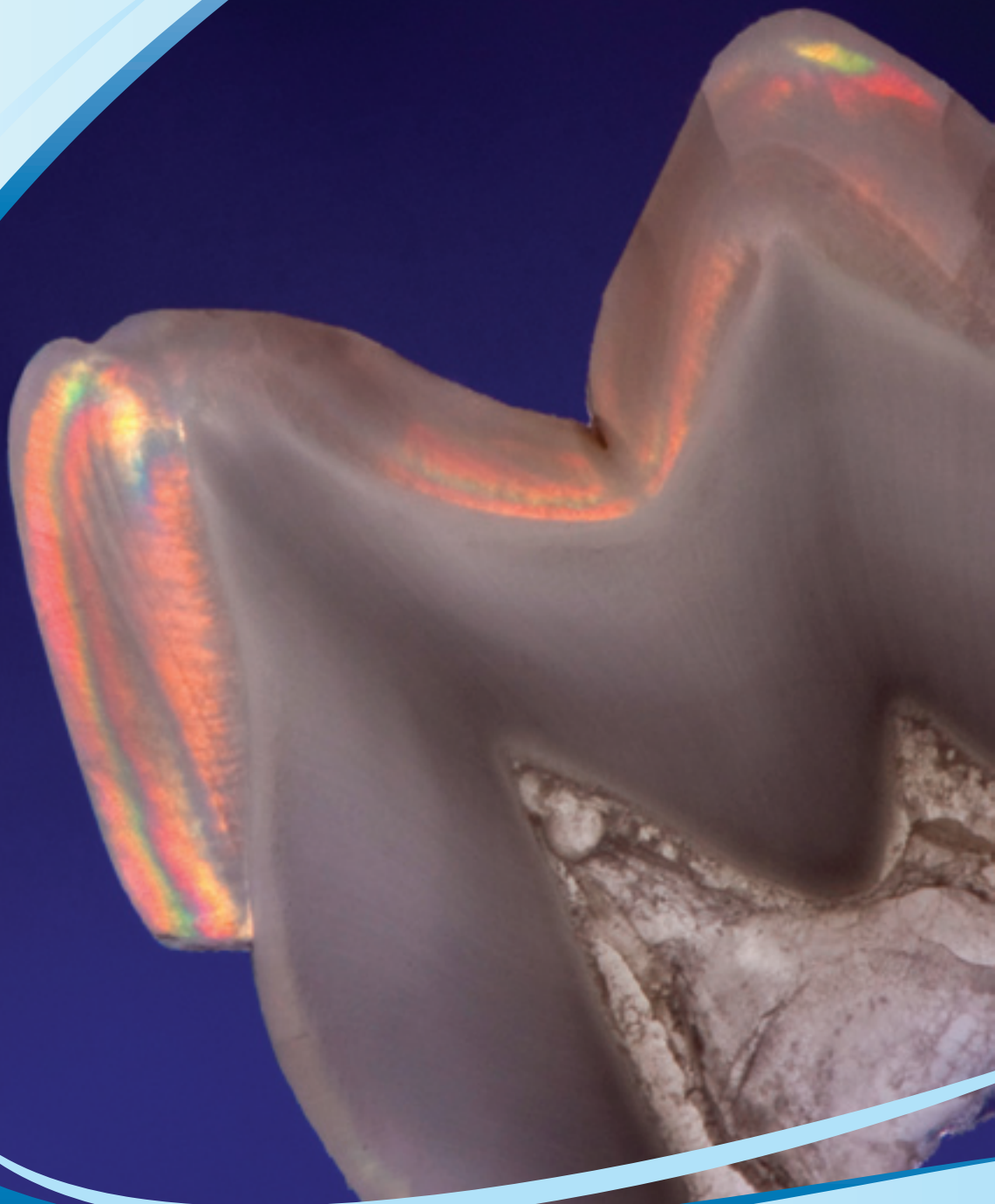


Viata Stomatologică

Revista Asociației Medicilor Stomatologi
cu Practică Privată din România

anul XV * nr. 80
nr. 2 * iunie 2013



EDIȚIE ONLINE

 www.viastomatologica.ro

ISSN 1454 - 5772

ISSN: 1583 - 8838



SISTEMUL DE IMPLANTURI DENTARE STRAUMANN®

UN SISTEM. UN SET DE INSTRUMENTE. TOATE INDICATIILE



IMPLANT DIVISION SRL- unic importator și distribuitor Straumann în România
www.implantdivision.ro office@implantdivision.ro
telefon 0727735534

*De la edentatii simple la edentatii totale

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

DESPRE COLABORAREA DINTRE PRACTICIENI ȘI CADRELE DIDACTICE



Suntem tentați deseori să credem că doar noi stomatologii avem probleme, că suntem ruși de societate, că suntem ruși de Europa, că suntem ruși de lume.

Nimic mai fals, suntem foarte români în multitudinea problematicei noastre, suntem profund europeni prin implicațiile crizei care a ajuns să ne afecteze. Suntem în cel de-al cincilea an al crizei economice, și este evident că ceea ce a fost nu se va mai întoarce, iar ieșirea din criză va fi extrem de grea și de lentă. Pauperizarea populației are o corespondență directă cu veniturile medicilor stomatologi, iar cei mai afectați sunt medicii în primii ani de practică, medicii din rural precum și medicii care tratează preponderent pacienții cu venituri medii și cei din sectorul public.

Colaborarea practicieni - cadre didactice este o componentă importantă în viața stomatologică de pretutindeni. Dovadă, chiar ORE-FDI a ieșit cu o recomandare pe această temă, care, bineînțeles propune o cât mai bună colaborare, semn că peste tot în Europa este loc de mai bine. Cred că sunt în asentiment cu majoritatea colegilor că această relație trebuie cultivată pe un set de valori comune, bazată totodată pe un respect reciproc.

Ultimii 5 ani au însemnat un exod masiv al medicilor stomatologilor către plaiuri mai mănoase. Și aceasta datorită pe de o parte situației economice a populației, pe de altă parte datorită supraproducției de medici stomatologi. Încă factorii implicați în reglementarea numărului de medici stomatologi nu au ajuns la consens că medicii stomatologi sunt mai mult decât suficienți și că ar fi în beneficiul tuturor să se aplice niște norme europene în domeniu. Dacă este să fim sinceri aceasta este piatra de moară a problemelor din stomatologie. Putem să ne facem că aceasta nu există, putem să o minimalizăm, putem să zicem că pe X nu îl afectează, însă mai devreme sau mai târziu această problemă va trebui rezolvată. Această problemă a fost și continuă să fie în realitate aspectul care creează distanța între practicieni și cadrele didactice, deoarece aparent interesele sunt diferite.

Spun aparent deoarece din discuțiile pe care le-am avut cu numeroase cadre didactice a reieșit că acestea ar prefera să pregătească bine un număr mai redus de studenți decât să facă instrucție în masă. Pe de altă parte, nu cred că există practician care să fie fericit că în 2013 o să mai susțină examen de licență încă 1200-1500 de absolvent de medicină dentară.

Soluționarea problemei va veni în timp prin dialog, important de înțeles este că practicienii și cadrele didactice trebuie să se înțeleagă reciproc, să înțeleagă problemele diferite ale sistemului de învățământ și ale sistemului stomatologic privat.

Așa cum ziceam problema nu este doar în acest domeniu, în domeniul farmaceutic problemele sunt similare, întrebarea fiind când va ajunge interesul majorității să conteze în această ecuație? Când se vor găsi soluții ca în domeniul învățământului alocarea bugetară să nu fie în funcție doar de numărul de medici dentiști sau farmaciști produși pentru export ci corelându-se cu necesarul pieței și se va merge pe calitate?

Sunt niște întrebări pe care trebuie să ni le punem cu toții, să le discutăm și la un moment dat să reușim să promovăm niște soluții care să fie în concordanța atât cu interesul medicilor cât și cu al cadrelor didactice.

AMSPPR își dorește să fie partener într-o astfel de soluție de compromis și ne exprimăm întreaga disponibilitate pentru dialog.

Dr. Marton Pantel
Președinte AMSPPR

anul XV | nr. 79 | aprilie 2013

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. Ioan Coca
Dr. Sanda Danciu-Stănoiu
Dr. Laszlo Hecser
Dr. Alexander Mersel
Prof. Dr. Mihai Nechifor
Conf. Dr. Ștefan Ioan Stratul
Șef. lucrări Dr. Liviu Zetu

REDACTOR ȘEF

Dr. Vlad Cristian Deac

SECRETARIAT REDACȚIE

Anamaria Capotescu

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

Adresa redacției: AMSPPR - Str. Vicențiu Babeș nr.
24 ap.6, 310029 Arad, jud. Arad
Tel./Fax: 0257-206.180
e-mail: redactie@dental.ro
www.viatastomatologica.ro

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.



Cadouri pentru
fiecare



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

Redactare afișe și editare
imagini:
Monica Butnaru
0740 315 218
www.monicabutnaru.com

Cuprins

Editorial

- » Despre colaborarea dintre practicieni și cadrele didactice | **Dr. Marton Pantel** pag. 01

Actualități

- » Simpozion de stomatologie restaurativă | **Dr. Sanda Danciu Stănoiu** pag. 04
- » "Chirurgia mucogingivală cu și fără grefe de țesut autolog" | **Narcisa Șorop** pag. 06-08
- » Arc peste timp în stomatologia românească | **Dr. Mihai Tozovanu** pag. 10-11
- » Cum a fost la cursul GC de la Cluj | **Dr. Ștefan Anca** pag. 11

Agora

- » Singura specialitate cu pachet de prestații de bază exclusă din Asigurările Sociale de Sănătate | **Dr. Voicu A. David** pag. 12-15

Pagini juridice

- » Noi modificări cu privire la autorizația sanitară a funcționării cabinetelor de medicină dentară | **Av. Luciana Mihai** pag. 16
- » Precizări privind reglementarea gestionării deșeurilor rezultate din activități medicale în cabinetele de medicină dentară | **Av. Luciana Mihai** pag. 17-18

Educație medicală

- » Caz clinic Narrow Ridge | **Dr. Alexandru Spînu** pag. 20-21
- » CAD-CAM în practica stomatologică | **Dr. Tudericu Mircea, Dr. Szilágyi Éva** pag. 22-24
- » Intersecții parodontale și ortodontice | **Alexandra Roman** pag. 26-29
- » Factori decizionali în estetica pe implante | **Dr. Oana Baru, Dr. Rareș Buduru** pag. 34-35
- » Reabilitarea estetică și funcțională bimaxilară cu restaurări integral ceramice unidentare pe bază de disilicat de litiu | **Dr. Sebastian Șoicu, Dr. Marius Stuparu** pag. 36-41

Redacția

- » Criterii de publicare în revista "Viața stomatologică" pag. 48

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

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 proprietăților, aparaturii, materialelor sau serviciilor firmelor care își fac publicitate în revista „Viața Stomatologică”. Afirmările proprietarilor reclamelor respective sunt subiect al standardelor de piață și ale reglementărilor legislației protecției consumatorului



1

Un lucru
e sigur:

notificarea online
te ajută să rezolvi
daunele simplu,
confortabil, rapid,
eficient!

Notificarea on-line te ajută să economisești
timp prețios, să eviți cozile și aglomerația,
pe scurt, să îți gestionezi timpul mai eficient.
www.allianztiriac.ro

Allianz  Ţiriac 

SIMPOZION DE STOMATOLOGIE RESTAURATIVĂ ARAD 7 - 8 Iunie 2013

Vreme trece, vreme vine și iată că la Arad, s-a desfășurat după multă-multă vreme o manifestare de educația medicală continuă creditată patronată de AMSPPR. Meritul este aproape exclusiv al kolegi noastre Carmen Dehelean care cu perseverență, energia și spiritul antreprenorial pe care îl recunoaștem cu toții, s-a zbatut până a reușit să atragă doi lectori acreditați, sponsori și numeroși medici din zonă.

Domnul conferențiar Mugur Popescu, ne-a condus prin hățșul complex al problemelor pe care le ridică adeziunea la smalt și dentină. Istoricul, clasificările, substratul fizico-chimic, proprietățile mai mult sau mai puțin diferite față de țesuturile dentare, tehnica de lucru au fost mai ușor de urmărit datorită umorului și simțului practic de care se bucură domnia sa.

Ivana Miletic este profesor la Departamentul de Stomatologie Restaurativă și Endodonție al Facultății de Medicină Dentară din Zagreb. Mai mult decât titlurile academice m-a impresionat

personalitatea caldă și apropiată de auditoriu a Ivanei. Gândirea structurată după modelul din învățământul universitar și sensibilitatea față de nevoile pacienților sunt o combinație destul de rară. A fost evidentă preocuparea pentru prevenție și pentru tratamentul causal al patologiei cu care ne confruntăm. Este cunoscută, de altfel, implicarea companiei GC (sponsorul evenimentului) în cercetare și în producerea de materiale destinate prevenirii cariei dentare. Ușor, treptat și logic s-a trecut la abordarea dinților care necesită sau au beneficiat deja de tratamente endodontice, la restaurările cu cimenturi ionomere și rășini compozite cu nano-încărcare.

O prezentare plăcută și interactivă e benefică pentru toate părțile implicate de la participanți la lectori și sponsori chiar și pentru că uneori poate fi vorba de un câștig material precum premiile oferite de GC câtorva medici aleși prin tragere la sorți.

Dr. Sanda Danciu Stănoiu



SPONSOR AMSPPR



1

Un lucru
este cert:

Un cămin se naște
din clipe însemnate.



Asigurările pentru locuințe de la Allianz-Țiriac îți protejează căminul și îți oferă certitudinea că locul drag ție va fi la adăpost.

www.allianztiriac.ro

Allianz  Țiriac 

“CHIRURGIA MUCOGINGIVALĂ CU ȘI FĂRĂ GREFE DE ȚESUT AUTOLOG”

CURS ȘI WORKSHOP SUSȚINUT DE CONF. DR. DR. ȘTEFAN-IOAN STRATUL LA ORADEA, BUCUREȘTI ȘI CRAIOVA

În prima jumătate a acestui an, **Conf. Dr. Dr. Ștefan-Ioan Stratul**, conferențiar la disciplină de parodontologie, UMF Victor Babeș Timișoara, a fost invitat să susțină **cursul și workshopul “Chirurgia mucogingivală cu și fără grefe de țesut autolog”** la Oradea în 22 februarie și în 13 aprilie, la București în 8 martie și la Craiova în 14 aprilie 2013.

La manifestarea organizată la Craiova, **Conf. Dr. Petra Surlin**, conferențiar la Disciplină de Parodontologie, UMF Craiova a fost invitată să susțină tema “Chirurgia mucogingivală cu greaf de țesut conjunctiv: așteptări și limite”

Manifestările au fost organizate în parteneriat cu Artis Bio Tech și ZEISS și RED Internațional. Participanții au exersat tehnici de prelevare de țesut conjunctiv, precum și utilizarea matricei de colagen Geistlich Mucograft cu scopul de a îngroșa țesutul cheratinizat sau acoperirea de recesii.

Medicii participanți au lucrat, sub microscop, cu instrumente de micro chirurgie de la Aesculap și au învățat să folosească produsul Geistlich destinat regenerării tisulare numit Geistlich Mucograft.

Microscopul a fost dotat cu o cameră video pentru a proiecta pe ecran, în timp real, demonstrația.

Programul cursului și workshopului a cuprins:

- Scurtă introducere la exercițiile hands-on de microchirurgie parodontală: cât este de util, de fapt, modelul de maxilar porc?
- Instrumentele microchirurgicale: ce și când?
- Grefa gingivală liberă (FGG): cum o recoltăm și ce lasă min loc?
- Grefa de țesut conjunctiv (CTG): cum o recoltăm și cum suturăm/protejăm situl donor?
- Deficitul de gingie keratinizată (KT): rezolvarea cu lambou repoziționat apical (APF) și FGG/CTG;
- Deficitul de gingie keratinizată: rezolvarea cu APF și GeistlichMucograft®;
- Recesia gingivală izolată tratată cu lambou repoziționat coronar (CPF) și CTG;
- Recesia gingivală izolată tratată cu CPF și GeistlichMucograft®,
- Recesiile multiple tratate cu tehnica tunelizării și CTG. Este GeistlichMucograft® o opțiune?
- Concluzii, discuții, examinarea participanților.

Narcisa Șorop
Director AMSPPR

BUCUREȘTI



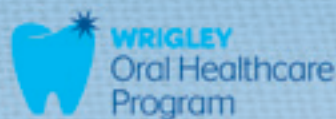
IA-ȚI ADIO
DE LA RESTURILE DE MÂNCARE



**PENTRU DINȚI
CURAȚI ȘI SĂNĂTOȘI**



Noua campanie lansată de Orbit are rolul de a încuraja consumatorii să-și ia adio de la resturile de mâncare ce pot dăuna sănătății dinților. Campania are o abordare nouă, plină de umor, care captează atenția consumatorilor, iar mesajul pe care îl transmite face parte dintr-un angajament de lungă durată al Programului de Igienă Orală Wrigley (Wrigley Oral Healthcare Program) de a promova obiceiurile sănătoase de îngrijire a dinților. Prin comunicarea beneficiilor pe care le are guma de mestecat fără zahăr, consumatorii sunt îndemnați să o includă în ritualul zilnic ce trebuie urmat pentru a avea o dantură sănătoasă. Atunci când pasta și periuța de dinți nu sunt la îndemână, consumul de gumă de mestecat Orbit după fiecare masă poate însemna mult pentru sănătatea dinților.



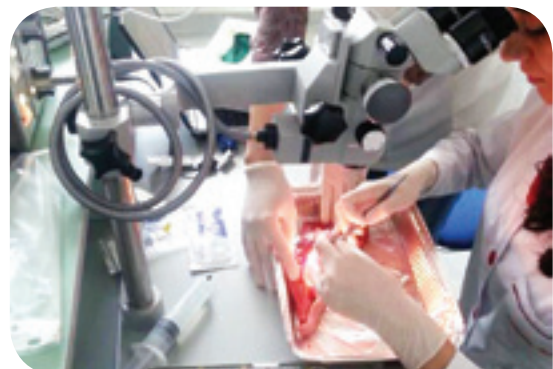
“CHIRURGIA MUCOGINGIVALĂ CU ȘI FĂRĂ GREFE DE ȚESUT AUTOLOG”

CURS ȘI WORKSHOP SUSȚINUT DE CONF. DR. DR. ȘTEFAN-IOAN STRATUL LA ORĂDEA, BUCUREȘTI ȘI CRAIOVA

CRAIOVA



ORADEA





Prima Școală de vară de Parodontologie din România

Timișoara, 15-20 iulie 2013

Organizată de Facultatea de Medicină Dentară a Universității de Medicină și Farmacie Victor Babeș din Timișoara în parteneriat cu Societatea Română de Microscopie Dentară SRMD.

Ce reprezintă o Școală de Vară și care sunt beneficiile ei?

Scolile de Vară sunt forme de studiu avansat, dedicate studenților din anii terminali, rezidenților și tinerilor medici care doresc să aprofundeze teme particulare, alese din studiul unei specialități și să îl îmbogățească cu aspecte practice care depășesc cadrul de studiu universitar convențional. Ceea ce particularizează **Scolile de Vară** este cadrul destins și colocvial de desfășurare, atmosfera de *vacanță activă*, îmbinarea cu un program deosebit de relaxare și cunoaștere a orașului/regiunii în care se desfășoară, și, nu în ultimul rând, posibilitatea de cunoaștere și interacțiune cu tineri colegi de specialitate, legați de același interes. În acest sens, **Scolile de Vară** sunt menite să sudeze prietenii și parteneriate în specialitate și să formeze forumurile și rețelele viitoare de specialiști.

Iată motivele pentru care considerăm că Timișoara este cel mai bun loc de desfășurare al **Primei Școli de Vară** de Parodontologie din România: un oraș dinamic, de o mare frumusețe și cu o istorie și cultură bogate, o școală universitară de Parodontologie cu tradiție și realizări prezente deosebite în spațiul românesc.

Lectori:

Prof. Dr. Dr.h.c. Holger Jentsch, (Universitatea din Leipzig, Germania)
Conf. Dr. Dr. Ștefan-Ioan Stratul (UMF Victor Babeș din Timișoara)

Cu contribuții din partea: **PD Dr. Adrian Kasaj** (Universitatea Johannes Gutenberg din Mainz, Germania), **PD Dr. Sigrun Eick** (Universitatea din Berna, Elveția), **Prof. Dr. Alexandra Roman** (UMF Iuliu Hațieganu Cluj), **Prof. Dr. Doina Onisei**, **Prof. Dr. Emanuel Bratu**, și alții.

Teme:

- Parodontita – stare de inflamație a organismului
- Concepte de bază în diagnosticul și terapia parodontitelor
- Scaling și root Planing – cât mai eficient în practica zilnică
- Proceduri chirurgicale parodontale de bază în practică zilnică
- Noțiuni practice de chirurgie parodontală regenerativă
- Terapia antimicrobiană în parodontită – văzută prin ușa laboratorului
- Analiza microbiologică a plăcii subgingivale – la ce e bună osteoneala?
- Parodontita cronică vs. Parodontita agresivă – să înțelegem expresia clinică, fenotipul biologic și să conducem tratamentul
- Periimplantita – un nou dușman
- Acoperirea recesurilor radiculare – cât și cum rezolv de unul singur
- Noi perspective în chirurgia muco-gingivală și plastic parodontală
- Scurt îndreptar în terapia de menținere a parodontiului tratat
- Bacteriile plăcii subgingivale – legătura ascunsă între bolile sistemice și parodontita
- O privire peste umărul implantologului

Toate temele propuse vor fi discutate deschis în **cadru interactiv**, lor li se alătură sesiuni **hands-on** de chirurgie parodontală non-regenerativă și regenerativă, microchirurgie muco-gingivală și plastică parodontală, ascuțirea instrumentarului parodontal.

Aplicația trebuie să cuprindă următoarele date:

Nume, Prenume / Gen / Vârsta
Adresa – oraș / cod poștal / țară
Telefon / Email / Statusul universitar – universitatea absolvită
anul absolvirii / Data aplicării

Informații și înscrieri – Kristina Csikos,
email: krident@yahoo.com
tel.: 0040-724-479352

Programul social

- va cuprinde vizite ghidate și conferințe de explorare a trecutului istoric și cultural al Timișoarei și al orașului învecinat Arad, spectacole de vară, distracție pentru tineret, sport și relaxare.

Participanții

- studenți în anii terminali, rezidenți, tineri medici specialiști de parodontologie. În mod excepțional - colegii seniori cu interes deosebit în parodontologie.
Numărul maxim de participanți – **strict limitat la 40.**

Taxa de participare

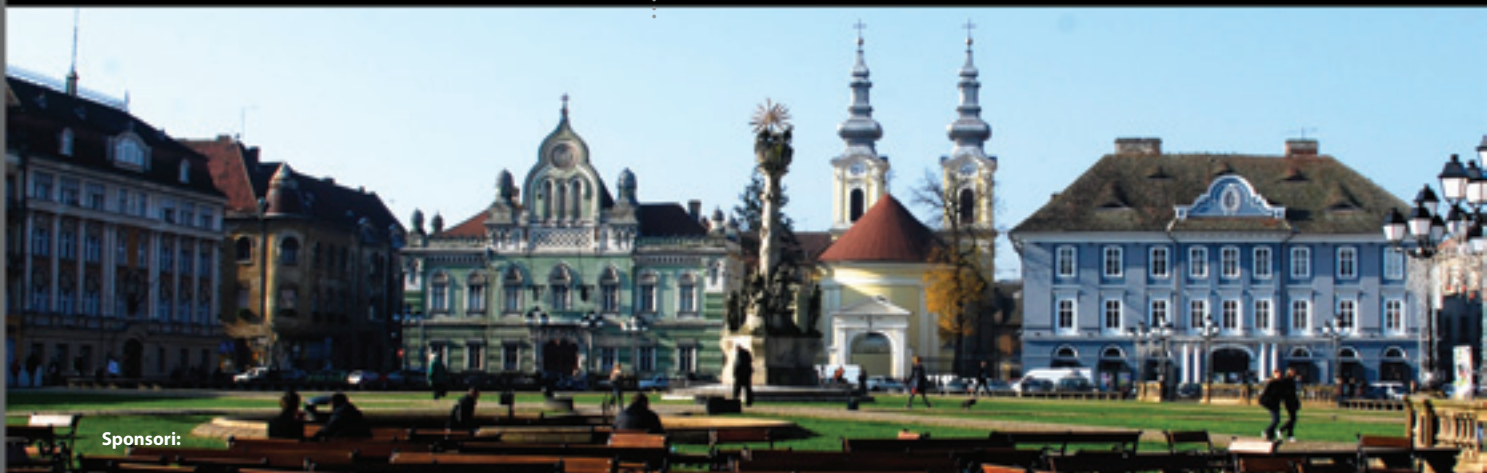
- **250 Euro** (echivalent). Taxa nu include cazarea (pentru cazare, în cadrul Hotelului Central Timișoara există un efectiv de **15 camere** cu tarif preferențial pentru participanții la eveniment – detalii în momentul înscrierii) și mesele (o bună parte din mese vor fi acoperite de organizatori).

Limba de desfășurare

- engleza; limbile română și germana sunt acceptate pe parcursul desfășurării.

Procedura de înscriere

- pe bază de anunț în scris, după principiul primul venit – primul servit. Aplicații vor achita o taxă de înscriere de **150 Euro** (inclusă în taxa totală), care nu este returnabilă în cazul renunțării la participare. Restul sumei poate fi achitat până la data de **1 iulie 2013**. Neachitarea până la data menționată duce la excluderea aplicantului. Imediat după achitarea diferenței, organizatorii vor expedia participanților înscriși programul detaliat al cursului și un bogat info despre locație și orașul Timișoara.



Sponsori:

ArtisBioTech

ARTIS
AmalloyTech

Colgate Romania

Colgate

RED International

RED

Zeiss România

ZEISS

Implant Division

implant
division

ARC PESTE TIMP ÎN STOMATOLOGIA ROMÂNEASCĂ

În ziua de 7 iunie a.c. avut loc la București un eveniment unic în peisajul stomatologiei românești, un eveniment reparator care trebuia organizat demult și care a adus puțină culoare în profesia noastră.



Colegiul Medicilor Dentiști din România, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București și Facultatea de Medicină Dentară au decis să omagieze pe trei dintre seniorii stomatologiei românești, trei mari formatori de școală, trei modele de neatin: Acad. Prof. Dr. Valerian Popescu, Prof. Dr. Doc. Pătru Firu și Prof. Dr. Mircea Rusu.



Lăudabilă inițiativă! Prinși în cotidian, începusem să cam uităm trecutul, pe dascălii noștri, tradițiile, tinerețea.

"Arcul peste timp" ne-a adus la București, unde ne-am început studenția, am revăzut colegi, dascăli. Am intrat cu emoția primelor examene în Amfiteatru "G. Em Palade", am reascultat "Gaudeamus Igitur" ("Să ne bucurăm, așadar" - cum i-am uitat îndemnul!) cântat de niște tineri minunați...

Au venit la eveniment multe personalități, rectori, decani, medici de toate vârstele și din toate părțile, studenți, foști miniștri. Poate nu strica și un post de televiziune...

Maestru de ceremonii a fost Dna Prof. Dr. Ecaterina Ionescu,

Președinte al CMDR, care s-a achitat cu brio de greaua misiune de a-i prezenta pe sărbătoriți.

Pentru Prof. Dr. Doc. Pătru Firu (născut în 1919) LAUDATIO a fost rostit de către Dna Prof. Dr. Viorica Milicescu, apropiat colaborator al maestrului. Am aflat astfel date biografice despre viața din clinică, despre locotenentul dr. Firu din cel de-al doilea război mondial și din războiul din Coreea, despre activitatea didactică, titluri științifice, colaborări externe, premii. 850 de lucrări științifice publicate și 70 de ani de carieră, nu e la îndemâna oricui.

Pentru Prof. Dr. Mircea Rusu (născut în 1921) LAUDATIO a fost rostit de Prof. Dr. Norina Forna.



Prof. Rusu este creatorul și mentorul stomatologiei infantile ieșene. A fost ctitorul Clinicii de Stomatologie Infantilă din Str. Lăpușeanu 20 care, la vremea ei era una din cele mai moderne clinici de acest fel, drept pentru care devine centru de cercetare al OMS pentru sănătate orală. Michi, pentru apropiați, dar și pentru studenți, e jovial, prietenos, boem, plin de viață, cântăreț talentat, vrăjește audiența. E "cool."

Acad. Prof. Dr. Valerian Popescu (născut în 1912) a fost prezentat de către Dl. Prof. Nicoae Gănută. Cu scuzele de rigoare că nu poate fi prezent la manifestare datorită vârstei, vorbitorul a evocat viața și activitatea celui care a dominat stomatologia, chirurgia oro-maxilo-facială și învățământul medical românesc timp de 50 de ani. A întreținut și dezvoltat relațiile internaționale cu forurile europene și mondiale, reușind să aducă la București mari personalități ale chirurgiei oro-maxilo-faciale. A fost președintele celui de-al 70-lea Congres mondial al FDI în 1970 de la București și președintele celui



ARC PESTE TIMP ÎN STOMATOLOGIA ROMÂNEASCĂ



de-al IV-lea Congres Mondial de Chirurgie Maxilo-Facială, organizat în România în 1981. A fost decan al Facultății de Stomatologie din București între anii 1964-1976. A fost membru și membru fondator a numeroase asociații internaționale de specialitate. Și toate acestea într-o perioadă de izolare datorată regimului politic de atunci.

După ce dl. Dl. Prof. Nicolae Gănuță și-a încheiat prezentarea, doamna dr. Andreea Magala, nepoata domnului Acad. Prof. Dr. Valerian Popescu, prezentă și dânsa la acest eveniment, ne-a informat cu regret că distinsul nostru Dascăl s-a săvârșit din viață cu două zile înainte de acest eveniment.



Am păstrat cu toții un moment de reculegere. Dumnezeu să-l odihnească!

Pentru ideea organizării acestui eveniment și pentru înfăptuirea lui, organizatorii, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București și Facultatea de Medicină Dentară merită toate felicitările noastre.

Sperăm să urmeze și alte astfel de evenimente pentru alți mentori ai noștri. Noi vom fi prezenți, pentru că le suntem datori cu un MULȚUMESC!

Dr. Mihai Tozovanu

CUM A FOST LA CURSUL GC DE LA CLUJ

În data de 7 iunie a avut loc la Cluj o prezentare susținută de dna prof. Ivana Miletic, de la catedra de odontologie-endodontie a facultății de stomatologie din Zagreb. Prezentarea a avut loc sub egida firmei de produse dentare GC din Japonia și de obicei te aștepți ca aceste evenimente să fie mai mult o ocazie de marketing decât un eveniment științific propriu-zis din care să înveți cu adevărat. Astfel că deși curios să o cunosc pe dna prof. Miletic și să văd ce are de spus nu aveam așteptări foarte mari. Dar în realitate informația oferită a fost de calitate, ni s-au prezentat rezultatele mai multor programe de cercetare în care este implicată și doamna profesoară, programe atât legate de endodonție cât și de restaurarea odontala. În ce privește endodonția s-a insistat asupra îndepărtării chimice a "smear layerul"ui de la nivelul dentinei radiculară înainte de obturația radiculară. Pentru aceasta se folosește soluție de EDTA lăsată să acționeze 30 de secunde. Noutatea subliniată a fost ca lavajul EDTA-ului să se facă doar cu apa distilată/ser fiziologic, în loc de hipoclorit de sodiu așa cum era indicat anterior.

Hipocloritul de sodiu folosit după EDTA duce la deschiderea și "înflorirea" fibrelor proteice din dentina ceea ce face că închiderea marginală a obturației să fie de o mai slabă calitate. Și pentru că am sărit direct la obturație să nu uit că s-a insistat asupra izolării exclusiv cu diga a dinților în cursul tratamentului endodontic, nici o altă formă de izolare nu este acceptată în protocolul actual. În ce privește sigilarea și obturațiile minim invazive în condiții precare de izolare, la copii cu care e mai greu de colaborat și cu atât mai puțin de acceptat instalarea digii, cei de la GC propun un nou material ce poate fi folosit

atât la sigilare cât și la obturațiile de durată la copii. Este vorba de Fuji Triage, material ce face priză și în mediu umed. Acest material este oferit în nuanța de alb și de roz-portocaliu, acesta din urmă putând fi și foto polimerizat. Un material nou tot din categoria ionomerilor de sticlă este Equia. Acesta poate fi folosit pentru obturații definitive la dinții definitivivi și are și o estetică apropiată de a compozitelor, avantajul fiind rapiditatea cu care se realizează obturațiile comparativ cu compozitele și lipsește și contracția de priză. În cele din urmă, deși aceasta ar trebui să fie în primul plan în activitatea medicală, prevenția afecțiunilor. Este vorba de produse deja testate de câțiva ani: Tooth Mousse, pasta de dinți specială cu efect foarte bun în prevenirea afecțiunilor carioase și MI Paste, formula cu Recaldent.

În ultima perioadă dentistica minim invazivă și variante de reparare a cariilor incipiente fără intervenție și obturații este direcția care se pare că este cea mai profitabilă pentru pacient. Această substanță specială Decadent se pare că este una din acelea care ajută la repararea leziunilor de smalț incipiente. Dna prof. Miletic ne-a prezentat câteva cazuri în care s-a reușit vindecarea unor leziuni incipiente, unele din ele chiar destul de mari, dar care erau limitate la smalț, fără să afecteze dentina coronară.

Mulțumim dnei prof. Ivana Miletic pentru informațiile oferite, studiile științifice fiind foarte importante pentru practician pentru că poate să aplice în practică metode noi și testate.

Dr. Ștefan Anca

SINGURA SPECIALITATE CU PACHET DE PRESTAȚII DE BAZĂ EXCLUSĂ DIN ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

PRESTAȚIILE DE BAZĂ ÎN STOMATOLOGIE; ÎNCEPUTURI ȘI JUSTIFICARE

În urmă cu 15 ani, în toamna anului 1997 noua conducere aleasă a AMSPPR s-a implicat rapid și serios în politica profesională, anul 1997 reprezentând punctul zero din care a început să funcționeze efectiv CMR și din care s-au pus bazele punerii în aplicare a prevederilor Legii 145/1996 referitoare la asigurările sociale de sănătate. Ales vicepreședinte AMSPPR și desemnat de noul Consiliu Director Național responsabil cu Departamentul Asigurări am realizat materialul strategic denumit „Prestații stomatologice de bază (pentru adulți) - Propunere pentru Casa Națională a Asigurărilor Sociale de Sănătate, din partea AMSPPR.”

Materialul a fost realizat pe baza consultărilor permanente cu asociația parteneră germană FVDZ, beneficiind de consilierea avizată a președintelui acesteia dr. Ralph Gutmann și de întreaga experiență a țărilor central-europene în domeniul asigurărilor sociale de sănătate din stomatologie, reunite în grupul de lucru ORE – FDI „Practica Stomatologică Liberală în Europa”. Asigurările Sociale de Sănătate în Uniunea Europeană sunt fondate pe baza Principiilor Solidarității și Subsidiarității. Principiul Solidarității se compune în principal dintr-un grup de **3 raționamente**. Valabilitatea lor este corectă pentru medicină generală - enunț (a), dar nefondată pentru stomatologie - enunț (b), simultan din punct de vedere epidemiologic și financiar.

RAȚIONAMENT 1

1(a) Majoritatea sănătoasă a asiguraților este solidară și sprijină o minoritate, pacienții bolnavi.

1(b) În stomatologie "majoritatea sănătoasă" reprezintă în realitate o minoritate a asiguraților. În același timp "minoritatea bolnavă" este majoritară. În stomatologie nu există o minoritate bolnavă, aproape toți asigurații suferă la un moment dat de carii dentare, parodontopatii și de consecința finală a acestora, edentațiile.

În stomatologie raportul majoritate sănătoasă/minoritate bolnavă este inversat.

RAȚIONAMENT 2

2(a) Grupele de vârstă tânără și adultă, cu risc mic de boală, sunt solidare și sprijină grupa de vârstă înaintată, cu risc mare de boală și cu patologie multiplă și asociată.

2(b) Grupa de vârstă tânără este caracterizată printr-o patologie carioasă cu evoluție rapidă spre complicații acute. Grupa de vârstă adultă prezintă o patologie de tip intermediar între cele două grupe între care se încadrează. Grupa în vârstă este dominată de afecțiuni parodontale cronice și de edentații.

În stomatologie nu există grupe de vârstă cu risc redus al patologiei specifice.

RAȚIONAMENT 3

3(a) Categoriile sociale mai înstărite sunt solidare și sprijină în Asigurările Sociale de Sănătate categoriile sociale cu un nivel mai scăzut al veniturilor.

3(b) Categoriile sociale mai înstărite nu sunt însă suficiente numeric pentru a putea suporta, printr-o contribuție financiară proporțională venitului, tratamentele stomatologice ale întregii

patologii a populației.

În plus pentru aceeași afecțiune dezvoltarea tehnologică permite o multitudine de variante terapeutice cu costuri aferente extrem de diferite. În concluzie în stomatologia socială europeană nu se poate finanța integral prin contribuțiile generale ale asiguraților.

În stomatologie atât în Asigurările Sociale cât și în Asigurările Private de Sănătate, Solidaritatea și Subsidiaritatea nu se pot aplica și nu pot funcționa după același algoritm ca în medicină generală.

Solidaritatea asiguraților poate să se manifeste în stomatologie doar printr-un pachet limitat de prestații stomatologice (de bază) acoperite de o asigurare parțială (socială sau privată), plus o contribuție personală a pacienților.

PRESTAȚIILE DE BAZĂ ÎN STOMATOLOGIE; PROMOVARE ȘI ADOPTARE

Documentul „Prestații stomatologice de bază (pentru adulți) - Propunere pentru CNASS” a fost prezentat și votat în unanimitate de membrii CDN al AMSPPR în primăvara anului 1998. Pe întreaga durată a anului 1998 documentul a fost prezentat, predat, promovat, susținut la nivelul tuturor instituțiilor statului implicate în reforma din sănătate: Ministerul Sănătății, CMR, CNASS, Comisiile de Sănătate ale Senatului și Camerei Deputaților, organizațiile pacienților, pensionarilor, asociațiile profesionale partenere și/sau concurente, autoritățile locale din sănătate, în presă și în emisiuni tv, etc.

În mod adiacent am realizat materialul „Stomatologia privată și sistemul asigurărilor sociale de sănătate” având 9 capitole în care erau analizate implicațiile introducerii prevederilor Legii 145/1996 pentru stomatologia privată, și acesta adoptat de conducerea AMSPPR. Materialul era adresat medicilor stomatologi privați membri AMSPPR ce doreau să lucreze în sistemul ASS, în întreaga perioadă parcursă din 1999 în medie circa 50 % din membrii AMSPPR fiind semnatori ai contractelor cadre anuale ale CNASS. Datorită mărimii documentului el a constituit conținutul integral al primului Buletin Informativ Național „Quo Vadis” condimentat cu o serie de caricaturi extrem de reușite.

În urma eforturilor susținute și eficiente ale AMSPPR, „Prestații stomatologice de bază (pentru adulți) - Propunere pentru CNASS” au fost adoptate în cea mai mare parte de CNASS și MS, în perioada 1999 – 2012 pachetul de baza regăsindu-se în prevederile Contractului Cadru anual al ASS. Prestațiile de bază pentru stomatologie propuse de AMSPPR pe baza experienței europene judicios argumentate au constat în principal din tratamente sociale ieftine care au acoperit cerințele profilaxiei, restaurarea bazală a funcțiilor masticatorii și fizionomice și nu în cele din urmă rezolvarea urgențelor stomatologice.

Prin pachetul de tratamente stomatologice sociale, de bază, CNASS a acoperit obligația sa constituțională și legală de gratuitate.

Medicală pentru copii și tineret (0 -18 ani) și de tratamente minimale pentru adulți și vârstnici, mult prea mulți dintre aceștia având venituri. La limita subzistenței sau sub pragul sărăciei, menținându-se o „pace socială” între asiguratul plătitor și asiguratorul



GERMAN
MEDICAL
SUPPORT

Toate sistemele de implanturi comercializate de GMS, precum si suprastructurile si piesele aferente, beneficiaza de reduceri de pret de sezon in intervalul 15 Iulie-15 Septembrie.

Cereti oferta detaliata

KOS®



BCS®



STO®



Hexacone®



*Oferta supusa unor termene si conditii.

BCS®

Xign® / Drive®

S-System

ATIE® & Osseopore® E

Hexacone®

Bone level Plus®

KOS®

BOI® & DISKOS®

Osseopore®

Smart²®

IHDEDENTAL 

the implant.com_{pany}

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

SINGURA SPECIALITATE CU PACHET DE PRESTAȚII DE BAZĂ EXCLUSĂ DIN ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

unic și obligatoriu.

MODELUL PACHETULUI DE BAZĂ ÎN STOMATOLOGIE; EȘECUL REFORMEI DIN SĂNĂTATE

Timp de 15 ani, între 1999 – 2012, pacienții asigurați și medicii contractanți au fost singurii beneficiari ai unui **pachet de servicii de bază sociale, stomatologice**, pachet limitat, social, finanțat prin solidaritate și sustenabil pe termen mediu și lung.

În toți anii din 1998 încoace diverșii miniștrii medici sau nemedici ai Ministerului Sănătății au lansat în mod redundant apelul, necesitatea și angajamentul de **a se realiza rapid pachete de servicii de bază, (după modelul stomatologiei) în mod similar pentru toate specialitățile medicale**. Scopul era evident și justificat, în vederea raționalizării costurilor unei patologii infinite ce dispunea de o finanțare în mod clar limitată de funcționarea economiei și prin aceasta de încercare de limitare sau chiar de ieșire din interminabila criză de finanțare din sănătate.

Autorii pachetelor de servicii medicale de bază au fost desemnați pe rând cu aceeași ineficiență: reprezentanții corpului profesional, reprezentanții specialităților medicale, reprezentanți ai învățământului superior medical, așa ziși experți ministeriali, diferite comitete și comiții

De pe urma cărora nu a rămas nici praful... **Pachetele de servicii medicale de bază ale specialităților au rămas și astăzi o utopie nerealizându-se niciodată...**

Motivele acestor eșecuri au fost și sunt extrem de complexe și variate: incapacitatea managerială la toate nivelele imaginabile din sănătate, opoziția deschisă sau underground a corpului profesional, teama de o reformă prea profundă a sănătății din partea decidenților, schimbarea mai frecvent decât anuală a miniștrilor sănătății, lipsa de voință politică a aleșilor comod instalați la putere, supraviețuirea efemeră a sloganurilor și angajamentelor politice doar în ciclurile electorale, etc., etc. Detalierea și dezvoltarea acestor teme nu este însă subiectul articolului de față, toate aceste cauze putând fi descrise pe larg inclusiv într-o lucrare de doctorat...

Tentativele eșuate de realizare a unor pachete de servicii sociale de bază pentru toate specialitățile medicale constituie însă în mod clar una din explicațiile fundamentale ale eșecului continuu al așa zisei reforme din sănătate cu care politicienii defilează ineficient și penibil de peste 15 ani.

EXCLUDEREA TRATAMENTELOR PATOLOGIEI STOMATOLOGICE DIN ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE: SEMNIFICAȚII

Ca și cum tradiționalul eșec al continuei „reformă” din sănătate nu ar fi fost suficient de evident, iată că **la începutul anului 2013, ministrul sănătății exclude complet tratamentele patologiei stomatologice din asigurările sociale de sănătate, cu seninătate pentru toate categoriile de asigurați (mulți cu drepturi anterior dobândite prin legi organice sau speciale), decizie cu semnificații multiple, europene, constituționale, legale, sociale, umanitare, politice, etc...**

Excluderea din asigurările sociale de sănătate a tratamentelor

patologiei stomatologice, singura specialitate cu pachet de prestații de bază de către ministrul sănătății **denotă necunoașterea profundă a semnificației și rolului social și umanitar al asigurărilor sociale de sănătate din Europa**. Domnul ministru al sănătății nu cunoaște și ignoră cu desăvârșire tradiția istorică a asigurărilor medicale sociale europene introduse după 1900 de cancelarul **Bismark** al Germaniei înainte de Primul Război Mondial.

Acest model a fost adoptat de circa jumătate din țările Europei și împreună cu sistemul englez **Beveridge** și cel sovietic **Semashko** de finanțare prin taxe generale a medicinei a constituit **fundamentul îngrijirilor de sănătate sociale europene din ultimii 100 de ani, ce a asigurat o asistență medicală socială decentă și nediscriminatorie pentru toate categoriile sociale**. Sistemul de asigurări sociale de sănătate Bismark importat în 1995 de instituțiile statale ale României a funcționat desigur cu dificultate în ultimii 15 ani ceea ce nu înseamnă că nu și-ar fi atins în stomatologie obiectivele fundamentale.

Excluderea din asigurările sociale de sănătate a tratamentelor patologiei stomatologice, singura specialitate cu pachet de prestații de bază de către ministrul sănătății **denotă necunoașterea profundă a obligațiilor constituționale și legale ale guvernului României conform cărora copiii și adolescenții (o -18 ani) beneficiază de gratuitate absolută a îngrijirilor de sănătate și prin urmare și pentru patologia stomatologică**. Excluderea completă a stomatologiei din asigurările sociale de sănătate fără a ține seama de drepturile constituționale și legale medicale ale noilor generații aflate în curs în formare este în mod clar nelegală constituind un precedent extrem de periculos.

Excluderea din asigurările sociale de sănătate a tratamentelor patologiei stomatologice, singura specialitate cu pachet de prestații de bază de către ministrul sănătății **denotă necunoașterea profundă a ceea ce înseamnă suferință și durere în domeniul oro-maxilo-facial...** (Posibil că marele dirigiuitor al sănătății nu a suferit niciodată de vreo durere de dinți, de inflamație, de stare septică, toate dublate de incapacitate temporară de muncă, sau dacă a suferit a avut probabil suficienți bani și/sau prieteni la care să se trateze de urgență... Această abordare și/sau rezolvare particulară nu are însă cum să fie identică pentru toate categoriile sociale, **numeroasele categorii defavorizate neavând nici un fel de posibilitate de a se adresa cu o patologie adesea extrem de dureroasă unui tratament achitat privat.**)

Tratamentele stomatologice sociale constituie în mod primordial și calmarea durerilor produse de urgențele dentare și/sau refacerea funcțiilor pierdute, indiferent dacă aceste tratamente se efectuează minorilor sau adulților. Excluderea tuturor tratamentelor stomatologice pentru minori și adulți, inclusiv a rezolvării patologiei de urgență constituie nu doar o încălcare a principiilor de bază ale asigurărilor sociale de sănătate ci și o adevărată crimă împotriva umanității de sorginte totalitară, prin lăsarea asiguraților plători ce se asigură nediferențiat pentru întreaga patologie medicală, fără un sistem social coerent la care să apeleze pentru rezolvarea urgențelor stomatologice.

SINGURA SPECIALITATE CU PACHET DE PRESTAȚII DE BAZĂ EXCLUSĂ DIN ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

Excluderea din asigurările sociale de sănătate a tratamentelor patologiei stomatologice, singura specialitate cu pachet de prestații de bază de către ministrul sănătății **denotă necunoașterea profundă a obligațiilor sale ca politician față de electoratul care l-a ales, inclusiv pentru păstrarea unei asigurări sociale de sănătate minimale, bazale în stomatologie.** Prin excluderea stomatologiei din asigurările sociale de sănătate **marele dirigiuitor scoate efectiv România din Europa, toate statele europene având o stomatologie socială...**

Dispariția tratamentelor patologiei stomatologice din asigurările sociale de sănătate **alături România sălbăticiiei capitaliste a SUA în care orice tratament stomatologic se plătește privat,** (direct sau printr-o asigurare privată parțială) lipsa completă a a asigurărilor sociale medicale americane fiind dur criticata de celebrul regizor **Michael Moore** în filmul documentar **Sicko** din 2007.

REAȚIA ASIGURAȚILOR LA EXCLUDEREA TRATAMENTELOR PATOLOGIEI STOMATOLOGICE DIN ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

Reacția asiguraților la excluderea tratamentelor patologiei stomatologice din asigurările sociale de sănătate este tipic românească și tristă: lipsește cu desăvârșire!

Lipsa completă de reacție a **beneficiarilor direcți ai asigurărilor sociale, cetățenii plătitori și asigurați din sănătate,** la excluderea tratamentelor patologiei stomatologice, **este un precedent periculos, un fel de prim test „live” ce poate duce oricând la excluderea și a altor specialități medicale de care, în accepțiunea marelui dirigiuitor al sănătății, „nu se moare”:** dermatologia, oftalmologia, psihiatria, reumatologia, endocrinologia, medicina de laborator... și aici lista enumerărilor poate deveni din ce în ce mai îngrozitoare...

Lipsa completă de reacție a **reprezentanților legali majori ai beneficiarilor asigurați minori (0 – 18) ai asigurărilor sociale de sănătate din stomatologie care li se cuvin conform constituției și legilor organice este la fel de tristă...** Probabil că orice părinte român ar putea deschide un proces de contencios împotriva actului administrativ emis de Ministerul Sănătății conform căruia copilul său nu beneficiază gratuit, conform legislației, de tratamente sociale

pentru patologia stomatologică, și ar câștiga în instanțe, cerând simultan anularea prevederilor din document... dar să vedem cine va crea acest precedent juridic...

Lipsa completă de reacție ai **beneficiarilor legilor speciale (mari răniți, veterani, deportați, etc) cărora li s-a confiscat dreptul legal la asistență stomatologică gratuită socială, drept dobândit prin legiferare de Parlamentul României,** este la fel de neînțeles se de deprimantă...

VIITOR DE AUR GURA ROMÂNILOR ARE...

În mod identic cu epoca de aur în care timp de 10 ani începând cu 1980 s-a „luat” curentul, s-a „luat” căldura, s-au „luat” alimentele și poporul nu a reacționat în niciun fel tot așa probabil se va întâmpla și cu stomatologia... **În 2013 s-a „luat” și stomatologia... Și ce?**

Probabil prin 2043 se va ajunge la așa un hal de dezastre odonto-parodontale încât adulți și pensionari de-a valma se vor întovărăși doi câte doi ca în bancul cu cele două babe și își vor face o pereche de proteze pe care le vor purta pe rând, în zile pare și impare...

Din păcate medicii stomatologi au rămas singurii avocați ai asiguraților care nu posedă mijloacele profesionale de evaluare, estimare și predicție a consecințelor care îi așteaptă în urma deciziei minunate a ministrului sănătății de excludere a tratamentelor sociale a patologiei stomatologice...

Asigurații români ai sistemului obligatoriu de asigurări sociale de sănătate sunt aceiași cu poporul român, care se pare, (conform istoriei noastre din ultimii 75 de ani) că îi place să suferă, deci este masochist prin definiție. Decizia ministerului sănătății de excludere a patologiei stomatologice din asigurările sociale de sănătate este sadică oricum ar fi analizată.

Radio Erevan este întrebare: Ce se întâmplă când se întâlnește un masochist cu un sadic? O mare iubire!

Dr. Voicu A. David

Vicepreședinte AMSPPR

Departamentul asigurări 1997 – 2001
președinte AMSPPR 2001 - 2006, 2009 - 2012

SPONSOR AMSPPR



NOI MODIFICĂRI CU PRIVIRE LA AUTORIZAȚIA SANITARĂ A FUNCȚIONĂRII CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătății nr. 1030 / 2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației



Ordinul nr. 1030 / 2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației, emis de Ministerul sănătății, publicat în M. Of., P. I nr. 603 / 01.09.2009, care instituie procedura autorizării sanitare a funcționării cabinetelor de medicină dentară, modificat inițial de Ordinul ministrului sănătății nr. 251 / 2012, publicat în M. Of., P. I nr. 196 / 26.03.2012, a fost din nou modificat de Ordinul ministrului sănătății nr. 1185 / 2012, publicat în M.Of., P.I nr. 795 / 27.11.2012.

În baza noilor reglementări:

- se mențin dispozițiile în baza cărora autorizarea sanitară a funcționării cabinetelor de medicină dentară, indiferent de forma legală de organizare (cabinet medical individual – fără personalitate juridică ori societate comercială cu obiect unic de activitate – persoană juridică) se obține în baza referatului de evaluare;

- se modifică regimul juridic al autorizației sanitare de funcționare a cabinetelor stomatologice obținute în baza declarației pe propria răspundere a reprezentantului legal anterior intrării în vigoare a procedurii de autorizare în baza referatului de evaluare (instituit prin O.M.S. nr. 251 / 2012), în sensul că autorizația emisă în baza declarației pe propria răspundere conform O.M.S.P. nr. 1338 / 2007 își menține valabilitatea până la modificarea condițiilor care au stat la baza emiterii acesteia, fără a mai fi necesară preschimbarea sa, așa cum în mod eronat s-a dispus prin OMS nr. 251 / 2012;

- se elimină obligația vizării anuale a autorizației sanitare de funcționare a cabinetelor stomatologice.

Deoarece autorizarea sanitară a funcționării cabinetelor de medicină dentară în baza referatului de evaluare face obiectul unui material publicat anterior, ne vom limita la precizarea că în prezent autorizarea sanitară pentru cabinete stomatologice se realizează

numai în baza referatului de evaluare în conformitate cu prevederile art. 9 alin. 1 și 2 lit. h) din O.M.S. nr. 1030 / 2009 astfel cum a fost modificat și completat.

Subliniem totodată că prevederile referitoare la autorizarea sanitară a funcționării cabinetelor stomatologice în baza declarației pe propria răspundere a reprezentatului legal prevăzute în O.M.S.P. nr. 1338 / 2007 sunt și rămân abrogate.

O.M.S. nr. 1185 / 2012 aduce o modificare justă regimului juridic prevăzut anterior, în sensul că potrivit prevederilor art. 9 alin. 4 din O.M.S. nr. 1030 / 2009, astfel cum a fost modificat de O.M.S. nr. 1185 / 2012, autorizația sanitară de funcționare pentru cabinete stomatologice emise în baza declarației pe propria răspundere înainte de apariția Ordinului ministrului sănătății nr. 251 / 2012 pentru modificarea și completarea O.M.S. nr. 1030 / 2009 își menține valabilitatea până la modificarea condițiilor care au stat la baza emiterii acesteia.

Așadar cabinetele autorizate în baza declarației pe propria răspundere (procedură prevăzută în Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1338 / 2007) nu mai sunt ținute de obligația preschimbării autorizației în baza noilor reglementări, așa cum a fost prevăzut în O.M.S. nr. 251 / 2012 și nici nu se supun regimului de acordare anuală a vizei.

Menționăm că potrivit prevederilor art. 9 alin. 3 coroborat cu art. 9 alin. 2 lit. h) din OMS 1030 / 2009 astfel cum a fost modificat și completat de O.M.S. nr. 1185 / 2012, cabinetele stomatologice au fost excluse de la obligativitatea vizării anuale a autorizației sanitare de funcționare.

Autorizația sanitară de funcționare a cabinetului stomatologic, fie că a fost emisă anterior intrării în vigoare a O.M.S. nr. 251 / 2012 (în baza declarației pe propria răspundere a reprezentantului legal al cabinetului), fie că este emisă în baza referatului de evaluare așa cum s-a instituit procedura de la momentul intrării în vigoare a O.M.S. nr. 251 / 2012, își menține valabilitatea până la modificarea condițiilor care au stat la baza emiterii acesteia, fără a fi necesară vizarea anuală.

Av. Luciana Mihai

1

V. articolul "Modificarea procedurii de autorizare sanitară a funcționării cabinetelor de medicină dentară, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătății nr. 1030 / 2009 privind aprobarea procedurilor de reglementare sanitară pentru proiectele de amplasare, amenajare, construire și pentru funcționarea obiectivelor ce desfășoară activități cu risc pentru starea de sănătate a populației" publicat în Viața stomatologică nr. 2. / 2012, pag. 17-18.

PRECIZĂRI PRIVIND REGLEMENTAREA GESTIONĂRII DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITĂȚI MEDICALE ÎN CABINETELE DE MEDICINĂ DENTARĂ, în conformitate cu Ordinul nr. 1226 / 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, emis de Ministerul Sănătății

Ordinul ministrului sănătății nr. 1226 / 2012 *pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale*, publicat în M. Of., P. I, nr. 855 / 18.12.2012 și care a intrat în vigoare la 18.01.2013 stabilește cadrul de reglementare a gestionării deșeurilor rezultate din activități medicale, aprobă metodologia de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, aprobă condițiile de colectare prin separare la locul producerii, pe categoriile stabilite, a deșeurilor, aprobă conținutul-cadru al planului de gestionare a deșeurilor rezultate din activități medicale.

În baza acestui act normativ sunt stabilite obligații ce revin unităților sanitare publice sau private, inclusiv cabinetelor stomatologice.

Potrivit art. 7 alin. 7 din O.M.S. nr. 1226 / 2012 unitățile sanitare care generează din activitatea medicală mai puțin de 300 kg. de deșeuri periculoase pe an sunt exceptate de la obligația de a elabora planul propriu de gestionare a deșeurilor medicale și de a-l transmite direcțiilor de sănătate publică județene, acestea având obligația de a respecta normele tehnice prevăzute de O.M.S. nr. 1226 / 2012 și de a raporta cantitățile de deșeuri produse și modul de gestionare a acestora în conformitate cu metodologia prevăzută.

Având în vedere că în general un cabinet stomatologic produce o cantitate mai mică de deșeuri medicale, sub 300 kg. pe an, rezultă că acestor unități medicale le revine **obligația de a respecta normele tehnice privind gestionarea deșeurilor fără a fi obligate și să elaboreze planul propriu de gestionare a acestora**. În cazul în care cantitatea de deșeuri medicale ajunge la 300 kg. pe an, cabinetele de medicină dentară trebuie și să elaboreze planul propriu de gestionare a deșeurilor și să îl raporteze direcțiilor sanitare pe a cărei rază sunt dispuse teritorial.

În toate cazurile activitățile legate de gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale fac parte din obligațiile profesionale ale angajaților și trebuie înscrise în fișa postului fiecărui salariat.

Normele tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale reglementează modul în care se realizează colectarea separată pe categorii, ambalarea, stocarea temporară, transportul, tratarea și eliminarea deșeurilor medicale, acordând o atenție deosebită deșeurilor periculoase pentru a preveni contaminarea mediului și afectarea stării de sănătate.

Cabinetele medicale, indiferent de forma de organizare, sunt obligate să respecte normele tehnice prevăzute în O.M.S. nr. 1226 / 2012.

În calitate de producători de deșeuri medicale, cabinetelor medicale le revin următoarele **obligații** (art. 3 din Norma tehnică privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale - Anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1226):

- a) - prevenirea producerii deșeurilor medicale sau reducerea gradului de pericolozitate a acestora;
- b) - separarea diferitelor tipuri de deșeuri la locul producerii / generării;
- c) - tratarea și eliminarea corespunzătoare a tuturor tipurilor de deșeuri medicale produse.

Acele normative în discuție nu se referă la managementul deșeurilor radioactive, a căror gestionare este prevăzută în reglementări specifice.

Art. 8 alin. 2 din *Norma tehnică* enumeră o **clasificare a tipurilor de deșeuri** dintre care *deșeurile de amalgam de la tratamente stomatologice*, având codul 18 01 10,* sunt considerate periculoase și desemnează *capsule sau resturi de amalgam (mercur), dinți extrași care au obturații de amalgam, coroane dentare, punți dentare, materiale compozite fotopolimerizabile, ciment glasionomer etc.* Acest tip de deșeuri medicale este specific cabinetelor stomatologice, spre deosebire de tipul *obiecte ascuțite*, având codul 18 01 01, care se referă la *deșeurile înțepătoare-tăietoare* și care rezultă frecvent din activitățile medico-dentare dar care nu sunt periculoase decât în situația în care au intrat în contact cu material potențial infecțios, caz în care sunt incluse în categoria *deșeuri ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor*, având codul 18 01 03.*

Separarea pe categorii a deșeurilor rezultate din activitățile medicale și implicit reducerea cantității de deșeuri reprezintă un principiu de bază în gestionarea acestora.

Prima etapă a procesului de gestionare corectă a deșeurilor medicale este **colectarea separată**.

Producătorii de deșeuri medicale au obligația de a le colecta separat în funcție de tipul și natura deșeurilor, cu scopul de a facilita tratarea / eliminarea specifică fiecărui tip de deșeu în paralel cu obligația de a nu amesteca diferite tipuri de deșeuri periculoase și nici deșeuri periculoase cu cele nepericuloase.

Respectarea condițiilor de colectare prin separare la locul producerii, pe categoriile stabilite, presupune următoarele reguli de bază:

- recipientul în care se face colectarea și care vine în contact direct cu deșeurile periculoase rezultate din activități medicale este de unică folosință și se elimină odată cu conținutul;
- respectarea codului de culori și anume galben pentru deșeuri medicale periculoase și negru pentru deșeuri nepericuloase;
- sacii galbeni se folosesc în pubele, portsac cu capac sau cutii de carton, după caz, cutii din plastic rigid cu capac pentru colectarea deșeurilor periculoase;
- pentru deșeurile infecțioase se utilizează pictograma *pericol biologic*;
- pentru colectarea deșeurilor înțepătoare-tăietoare se folosesc cutiile cu pereți rigizi, recipient care trebuie să fie impermeabil, să

PRECIZĂRI PRIVIND REGLEMENTAREA GESTIONĂRII DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITĂȚI MEDICALE ÎN CABINETELE DE MEDICINĂ DENTARĂ, în conformitate cu Ordinul nr. 1226 / 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale, emis de Ministerul Sănătății

prezinte etanșeitate, un sistem de închidere temporară și definitivă, să fie marcat și etichetat în limba română cu informații privind tipul deșeurii colectat, capacitatea recipientului, modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data începerii utilizării recipientului, unitatea sanitară, pictograma *pericol biologic*;

- sacii, cutiile și recipientele pentru deșeuri periculoase se depun într-un al doilea recipient aflat în spațiul central pentru stocarea temporară a deșeurilor din incinta unității sanitare și care trebuie să fie un container mobil cu pereți rigizi, să poarte eticheta *deșeuri medicale* și pictograma *pericol biologic*, cât și toate marcajele specifice;

- deșeurile anatomo-patologice încadrate la codul 18 01 02 (*fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge*) și cele infecțioase încadrate la codul 18 01 03* destinate incinerării sunt colectate obligatoriu în cutii din carton rigid, prevăzute în interior cu sac din polietilena care trebuie să prezinte siguranță la închidere sau în cutii confecționate din material plastic rigid cu capac ce prezintă etanșeitate la închidere, având marcaj galben;

- deșeurile chimice periculoase (cod 18 01 06*) se colectează în recipiente speciale, cu marcaj adecvat pericolului (*toxic, inflamabil, coroziv* etc.) iar deșeurile chimice nepericuloase (cod 18 01 07) se colectează separat în ambalajul original;

- deșeurile stomatologice (cod 18 01 10*) reprezentate de amalgamul dentar se colectează separat în containere sigilabile;

- pentru a evita acumularea deșeurilor farmaceutice în unitățile sanitare, acestea pot fi returnate, în baza unui contract, farmaciei sau depozitului de produse farmaceutice, în vederea eliminării finale;

- deșeurile nepericuloase se colectează în saci din polietilenă de culoare neagră, inscripționați *deșeuri nepericuloase* sau în lipsa acestora se pot folosi saci din polietilenă transparentă și incolori.

A doua etapă a procesului de gestionare a deșeurilor medicale în cabinet este **stocarea temporară** a acestora în condiții adecvate, conform *Normei tehnice*.

Stocarea temporară a deșeurilor rezultate din activitățile medicale presupune respectarea la nivelul unității a unor reguli, precum:

- deșeurile sunt stocate temporar pe tipuri și categorii, în spații special destinate stocării temporare, unde este interzis accesul persoanelor neautorizate;

- în fiecare unitate sanitară trebuie să existe un spațiu central pentru stocarea temporară a deșeurilor medicale, prevăzut cu două compartimente, un compartiment prevăzut cu dispozitiv de închidere care să permită accesul numai persoanelor autorizate, pentru deșeurile periculoase și un compartiment pentru deșeurile nepericuloase;

- spațiul central pentru stocarea temporară a deșeurilor trebuie prevăzut încă din faza de proiect inițial, în cazul construcțiilor noi, iar unitățile deja funcționale care nu au fost prevăzute cu acest spațiu trebuie să se conformeze în termen de 6 luni (care se împlinește la

data de 18.07.2013);

- spațiul central pentru stocarea temporară a deșeurilor periculoase trebuie să permită stocarea acestora în cantitatea acumulată între două colectări succesive;

- fiind considerat zonă cu potențial septic, acest spațiu central de stocare trebuie separat funcțional de restul construcției și asigurat prin sisteme de închidere iar respectiva încăpere trebuie prevăzută cu sifon de pardoseală pentru evacuarea în rețeaua de canalizare a apelor uzate în urma curățării și dezinfectiei. În cazul în care locația respectivă nu dispune de sifon de pardoseală din construcție, suprafața trebuie să fie ușor lavabilă, impermeabilă și continuă, să nu existe un surplus mare de apă uzată, astfel încât dezinfecția și curățarea să se realizeze cu materiale de curățenie de unică folosință considerate la final deșeuri medicale infecțioase;

- spațiul de stocare temporară a deșeurilor periculoase trebuie prevăzut cu ventilație corespunzătoare pentru asigurarea temperaturilor scăzute, care să nu permită descompunerea materialului organic din compoziția deșeurilor periculoase;

- trebuie asigurată dezinsecția și deratizarea spațiului de stocare temporară în scopul prevenirii apariției vectorilor de propagare a infecțiilor (insecte, rozătoare);

- durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase este de maxim 48 de ore, cu excepția cazului în care deșeurile sunt depozitate într-un amplasament prevăzut cu sistem de răcire care să asigure constant o temperatură mai mică de 4°C, situație în care durata depozitării poate fi de maxim 7 zile. La aceeași temperatură și pentru aceeași perioadă de maxim 7 zile pot fi stocate temporar și deșeurile infecțioase încadrate în categoria 18 01 03.* În toate cazurile în care se utilizează un amplasament prevăzut cu sistem de răcire, acesta trebuie să aibe și un sistem automat de monitorizare și înregistrare a temperaturilor, ce va fi verificat periodic.

Deșeurile medicale periculoase și nepericuloase se predau în baza unui contract unor operatori economici autorizați conform legislației în vigoare, în vederea transportului și eliminării finale a deșeurilor.

În calitate de generator și expeditor de deșeuri, unitatea sanitară are obligația să se asigure că, pe toată durata gestionării deșeurilor, de la manipularea în incinta unității până la eliminarea finală, sunt respectate toate măsurile impuse de lege, fapt ce trebuie verificat înainte de semnarea contractului cu firma specializată.

Pentru a se asigura de îndeplinirea condițiilor specifice în gestionarea corectă a deșeurilor medicale, unitatea sanitară trebuie să desemneze dintre angajații săi o persoană responsabilă, special instruită în acest scop.

Nerespectarea prevederilor O.M.S. nr. 1226 / 2012 se constată și sancționează de către structurile de control în sănătate publică din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, conform legislației în vigoare.

Av. Luciana Mihai

VALO®

Lampa NR.1 în lume



Casificată drept lampa de fotopolimerizare nr.1 a anului 2011 de către revista Reality, Valo s-a remarcat ca lider în domeniu. Profilul subțire permite accesul facil la toate zonele cavității bucale, iar designul său ergonomic și ușor o face extrem de ușor de manevrat. Extrem de durabilă, este și rezistentă la zgârieri. Cu o greutate a mânerului de numai 77g, VALO este subțire și ușoară. Carcasa de aluminiu disipă căldura produsă, nefiind necesar un sistem de ventilație internă, iar mânerul prezintă o suprafață solidă, fină, ușor de curățat și dezinfectat. VALO prezintă un spectru larg de lungimi de undă care polimerizează toate materialele dentare - chiar și pe cele pe care majoritatea lămpilor cu led-uri nu le fotopolimerizează - și lentile create special care conferă o fotopolimerizare cu concentrare unică. În plus, datorită celor trei moduri ale lămpii VALO - standard, putere ridicată și ultra-putere - nu este deloc de mirare că se înregistrează o creștere a cererilor din partea medicilor din întreaga lume.

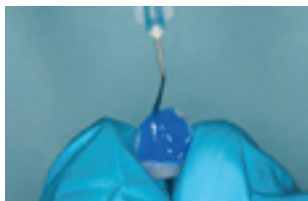
Lampa VALO este echipată cu patru LED-uri cu trei lungimi de undă diferite, care acoperă un spectru de 395-480 nm. Lentilele de sticlă unice ale lămpii focalizează emisia de lumină formând un fascicul concentrat. Rezultatul este un punct de lumină extrem de omogen, chiar și la o anumită distanță - conducând astfel la o polimerizare omogenă. Capul subțire al lămpii oferă acces la toate suprafețele dintelui. Lumina poate fi emisă oricând într-un unghi corect de 85°. Cu lămpile de fotopolimerizare convenționale, accesul la dinții posteriori reprezintă adeseori o problemă. O consecință a acestui aspect îl poate reprezenta polimerizarea insuficient de profundă.

PermaShade™ LC

RĂȘINĂ FOTOPOLIMERIZABILĂ DE CIMENTARE A FAȘETELOR



PermaShade LC este o rășină de cimentare fotopolimerizabilă, utilizată în mod exclusiv pentru cimentarea fașetelor. Seringa sa ergonomică contraunghi, permite un confort mai mare la cimentarea fașetelor delicate decât alte metode de aplicare. Datorită stabilității de durată a culorii, contracției reduse și puterii de adeziune ridicate, PermaShade LC este ideală pentru crearea unor fașete estetice și rezistente pe termen lung.



Pașii de lipire sunt foarte importanți pentru a asigura o cimentare permanentă. Gravarea se face cu acid fluorhidric și ar trebui urmată de o altă gravare cu acid fosforic 5 secunde pentru a elimina sărurile și resturile de pe suprafața porțelanului. Pulverizați bine și uscați înainte de aplicarea unui strat generos de silan.



Banda de Teflon este foarte utilizată pentru izolarea dinților. Aceasta previne excesul de material, aderarea la dinții vecini și de asemenea se reduce cantitatea ce trebuie curățată, câștigând timp la preparare.



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



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.



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

CAZ CLINIC NARROW RIDGE

Pacienta în vârstă de 31 de ani, nefumătoare cu o igienă orală bună s-a prezentat cu o breșă unidentară la nivelul 24 în vederea efectuării tratamentului de specialitate. Pacienta nu prezintă contraindicații generale sau locale privind tratamentul chirurgical implantar.

Deoarece pacienta a refuzat posibilitatea unui tratament ortodontic, am ales efectuarea unui tratament implanto-protetic. Datorită faptului că breșa edentată prezintă un spațiu mezio-distal redus, s-a optat pentru inserarea unui implant dentar cu diametrul de 3.3 mm, iar înălțimea osoasă fiind de 8 mm, s-a optat pentru efectuarea unei intervenții de sinus lift extern, deoarece un implant de 3.3/8 mm are o rată mare de eșec după încărcarea protetică a implantului dentar, iar pentru a efectua un sinus lift intern nu avem suficientă ofertă osoasă în sens mezio-distal.

Realizarea investigațiilor clinice, paraclinice și semnarea consimțământului informat au fost urmate de intervenția chirurgicală.

Etapele chirurgicale în anestezie locală a constat în efectuarea unui lambou vestibular trapezoidal în grosime totală, s-a efectuat osteotomia la nivelul peretelui anterior al sinusului maxilar cu elevarea membranei schneideriene (Foto 3), s-a preparat neoalveola



cu o freză de 2mm în diametru, s-a efectuat adiția osoasă cu os bovin (Anorganic Bovine Bone Mineral), urmată de inserarea unui implant dentar de 3.3/13 mm, apexul implantului a fost vizualizat s-a completat adiția osoasă și acoperirea cu o membrană resorbabilă de collagen.

Stabilitatea primară a implantului a fost de 35 Ncm.

Sură de polipropilenă 6.0, 4.0 (Foto 4.)

Tratamentul medicamentos cu antibiotice Azitromicină 500 mg 1 cpr/zi timp de 5 zile și antiinflamatoare nesteroidiene Etoricoxibum 120 mg 1 cpr/zi timp de 5 zile, duș bucal cu Clorhexidină 0.2 % timp de 14 zile.

Evoluția a fost favorabilă, la 10 zile postoperator au fost suprimate firele de sutură. La 6 luni postoperator s-a descoperit implantul dentar, a fost ales un lambou triunghiular pentru a vizualiza și a palpa nouă structură osoasă obținută și s-a aplicat un capac de conformare gingivală.

După încă o lună s-a efectuat amprentarea în lingură deschisă utilizând ca și material de amprentare polieterul (Foto 7). Restaurarea protetică definitivă metalo-ceramică a fost cimentată după încă 2 săptămâni (Foto 8,9).



1. Radiografie preoperatorie



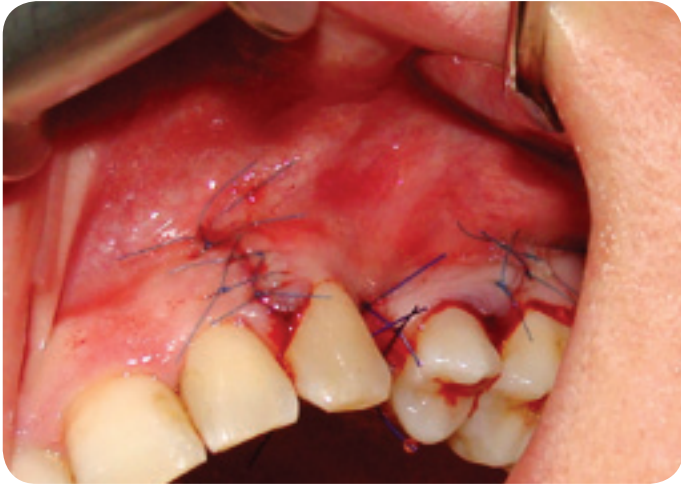
2. Status preoperator



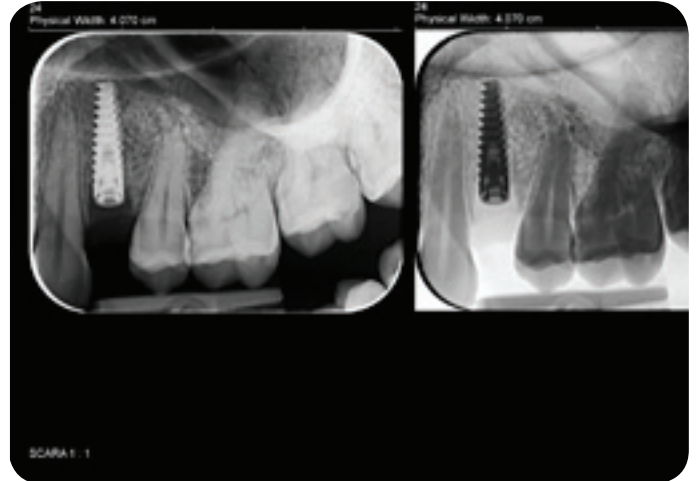
3. Elevarea membranei sinusale

Dr. Alexandru Spînu

CAZ CLINIC NARROW RIDGE



4. Sutura



5. Radiografie la 6 luni postoperator



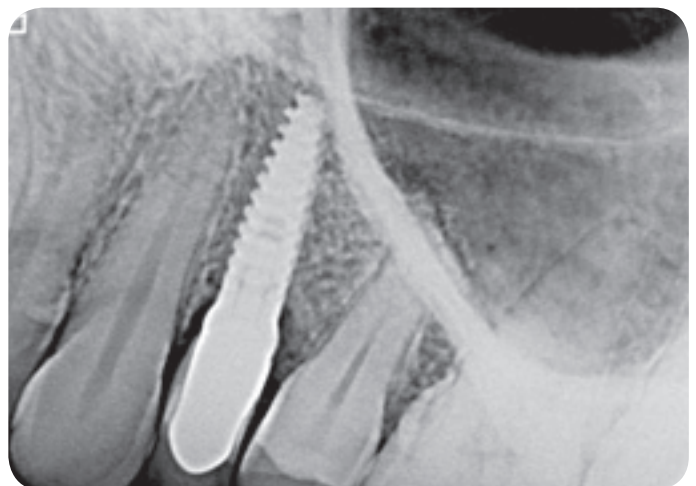
6. Aspectul gingival in ziua amprentarii



7. Amprenta in lingura deschisa



8. Cimentarea restaurarii protetice



9. Radiografie post cimentare

CAD-CAM ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

Introducere

Sistemele CAD-CAM (Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing) au apărut de 25 de ani pe piață și prezintă soluții digitale de vârf atât pentru medicii dentiști cât și pentru laboratoarele dentare.

La sfârșitul anului trecut a devenit o posibilitate reală achiziționarea acestor aparate și pentru Clinica noastră Stomatologică Rodenta din Oradea.

Grație sistemului CEREC (Chairside Economical Restoration of Esthetic Ceramics or CERamic REConstruction), procesul este simplificat – numărul de pacienți care optează pentru astfel de restaurări este în continuă creștere.



Fig 1. Unitatea de achiziție și de frezare CEREC (Caz CEREC 5754)

Avantajele tehnologiei CAD/CAM:

Timpul scăzut de realizare - într-o singură programare -, fără intermediul laboratorului, fără lucrări provizorii

Scanarea (amprenta digitală intraorală cu Bluecam) este precisă, înlăturând unele din dezavantajele amprentei clasice

Proiectarea – se realizează cu ajutorul softului CEREC 4.0.

- Proiectare facilă pentru incrustații, fațete, coroane, punți anatomice din zirconiu, litiu disilicat, ceramică feldspatică și compozit, schelet din zirconiu și alumină, punți multistrat (zirconiu și suprastructură ceramică) și bonturi implantare din zirconiu

- CEREC Biogeneric – putem obține suprafețe ocluzale generate de soft cu proprietăți biomimetice – asemănătoare celei naturale

- Se poate personaliza design-ul propus de software

Frezarea – se obține cu ajutorul unităților de frezare CEREC MC XL și inLab MCXL

- Prezintă precizie înaltă (plus-minus 25 micrometri)

- Operare facilă și rapidă în câteva minute

Caz clinic

Pacienta H. C. s-a prezentat în clinica noastră cu o gingivită de iritație la nivelul dinților 2.5 și 2.6 cu coroane de înveliș incorect adaptate. După îndepărtarea coroanelor s-a efectuat retratament

endodontic la 2.5 și 2.6. S-a tratat endodontic dintelul 2.7, pulpa fiind necrozată. S-a realizat alungire coronară la 2.7. După perioada de vindecare s-a optat pentru efectuarea lucrărilor din ceramică integrală prin tehnica CAD-CAM cu sistemul CEREC.



Fig 2. CBCT în cadranul II, în care se evidențiază leziuni de origine endodontică la nivelul dinților 2.5 și 2.6. (CBCT)



Fig 3. Tratament endodontic la nivelul dintelui 2.7 și retratament endodontic la nivelul dinților 2.5, 2.6. (Herman Cristina. 3001-2013)

Prepararea s-a efectuat cu prag la nivelul lui 2.5 și 2.6, care au fost pregătiți pentru două coroane de înveliș, iar 2.7 având o distrucție coronară mai mare mezo-ocluzal, s-a pregătit pentru un overlay.

Pregătirea câmpului protetic a presupus izolarea și aplicarea firelor de rețracție, urmat de pudrarea zonei de interes cu CEREC Optispray pentru eliminarea reflexiilor în timpul amprentării optice.

S-a scanat cu CEREC Bluecam zona 2.3-2.7, respectiv arcada antagonistă zona 3.3-3.7.

Pentru înregistrarea ocluziei s-a luat amprenta digitală dinspre vestibular a hemiarcadelor în intercuspitate maximă în zona caninului.

După trasarea marginilor preparației pe modelul virtual

CAD-CAM ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

și definirea axului de inserție, softul unității de achiziție dă o propunere a restaurării cerute. Prin modelarea cu CEREC-biogeneric am obținut morfologie coronară asemănătoare dinților naturali.

Propunerea dată pentru coroanele 2.5, 2.6 și overlayul pentru 2.7 s-a personalizat privind forma, dimensiunea, contactele ocluzale și proximale cu ajutorul uneltelor oferite de softul programului.

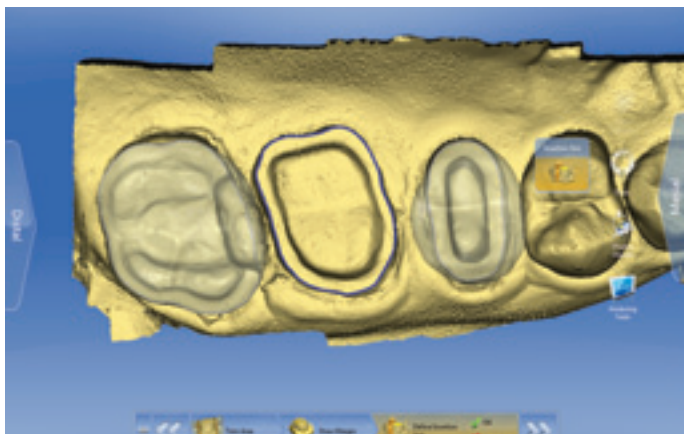


Fig 4. Modelul digital cu trasarea marginilor viitoarei restaurări protetice (coroană de înveliș) la nivelul dintelui 2.6 preparat cu prag (Nr. 7)

S-au ales cuburile de ceramică CEREC Blocs (Sirona) de culoare și dimensiune adecvată, și s-a trecut la frezarea individuală a restaurărilor cu ajutorul unității de frezare CEREC MC XL.

Am verificat restaurările în cavitatea bucală, am efectuat ajustările minime, după care piesele protetice au fost glazurate și arse în cuptorul de ceramică pentru a primi luciul final.

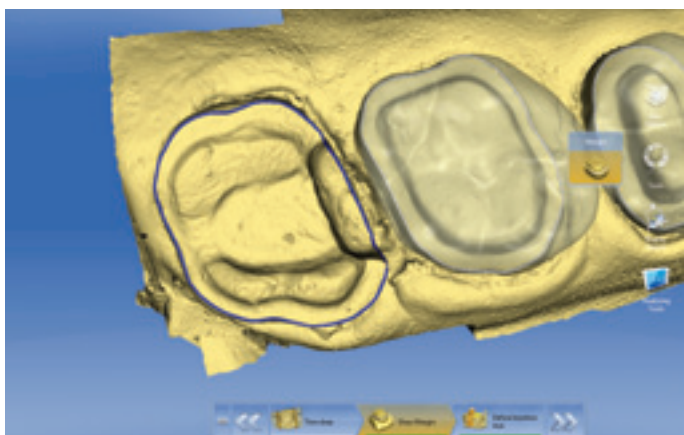


Fig 5. Modelul digital cu trasarea marginilor viitoarei restaurări protetice al dintelui 2.7 preparat pentru overlay (Nr. 1)

Cimentarea s-a făcut prin tehnica adezivă cu ciment RelyX U200. În faza de gel s-a îndepărtat surplusul și s-a fotopolimerizat fiecare suprafață 40 de secunde. Marginile restaurărilor au fost

finisate cu gumițe și perii.

În urma tratamentelor efectuate pacienta a prezentat o vindecare gingivală excelentă.

Concluzii

Avantajul major al utilizării sistemului CEREC în stomatologie este timpul scăzut de realizare - într-o singură programare -, fără intermediul laboratorului, fără lucrări provizorii. Obținem restaurări cu morfologie naturală, cu estetică bună, adaptare precisă și bio compatibilitate excelentă.

Longevitatea acestor restaurări după literatura de specialitate este similar cu cele realizate din aur, având rata de succes de 95,5% peste 9 ani.

Caz realizat în Clinica Rodenta, Oradea
Dr. Tudericu Mircea, medic specialist endodont
Dr. Szilágyi Éva, medic dentist

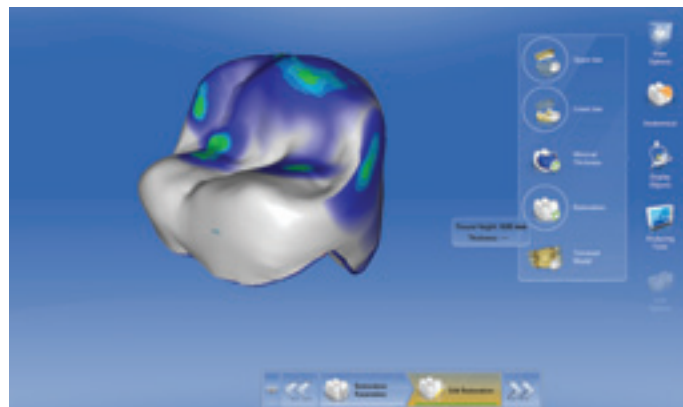


Fig 6. Evidențierea punctelor de contact ocluzale și proximale la nivelul restaurării dintelui 2.7 (overlay) (Nr. 3)

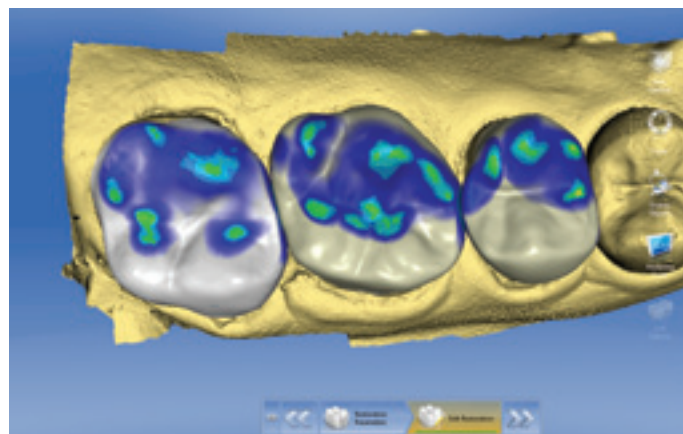


Fig 7. Propunerea restaurărilor create de software cu evidențierea punctelor de contact ocluzale (Nr. 2)

CAD-CAM ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

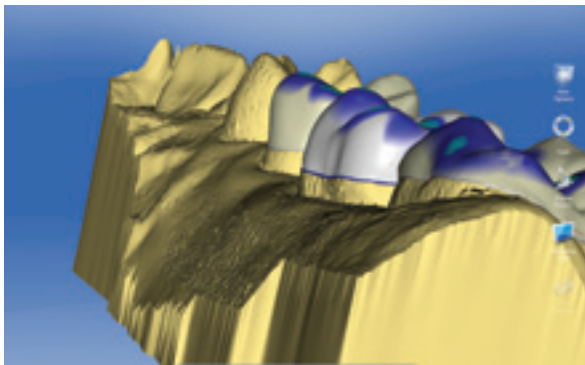


Fig 8. Evidențierea marginilor supragingivale ale restaurărilor protetice (vedere palatinală) (Nr. 6)

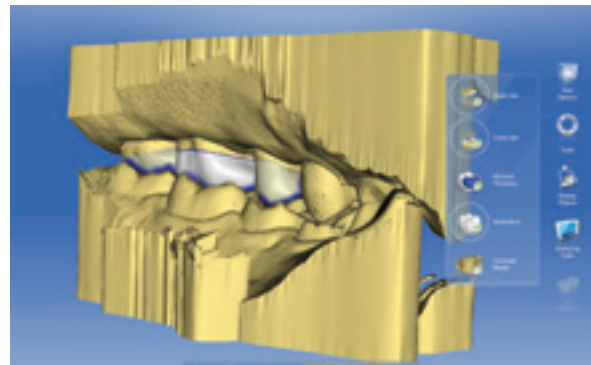


Fig 9. Modelele virtuale ale arcașelor superioare și inferioare în ocluzie – vedere dinspre lingual (Nr. 8)

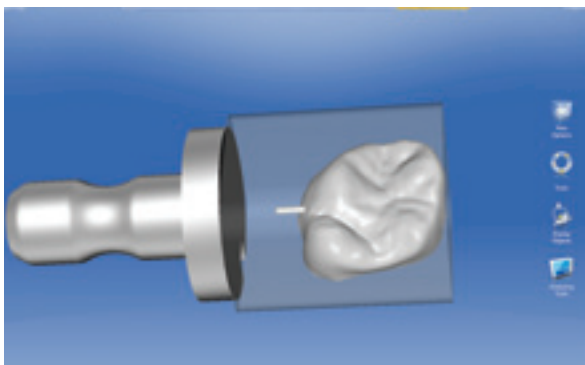


Fig 10. Poziționarea restaurării în cubul virtual (Nr. 4)



Fig 11. Unitatea de achiziție CEREC AC și unitatea de frezare CEREC MC XL (Caz CEREC 5759)

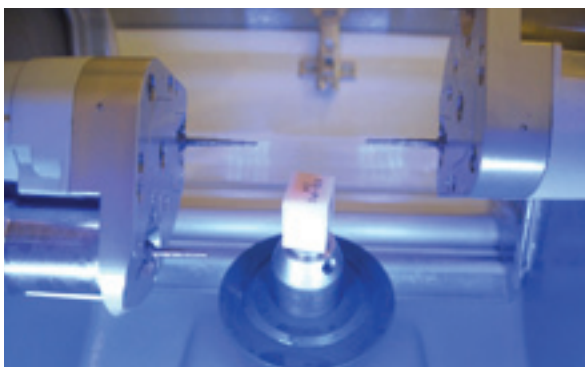


Fig 12. Cubul de ceramică pregătit de frezare (imag 1582)



Fig 13. Restaurările frezate și glazurate, pregătite pentru cimentare: 2.5, 2.6 – coroane de înveliș, 2.7 – overlay (Caz CEREC 5395)



Fig 14. Restaurările cimentate adeziv în cavitatea bucală (Caz CEREC 5744)



Ring flash vs Twin flash

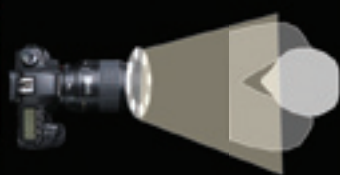
Dr. Dan Lazar

www.dental-art.ro / www.facebook.com - Romanian Society of Dental Photography

Am primit de multe ori întrebarea ce bliț să îmi cumpăr - ring flas (bliț circular) sau twin flash? Răspunsul este întotdeauna: ce vreți să obțineți? Cu fiecare din blițuri obținem efecte diferite din punct de vedere al modului de iluminare a imaginii și nu numai.

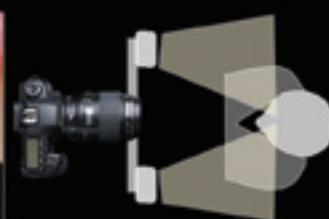
Imaginile sunt reproduceri bidimensionale a unor obiecte tridimensionale. Astfel sunt necesare utilizarea unor tehnici ce crează iluzia că imaginile sunt 3D. Două dintre aceste tehnici sunt următoarele: poziția luminii și unghiul de fotografiere.

RING FLASH



Blițul circular are sursa de lumină sub formă circulară și este plasat în zona anterioară a obiectivului.

TWIN FLASH



Twin flashul este compus din două blițuri total independente între ele

Twin flashul este compus din două blițuri total independente între ele care se plasează lateral de porțiunea anterioară a obiectivului. Cele doua blițuri pot fi legate de transmițător (panoul de comandă care este pe corpul aparatului) cu fir sau pot fi wireless (Nikon R1 C1).

TWIN FLASH

VOLUME



RING FLASH

FLAT

Efectul produs de ring flash VS twin flash.



Utilizarea ring flash VS twin flash.

În plus, Nikon vine în sprijinul medicilor stomatologi cu numeroase soluții dedicate fotografiei macro, printre care merită menționate obiectivele **NIKKOR Micro DX AF-S 45mm f/2.8G**, **NIKKOR Micro DX AF-S 85mm f/3.5G VR**, **NIKKOR Micro AF-S 60mm f/2.8G**, **NIKKOR Micro AF-S 105mm f/2.8G VR** și **Nikon Speedlight R1C1**, ce apare și în articol.

Nikon folosește denumirea de Micro pentru a indica obiectivele ce au capacități macro. Acestea permit fotografilor să focalizeze automat de la distanțe foarte mici de subiect. Se obțin astfel rapoarte de reproducere de 1:1, definite prin faptul că dimensiunea subiectului fotografiat este egală cu dimensiunea acestuia pe senzorul aparatului foto. Aceasta specificație este vitală în fotografia dentară pentru că permite obținerea unor imagini ce pun în valoare lucrările stomatologice sau evidențiază excelent etapele unei proceduri.

Yellow Store - magazin exclusiv **Nikon**, vine în sprijinul medicilor stomatologi prin oferirea de **vouchere de discount** care să le faciliteze intrarea în posesie de aparatură de specialitate.

INTERSECȚII PARODONTALE SI ORTODONTICE

Parodontologia și ortodonția sunt (cel puțin la noi în țară) două specialități de sine stătătoare și care, aparent, la o comparare superficială se ocupă de o problematică diferită și se adresează unor grupuri de vârstă diferite. Conform paradigmei vechi, terapia ortodontică se adresa adolescenților în timp ce terapia parodontală se adresa unui grup mai vârstnic, afectat de boală parodontală. Cercetările ultimilor ani, de la studiile epidemiologice largi, cu tendințe evidente de standardizare a diagnosticelor și până la introspecțiile profunde în detaliile moleculare și celulare ale mecanismelor etio-patogenetice ale afecțiunilor orale au modificat paradigmele anterioare. Astăzi, atât terapia ortodontică cât și parodontală se adresează atât grupurilor de vârstă tinere cât și mai vârstnice, iar intersecțiile dintre cele două specialități și respectiv tratamentele asociate sunt frecvente, dacă considerăm aplicarea riguroasă a datelor pe care literatura de specialitate ni le furnizează. Articolul prezent nu are pretenția de a epuiza toate ariile de legătură dintre ortodonție și parodontologie, ci își propune doar o sensibilizare a practicienilor în legătură cu riscurile asociate unor situații clinice care pot să apară atunci când aspectele ortodontice sau parodontale sunt neglijate.

Unul dintre punctele de intersecție este important nu atât din punct de vedere al frecvenței, cât al importanței semnelor clinice. Este vorba despre creșterile de volum gingival (impropriu spus hiperplazii gingivale) care pot să apară în cursul terapiei ortodontice sau care pot apărea în pubertate și fac imposibilă terapia.

Creșterea de volum gingival este o manifestare nedorită, care poate să apară în cursul terapiei ortodontice fixe și unul din motive este alerggia la nichel, acesta fiind cel mai folosit metal din compoziția componentelor aparatelor fixe. Literatura raportează o eliberare medie zilnică de nichel asociată aparatelor ortodontice fixe full-mouth de 40 μg (Park & Shearer 1983). Nivelele de nichel s-au dovedit a fi mai mari în probele de placă dentară prelevate de la pacienții purtători de aparate dentare în comparație cu pacienții fără tratamente ortodontice. Nichelul este un alergen comun. Deși el a fost corelat cu răspunsurile alergice apărute în cursul terapiei ortodontice (Holmstrup 1999), rolului lui exact în producerea modificărilor de volum nu a fost studiat în detaliu și nu este pe deplin elucidat.

Expresia clinică a alergiei locale la nichel îmbracă o gamă largă de manifestări (Genelhu et al. 2005): hiperplazie gingivală, descumări labiale, cheilită angulară, eritem multiform. Manifestările alergice debutează cu senzații de arsură orală, eritem asociat sau nu cu edem, modificări veziculare, keratoză și chiar ulceratii, dar ele nu sunt patognomonice alergiei și se pot confunda cu alte patologii. Antecedentele de reacții alergice la nichel pot orienta practicianul în punerea diagnosticului; alerggia la piercing este cea mai frecventă manifestare alergică în antecedentele acestor pacienți.

Alergia la nichel se consideră că este consecința unei reacții de hipersensibilitate de tip IV. Analizele histologice relevă prezența unei îngroșării ale straturilor epiteliale, cu inter digitații profunde ale papilelor epiteliale în țesutul conjunctiv subiacent; mănunchiuri îngroșate de fibre sunt observate în corion. Diferențele față de augmentările de volum gingival din inflamația cronică asociată aparatelor ortodontice constau în lipsa modificărilor inflamatorii

intens exsudative (Caranza 1996).

Mecanismul patogenetic care stă la baza modificărilor proliferative asociate nichelului se referă la creșterea ratei proliferative a keratinocitelor la expunerea la nichel, posibil prin creșterea expresiei receptorilor pentru factorii de creștere epiteliali (Genelhu et al. 2005).

În cazurile ușoare, înlăturarea aparatelor poate duce la restabilirea situației. Formele mai severe pot necesita terapie antihistaminică și aplicații topice de corticoizi (Levin et al. 2012). Folosirea unor componente ortodontice alternative (din rășini epoxidice) poate să fie necesară.

Creșteri de volum gingival de dimensiuni mai alarmante, apărute în contextul inflamației cronice induse de placă pot să fie observate în perioada pubertară. Manifestările inflamatorii pot fi profund exacerbate de contextul hormonal al acestei perioade, care favorizează dezvoltarea unei flore specifice. Astfel, reacția locală la bacteriile plăcii este mult amplificată și duce la dezvoltarea unui tablou clinic particular, în care mucoasa gingivală este evident crescută ca și volum, uneori cu un aspect chiar lobular, cu caracteristici inflamatorii și sângerare provocată (fig.1).



Figura 1

Modificările sunt uneori detectate de medicul ortodont, atunci când pacientul se adresează pentru terapie specifică; evident terapia ortodontică este exclusă până la restabilirea situației normale. Controlul profesional și personal agresiv al plăcii dentare poate duce la restabilirea totală ale statusului gingival sau doar parțială, așa cum se observă pentru adolescența prezentată (fig.2). În continuare, în această situație clinică a fost nevoie de gingivectomie, pentru eliminarea zonelor hiperplazice restante după terapia inițială. Examenul morfo-patologic al țesutului excizat a relevat modificări de tip inflamator cronic.

O altă situație de intersecție dintre cele două specialități este reprezentată de parodontita agresivă. Deoarece în clinică ne-am confruntat cu multe situații dezastruoase datorate absenței unui diagnostic al acestei afecțiuni înainte de aplicarea aparatelor ortodontice, considerăm importantă aprofundarea acestei situații. Este bine cunoscut faptul că parodontita agresivă (PA) afectează adolescenții și adulții tineri și deși se observă la o minoritate din pacienții parodontopați, boala are o semnificație deosebită având

INTERSECȚII PARODONTALE SI ORTODONTICE

în vedere efectele majore datorate pierderii suportului parodontal. PA este asociată cu simptome și semne marcate, care au un impact funcțional, psihologic și social, cu alterarea consecutivă a calității vieții (Durham et al.2013).



Figura 2

Prevalența bolii este redusă, în Europa fiind raportată o rată de ~0.1% - 0.5%. Pe de altă parte, nivele uimitor de mari de prevalență ale PA au fost raportate pentru SUA (3%) și pentru Australia (8%). Oricum, datele despre prevalența globală a PA rămân confuze (Demmer & Papapanou 2010), iar diferențele mari înregistrate între studii se pot datora definiției diferite de boală care s-a folosit în studiile epidemiologice. PA se instalează în adolescență sau perioada de adult tânăr, perioade în care de obicei debutează tratamentul ortodontic, care necesită vizite frecvente de control. Astfel, pare ideală sensibilizarea specialistului ortodont despre importanța screeningului semnelor de debut ale PA și inițierea măsurilor terapeutice specifice sau adresarea la specialistul parodontolog. Pentru interceptarea pacienților cu PA în cabinetele specializate de ortodonție se recomandă realizarea unei examinări parodontale înainte, în timpul și după tratamentul ortodontic. Înainte de tratament ortodontul trebuie să se asigure că pacientul este capabil de a realiza o igienă orală optimă, deoarece aparatele fixe au un efect negativ asupra performanțelor de igienă dentară favorizând acumulările de placă. Dacă pacientul nu este apt să-și updateze obiceiurile de igienă orală pe termen lung, tratamentul ortodontic se recomandă a fi amânat până se observă îmbunătățirea nivelului de igienă orală. Pacientul trebuie informat și conștientizat că ne aderarea la protocolul de igienă personală dentară stabilit de practician poate duce la refuzul terapiei ortodontice, datorită consecințelor dramatice pe care practica unei igiene necorespunzătoare le poate antrena. Igiena improprie poate duce la dezvoltarea unui biofilm dentar patogen, care la persoanele susceptibile poate declanșa boala parodontală.

Cum diagnosticul PA este esențial a fi realizat în stadiile incipiente, înainte de instalarea destrucțiilor ireversibile, ca și rutină, înainte de începerea unui tratament ortodontic este obligatorie evaluarea parodontală clinică și radiografică. Examenul clinic

parodontal trebuie să includă o evaluare a profunzimii la sondare/retracțiilor gingivale full-mouth. Sondarea rapidă, cu sonda parodontală poate imediat alarma practicianul în prezența unor adâncimi anormale la sondare. Radiografia panoramică poate orienta practicianul în decelarea modificărilor patologice parodontale. Atunci când se identifică prezența pungilor parodontale/pierdere de atașament și pierdere osoasă, pacientul trebuie trimis la specialistul parodontolog pentru evaluări aprofundate. Screeningul parodontal nu este o manoperă complicată și se poate realiza în doar câteva minute.

În timpul tratamentului ortodontic, dar și după finalizarea lui, cu ocazia vizitelor de control este esențial a se verifica igiena orală și statusul gingival (inflamația/sângerarea la sondare). La un interval de 6 luni se recomandă evaluarea clinică parodontală (inclusiv parodontometria). Prezența pungilor impune radiografii ulterioare și trimiterea la specialist. Examinarea inițială, vizitele de control și cele de întreținere după încheierea tratamentului ortodontic reprezintă ocazii excelente de screening ale PA, la adolescenți și la adulții tineri (Levin et al. 2012).

O altă situație de intersecție dintre ortodonție și parodontologie este tratamentul ortodontic al pacientului parodontopat (cu parodontiu redus dar stabilizat); în aceste situații, terapia ortodontică poate fi privită ca și un adjuvant al terapiei parodontale complexe fiind realizat pentru (Ong et al.1998): 1) re poziționarea dinților cu migrări secundare, pentru îmbunătățirea paralelismului viitorilor dinți stâlpi, 2) alinierea dinților, pentru închiderea diastemelor/tremelor, cu refacerea punctelor de contact pentru îmbunătățire estetică și în vederea realizării contenției, 3) recalibrarea spațiilor edentate, 4) corectarea ocluziei încrucișate, 5) extruzia accelerată adresată unor fracturi cu componentă sub gingivală, 6) corectarea înghesuirilor dentare, 7) obținerea unor ambrazuri optime și o poziție radiculară optimă.

Migrările secundare sunt semn frecvent asociat bolii parodontale și o consecință a pierderii suportului osos și se materializează în apariția diastemelor, cu sau fără vestibulo-versiuni, egresiuni, rotații și versiuni proximale ale dinților laterali, cu pierderea dimensiunii verticale de ocluzie. Migrările dentare apar ca și consecință a ruperii echilibrului forțelor care mențin dinții în relație normală (Consens 1979). Cei mai importanți factori recunoscuți a determina migrarea dinților sunt: pierderea țesuturilor parodontale, factori ocluzali, presiunea țesuturilor moi ca obraji, limba și buzele, inflamația parodontală, forțele eruptive și o serie de obiceiuri orale. Atunci când continuitatea lanțului de fibre transseptale este întreruptă sau slăbită de boala parodontală, echilibrul forțelor este rupt și forțele ce tind să disloce dinții depășesc rezistența parodontală producându-se deplasarea dinților (Greenstein et al.2008).

Este prezentat cazul unei paciente cu 28 de ani, cu o parodontită agresivă medie localizată maxilar și la nivelul dinților frontali inferiori, cu pierdere de atașament de 3-4 mm. Pacienta se adresează pentru migrările secundare ale dinților frontali și deficit estetic (fig.3,4).

INTERSECȚII PARODONTALE SI ORTODONTICE



Figura 3

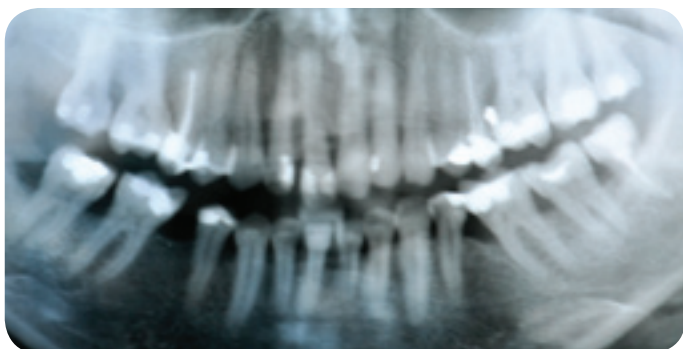


Figura 4

După terapia inițială se instituie un tratament ortodontic pentru realinierea dinților (fig.5).



Figura 5

Terapia ortodontică se poate realiza cu succes la pacientul parodontopat cu condiția stabilizării bolii, adică managerierea infecției și inflamației prin terapie inițială (etiologică). Antecedentele de boala parodontală nu sunt o contraindicație pentru ortodonție. Mai mult decât atât se consideră că terapia ortodontică îmbunătățește posibilitățile de salvare și restaurare ale dentiției deteriorate, iar riscul de recidivă al bolii parodontale nu este crescut în cursul terapiei ortodontice fixe (Nelson et Artun.1997).

Nu în ultimul rând, o altă situație de intersecție parodonto-

ortodontică este necesarul de corectare al deficitelor de dezvoltare, cum ar fi absența mucoasei fixe înainte de terapia ortodontică. Deși prezența gingiei fixe nu este obligatorie pentru menținerea stării de sănătate parodontală, ea trebuie creată chirurgical în prezența traumatismelor reprezentate de aplicarea aparatelor ortodontice. Prezentăm cazul unei tinere paciente de 29 de ani, cu parodontită medie generalizată, cu pierderi de atașament de 2-4 mm, prezentată datorită efectului inestetic cauzat de migrările dentare secundare (fig.6,7).



Figura 6

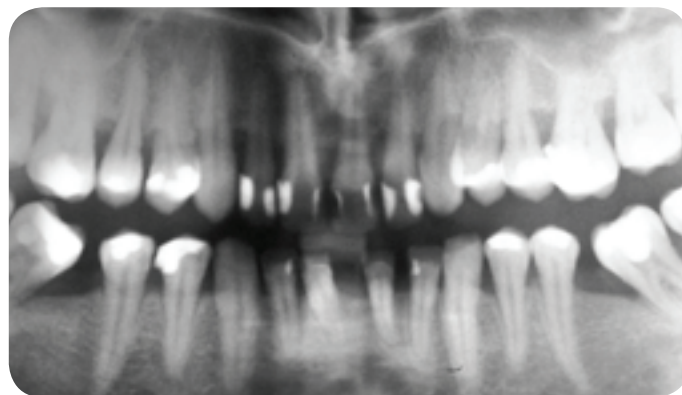


Figura 7

Înainte de terapia ortodontică, care a urmărit închiderea diastemelor/tremelor s-a realizat o greșă gingivală liberă (fig.8) pentru crearea gingiei fixe. La 2 luni după intervenția chirurgicală muco-gingivală a fost inițiat tratamentul ortodontic (fig.9).



Figura 8

INTERSECȚII PARODONTALE SI ORTODONTICE



Figura 9

În concluzie este important de reținut că terapia ortodontică este posibilă la subiecții cu parodonțiu redus. În aceste cazuri, elementul cheie al unei terapii ortodontice de succes este ținerea sub control a acumulării de placă și inflamației gingivale. Screening-ul pierderilor de atașament este la îndemâna specialistului ortodont, care poate facilita diagnosticul bolii parodontale în faze incipiente.

Bibliografie

- Chasens A. Periodontal disease, pathologic tooth migration and adult orthodontics. *New York J Dent* 1979; 49:40-43.
- Demmer RT, Papapanou PN. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontology* 2000, 2010; 53:28-44.
- Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. [Impact of periodontitis on oral health-related quality of life](#). *J Dent*. 2013; 41(4):370-6
- Genelhu MC, Marigo M, Alves-Oliveira LF, Malaquias LC, Gomez RS. [Characterization of nickel-induced allergic contact stomatitis associated with fixed orthodontic appliances](#). *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005; 128(3):378-81
- Greenstein G, Cavallaro J, Scharf D, Tarnow D. Differential diagnosis and management of flared maxillary anterior teeth. *JADA* 2008; 139:715-723
- [Holmstrup P](#). Non-plaque-induced gingival lesions. [Ann Periodontol](#).

Alexandra Roman
(Universitatea de Medicină și Farmacie
Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca)



Ofertă specială
până la 31 August
De la 138 Euro la
92 Euro

Ketac™ Cem Plus

Confort și performanță

Ciment ionomer de sticlă modificat cu rășini, sistem pastă / pastă, disponibil în dispenserul Clicker™ produs de 3M ESPE.

Indicații

- Cimentarea definitivă a inlay-urilor, onlay-urilor, coroanelor și punților dentare:
 - Metalice sau metalo-ceramice
 - Integral ceramice cu infrastructură din alumină sau oxid de zirconiu (coroanele și punțile Lava™)
- Cimentarea definitivă a dispozitivelor corono-radiculare și a componentelor ortodontice metalice

Beneficii

- Adeziune puternică datorită prezenței rășinii, solubilitate scăzută, eliberare de fluor
- Dozare rapidă și ușoară cu dispenserul Clicker™ 3M ESPE, risc redus de apariție a hipersensibilității post-operatorie
- Raport constant, precis între cele două componente (bază / catalizator)
- Omogenizare mai rapidă datorită sistemului pastă / pastă, grosime redusă a filmului de ciment, îndepărtare ușoară
- Timp de priză normal – nu condiționează numărul de elemente



Ciment ionomer de sticlă modificat cu rășini pentru cimentări definitive; sistem pastă / pastă, ambalat în dispenser clicker; trusa conține: 2 x 11g clicker, pad de amestecare

VOCO GmbH • Postfach 767 • 27457 Cuxhaven • Germany



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 20.03.2013

CleanJoy- Pastă profilactică pentru periajul profesional

CleanJoy este o nouă pastă de curățare și lustruire folosită pentru periajul profesional și lustruirea dinților în cadrul tratamentului profilactic. Această pastă este folosită pentru a îndepărta placa bacteriană de consistență moale și tartrul, cât și petele extrinseci provocate, de exemplu, de ceai, cafea și tutun. CleanJoy este de asemenea folosit pentru curățarea și lustruirea suprafețelor dentare, cât și a restaurărilor, în cadrul periajului profesional. În plus, CleanJoy este recomandat înaintea aplicării gelului de albit sau după îndepărtarea aparatelor ortodontice. CleanJoy poate fi folosit și înainte de cimentarea definitivă a unei restaurări indirecte sau pentru îndepărtarea depozitelor de material de cimentare temporar.

CleanJoy este oferit în trei grade diferite de curățare, astfel încât, în funcție de gradul de contaminare, fiecare pacient poate primi un tratament personalizat. Este asigurată o aplicare sigură și fără confuzie datorită sistemului de codare pe culori a tuburilor (roșu = abraziv / putere mare de curățare, galben = mediu / putere medie de curățare, verde = fin / pastă de lustruit). CleanJoy conține 700 ppm fluor, ajutând în acest fel la remineralizarea și creșterea rezistenței țesutului dentar dur natural.

CleanJoy este ușor de folosit și poate fi aplicat cu orice perie tip cupă disponibilă în comerț sau cu o perie mică. Cantitatea dorită de pastă este distribuită pe o plăcuță de mixare, apoi preluată cu un instrument de curățare și aplicată pe suprafața dintelui care urmează a fi tratată, la o viteză de rotație potrivită, folosind o presiune ușoară. În final, zonele curățate se clătesc cu apă din abundență, iar orice exces de material va fi aspirat. Tratamentul cu pasta de curățare roșie sau galbenă este urmat tot timpul de o aplicare finală cu pasta de lustruit verde, pentru a netezi suprafețele curățate și pentru a preveni aderența unor noi particule. Această procedură este recomandată de asemenea după utilizarea air-flow-ului. Pasta de lustruit oferă o strălucire perfectă, plăcută din punct de vedere estetic, suprafețelor curățate.

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

VOCO România:

Centru-Nord: Mirela-Cristina Deva · 0722 536 134

Est: Mihaela Cristina Foca · 0754 883 751

Sud: Dr. Gabriel Ciochinda · 0732 3322 20

Vest: Otilia Chirica · 0745 3120 00

Geschäftsführer: Manfred Plaumann, Manfred Thomas Plaumann, Olaf Sauerbier - Amtsgericht Tostedt HRB 110134 · Erfüllungsort und Gerichtsstand: Cuxhaven - Deutsche Bank Hamburg (BLZ 200 700 00) 8500084 · IBAN: DE64200700000850008400 BIC: DEUTDE33

VOCO
DIE DENTALISTEN

VOCO GmbH • Postfach 767 • 27457 Cuxhaven • Germany

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 20.03.2013



Control Seal – Material transparent cu fluor pentru sigilarea fisurilor, cu un grad mare de umplere, fotopolimerizabil

A fost lansat noul sigilant pentru fisuri de la VOCO, un material versatil din mai multe puncte de vedere: Mulțumită proprietăților sale fizice excelente, Control Seal, un produs cu un grad mare de umplere și care conține fluor, este cheia contribuției în prevenirea activă a cariei, în particular pentru copii și adolescenți. O nouă proprietate este transparența, care permite controlul continuu al sigilării. Având un conținut de umplere de 55% din greutate, Control Seal este așadar singurul sigilant de pe piață care combină transparența cu stabilitatea unui sigilant opac. În plus, transparența acestui produs permite utilizarea unor metode de diagnostic bazate pe fluorescență laser, astfel încât cariile pot fi diagnosticate și monitorizate în momentul apariției lor sub stratul de sigilant.

Acest material compozit de sigilare a fisurilor, fotopolimerizabil, este conceput pentru a sigila șanțurile și fisurile, suprafețele de smalț deteriorate, pentru a acoperi zonele cu predilecție, de ex. în cursul tratamentelor ortodontice, și pentru a sigila obturațiile din compozit sau ciment, formând un strat protector împotriva umidității. În plus, Control Seal este folosit și pentru sigilarea dinților deciduali, cât și

pentru sigilarea fisurilor extinse.

Spre deosebire de multe alte materiale sigilante transparente, Control Seal impresionează de asemenea și prin proprietățile fizice care includ o bună rezistență la compresiune și o bună rezistență la flexie, adăugând un nivel scăzut de contracție și abraziere. Control Seal este disponibil în seringă NDT®, fără picurare, care asigură o administrare simplă și o curgere uniformă.

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

VOCO România:

Centru-Nord: Mirela-Cristina Deva · 0722 536 134

Est: Mihaela Cristina Foca · 0754 883 751

Sud: Dr. Gabriel Ciocinda · 0732 3322 20

Vest: Otilia Chirica · 0745 3120 00

Geschäftsführer: Manfred Plaumann, Manfred Thomas Plaumann, Olaf Sauerbier - Amtsgericht Tstedt HRR 110134 - Erfüllungsort und Gerichtsstand: Cuxhaven - Deutsche Bank Hamburg (BLZ 200 700 00) 8500084 - IBAN: DE64200700000850008400 BIC: DEUTDE33

VOCO
DIE DENTALISTEN

VOCO GmbH • Postfach 767 • 27457 Cuxhaven • Germany

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 20.03.2013



Futurabond® U – Adeziv universal cu priză duală

Cu noua *SingleDose* cu priză duală Futurabond U de la VOCO este lansat acum pe piață unicul sistem adeziv universal ce poate fi folosit într-o doză de unică folosință. În afară de manevrabilitatea incredibil de simplă a *SingleDose*, noul Futurabond U oferă medicului practicant o gamă deosebit de mare de opțiuni de aplicare, atât în ceea ce privește domeniile de utilizare sau selectarea tehnicii de gravare, cât și a modului de polimerizare. Auto-gravare, gravare selectivă sau gravare totală: Futurabond U permite medicului practicant libertatea de a alege tehnica condiționării țesutului dentar dur, în funcție de situația clinică individuală și modul preferat de lucru.

Aplicat într-un singur strat, acest nou adeziv universal creează o legătură strânsă între smalț și dentină, în acest fel asigurând o legătură fără spații, durabilă, între țesutul dentar dur și materialul de restaurare. În același timp, oferă o adeziune fermă la diferite materiale, cum ar fi metal, zirconiu/oxid de aluminiu și ceramică silicată, nefiind necesar un primer adițional. O adeziune puternică este de asemeni asigurată în cazurile de polimerizare chimică, făcând astfel materialul Futurabond U ideal pentru cimentarea pivoților în canalul radicular.

Acest adeziv universal este total compatibil cu toate compozitele bazate pe metacrilat fotopolimerizabile, cu priză duală sau autopolimerizabile și este potrivit atât pentru restaurările

indirect, cât și pentru cele directe - **nu** necesită un activator suplimentar pentru polimerizarea duală. În plus, Futurabond U poate fi folosit pentru desensibilizarea coletelor dentare hipersensibile sau după prepararea cavității, și este indicat de asemenea ca și lac protector pentru restaurările din ciment ionomer de sticlă.

SingleDose brevetată asigură aplicare rapidă și simplă, erorile de mixare fiind excluse din start, iar produsul este foarte igienic. Futurabond U este disponibil într-un pachet introductiv care conține 20 *SingleDose* împachetate în blistere, o seringă de 2 ml Vococid, plus canule aplicatoare, cât și 20 de aplicatoare SingleTim. Noul material adeziv vine de asemenea și în pachete de 50 și 200 *SingleDose*. Gelul gravant Vococid, fără picurare, de culoare albastră, conținând 35% acid fosforic, este acum vândut pentru prima dată în seturi de câte 5 bucăți, în noua seringă de 2 ml. Seringa utilizată și testată de 5 ml este încă valabilă.

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

VOCO România:

Centru-Nord: Mirela-Cristina Deva · 0722 536 134

Est: Mihaela Cristina Foca · 0754 883 751

Sud: Dr. Gabriel Ciocinda · 0732 3322 20

Vest: Otilia Chirica · 0745 3120 00

Geschäftsführer: Manfred Plaumann, Manfred Thomas Plaumann, Olaf Sauerbier - Amtsgericht Tostedt HRB 110134 - Erfüllungsort und Gerichtsstand: Cuxhaven - Deutsche Bank Hamburg (BLZ 200 700 00) 8500084 - IBAN: DE64200700000850008400 BIC: DEUTDE33XXX

VOCO
DIE DENTALISTEN

VOCO GmbH • Postfach 767 • 27457 Cuxhaven • Germany



Meron - Ciment ionomer de sticlă radioopac pentru cimentare definitivă

Meron este un ciment ionomer de sticlă pentru cimentare definitivă, încapsulat pentru aplicare directă. Acest material este caracterizat prin proprietățile sale de curgere deosebite, un nivel crescut de stabilitate și rezistență la compresiune, o grosime mică a stratului de aplicare (16 – 20 μm), pe lângă un nivel de translucență crescut, cât și eliberare de fluor. Noua capsulă de aplicare conține considerabil mai mult material decât produsele similare ale producătorilor concurenți și oferă un avantaj în plus. Utilizarea rapidă și simplă este posibilă fără activator: poziționați capătul capsulei de aplicare cu compartimentul lichidului pe o suprafață dură (de ex. o masă) și apăsați-l ușor în compartimentul de mixare. Acum poziționați capsula activată într-un aparat de mixare cu frecvență înaltă, timp de 10 secunde, îndepărtați capsula și deschideți-o ridicând vârful aplicator. Introduceți capsula într-un aplicator disponibil din comerț și astfel produsul este gata pentru aplicare.

Meron este conceput pentru cimentarea restaurărilor indirecte de diferite tipuri: coroane cu bază metalică, punți, inlay-uri și onlay-uri, coroane și punți cu rezistență crescută integral ceramice, cât și pentru coroanele și punțile cu bază metalică sau integral ceramice, cu rezistență crescută, pe bonturi implantare. Meron este de asemenea potrivit pentru cimentarea pivoților radiculari metalici

sau a dispozitivelor corono-radulare metalice realizate indirect, a coroanelor metalice prefabricate și a benzilor ortodontice. Capacitatea capsulei de aplicare permite acum cimentarea ușoară și cu exces de material a restaurărilor de amploare.

În noua sa capsulă de aplicare, Meron oferă un timp de lucru de aproximativ 3 minute și un timp de polimerizare de 3 – 7 minute. Acest lucru înseamnă că aplicarea și cimentarea sunt realizate rapid, după doar 6 – 10 minute. Orice exces poate fi ușor îndepărtat în timpul fazei de polimerizare, cu o sondă sau cu ajutorul unui instrument de detartraj, iar materialul rămas după decolarea benzilor ortodontice poate fi îndepărtat cu ajutorul aparatului de detartraj. Datorită nivelului crescut de biocompatibilitate al cimentului Meron, sensibilitatea postoperatorie nu apare în general cu acest produs.

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

VOCO România:

Centru-Nord: Mirela-Cristina Deva · 0722 536 134

Est: Mihaela Cristina Foca · 0754 883 751

Sud: Dr. Gabriel Ciochinda · 0732 3322 20

Vest: Otilia Chirica · 0745 3120 00

Geschäftsführer: Manfred Plaumann, Manfred Thomas Plaumann, Olaf Sauerbier - Amtsgericht Tstedt HRR 110134 · Erfüllungsort und Gerichtsstand: Cuxhaven-Deutsche Bank Hamburg (BLZ 200 700 00) 8500084 · IBAN: DE64200700000850008400 BIC: DEUTDE33XXX

VOCO
DIE DENTALISTEN

FACTORI DECIZIONALI ÎN ESTETICA PE IMPLANTE

Implantele dentare sunt astăzi acceptate de tot mai mulți pacienți, în sensul dorinței acestora de a beneficia de terapia implantară, fiind în același timp integrate în portofoliul multor medici stomatologi.

Implantul dentar inclus în categoria succes chirurgical și protetic rămâne poate mai mult ca oricând într-o arie exclusivistă, într-o lojă aparte.

Toți cei care au luat drumul restaurărilor pe implante, recunosc dificultatea obținerii unor rezultate estetice deosebite. Este esențial să fie respectat un anumit protocol, și anume:

1. Să fie evaluată atât cantitatea și calitatea osului disponibil, cât și elementele specifice ale țesutului gingival: contur, grosime, zenith, papile interdentare sau profunzime la sondare,

2. Trebuie identificate zonele deficitare în țesut osos și gingival și modalitățile de reconstrucție arhitecturală conform standardelor funcționale și estetic,

3. Analiza estetică a cazului atât din punct de vedere dentar, dar mai ales se impune o evaluare atentă a structurilor dentare în contextul facial,

4. Conservarea țesuturilor alveolare și parodontale se referă la un principiu tot mai des folosit în medicina dentară, și anume cel al intervențiilor minim invazive,

5. Prefigurarea lucrării finale (wax-up), înaintea oricărei manopere chirurgicale pentru o inserție corectă a implantelor, o poziționare tridimensională care să asigure transmiterea axială a forțelor și un profil de emergență estetic.



Fig. 1 Wax-up diagnostic



Fig. 2 Mock-up

6. Manipularea îngrijită a țesuturilor restante. Chirurgia osoasă, în special cea legată de restaurările implantare estetice este o chirurgie fină, care pune preț pe detalii, inclusiv pe 1 mm de țesut osos sau gingival, insignifiant doar pentru necunoscători.

7. Realizarea unei reconstrucții provizorii și a unui stâlp personalizat care să modeleze și să mențină țesuturile moi.



Fig. 3 Modul de confecționare a stâlpului protetic personalizat

8. Alegerea corectă a materialului reconstrucției protetice finale.

Ce înseamnă însă o reconstrucție estetică pe implante? Belser et al. definesc lucrările protetice fizionomice ca fiind în armonie cu structurile peri-orale ale pacientului. Restaurările ar trebui să imite aspectul natural al unităților dentare absente, în ceea ce privește culoarea, forma, textura, dimensiunea și proprietățile optice.

Pornim de la ideea de a reconstrui, în scopul obținerii aspectului inițial al arcadelor dentare ale pacientului, cu respectarea structurilor adiacente. De aceea, anumite cazuri vor fi coordonate de o echipă pluridisciplinară de medici stomatologi cu specializări în chirurgie, protetică sau parodontologie. Cel mai important lucru în tot acest demers este colaborarea dintre medicii implicați în rezolvarea cazului. Toți ar trebui să cunoască limitele și posibilitățile fiecărei ramuri, să fie la curent cu criteriile de estetică dentară și gingivală, să înțeleagă obiectivele urmărite și maniera prin care pot ajunge la restaurarea finală, ideală.

Concepția terapeutică trebuie atent explicată pacientului și discutată până când se ajunge la un numitor comun între speranțele acestuia și posibilitățile tehnice de a le îndeplini.

Obiectivele nerealiste sau așteptările nejustificate din partea pacientului pot duce la disfuncționalități în relația cu medicul și la nemulțumiri ulterioare.

Succesul unei restaurări estetice pe implante este strâns legat atât de manoperele chirurgicale cât și de cea protetică.

Factorii chirurgicali care ar trebui avuți în vedere pentru reușita estetică ar fi:

1. Modul în care se trasează liniile de incizie și tipul de lambou realizat în vederea creării accesului chirurgical

2. Inserția corectă tridimensională a implantului în sens vestibulo-oral, mezio-distal, respectiv apical,

3. Conservarea unei cantități de minim 2 mm de corticală osoasă vestibulară,

4. Reconstrucția osoasă și tisulară pre-implantar sau simultan cu inserția implantului – acolo unde este necesar. Se urmărește augmentarea osoasă cu refacerea armonioasă a conturului alveolar vestibular, a liniei coletelor, a papilelor și posibilitatea inserției implantului într-un ax protetic corespunzător,

FACTORI DECIZIONALI ÎN ESTETICA PE IMPLANTE

5. Se recomandă adiția de țesut conjunctiv în toate cazurile de implant în zona estetică. (Buser et al.)

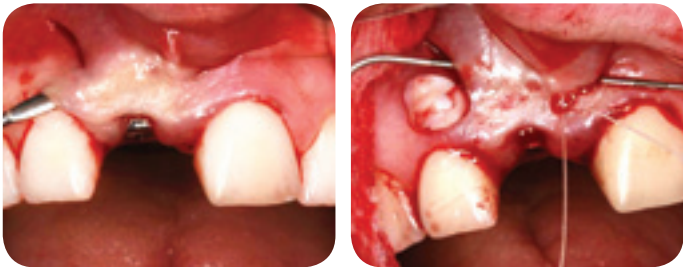


Fig 4 - 5 : Realizarea unei grefe de țesut conjunctiv post-implantar în regiunea 1.1 prin tehnica tunelizării



Fig. 6 - 7: Aspectul grefei de țesut conjunctiv imediat postoperator, respectiv la 7 zile Cazuistica dnei dr. Condor Daniela

Odată ce au fost îndeplinite dezideratele chirurgicale și stabilitatea primară a implantului este validată, se trece la etapele protetice, astfel:

Factorii protetici care dictează rezultatul estetic sunt:

1. Utilizarea reconstrucțiilor protetice provizorii cu rolul de a condiționa țesuturile moi periimplantare. Ele pot fi sub forma unor lucrări protetice fixe, cimentate pe dinții adiacenți breșei, lucrare fixă înșurubată pe implant, punte adezivă sau lucrare mobilizabilă ancorată pe dinții posteriori.

2. Confecționarea unor stâlpi implantari personalizați cu rolul de a perpetua situația clinică obținută prin ajustarea periodică a restaurațiilor provizorii. Astfel, marginile protetice vor fi plasate la 1mm subgingival în zona frontală vestibulară și juxtagingival în zona palatinală; profilul concav din aria subgingivală va asigura o grosime sporită țesutului keratinizat și prin consecință, o mai bună etanșeitate

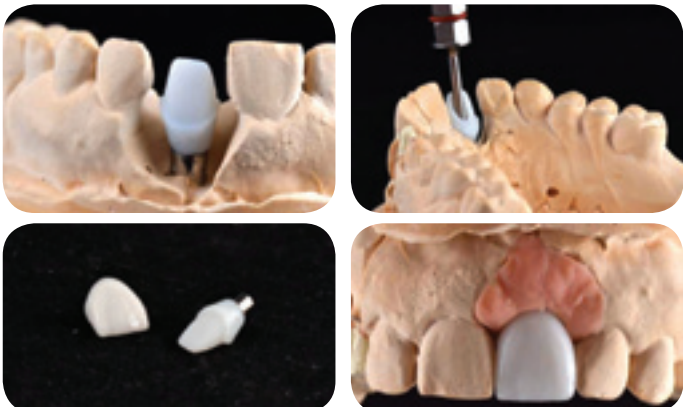


Fig. 8 - 11 Aspectul unui stâlp protetic personalizat, respectiv a unei coroane ceramice din E-max (lithium disilicat)

gingivală peri-implantară. Pragul chamfer este esențial în adaptarea piesei protetice și asigurarea profilului de emergență.

3. Materialele alese trebuie să fie caracterizate prin culoarea, translucența dinților naturali, să permită o transmitere a luminii similară țesuturilor dentare.



Fig. 12 -13 Macro și microtextura unei coroane ceramice stratificate din E-max

Concluzii

Abordarea unei reconstrucții estetice implantare se caracterizează îndeosebi prin individualizare, de la simpla incizie la forma, micro și macrotextura viitoarei lucrări protetice.

Pregătirea minuțioasă a unui astfel de caz înaintea oricărei manopere chirurgicale este esențială în reușita terapiei. Analiza clinică a modelelor de studiu, montate în articulator, a waxup-ului diagnostic, precum și a examenelor complementare implică un consum de timp sporit, însă neprețuit pentru mulțumirea pacientului și satisfacția profesională a medicului.



Fig. 14 -15 Coroana ceramică E-max înșurubată pe un stâlp protetic implantar personalizat la nivelul lui 1.1

Bibliografie:

- Higginbottom F, Belser U, Jones J, Keith S: Prosthetic management of implants in the esthetic zone. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19 Suppl: 62-72.
- Kois JC, Kan JY: Predictable single-tooth peri-implant esthetics: five diagnostic keys. Compendium 2004;25(11) AEGIS Communications 2004.
- Proceedings of the Third ITI Consensus Conference. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19 Suppl:1-156.
- Buser D, Martin W, Belser UC: Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. Int J Oral Maxillofac Implants 2004.
- Grunder U, Gracis S, Capelli M: Influence of the 3D bone to implant relationship on esthetics. Int J Periodontics Restorative Dent 2005;25:113-119.
- Cohen M: Interdisciplinary treatment planning: principles, design, implementation. Quintessence Publishing Co. 2008.
- Borghetti A, Monnet-Corti V: Chirurgie plastique parodontale Editions Cdp 2011.
- Zuchelli G: Chirurgia estetica mucogingivale (Vol 1/2) Quintessence Edizioni 2011.

Dr. Oana Baru

Dr. Rareș Buduru

Clinica Stomestet, Cluj-Napoca

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU

AUTORI:

DR. SEBASTIAN ȘOICU

Medic dentist Clinica Dental House Pitești

Doctor în științe medicale

DR. MARIUS STUPARU

Medic dentist coordonator Clinica Dental House Pitești

INTRODUCERE

Reabilitarea orală bimaxilară este o opțiune de tratament stomatologic restaurator care se adresează pacienților cu afecțiuni dentare complexe. Cerințele estetice și funcționale tot mai ridicate calitativ ale pacienților și medicilor au dus la apariția unor materiale tot mai performanțe, cu proprietăți mecanice și optice foarte bune¹.

Dintre aceste materiale, ceramica pe bază de disilicat de litiu (IPS e. max, Ivoclar Vivadent) prezintă, comparativ cu ceramică feldspatică sau armată cu leucit, o mai bună rezistență la încovoiere și fractură, oferind totodată și o estetică excelentă². Aceste calități oferă ceramicii pe bază de disilicat de litiu o gamă largă de utilizări în protetica fixă, în general ca restaurări fixe unidentare pe dinți și implante dentare.

PREZENTARE DE CAZ

Pacienta DR, 45 ani, s-a prezentat în cabinetul de medicină dentară, fiind în primul rând nemulțumită de aspectul incisivilor centrali maxilari. Alte aspecte negative semnalate de pacientă au fost culoarea dinților în general, prezența obturațiilor de colet vechi și inestetice la nivelul dinților anteriori maxilari, precum și relativa lipsă de eficiență masticatorie.

Pacienta a fost examinată clinic (extra- și intraoral) și paraclinic (radiografii panoramică și retroalveolare) și i s-a realizat protocolul extins de fotografii (fig. 1-4, 5-9, 11, 12).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

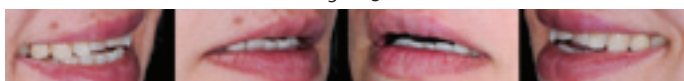


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

Pacienta a prezentat o bună igienă orală, cu adâncimi de sondare paradontală de maximum 4 mm, sângerare redusă la sondare doar în zona molarilor secunzi și fără mobilitate patologică (fig. 10), remarcându-se și lipsa tratamentelor endodontice. Toți dinții au prezentat vitalitate normală.

În urma efectuării anamnezei și a examenelor clinic și paraclinic am constatat prezența următoarelor probleme:

Uzura accentuată a incisivilor centrali maxilari;

Lipsa ghidajului anterior;

Curbură incizală inversată;

Fațete de uzură palatinal la nivelul dinților frontali maxilari și ocluzal la nivelul dinților laterali mandibulari;

Dinți malpoziționați: 12, 11, 21, 22, 31;

Abfracții la nivelul coletelor vestibulare ale dinților 13, 12, 22, 43;

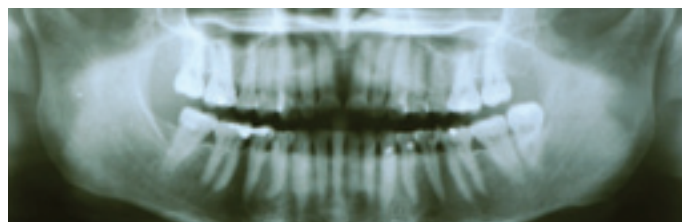


Figura 11

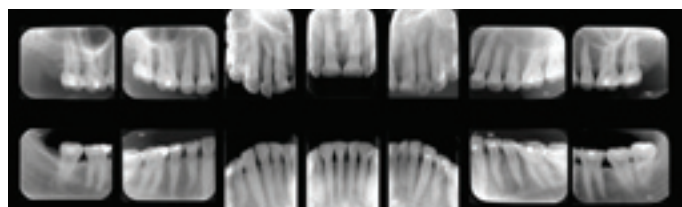


Figura 12

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU

Obturații cervicale vechi din rășină diacrilică compozită (RDC) la nivelul dinților 14, 11, 21, 23, 24, 33, 34, 44;

Obturații ocluzo-proximale din RDC pe dinții 17, 26, 27, 38, 37, 45, 46, 47;

Obturații din amalgam de argint pe dinții 16, 36;

Leziuni carioase superficiale ocluzal la nivelul dintelui 27.

Din punct de vedere etiologic, cauzele problemelor susmenționate sunt bruxismul, unele perioade de igienizare necorespunzătoare din trecut, precum și episoade de reflux gastroesofagian petrecute între 35-40 ani.

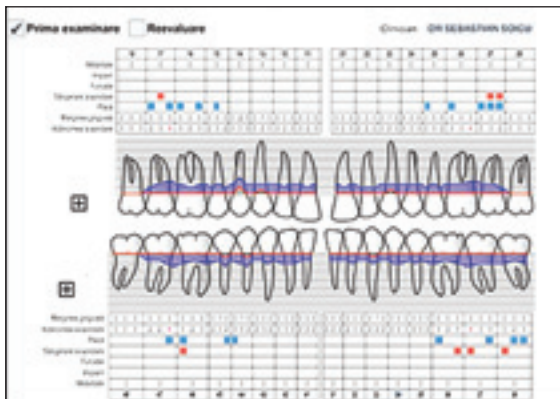


Figura 10

Deoarece principala acuză a pacientei a fost aspectul incisivilor centrali superiori, am realizat pentru început un mock-up pentru cei patru incisivi superiori direct în cavitatea orală, folosind RDC (fig. 13).



Figura 13

Impactul asupra pacientei a fost unul spectaculos, datorită îmbunătățirii estetice apărute după o muncă de aproximativ 15 minute. Acest impact a stat la baza conturării și acceptării de către pacientă a întregului plan de tratament.

Am trecut apoi la realizarea DSD-ului, care a relevat dimensiunile reduse ale incisivilor superiori, nivelele marginilor gingivale și alte tulburări estetice (fig. 14, 15). Cu ajutorul DSD-ului am putut schița o



Figura 14

soluție de tratament în fața pacientului și am oferit date concrete de mare ajutor tehnicianului dentar pentru realizarea wax-up-ului.



Figura 15

Planul de tratament stabilit împreună cu pacienta a constat din reabilitarea orală bimaxilară cu restaurări protetice unidentare integral ceramice, utilizând ceramica pe bază de disilicat de litiu (IPS e. max Press și Ceram, Ivoclar Vivadent).

Amprentarea bimaxilară în vederea realizării modelelor de studiu și a wax-up-urilor a fost însoțită de determinarea relațiilor intermaxilare și de înregistrarea poziției maxilarului față de axa balama cu ajutorul arcului facial.

Am considerat că este necesară o creștere a DVO cu aproximativ 3 mm, măsurată în zona caninilor, luând în considerare factori estetici, funcționali și parametri tehnici (fig. 16-18).



Figura 16



Figura 17



Figura 18

Cu ajutorul datelor primite din cabinet (amprente bimaxilare, înregistrarea RC la DVO crescută cu 3 mm, DSD, arc facial), tehnicianul dentar a fabricat wax-up-urile bimaxilare (fig. 19)



Figura 19

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU

care au fost transferate în cavitatea orală cu ajutorul cheilor de silicon - mock-up-urile maxilar și mandibular (fig. 20, 21).



Figura 20



Figura 21

După unele ajustări efectuate în cabinet, pacienta a declarat că este foarte mulțumită de noul aspect, fapt verificat atât prin fotografiere, cât și prin filmare.

Astfel, am hotărât să trecem la etapa protetică propriu-zisă, folosind ca și ghid de preparare mock-up-urile realizate din rășină Luxatemp (DMG) (fig. 22-28) 3.



Figura 22

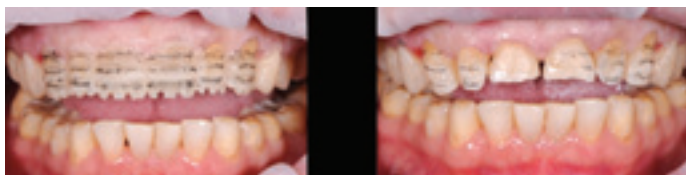


Figura 23



Figura 24



Figura 25



Figura 26



Figura 27



Figura 28

Dat fiind numărul mare de dinți implicați în planul de tratament, preparațiile mandibulare au fost decalate cu 48 de ore față de cele maxilare. Toate preparațiile au fost realizate minim invaziv, predominând onlay-urile, și fațetele.

Au fost luate câte două amprente finale pentru fiecare maxilar, utilizând două consistențe într-un singur timp (Impregum 3M ESPE, Honigum DMG), evidențiind șanțurile gingivale cu un fir de rețracție neimpregnat sau cu în anumite zone cu două fire de rețracție, primul neimpregnat, iar al doilea impregnat cu soluție 10% de clorură de aluminiu (fig. 29-32).

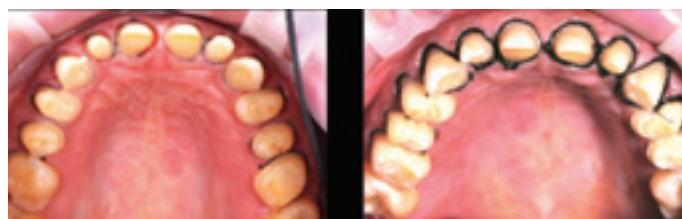


Figura 29

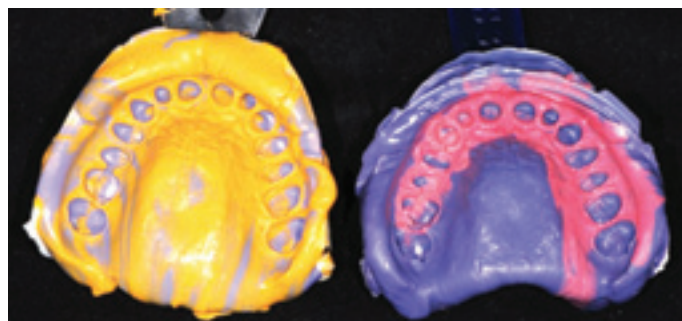


Figura 30



Figura 31

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU

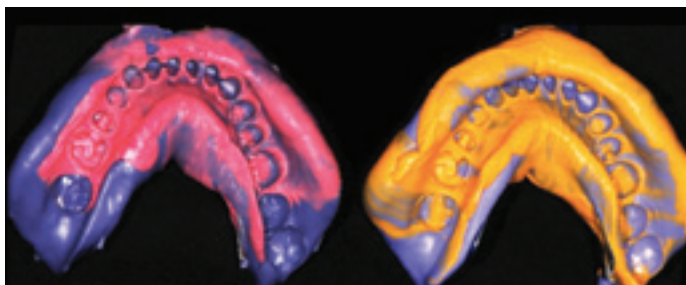


Figura 32

Au fost de asemenea reînregistrate relațiile intermaxilare în RC (fig. 33).



Figura 33

Pacienta a primit restaurări provizorii realizate în cabinet, pe care le-a păstrat până când tehnicianul a confecționat restaurările provizorii de laborator (fig. 34).



Figura 34

Atât provizoriile de laborator, cât și cele din cabinet au respectat într-o proporție mare formă originală a wax-up-urilor. Pacienta a purtat restaurările provizorii timp de aproximativ trei săptămâni, perioadă în care nu a manifestat nicio dificultate de fonație, de masticăție sau dureri musculare sau articulare. Culoarea viitoarelor restaurări a fost stabilită cu ajutorul cheilor VITA și NDG.

În laboratorul de tehnică dentară, tehnicianul a montat în articulator modelele de lucru folosind tehnica cross-mounting și a fabricat machetele de ceară ale tuturor restaurărilor. Capele ceramice au fost realizate prin presarea pastilelor IPS e. max Press LTA₁, iar formă finală a restaurărilor protetice a fost obținută prin depunerea și arderea ceramicii IPS e. max Ceram pe scheletul ceramic (fig. 35-38).

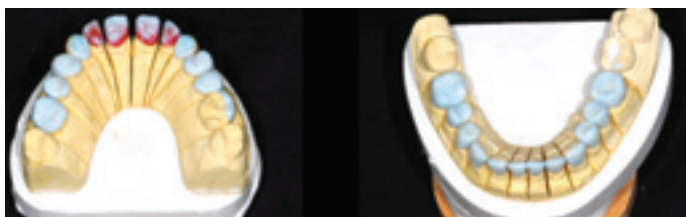


Figura 35



Figura 36



Figura 37



Figura 38

Toate piesele protetice au fost verificate în cavitatea orală, atât individual, din punct de vedere al adaptării pe preparații și al închiderii marginale pe praguri, cât și colectiv, cu toate piesele protetice înserate, urmărind calitatea ariilor de contact și aspectul general (fig. 39, 40). Restaurările s-au reîntors în laborator, unde au fost finalizate, adăugându-li-se și ultimele efecte artistice (fig. 41-45).



Figura 39



Figura 40



Figura 41



Figura 42



Figura 43



Figura 44

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU



Figura 45

Fixarea restaurărilor s-a realizat cu ajutorul cimentului Variolink II (Ivoclar Vivadent) în două etape, cu o pauză de 24 de ore între cimentarea restaurărilor integral ceramice la maxilar, respectiv mandibulă, datorită faptului că protocolul adeziv este consumator de timp. Etapele cimentării adezive pot fi urmărite în figurile 46 și 47.



Figura 46

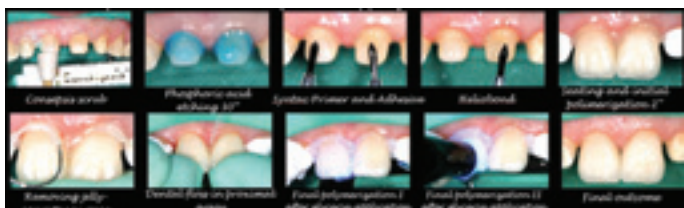


Figura 47

Verificarea relațiilor ocluzale s-a realizat doar după fixarea tuturor restaurărilor, pentru a evita fracturarea pieselor protetice necimentate.

Aspectele finale intraoral și facial pot fi observate în figurile 48-61.



Figura 48



Figura 49



Figura 50



Figura 51



Figura 52



Figura 53

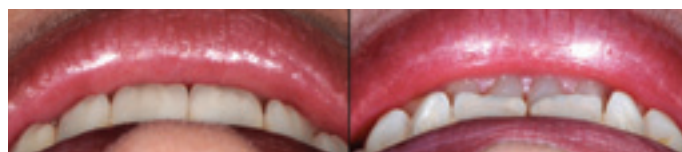


Figura 54



Figura 55



Figura 56



Figura 57

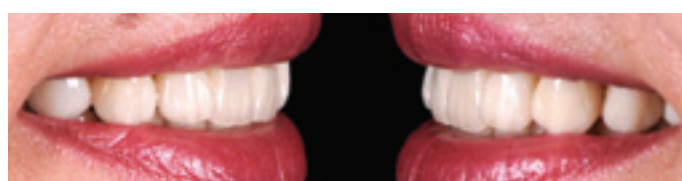


Figura 58

REABILITAREA ESTETICĂ ȘI FUNCȚIONALĂ BIMAXILARĂ CU RESTAURĂRI INTEGRAL CERAMICE UNIDENTARE PE BAZĂ DE DISILICAT DE LITIU

Pacienta a fost extrem de mulțumită de rezultatele finale, ea primind la final instrucțiuni complete de igienizare și fiind programată pentru controale periodice la 2 săptămâni, 3 luni și apoi 6 luni.



Figura 59



Figura 60



Figura 61

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Luând în considerare motivele prezentării, am formulat trei planuri de tratament, care au fost discutate împreună cu pacienta. Astfel, s-a luat în discuție realizarea unui tratament ortodontic pentru alinierea dinților malpoziționați, albirea și înlocuirea obturațiilor vechi și tratarea leziunilor carioase cu restaurări RDC și fabricarea de restaurări integral ceramice doar la nivelul incisivilor centari maxilari. O altă variantă de tratament a constat din înlocuirea tuturor obturațiilor vechi, albire doar la nivelul arcadei mandibulare și restaurarea protetică a incisivilor maxilari cu coroane integral ceramice și realizarea de fațete la nivelul caninilor și premolarilor superiori. Atât prima, cât și a doua variantă ar fi rezultat într-un aspect estetic mulțumitor, dar nu ar fi rezolvat problemele funcționale. În plus, pacienta a refuzat din start ideea de tratament ortodontic sau de chirurgie parodontală.

În consecință, am ales ca plan de tratament reabilitarea orală bimaxilară estetică și funcțională, cu ajutorul restaurărilor integral ceramice pe bază de disilicat de litiu. Caracterul minim invaziv al preparațiilor a fost evidențiat prin cantitatea minimă de țesut dentar îndepărtată prin preparare, datorită tipului de restaurări protetice ales (onlay, fațete ocluzale, palatinale și vestibulare, coroane parțiale) și utilizării cheilor de silicon pentru controlul preparării. Ca dovadă, nu a fost necesar nici un tratament

endodontic al vreunui dinte implicat în planul de tratament.

Realizarea unor restaurări bimaxilare necesită acordarea unei atenții deosebite aspectelor estetice și funcționale, cu trimitere directă la realizarea unei ocluzii stabile și corecte atât static, cât și dinamic. Datorită ședințelor terapeutice lungi, a costurilor ridicate și a duratei relativ mări a tratamentului, pacienții trebuie să fie extrem de motivați și conștienți că vor fi supuși unor schimbări semnificative 4. În acest sens, o importanță covârșitoare o au discuțiile inițiale, examinarea clinică și paraclinică, precum și DSD-ul, wax-up-ul și mock-up-ul. Acestea oferă medicului, tehnicianului și pacientului o imagine destul de exactă a rezultatului final, semnalând și limitele tratamentului, scoțând de multe ori în evidență și pretențiile nerealiste ale pacientului 5. DSD-ul, wax-up-ul și mock-up-ul sunt excelente instrumente de marketing, pacienții reacționând pozitiv atunci când li se prezintă o schemă digitală și o simulare realistă a rezultatului final al tratamentului la care vor fi supuși.

Fixarea restaurărilor integral ceramice parțiale (fațete, onlay-uri etc.) se realizează exclusiv adeziv. Cimentarea urmărește un protocol complex, fiind dependentă de corectitudinea cu care se realizează toți pașii descriși în protocolul adeziv 6. Piesele protetice au fost fixate în grupuri de câte două, începând cu maxilarul, urmărindu-se foarte atent îndepărtarea riguroasă a resturilor de ciment. Am insistat, de asemenea, pe instruirea pacientei în utilizarea zilnică a metodelor tradiționale de igienizare, precum și a aței dentare, apei de gură antiseptice și a dușului bucal.

Rezultatul final a fost unul extrem de apreciat de către pacientă, atât din punct de vedere estetic, cât și funcțional.

MENȚIUNI

Toate restaurările protetice prezentate în acest articol au fost realizate în colaborare cu laboratorul de tehnică dentară PROTODENT din Timișoara, de către tehnicienii dentari Gabriella Toth și Cristian Duică-Toth, cărora le mulțumesc pentru efortul depus în ducerea la bun sfârșit a acestui caz și a multor alora.

De asemenea, mulțumesc echipei DENTAL HOUSE din spatele scenei, fără de care acest caz nu s-ar fi putut finaliza.

Nu în ultimul rând, mulțumesc familiei mele, care mi-a suportat zilele și nopțile de absență din postura de tată și soț.

BIBLIOGRAFIE

- Della Bona A, Kelly JR. - The clinical success of all-ceramic restorations. J Am Dent Assoc. 2008;139(suppl):8S-13S
 Ritter RG. - Multifunctional uses of a novel ceramic-lithium disilicate. J Esthet Restor Dent. 2010;22:332-341
 Gürel G - The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers. Quintessence Publishing Co. Ltd. 2003:317
 Stevens CJ - A Segmented Approach to Full-Mouth Rehabilitation. Dentistry Today, 2012;31(11):106-113;
 Michel A., Lewis HA - Repairing Worn Dentition with Lithium-Disilicate Glass-Ceramic. Inside Dentistry, 2011; 7(3):32-36;
 Magne P, Belsor U - Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach. Quintessence Publishing 2003:342-353.

CURS DE EXCEPȚIE

PREMIERĂ în România

„Chirurgie estetica muco-gingivala”

- curs sustinut de Prof. GIOVANNI ZUCHELLI, DDs, PhD

Curs organizat de Quintessence International Romania – Dental Education Division in colaborare cu clinica
– **Indent 21-22 Noiembrie 2013** (2 zile)

Modul Teoretic - Joi 21 Noiembrie intre orele 09:00 - 18:00 **150 locuri disponibile**

Modul Practic (Hands-On) - Vineri 22 noiembrie 2013 intre orele 09:00 - 18:00 - **30 locuri disponibile**

Curs sustinut in limba Engleza

Modul Teoretic - Teme abordate in cadrul cursului:

- Prognosticul acoperirii recesiilor radiculare
- Alegerea tehnicii de acoperire a recesiilor radiculare
- Lambou repositionat coronar:
 - lambou trapezoidal
 - lambou triunghiular
- Lambou repositionat lateral
- Tehnica bilaminara
 - prelevarea grefei de tesut conjunctiv
 - tesutul conjunctiv si lamboul repositionat coronar
- Tratamentul recesiilor multiple:
 - Abordare laterala
 - Tehnica bilaminara
 - Tehnici combinate

Modul Practic (Hands-On) - Teme abordate in cadrul cursului:

- Chirurgie live: caz clinic acoperire de recesii
- Discutii
- Chirurgia muco-gingivala destinata ameliorarii esteticii periimplantare
- Hands-on: acoperire de recesii prin diverse tehnici.

Oferta de Carte pentru participanti:

- Mucogingival Esthetic Surgery /Prof. Dr. Giovanni Zucchelli .
 - *Participantii la modulul teoretic al cursului beneficiaza de reducere de 10 %
 - *Participantii la ambele module beneficiaza de reducere de 15 %.
- Carte straina: reducere de 20 % (cu exceptia aparitiilor din ultimul an)
- Carte romaneasca:
 - Compendiu Chirurgie Oro-Maxilo-Faciala /Prof. Dr. Alexandru Bucur (Vol I + Vol II) - pret catalog 780 lei - pret promo 550 lei; special pentru studenti si medici rezidenti: pret catalog 650 lei - pret promo 450 lei
 - Medicina si patologii orale /Prof. dr. Serban Tovar - pret catalog 180 lei – pret promo 120 lei
 - Manual de Endodontie / Martin Trope - pret de catalog 190 lei – pret promo 130 lei
 - Implantologie Practica /Ashock Sethi - pret catalog 430 lei - pret promo 300 lei
 - Atlas Clinic-Chirurgie Parodontala /Naoshi Sato- pret catalog 1311 lei pret promo 900 lei
 - Terapie Parodontala Regenerativa /Prof. Dr. Anton Sculean - pret catalog 430 lei

Pentru mai multe detalii va rugam vizualizati site-ul www.quintessence.ro

Persoana de contact: Ana Grosu-Marketing Mager :0724.582.405; e-mail:

ana.grosu@quintessence.ro

Zilele Stomatologiei Orădene

Hotel Ramada Oradea | 10 - 12 Mai 2013

Estetica dentară, artă și pasiune

• **Lectori**

Bogdan Baldea
Ionut Branzan
Dana Verdes
Sergiu Muresan
Florin Cofar
Dan Lazar
Cristian Petri
Marco Gresnigt - Olanda
Sebastian Soicu
Florin Stoboran

• **Workshopuri**

• "Preparatii pentru fatete ceramice"
Ionut Branzan
• "Fotografie dentara- DSD basic -
WAX-UP"
Florin Cofar, Lazar Dan,
Florin Stoboran

• **Program Social**
EBand

EDITIA
13 **Z.S.O**
Zile Stomatologiei Orădene

Ne puteti urmari pe: facebook.com/zilestomatologiei.oradene, www.dental.ro







printuri concepție
personalizări tipărituri
promoționale

ASA E MAI USOR



CRITERII DE PUBLICARE

ÎN REVISTA „VIAȚA STOMATOLOGICĂ”

Revista AMSPPR – „Viața Stomatologică”, având o tradiție a unei apariții regulate de peste 18 ani, îmbracă haine noi începând cu anul 2011. 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.

„Viața Stomatologică” 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 „Viața Stomatologică” o apariție regulată cu vechime de 18 ani. Imprimare: calitate deosebită a imprimării, full-color, aprox. 40 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 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 problematicei 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 „Viața Stomatologică” 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.
- ** La materiale gen opinii, interviuri, păreri, drept la replică, recenzii. Nu se aplică articolelor științifice având în vedere faptul că acestea au frecvent mai mulți autori.

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 trimis pe e-mail se recomandă trimiterea lor la redacție prin intermediul site-ului www.transfer.ro sau pe suport CD sau DVD pe adresa: **AMSPPR FR Banat Str. Vicențiu Babeș nr. 24 ap. 2, cod 310029 Arad, jud. Arad**

UN SINGUR FUTURABOND PENTRU TOATE CAZURILE!



SISTEM ADEZIV UNIVERSAL CU PRIZĂ DUALĂ

- Un singur sistem adeziv pentru toate cazurile – nu mai aveți nevoie de nici un alt adeziv în clinica dumneavoastră
- Auto-gravant, gravare selectivă și gravare totală – alegerea vă aparține!
- Versatilitate deosebită în aplicare
 - pentru restaurările directe și indirecte
 - compatibil cu toate tipurile de compozite fotopolimerizabile, cu priză duală și autopolimerizabile – nu necesită activare suplimentară
 - asigură adeziunea la diverse materiale, cum ar fi metal, zirconiu și oxid de aluminiu, cât și la ceramica silicată – nu necesită un primer adițional
- Aplicat într-un singur strat – doar 35 de secunde timp total de lucru



Futurabond® U

NOU



FDI World Dental Federation

Leading the World to Optimal Oral Health



FDI Vision 2020

Shaping the future of oral health

