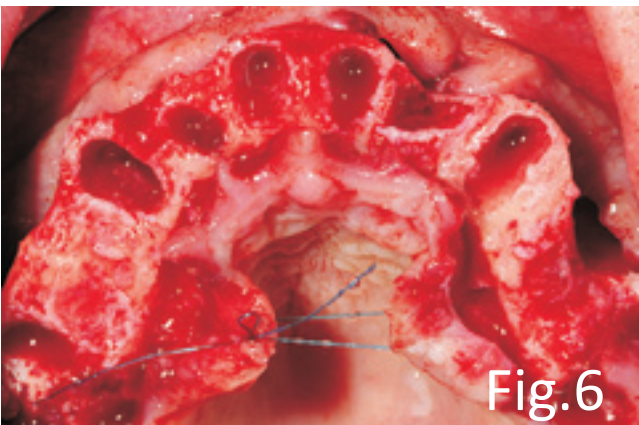
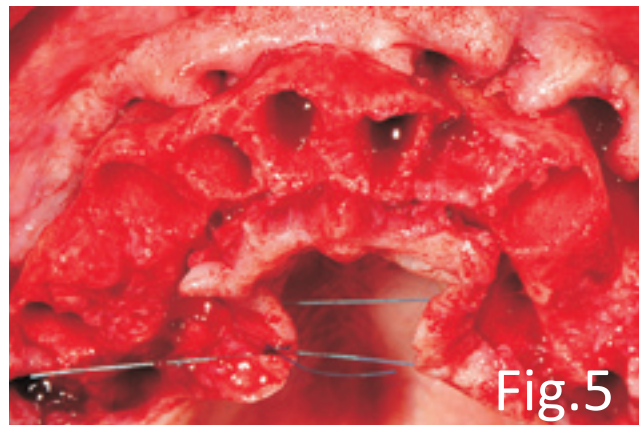
Despre calitatea dinților, și mai ales a implantării lor, imaginile intra orale, conjugate cu aspectul radiologic, vorbesc de la sine.



De menționat ar fi faptul că între radiografia panoramică inițială (Fig.1) și momentul începerii tratamentului superior a trecut mai bine de 15 luni, timp în care pacientul a mai pierdut incisivul lateral stâng.



Practic situația dento-parodontală se înrăutățește pe măsura trecerii timpului.



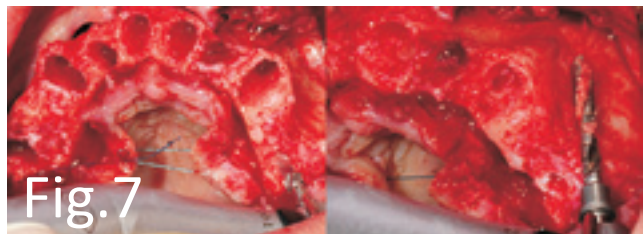
Înainte de a aduce modificări ireversibile situației, am făcut amprentarea arcadelor dar și înregistrarea DVO cu ajutorul unui bloc de material de amprentă siliconică (Fig.4).

După extracțiile dinților / resturilor restante (Fig.5), restabilirea DVO ar fi o altă provocare pentru echipa clinician-tehnician, care se rezolvă simplu cu această înregistrare. Zonele distale nu vor fi atinse de bisturiu, iar așezarea acestor chei siliconice pe modele va fi ușoară. Extracțiile nu au ridicat probleme deosebite, caninii fiind bineînțelese cei cu cea mai bună implantare.

Decizia extracției lor este întotdeauna una bine analizată. În acest caz, atât implantarea lor afectată, ușoara mobilitate, dar și modificarea radicală a planului de tratament în cazul păstrării lor, ne-au adus la decizia extracției celor doi canini. Incizia a fost făcută pe mijlocul crestei, fiind urmată de elevarea lambourilor muco-periostale, atât vestibular, cât și palatinal (Fig.5). Expunerea ambilor versanți ajută mult la o bună orientare a implantologului, mai ales coroborată cu datele obținute din examinarea radiologică.

Regularizarea crestei cu o freză sferică are ca principale obiective atât îndepărtarea unor porțiuni de os afectat de boala parodontală, nivelarea planului osos, și în multe cazuri, transferul zonei de tranziție dintre protetică și țesuturi în partea invizibilă, acoperită de buza superioară (Fig.6). Toate alveolele au fost "cercetate" amănunțit cu chiuretă, iar corticalele alveolare au fost și ele avivate de o freză sferică cu diametru mai mic.

Limita distală a preparațiilor neoalveolelor, o constituie peretele anterior sinusal (Fig.7).



Expunerea acestui reper este facilă, iar volumul de os în zonă este de cele mai multe ori îndestulător.

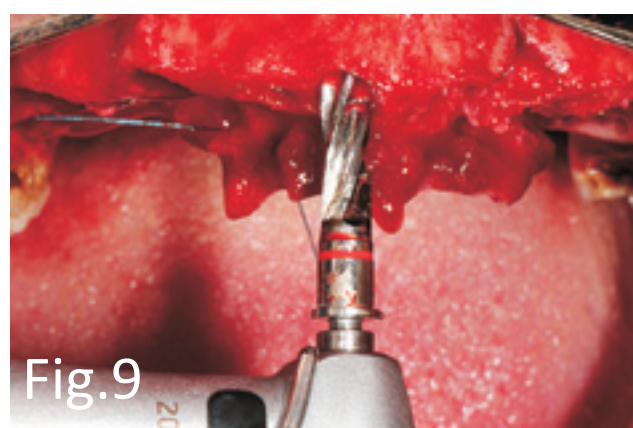
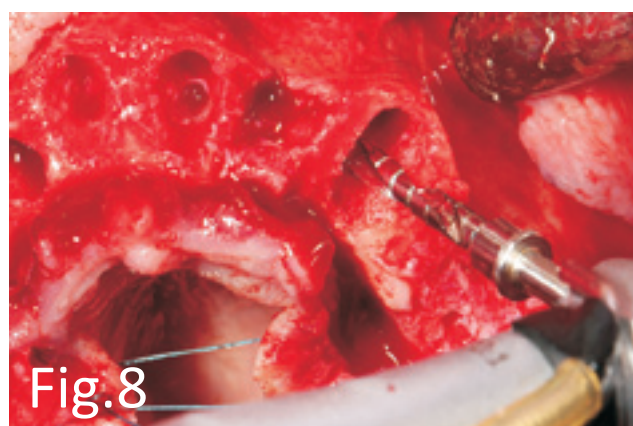
Instrumentarul rotativ l-am folosit la viteze mici, de sub 100 rpm, tocmai pentru a evita perforarea corticalei sinusale. Poziția celui mai distal implant coincide și în acest caz, ca în cele mai multe, cu cea a premolarului 2.

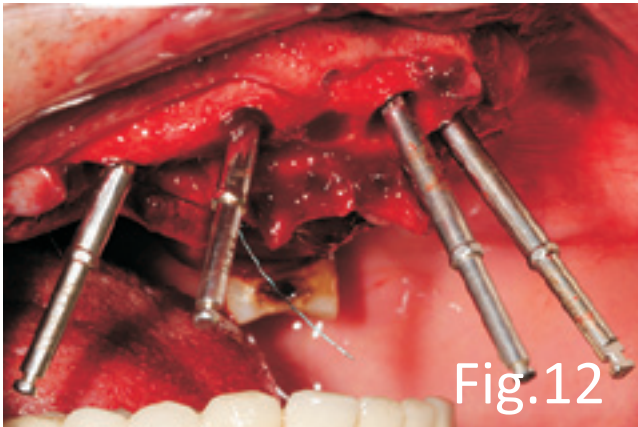
Angulația de circa 35 de grade permite evitarea sinus-liftului, și va fi compensată protetic cu ajutorul unui bont special, ce are o pregătire pentru înșurubare ocluzală (filet prefabricat M1,4).

Următorul implant este poziționat în zona caninului, pe care, cunoscând anatomia zonei, precum și direcția celui de pe poziția premolarului, l-am angulat către apexul fostului incisiv lateral (Fig.8).

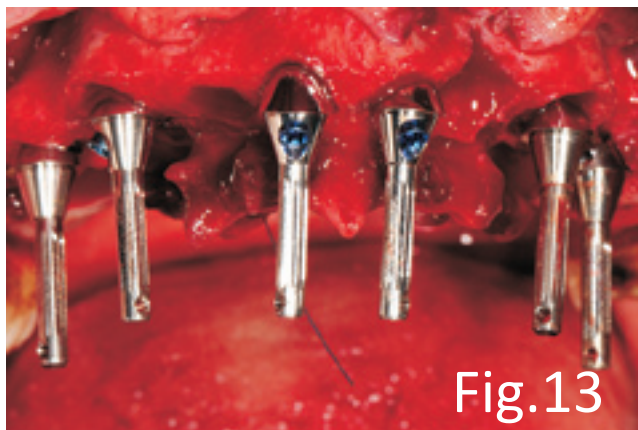
Pe locul incisivilor centrali, ca și în cazul caninilor, am preparat neoalveole pentru implanturi de 4.0 mm diametru și 14 mm lungime (Fig.9).

Inserția implanturilor am făcut-o la 40+Ncm, și datorită protocolului de preparare a osului adaptat calității sale, am obținut o excelentă stabilitate primară (Fig.10 și Fig.11).

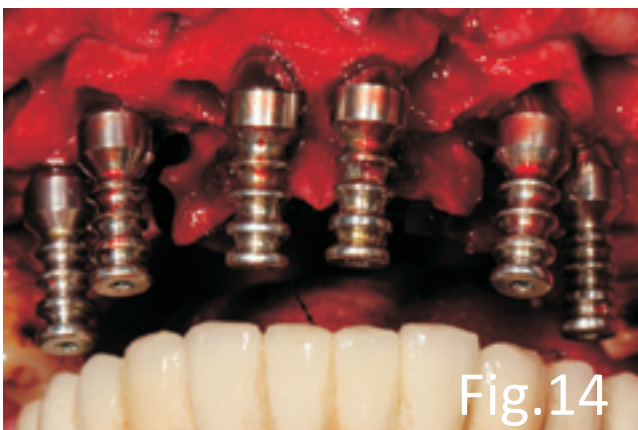




Dacă am privi la direcțiile de inserție ale implanturilor, ele sunt într-adevăr foarte divergente, însă cu protetica adecvată protezarea provizorie și cea definitivă devin proceduri standard (Fig.12).

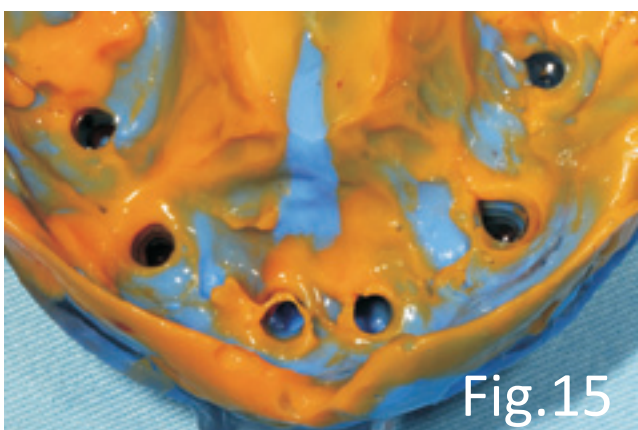


Poziționarea implanturilor trebuie făcută ținând cont de clasicele reguli de implantare: respectarea distanțelor biologice, încadrarea implanturilor în conturul anatomic al osului, la minim 2 mm de vestibular, poziționare la nivelul osului sau ușor subcrestal, etc. Diferența o constituie grija pentru poziționarea elementului antirotațional al conexiunii implantului, în cazul implanturilor SKY fiind Torx®. Verificarea poziției înșurubărilor ocluzale se face cel mai bine în această fază, când implanturile nu au ajuns încă în poziția "finală", evitându-se astfel o eventuală pierdere / slăbire a stabilității primare.



Orientarea șuruburilor ocluzale ar trebui aleasa către planul ocluzal, sau ușor oralizat (Fig.13)

Capele de amprentare trebuie montate înainte de începerea suturii (Fig.14), în acest caz am ales capele pentru lingura închisă.



Precizia necesară amprentării nu este dintre cele mai pretențioase, pentru că provizoria va fi fixată intraoral de capele de titan înșurubate în bonturi. Prin această fixare intraorală se obține o punte perfect pasivă, ce unește toate cele 6 implanturi.

După sutură, urmează amprentarea (Fig.15), dar și o nouă înregistrare a relației intermaxilare, de care este nevoie pentru montarea celor 2 modele (Fig.16).

În decursul a câteva ore, folosind fațete Visio.lign prefabricate, în laborator a fost fabricată o lucrare care nu este fixată de niciuna din cape. După fixarea din ziua operației, ideal este să nu mai îndepărtăm provizoria în următoarele 2-3 luni.

Pacientul este sfătuit să aibă în următoarea perioadă o dietă cat mai moale, evitând masticăția unor alimente dure sau care solicită mult puntea dar mai ales implanturile.

La examenul radiologic (Fig.17) am constatat ca unul dintre bonturile din zona incisivă nu era corect așezată pe platformă implantului, și atunci am procedat la strângerea șurubului bontului cu cuplul recomandat de 25 N/cm.

Faptul că în decurs de câteva ore și cu o singură intervenție putem oferi unui pacient dinți cu suport exclusiv implantar se datorează pe de o parte procedurilor standard, și pe de alta elementelor protetice prefabricate care permit compensarea unor angulații între -5 până la 45 de grade.

Conexiunea foarte lungă, designul extern al implantului ce conferă stabilitate primară excelentă prin compresia în medulară, fațetele prefabricate, precum și puntea pasivizată prin cimentarea intraorală pe elementele prefabricate sunt tot atâtea elemente ce conduc la succes.

În următoarea ediție vom discuta despre multiplele posibilități protetice pentru protezarea definitivă.

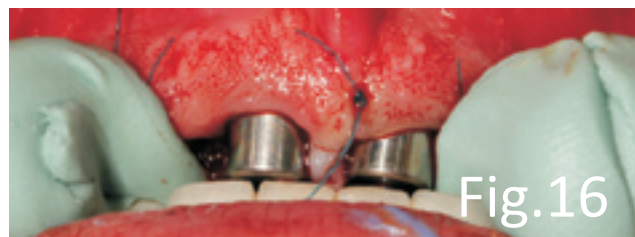


Fig.16



Fig.17



Fig.18



Fig.19

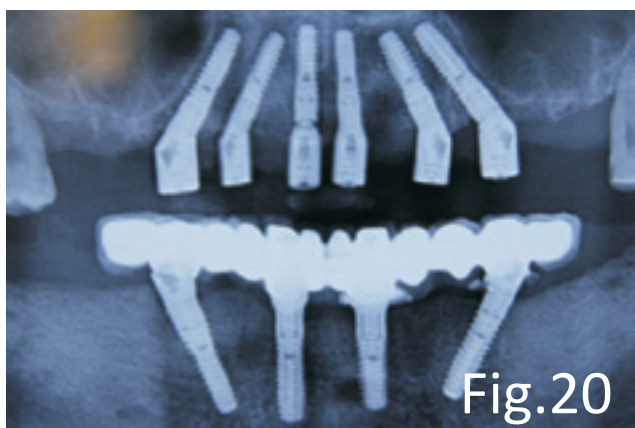


Fig.20

Nuanța și forma își înfig colții! (?)



Dr. Hans Sellmann

Una dintre cele mai rele experiențe pe care le-am avut în practica stomatologică a fost când a trebuit să refac de trei ori o punte frontală. Adaptarea nuanței pentru reconstrucții cu aspect estetic într-o zonă vizibilă este într-adevăr o performanță. Multitudinea de dispozitive create recent pentru această sarcină arată că există probleme considerabile. Dar de ce a trebuit refăcută de trei ori acea punte?

Hans Sellmann

Voi fi concis: cheia de culori folosită în cel caz avea dinții etalon prinși pe mici butoni. Acești dinți etalon puteau fi trași pentru a fi ținuti foarte aproape de dintele în cauză, pentru a determina nuanța. Și probabil că au fost desprinși mai mulți dinți etalon, care apoi au fost reatașați pe poziții incorecte. "Bio 13" era, de fapt, o nuanță complet diferită. În consecință, puntea a fost realizată corect în laborator (acolo aveau setul de etaloane corect), dar nu se potrivea deloc cu ceilalți dinți din jur, din cauza incurcăturii.

CE NUANȚĂ VA FI ?

Mă deranjează faptul că o nuanță nu se potrivește, când se folosește o metodă care consumă timp (deci bani) pentru corectarea în laborator. Între timp, pacienții noștri au devenit răsfațați de posibilitățile stomatologiei moderne. Ei nu mai sunt mulțumiți cu o obturație „albă” în zona anterioară; nu, aceasta trebuie să fie de nesesizat. Aceasta nu înseamnă să fie un simplu alb, ci trebuie să se potrivească perfect cu ceilalți dinți. Știți cât de dificil este acest lucru.

UN MICHELANGELO AL COMPOZITELOR

Tocmai am luat parte la un simpozion unde un adevărat artist a prezentat restaurările anterioare incredibile de frumoase realizate de el. În afară de faptul că probabil nu voi atinge niciodată o asemenea virtuozitate, mai există un amănunt: eu nu am pacienți de la care să pot încasa sumele percepute de acel artist pentru asemenea obturații.

Totuși, pacienții mei vor de asemenea restaurări perfecte, la care consideră că sunt îndreptățiți. Ce e de făcut?

A PATRA GENERAȚIE?

Mai suntem încă la a patra generație de materiale de restaurare de nuanța dintelui? Sau ceea ce citim pe acest subiect la www.zahnwissen.de/lexikon_kn-kz.htm este deja depășit? Îmi amintesc încă de vremurile când pacientul era mulțumit doar să aibă o obturație compozită de nuanța dintelui. Multe s-au realizat de atunci: foto-polimerizarea,, adezivi, materiale fluide, etc. sunt doar câteva cuvinte cheie.

Aceste inovații ne permit nouă, dentiștilor, să tratăm mai ușor și mai bine leziunile cariale sau consecințele traumelor la dentiția anterioară și posterioară. Totuși: nu sunt rezolvate nici pe departe toate problemele.

VARIATIO DELECTAT

Așa cum există oameni înalți și scunzi, grași și slabi, frumoși și mai puțin frumoși, există o multitudine de nuanțe de dinți. Și trebuie să avem compozite cu cea mai largă gamă de culori pentru a realiza restaurări care să se potrivească. Totuși, uneori, ele nu se potrivesc și trebuie să combinăm propriile nuanțe din diferite tuburi sau capsule – activitate realizabilă doar în deficit față de „restaurarea asigurată” deoarece taxa nu acoperă timpul și efortul. Totuși, acum există o soluție pentru aceste dificultăți.

SOLUȚIA PENTRU NUANȚĂ

VOCO, compania din Cuxhaven, Germania, cunoscută pentru produsele sale de înaltă calitate, a făcut un pas de pionierat în simplificarea muncii noastre. AMARIS este numele noului produs, un material de restaurare cu aspect estetic superior.

Până acum selectam o „nuanță standard” la începutul restaurării, foloseam un material adecvat și puteam vedea dacă alegerea a fost corectă după lustruirea restaurării (din păcate, adesea nu era). Și când nu se potrivea nuanța, nu puteam trimite pacienții acasă: trebuia să refacem restaurarea, indiferent dacă ne plăcea sau nu.

GATA CU RELUĂRILE!

VOCO a urmat o cale diferită cu AMARIS. Stomatologul realizează nuanța necesară în timpul etapelor de pregătire a restaurării, în conformitate cu instrucțiunile detaliate de utilizare (am testat materialul și pot confirma această abordare). Iar acest lucru este perfect posibil cu sistemul AMARIS. Combinația diferitelor componente permite un mare grad de flexibilitate în procesul restaurării. Astfel încât este posibil să schimbați nuanța în timpul restaurării. Deci nu suntem forțați să luăm decizia finală la începutul ședinței, ci putem adapta nuanța în timpul aplicării straturilor, ceea ce se poate face deosebit de bine cu componentele AMARIS.

DEFINIREA ASPECTULUI

Doar combinația dentinei cu smalțul determină aspectul dintelui. Iar restaurarea trebuie să urmeze acest principiu pentru a fi perfectă. VOCO reduce prin AMARIS numeroșii pași pentru a atinge o restaurare perfectă iar acesta este un criteriu important azi, când compensarea serviciilor noastre este limitată. Cum funcționează aceasta? AMARIS este împărțit în bază și smalț și, pentru a crea caracteristici speciale, există nuanțe suplimentare de efect. Să începem cu baza.

BAZA

Nuanțele de bază AMARIS sunt grupate de la O1 la O5. Aceste compozite opace acoperă toate nuanțele de dentină imaginabile. Selectăm deci nuanța de bază (atenție la culoarea barajului de cauciuc, care poate interfera cu imaginea) folosind cheia de culori din set; după pregătirea zonei cu defect aplicați materialul ca bază de dentină și polimerizați-l.

SMALȚUL

Apoi verificați nuanța. Dacă se potrivește, aplicați un strat de email TN (Translucent Neutral). În cazul când nuanța bazei apare prea deschisă față de dentină, o închidem aplicând TD (Translucent Dark). Dacă nuanța este prea închisă, putem alege TL (Translucent Light) as restaurare de suprafață. Am menționat deja că există pacienți care au dinți cu nuanțe deosebite. Pentru aceștia, VOCO a adăugat în setul AMARIS culorile individuale de efect HT (High Translucent) și HO (High Opaque). Cu aceste nuanțe ușor de aplicat ca material fluid este posibilă imitarea muchiilor incisive transparente, de exemplu. Dar și în cazul fumătorilor cu zone maro sau al pacienților vârstnici cu zone cervicale mai închise la culoare – restaurările se pot realiza ușor cu materialul HO.

FĂRĂ LIPIRE

Nuanțele pentru bază și email nu sunt lipicioase (pot confirma aceasta) și au o consistență fină. Astfel încât materialul se poate manipula ușor și chiar se poate modela în straturi foarte subțiri, fără a se lipi de spatulă. După cum afirmă VOCO, AMARIS se poate poliza ușor (de ase-

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Raport de caz

menea, am încercat și confirm aceasta) și are o stabilitate naturală a nuanței.

CAMELEONUL

În astronomie, cameleonul este o constelație. Totuși, VOCO se referă la altceva când discută despre efectul cameleon al AMARIS. De fapt, cameleonul este o reptilă din Africa. Cameleonii sunt proverbiali pentru capacitatea lor de a-și modifica culoarea corpului în funcție de dispoziție. Culorile foarte deschise, irizate, apar în condiții de stres și, de exemplu cu modelele în dungii sau cu pete în timpul luptei. La pacienții noștri nu dorim neapărat ca dintele să devină irizat la stres sau cu pete în timpul luptei. În schimb, dintele restaurat trebuie să se adapteze la expunerea luminoasă. Și, după cât am putut observa până acum, așa s-a și întâmplat spre satisfacția mea (și a pacienții mei).

Pur și simplu frumos – frumos de simplu AMARIS, fie că se află într-o seringă, fie într-un dispozitiv tip compulă (foarte bun pentru a evita contaminarea reciprocă) în combinație cu Futurabond, adezivul de la VOCO, mi se pare un sistem rațional chiar în mijlocul inflației de materiale de restaurare prezente pe piață, deoarece urmează o nouă filozofie și asigură o restaurare perfectă cu mai puțină muncă pentru noi, stomatologii.

Nu schimba o echipă câștigătoare? Acum nu trebuie să aruncați imediat compozitul care vă este familiar. Dar sunt sigur că după ce veți folosi pentru prima dată AMARIS pentru indicații speciale, acesta va deveni curând materialul dumneavoastră standard pentru restaurații cu aspect estetic superior, simplu de realizat.

Autor

Dr. Hans Sellmann
Jagdstrasse 5
49638 Nortrup
Germania

E-Mail: dr.hans.sellmann@t-online.de



Fig. 1 - Aici ai fost aplicate de fapt fațete. Sau obturații estetice cu compozit Amaris.

Fig. 2 - După o sumară preparare a suprafețelor, mai degrabă doar o asperizare, lipim dintele cu Futurabond NR de la VOCO. Este realmente ușor. Activăm blisterul unic prin apăsare pe punctul marcat...

Fig. 3 - ... și aplicăm adezivul în mod uzual. Apoi se foto-polimerizează.

Fig. 4 - Am selectat din set nuanța adecvată pentru „bază”. În acest caz am ales O3.

Fig. 5 - Consistența fină a materialului Amaris facilitează modelarea cu spatula Heidemann. El nu se lipește de instrument.

Fig. 6 - Jumătate timp: Dinții 21-23 sunt restaurați cu Amaris (asigură acoperire excelentă) după o asperizare minimă a suprafeței smalțului. Deoarece am ales nuanța corectă, avem doar de aplicat un strat de nuanță smalț TN.

Fig. 7 - Doar dintele 12 mai are nevoie de formare la nivel incizal.

Fig. 8 - Alt caz de tratament: dinții 22 și 23 necesită îmbunătățirea aspectului.

Fig. 9 - Amaris O2 acoperit cu TD (baza s-a dovedit a fi prea deschisă la culoare pentru cazul nostru) permite pacientului să aibă o dantură frumoasă fără fațete costisitoare.

Fig. 10 - Cazul 3: Traumatism, pierderea muchiului incisive la dintel 22 la o față de 13 ani. Tratamentul (selectarea nuanței corecte) a fost complicat de un endo-tratament anterior care a dus la apioectomie.

Fig. 11 - Ușoară asperizare a suprafețelor de smalț urmată de lipire...

Fig. 12 - ...selectarea nuanței ...

Fig. 13 - ... și acum aplicarea de Amaris O2 urmată de un strat de TL (ușor defect de deschidere a nuanței) pentru a face ca dantura fetei să arate din nou „întregă”.

VOCO

Pressemitteilung Press release

Anton-Flettner-Straße 1-3
27472 Cuxhaven
Germany

Tel.: +49 4721 719-0
Fax: +49 4721 719-169

www.voco.de

Unser Zeichen PR/OK
Datum 28.02.2014

MATERIAL DE RESTAURARE, FOTOPOLIMERIZABIL FOARTE ESTETIC ÎN NUANȚA GINGIEI

Pentru cele mai mari rezultate în estetica dentară Amaris Gingiva este singurul material ce permite restaurarea în nuanțele gingiei. Acest compozit nou de restaurare în nuanța gingiei prezintă un sistem facil de restaurare individualizat folosind combinarea nuanței de bază (nature) cu cele trei nuanțe de opac. Datorită acestui principiu Amaris dovedește că zonele cervicale expuse cauzate de rețracția gingivală, lacunele cuneiforme, pot fi controlate în viitor prin funcționalitate și estetică. Cu Amaris Gingiva datorită standardelor ridicate și capacitatea compozitelor moderne nu mai există limită în tratarea zonelor de colet. Acest nou material permite restaurarea zonei dintre gingie-dinte cu un rezultat remarcabil.

POTRIVIT ÎN INDICAȚII MULTIPLE

Amaris Gingiva este potrivit în mai multe indicații. Refacerea zonei de colet în nuanțele gingiei reprezintă o măsură terapeutică importantă după un proces chirurgical mucogingival. De exemplu zonele negre datorate pierderii papilei interdente cauzate de periodontopatii sau rețracțiile gingivale pot fi rapid și ușor tratate cu Amaris Gingiva pentru a oferi o restaurare estetică deosebită. Amaris

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

VOCO GmbH • Postfach 767 • 27457 Cuxhaven • Germany



Amaris Gingiva – Naturaletăa unui zâmbet frumos

Gingiva deasemenea poate fi folosit ca extensie pentru zona cervicală la coroanele cu marginea gingivală expusă datorată rețracției naturale a gingiei.

UN MATERIAL CU PROPIETĂȚI DEOSEBITE DE SPATULARE

Amaris Gingiva nu este impresionant numai prin proprietățile materialului dar și prin manevrabilitatea acestuia. Se modelează extrem de ușor și poate fi finisat cu un luciu deosebit. Multumită noilor seringi antipicurare NDT® de la VOCO, aplicarea materialului este acum mult mai ușoară, economică și igienică. Amaris Gingiva prezintă o translucență și stabilitate a culorii deosebită și o contracție foarte redusă cu un nivel de umplere de 80 w/w % identic cu compozitele moderne. Amaris Gingiva oferă o restaurare estetică de lungă durată cu valori ale abrazunii foarte scăzute și rezistență compresivă și transversală foarte mare.

**Producător: VOCO GmbH,
PO Box 767,
27457 Cuxhaven,
Germania,
www.voco.com**



Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara
Facultatea de Medicină Dentară



Societatea Română de Microscopie Dentară

Prima Școală Internațională de Vară de Endodonție din România

14-19 iulie 2014, Timișoara

Directori: Luminița Nica & Ștefan-Ioan Stratul





Prima Școală Internațională de Vară de Endodonție, Timișoara, 14-19 iulie 2014

FIȘĂ ÎNSCRIERE

I. Felul participării

Doresc să mă înscriu la Prima Școală Internațională de Vară de Endodonție din România, cu:

Participare limitată

Participare completă

II. Date facturare

Vă rog să emiteți factura pentru:

Persoană fizică

Nume:

Prenume:

Adresa:

strada

nr. (bl./sc./ap.)

localitate

judet

C.I. serie/nr.

Email:

Tel.

Persoană juridică

Denumire societate:

CUI:

Nr. Reg. Com.

Adresa:

strada

nr. (bl./sc./ap.)

localitate

judet

Nume:

Prenume:

C.I. serie/nr.

Email:

Tel.

III. Programul social

Doresc să particip la următoarele activități din programul social:

Cina de bun venit

Tur de oraș ghidat – partea I

Excursie cu șalupa pe râul Bega sau

Summer night show

Tur de oraș ghidat – partea a II-a

Vizită în orașul de pe Mureș

Cina de bun rămas - rugăm selectați tipul de meniu:

vită porc pește pasăre

IV. Transportul

Între locațiile manifestării (în situațiile în care programul detaliat specifică transferul asigurat de către organizatori):

am nevoie nu am nevoie

de transfer asigurat de către organizatori.

Vă rugăm să returnați formularul completat la adresa de email: **krident@yahoo.com** pentru a putea emite factura fiscală în baza căreia veți achita taxa de participare

DENTA ORĂDEANĂ 2014

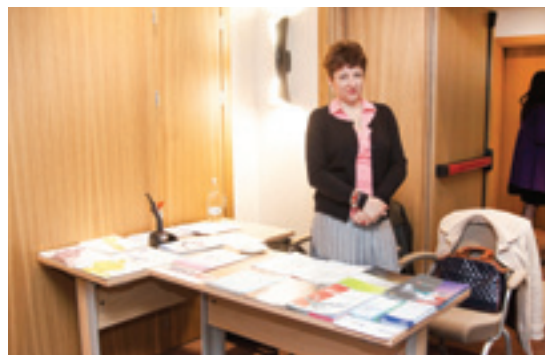
Anul 2014 este momentul în care s-a ajuns la Oradea la concluzia că mai bine o manifestare comună decât mai multe manifestări punctuale. Cei trei factori locali care s-au implicat de-a lungul anilor în organizarea de manifestări sunt AMSPPR, CMD Bihor și Facultatea de Medicină Dentară. Încă în urmă cu 3 ani înainte de alegerile de la CMD marea dorință era să facem o manifestare comună. În ciuda deschiderii totale atât a Colegiului local cât și a Asociației, Facultatea nu a dorit să se implice, însă sunt convins că 2015 ar putea să însemne și parcurgerea ultimului pas în direcția normalității.

Colaborarea a însemnat că am putut oferi atât participanților cât și lectorilor și partenerilor condiții civilizate. Prelegerile au fost susținute de cadre didactice din Cluj – șef. Lucrări Dr. Ada Munteanu, șef. Lucrări Dr. Mihaela Hedesiu - din Timișoara - Conf. Mirella Anghel, conf. dr. Luminița Nica, asist. Dr. Cristina Tălpos, asist. Dr. Sergiu Antonie și din Oradea – conf. Dr. Cristian Rațiu. Am avut de asemenea o prelegere susținută de un coleg din Franța Dr. Frederic Laborde.

Partea teoretică a fost completată cu succes de workshop-uri de implantologie dentară, ergonomie și endodonție, și ca întotdeauna această parte practică a suscitât cel mai mare interes. Tematicile acestui an au fost alese astfel încât să abordăm subiecte de interes permanent (implantologia) precum și teme care au fost rar abordate în ultimii ani (radiologia, ergonomia, pedodonția).

Sperăm că manifestarea a satisfăcut interesul majorității colegilor. Feed-back-ul este binevenit pentru a putea organiza o manifestare și mai reușită în 2015.

Dr. Pantel Marton Gyorgy





ACTUALITĂȚI

Denta Orădeană 2014



IDEAL PENTRU MEDICI SPECIALIZATI IN STOMATOLOGIE,
ORTODONTIE, ODONTOLOGIE, ENDODONTIE, CHIRURGIE

Tehnician dentar doreste sa imparta spatiul inchiriat cu un medic
dentist, ortodont, odontolog, endodontolog

Spatiu disponibil: 100 mp (2 scaune stomatologice - 2 spatii pentru
receptie - 1 camera pentru personal - camera pentru imagistica)

250 mp cu spatii verzi si parcare.

Situat in Cotroceni (Str. Dr. N. Turnescu nr.11),

Pret: EUR 1200 / luna

Dotarile spatiului: Pardoseala acoperita cu linoleum 100% natural,
proiectat special pentru spatii sanitare, conducte de aer/apa pentru scaune
stomatologice.

Spatiu de receptie si camera de asteptare spatioase, bucatarie, 2 toalete si
numeroase spatii de depozitare.

Centrala telefonica (Panasonic) cu capacitate pentru 24 linii, aer
conditionat, conexiune Internet de mare viteza, televiziune prin cablu,
interfon video, sistem de alarma, supraveghere video 24/24, sistem de
control acces (cu card magnetic), retea de distributie modulara, finisaje de
calitate superioara.

Bine conectat la sistemul de transport public:

Autobuz: 61, 62, 70, 236, 93, 336,

Metrou: Preciziei

Metrou: Eroilor

PERSOANA DE CONTACT

Teodora POP

0755 223 154

office.teodora@yahoo.com



SPONSORI AMSPPR



ADUNARE GENERALĂ ÎN FILIALA MUNTENIA 1

BUCUREȘTI, 26 FEBRUARIE 2014

ACTUALITĂȚI

În data de 26 februarie 2014, în sala de ședințe a sediului central al AMSPPR a avut loc Adunarea Generală a filialei Muntenia 1. Adunarea Generală a fost deschisă de Dr. Mihai George, reprezentant al Consiliului Director interimar care a făcut apelul participanților, a constatat că cvorumul de ședință este îndeplinit și că lucrările Adunării Generale se desfășoară în condiții statutare. A mai precizat că lucrările se desfășoară în prezența doamnei avocat Luciana Mihai, avocatul AMSPPR.



Prezidiul Adunării Generale a fost format din dr. Mihai George (președinte al Adunării Generale), dr. Marius Cristea, dr. Teodor Nicolau.

După adoptarea ordinii de zi, Dr. George Mihai a prezentat Raportului consiliului director interimar, prezentând principalele activități pe care le-a desfășurat împreună cu câțiva dintre membrii filialei, dr. Marius Cristea, dr. Alexandru Steriopol și dr. Nicolae Cazacu care s-au implicat în această perioadă în activitatea filialei. Dr. Mihai George a făcut precizarea că urmează să se facă toate demersurile pentru ca sediul filialei Muntenia 1 să se mute la sediul central al asociației din București, str. Voroneț nr 3, bl D4, sc 1, ap 1, existând acest accept al asociației naționale de ceva vreme.

S-a supus la vot raportul prezentat, care a fost aprobat în unanimitate.

S-a trecut la următorul punct de pe ordinea de zi Alegeri pentru funcțiile de președinte, vicepreședinte, trezorer în Consiliul Director al FR Muntenia 1 și pentru funcția de cenzor, pentru mandatul 2014-2017.

În urma votului Adunării Generale componența noului Consiliului Director al AMSPPR filiala Muntenia 1 pentru mandatul 2014-2017 este alcătuit din: președinte - dr. George Mihai, vicepreședinte. Marius Cristea, tre-

zorier - dr. Alexandru Steriopol, iar dr. Lucia Spulber a fost aleasă cenzorul filialei.

În continuarea lucrărilor Adunării Generale, dr. George Mihai a prezentat proiectul bugetului de venituri și cheltuieli pentru 2014, care a fost aprobat de către delegații Adunării Generale.

La punctul de pe ordinea de zi Proiecte, dr. Mihai George a prezentat proiectele pentru anul 2014, iar la punctul de pe ordinea de zi Diverse, dr. Nicolae Cazacu a prezentat delegaților propunerile privind modificările din L95/2006 privind reforma în domeniul sănătății care se referă la medicină dentară, propuneri care se află pe site ul Ministerului Sănătății și care sunt în dezbatere publică. S-au purtat discuții asupra acestor subiecte.

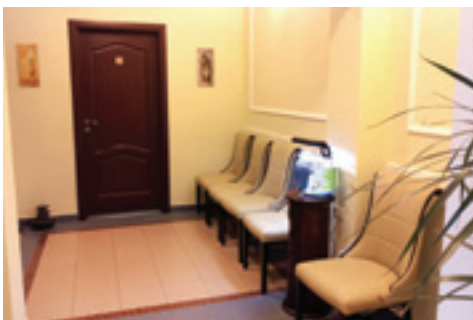
După epuizarea tuturor subiectelor propuse, dr. Mihai George a felicitat participanții pentru implicare, anunțând și încheierea Adunării Generale a Filialei Muntenia 1.

Consemnat
Șorop Narcisa Carmen
Director executiv

AMBIENTUL DIN CABINETUL STOMATOLOGIC CONTEAZĂ

OPINII

Care ar putea fi portretul pacientului ideal? Este o persoană optimistă, interesată dar nu obsedată de starea de sănătate a aparatului dentomaxilar, care cere informații pertinente apoi colaborează activ cu medicul dentist. Acest pacient sosește punctual la orele programate și respectă întocmai indicațiile medicului. Se așează în fotoliul dentar relaxat, bucuros că pentru un interval de timp nu mai trebuie să răspundă la telefonul mobil. Și bineînțeles, achită onorariul conștient că plătește contravaloarea unui serviciu medical util și benefic.



În realitate, lucrurile stau cu totul altfel. O parte din pacienții care apelează la serviciile stomatologice, își controlează cu greu "teama de dentist". Ne-am obișnuit deja cu simptomele asociate: transpirație, paliditate, tremurături, palpitații, lipotimie etc. Unele persoane pot ajunge chiar la atacuri de panică.

Cert este că stresul pacienților poate influența negativ relația medic-pacient, cu implicații nedorite asupra rezultatelor tratamentului. Vestea bună e că noile tehnologii și materiale sunt de partea noastră și ne ajută să efectuăm tratamente fără durere și în condiții confortabile.

Crearea unui ambient plăcut și relaxant în cabinetul stomatologic este benefică atât pentru pacienți (scade nivelul de stres) cât și pentru medicul și personalul care își desfășoară activitatea în acest spațiu. În cabinetul propriu-zis nu putem elimina sau ascunde aparatura absolut necesară, dar putem schimba "impresia artistică": alegem culori plăcute, liniștitoare (culorile intense trebuie folosite într-un raport corect cu culori neutre gri, bej). Albul este luminos dar are o "duritate" asociată cu spațiile medicale.

Putem adăuga tablouri sau alte elemente

decorative pe pereți, completăm cu un odorizant și cu o muzică relaxantă și avem un cabinet în care ne face plăcere să ne desfășurăm activitatea.

Piesa de rezistență este desigur sală de așteptare unde putem amenaja în stil clasic sau modern. Mobilierul trebuie să fie confortabil și suficient iar culorile folosite să se îmbine armonios. Diferite obiecte decorative își pot găsi aici locul: tablouri, lămpi, vase decorative, acvarii, ceasuri, plante (bineînțeles nu toate odată). A nu se neglija nici stimulii auditivi și olfactivi.

Unele cabinete sau clinici stomatologice au apelat deja la serviciile unor specialiști din domeniul amenajărilor interioare, dar marea majoritate, din evidente motive financiare nu își permit acest lucru.

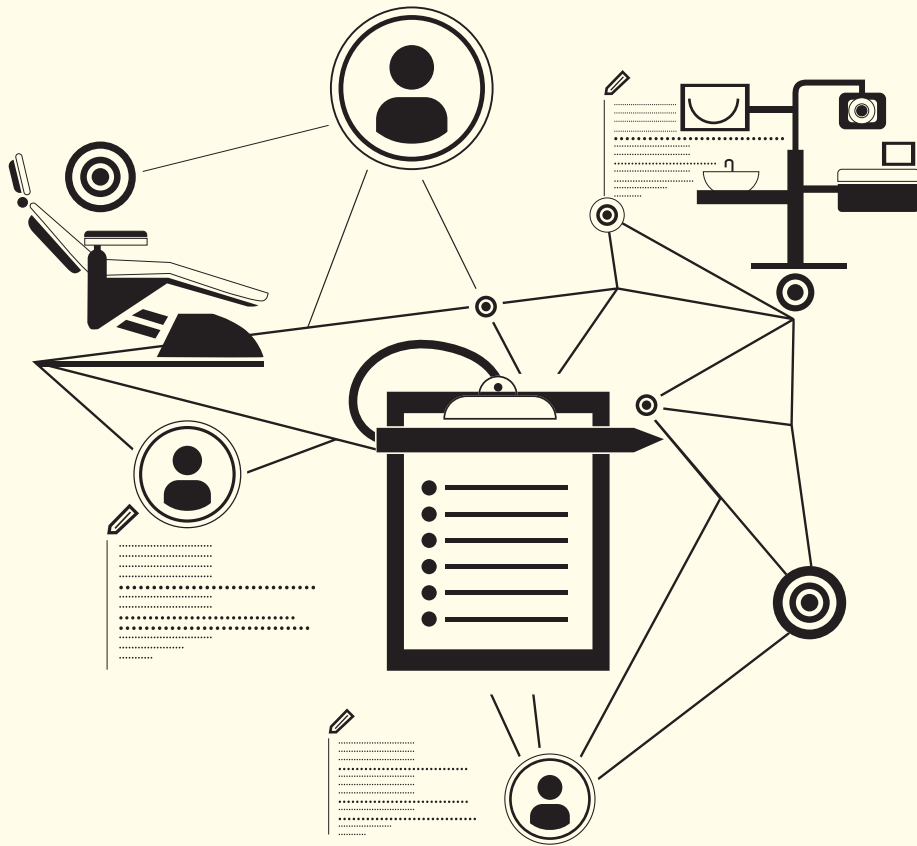
Realizarea unor fotografii care ulterior să fie analizate obiectiv, poate ajuta în procesul de reamenajare a cabinetului stomatologic. În final, imaginea contează, dar cel mai mult contează ambientul pe care ni-l creăm pentru a petrece timpul acordat profesiei noastre. Și merităm ce e mai frumos.

Dr. Laura Lengyel

ANUNT VANZARE

Vând cabinet dentar mobil (ambulanză stomatologică) VW LT 35, înmatriculat în RO, complet funcțional pentru tratamente stomatologice în zone izolate, pacienți cu dizabilitati, etc. Tel. 0722-735272





Pentru că AMSPPR dorește să sprijine profesia de medic dentist și din punct de vedere al conformării de legalitate, vă invităm să ne adresați întrebările dvs. pe teme de management juridic medical pe adresa de email: lucianamihai@gmail.com.

Prezentul articol informează asupra asigurărilor voluntare de sănătate din perspectiva interesului medicilor stomatologi atât ca angajatori, care pot oferi beneficiul unei astfel de asigurări angajaților proprii, cât și ca prestatori de servicii medico-dentare, ai căror pacienți pot fi beneficiarii unei polițe de asigurare voluntară de sănătate de tip suplimentar.

Sunt prezentate în special elementele specifice contractului de asigurare voluntară de sănătate și aspectele de ordin fiscal pe care le presupune o astfel de poliță încheiată de angajator în favoarea angajaților săi.



Av. Luciana Mihai

DESPRE CADRUL LEGAL AL ASIGURĂRILOR VOLUNTARE DE SĂNĂTATE ÎN STOMATOLOGIE

Materia asigurărilor de sănătate cu caracter facultativ a debutat în legislația României în anul 2004, prin **L. nr. 212/ 2004** a asigurărilor private de sănătate, sintagmă des utilizată și în prezent.

Odată cu admiterea României în Uniunea Europeană în anul 2007 se modifică reglementările în domeniu, legea inițială, **L. nr. 212 / 2004** fiind abrogată și înlocuită cu prevederile Titlului X, Asigurările voluntare de sănătate, din **L. nr. 95 / 2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, respectiv art. 339 - 360.

Cadrul legal conturat prin prevederile Titlului X din L. nr. 95 / 2006 și Norma metodologică aferentă adoptată prin Ordinul M.S.P. nr. 365 / 2007 redefinieste și restructurează un sistem ale cărei baze au fost puse deja în scopul de a facilita utilizarea asigurărilor medicale și în afara sistemului public.

Cum stomatologia a fost întotdeauna la limita pragului inferior sau chiar în afara sistemului de asigurări sociale de sănătate au existat așteptări destul de ridicate atât din partea furnizorilor de servicii medicale de specialitate cât și din partea societăților de asigurări.

În prezent, după 10 ani de la inițierea acestui sistem privat / voluntar de asigurări medicale statisticile arată o rată a utilizării lor mult inferioară celei estimate la debut, mai ales în stomatologie.

Să fie așa datorită unei reglementări lacunare ori a aplicării neadecvate a legii, sau interesul scăzut pentru sănătatea orală a populației atât din partea legiuitorului cât și a populației însăși să fie cauza?

Cum nu este un exercițiu matematic este dificil să găsim un răspuns unic și general valabil dar putem analiza cauzele din perspectivă juridică și fiecare își va putea contura un răspuns și mai ales o viziune.

În accepțiune legală asigurările voluntare de sănătate reprezintă un sistem facultativ prin care un asigurator constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expuși la producerea riscului de îmbolnăvire și îi indemnizează, în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu, din fondul alcătuit de asigurator (definiție prevăzută în art. 340 din

L. nr. 95 / 2006).

Asigurații pot primi indemnizații atât pentru cheltuieli cu serviciile medicale care nu sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază (regula în cazul serviciilor stomatologice), cât și pentru cele cărora li se aplică coplata, dacă este prevăzut astfel în contractul de asigurare voluntară de sănătate.

În prima ipoteză asigurările voluntare de sănătate - numite de tip suplimentar - suportă total sau parțial plata pentru servicii medicale care nu sunt cuprinse în pachetul de bază, precum cele de stomatologie, opțiunea pentru un anumit personal medical, solicitarea unei a doua opinii medicale, condiții hoteliere superioare, alte servicii specificate în polița de asigurare.

În ipoteza în care asigurările voluntare de sănătate se referă la serviciile medicale cuprinse în pachetul de bază - numite de tip complementar - suportă coplata datorată de asigurat în condițiile legii.

În materia asigurărilor voluntare de sănătate raportul dintre asigurat și asigurator precum și drepturile și obligațiile acestora se stabilesc prin voința părților, sub forma pachetelor de servicii și sunt stipulate în contractul de asigurare voluntară de sănătate, al cărui conținut este prevăzut în **art. 345 - 347 din L. nr. 95 / 2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Potrivit legii, contractul de asigurare voluntară de sănătate trebuie să cuprindă, pe lângă elementele obligatorii, și următoarele:

A

lista coplăților pentru asigurări voluntare de sănătate de tip complementar;

B

lista serviciilor din asigurarea voluntară suplimentară (unde se încadrează de regulă serviciile de stomatologie);

C

lista furnizorilor agreeți (respectiv cabinete stomatologice agree de asigurator);

D

modalitatea prin care asiguratul poate contacta furnizorii agreați, fie direct, fie prin intermediul unui departament de asistență a asiguraților pus la dispoziția acestora de către asigurator;

E

drepturile și obligațiile părților, cu evidențierea clară a riscului de îmbolnăvire individual;

F

modalitățile de decontare a plății serviciilor medicale (respectiv, de stomatologie);

G

modalitățile de încetare a valabilității contractului;

H

modalitățile de soluționare a eventualelor litigii.

Asiguratorii au obligația legală ca la încheierea contractului de asigurare voluntară de sănătate să ofere asiguraților toate informațiile necesare privind drepturile și obligațiile ce rezultă din contract, în vederea protejării intereselor acestora, în calitate de pacienți și beneficiari ai serviciilor medicale.

La rândul său asiguratorul are dreptul legal de a putea solicita, la inițierea contractului, pe cheltuiala proprie și având consimțământul pacientului, informații privind starea de sănătate a asiguratului precum și efectuarea unui examen medical pentru evaluarea stării de sănătate a persoanei care urmează să devină asigurat. Aceste servicii medicale premergătoare încheierii contractului sunt asigurate de către furnizori de servicii medicale desemnați de asigurator.

Informațiile cuprinse în contractul de asigurare voluntară de sănătate și informațiile privind starea de sănătate a pacientului asigurat au caracter confidențial și nu pot fi divulgate unor terți de către asiguratorii decât în cazurile strict prevăzute de lege.

Cu privire la asigurările de tip suplimentar, care interesează și domeniul stomatologic, trebuie subliniat faptul că prin contract asiguratorul poate restricționa accesul asiguratului, parțial sau în totalitate, la anumiți furnizori de servicii medicale și poate condiționa utilizarea unor servicii de efectuarea prealabilă a unor controale periodice profilactice ori prestarea unor servicii de către anumiți furnizori agreați.

Decontarea serviciilor medicale și medico-dentare acoperite de asigurarea voluntară de sănătate se face în baza documentelor justificative de decontare (factură, chitanță, bon fiscal) eliberate de prestatorul de servicii medicale sau direct, în cazul în care există un raport prestabilit între asigurator și prestatorul agreat de servicii medicale.

Eventualele diferențe survenite între asigurator și furnizorii de servicii medicale vor fi supuse procedurii de soluționare pe cale amiabilă și vor putea fi înaintate spre soluționare instanțelor judecătorești competente numai în cazul în care medierea a eșuat.

În ceea ce privește relația furnizorilor de servicii medicale cu societățile de asigurări voluntare de sănătate trebuie menționat că toți furnizorii trebuie să fie autorizați de Ministerul Sănătății în baza reglementărilor în vigoare iar asigurările de sănătate de tip complementar pot fi onorate numai de furnizorii de servicii medicale care se află în relație contractuală cu casele de asigurări. Aceștia din urmă pot presta servicii și în cazul asigurărilor de tip suplimentar iar prestatorii care sunt autorizați de

Ministerul Sănătății dar nu se află în relație contractuală cu case de asigurări pot onora numai polițe privind asigurări de tip suplimentar.

Din perspectiva angajatorilor prezintă deosebit interes regimul deductibilității fiscale la care este supusă materia asigurărilor voluntare de sănătate.

Deductibilitatea fiscală pentru acest tip de asigurări este limitată la echivalentul în lei a sumei de 250 euro într-un an fiscal, potrivit **art. 21 alin. 3 lit. k din Codul fiscal, (L. nr. 571 / 3003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare)**.

În baza acestei prevederi legale, la determinarea profitului impozabil sunt deductibile cheltuielile cu primele de asigurare voluntară de sănătate efectuate de angajator potrivit Titlului X din **L. nr. 95 / 2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Suma de 250 euro este per participant, adică pentru fiecare angajat, în decursul unui an fiscal iar cursul de schimb utilizat pentru determinarea echivalentului în lei este cursul de schimb leu / euro comunicat de Banca Națională a României la data înregistrării cheltuielilor cu plata poliței de asigurare.

Deoarece prin această informare invităm la reflecție astfel ca fiecare dintre cei interesați ca domeniul asigurărilor private de sănătate să funcționeze în mod real, așa cum se întâmplă firesc într-un stat de drept, precizăm că deductibilitatea fiscală a fost introdusă de legiuitorul român în anul 2007. Inițial deductibilitatea fiscală era în limita a 200 euro, apoi suma a fost majorată la echivalentul a 250 euro, cifră prevăzută de Codul fiscal și în prezent.

Dincolo de acest aspect, angajatorii trebuie să aibe în vedere și faptul că primele de asigurare voluntară de sănătate sunt asimilate cu salariile în vederea impunerii astfel că la stabilirea venitului impozabil al angajatului trebuie să se ia în calcul și valoarea primelor de asigurare, la momentul plății primei de către angajator.

Această prevedere este stabilită în **art. 55 alin. 1 lit. k și alin. 3 lit. g din Codul fiscal**.

Așadar pentru angajator deductibilitatea fiscală este limitată la o sumă (echivalentul în lei a 250 euro) care nu este îndestulătoare pentru a oferi siguranță angajatului din perspectiva serviciilor de sănătate asigurate iar pentru asigurat suma plătită de angajator cu titlul de primă de asigurare este impozabilă, fiind asimilată salariului, suportând astfel costul acestui beneficiu.

Dacă interesul social este normalitatea ca sănătatea în general și sănătatea orală în particular să devină un scop în sine într-o societate modernă și democratică, propunem de lege ferenda ca deductibilitatea fiscală în cazul asigurărilor voluntare de sănătate să fie reglementată astfel încât angajatorul să fie tentat să ofere polițe de asigurare medicală iar angajatul să caute să devină beneficiar obișnuit al acestei polițe.

CRITERII DE PUBLICARE ÎN REVISTĂ

Începând cu acest număr *Viața Stomatologică* este DENTALIFE. Revista AMSPPR având o tradiție a unei apariții regulate de peste 18 ani, îmbracă haine noi începând cu anul 2013.

Nu putem să nu ținem cont de realitățile stomatologiei mondiale și nu putem ignora evoluția societății românești în ultimii ani, dar mai ales ca membră UE. DENTALIFE nu este doar o revistă. Ea reprezintă vocea, opinia, dilema, soluția, întrebările, răspunsurile, știința practicianului privat din țara noastră. Având toate aceste aspecte în vedere, dorim ca revista să reflecte viața stomatologică actuală, atât din punct de vedere științific și profesional cât și de hobby și timp liber la un standard înalt. Având în vedere viziunea noastră asupra acestei publicații, pentru cei care doresc să publice articole în revistă, mai jos găsim criteriile tehnice de publicare.

DATE TEHNICE DESPRE REVISTĂ

Tradiție:

Revista AMSPPR DENTALIFE o apariție regulată cu vechime de 18 ani. Imprimare: calitate deosebită a imprimării, full-color, aprox. 50 pagini A4, 4 coperte plastificate I.S.S.N.: 1454-5772.

Distribuție:

națională, gratuită în toate județele; de asemenea, se distribuie la expozițiile la care participă AMSPPR, la Congresul AMSPPR; într-un ambalaj de plastic astfel încât să nu fie deteriorate până la destinatar.

Conținut:

actualități legate de practica dentară, opinii ale practicienilor, articole științifice (studii de caz, statistici), prezentări de produse de uz stomatologic, activitate internațională, manifestări științifice, oferte produse, recenzii de carte, probleme legale, interviuri, alte aspecte de interes.

Piața țintă:

medicii dentiști, studenții stomatologi, tehnicienii dentari, asistenți de stomatologie, autorități.

CARACTERISTICI TEHNICE ALE MATERIALELOR TRIMISE:

a TEXTUL

1. Textul să fie redactat și salvat sub formă de document Word
2. Textul redactat să aibă diacriticele trecute (ă, ș, ț, â, î) și să fie scris cu tipul de caractere „Times New Roman”
3. Nu inserați imagini în cadrul textului, nu casetați, tabelați sau colorați textul.
4. Fiecare material trimis (acolo unde este cazul) trebuie să fie însoțit de fotografia și i un scurt CV profesional ale celui care trimite alături de adresa de email unde acesta poate fi contactat permanent
5. Pe lângă criteriile de editare impuse de revista *Viața Stomatologică*, articolele științifice vor respecta „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio-medical Journals” în ceea ce privește conținutul articolelor, calitatea și relevanța clinică, etica problematicii și imaginilor incluse în studiu
6. Este necesar acordul scris al pacienților cu privire la publicarea cazurilor în cazul în care aceștia pot fi identificați.
7. Este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor preluați sau traduși.
8. Prin trimiterea articolului spre publicare, autorul își asumă în întregime responsabilitatea conținutului acestuia. Revista AMSPPR nu va publica articole care aduc prejudicii drepturilor fundamentale ale omului.
9. În cazul solicitării dreptului la replică, acesta va fi acordat în cadrul revistei la rubrica „DREPTUL LA REPLICĂ”, având aceleași caracteristici tehnice ale textului cu cel la care se referă.
10. Articolele științifice vor avea un scurt rezumat (4-5 rânduri) și cuvinte cheie (3-4) în limba engleză.

b FOTOGRAFIILE

1. Imaginile (fotografiile, grafice, statistici, etc.) care vor apărea în text vor fi salvate separat ca fișiere imagine (*.jpg, *bitmap, *pdf.) și numite cu cifre (1,2,3 etc.). Numărul imaginii va fi trecut în text pentru ca la tehnoredactare să se știe unde va fi poziționată imaginea. Pentru ca toți cititorii să poată avea o imagine clară asupra materialului pe care îl lecturează, într-un tabel vă rugăm să notați: numărul fotografiei, denumirea ei scurtă sau după caz persoanele care intră în imagine, în ordine de la dreapta spre stânga.
2. Fotografiile vor fi originale, iar în cazul de preluări este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor
3. Fotografiile trebuie să respecte un standard de minimă calitate pentru a fi publicate (contrast, culoare, încadrare, claritate, corelare cu textul, fără persoane în mișcare, etc.), rezoluție 300 dpi.
4. În cazul unor fotografii numeroase sau de înaltă rezoluție, dificil de trimise sau de e-mail se recomandă trimiterea lor la redacție prin intermediul site-ului www.transfer.ro sau pe suport CD sau DVD pe adresa:



COMPUNE FRUMUSEȚEA!


Material pentru restaurări cu calități estetice deosebite

- Doi pași simpli
- Straturi la fel ca și cele naturale
- Rezultate strălucite
- Deasemena disponibil în nuanțele gingiei



A M A R I S





5 MODULES
8 DAYS
1 CASE LIVE OP - complete
12 PARTICIPANTS treatment

Dan LAZAR
Bogdan BALDEA
Ionut BRANZAN

LEARNING by DOING

anterior prosthodontics

12 September - 13 December 2014, ZALAU

- MODUL 1 Planning for anterior ceramic restorations
12 - 13 September
- MODUL 2 Occlusal planning
4 October
- MODUL 3 Preparation for ceramic restorations, Impression
31 October - 1 November
- MODUL 4 Isolation, Cementation
28 - 29 November
- MODUL 5 Mistakes management, Implementation
13 December

contact: office@ionutbranzan.com