

# Viata Stomatologică



membră în



COUNCIL OF  
EUROPEAN DENTISTS

Consiliul European  
al Dentiștilor



Organizația Regională  
Europeană a FDI



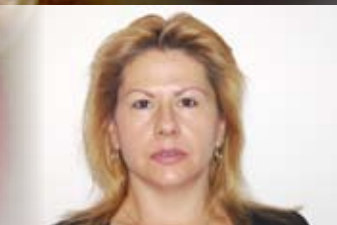
AMSPPR la CMDR



Știința noastră cea de  
toate zilele



Cultură



Juridice



Hobby

# Locurile ascunse devin accesibile



*Orbit Clean cu lichid în interior. Curăță și în locurile greu accesibile.*

## ÎNTÂLNIRE LA VÂRF AMSPPR - CMDR

În urma consultărilor telefonice dintre președintele CMDR, prof. univ. dr. Augustin Mihai și președintele AMSPPR dr. Dan Florin Grigorescu din primele zile ale lunii iunie 2009 „*s-a ajuns la concluzia necesității invitării membrilor Biroului Permanent al AMSPPR la o întrunire cu membrii Biroului Executiv Național al CMDR pentru a lămurii și a plana unele neînțelegeri existente între colegiu și organizație ce se pot datora și lipsei dialogului susținut între cele două structuri*” (vezi invitația CMDR nr.1290 / 01.06.2009 reprodusă în facsimil în nr. 3 / 2009 al Buletinului Informativ Național „Quo Vadis” anexat)

Ședința a avut loc vineri 12 iunie 2009 orele 11,00 – 13,30 la sediul central al CMDR din București. La ședință au participat din partea **CMDR prof.univ.dr. Augustin Mihai, prof.univ.dr. Alexandru Bucur, prof.univ.dr. Dragoș Stanciu, prof.univ.dr. Alexandru Petre, prof.univ.dr. Radu Cîmpian, dr. Delia Barbu, dr. Rodica Aldica, din partea AMSPPR dr. Carmen Albu, dr. Mihai Gornicioiu, dr. Horia Mihai Tozlovanu, dr. Voicu A. David**, datorită unor probleme medicale personale ce nu suportau amânare, dr. Dan Florin Grigorescu și dr. Ioan Ștefan Stratul neputând onora invitația. Prezentăm pe scurt cititorilor o scurtă selecție a celor mai importante subiecte dezbătute.

Reprezentanții AMSPPR au felicitat președintele CMDR pentru inițiativa întâlnirii, realizată în spiritul în care acesta a condus organizația în perioada primului său mandat 2004 - 2007, caracterizat și apreciat de toți membrii CMDR pentru echilibru, echidistanță, imparțialitate, obiectivitate, nefavorizare a nici unei asociații profesionale, CMDR fiind în acea perioadă un adevărat arbitru al vieții profesionale. Din păcate în perioada 2008 – 2009 aceste repere importante s-au diminuat și pierdut, disputele și subiectivismul evoluând în progresie geometrică și atingând cote maxime la începutul anului 2009. Calitățile unor lideri aleși la nivel național trebuie să depășească opiniile personale, aceștia devenind reprezentanți ai tuturor membrilor și nu doar ai unei majorități sau minorități. Delegația AMSPPR consideră salutară realegerea la președinția CMDR a prof.univ.dr. Augustin Mihai, garant al reîntoarcerii prin dialog și consultări la normalizarea relațiilor dintre membrii organizației legale obligatorii. Concordia în cadrul profesiei este necesară și utilă, aceasta neînsemnând însă o singură opinie ci acceptarea pluralismului de idei.

Referitor la reglementările CMDR în vigoare s-a făcut precizarea că acestea au suferit un proces etapizat de elaborare în cadrul structurilor centrale ale CMDR, fiind apoi publicate în Monitorul Oficial și devenind obligatorii pentru toți membrii CMDR. Orice fel de modificare a acestora nu poate avea loc decât printr-o reparcurgere a etapelor respective. În privința Monitorului Oficial s-a prezentat o statistică a subiectelor legislative și diverse publicate, dintr-o medie de 400 de titluri / lună circa 100 titluri (25%) fiind abrogate în perioadele următoare de Curtea Constituțională a României, necorespunzând prevederilor constituționale. Legile nu au caracter imuabil, sunt făcute de om pentru om și este necesar a fi îmbunătățite și optimizate în mod continuu, în acest sens constructiv fiind depuse plângerile prealabile ale AMSPPR referitoare la deficiențele Regulamentului Comisiilor de Disciplină și la decizia CMDR de neacreditare EMC a Congresului AMSPPR – FDI - ARE din 2009.

În privința statutelor asociațiilor profesionale, s-a subliniat necesitatea viitoare ca prevederile acestora să nu se mai suprapună ori să dubleze atribuțiile oficiale conferite CMDR și prevăzute în Legea 95/XIII și chiar a unei viitoare reglementări CMDR care să impună ca nici un membru al vreunei asociații profesionale din stomatologie să nu mai aibă dreptul de a candida și a face parte din orice fel de structură de conducere a CMDR. S-a prezentat experiența germană din ultimii 10 ani, perioadă în care a existat un conflict deschis, major, ideologic, de aceeași natură între BZAK (organizația legală obligatorie echivalentă CMDR) și FVDZ (asociația liberă echivalentă AMSPPR) dispută care s-a stins prin delimitarea atribuțiilor specifice. În acest sens s-a anunțat intenția unei inițiative propuse pentru dezbateri și vot Adunării Generale Naționale AMSPPR din toamna 2009, de concepere a unui document clarificator AMSPPR în privința domeniilor majore de interes ale cabinetelor private. Acestea ar putea fi susținute prin două modalități de abordare, prima indirectă prin structurile legale ale CMDR și ne referim aici la atribuțiile legale ale organizației, specificate în textul legii 95/XIII și a doua directă, respectiv problemele generale și specifice ale medicului stomatolog privat investitor neacoperite de organizația obligatorie.



Atât reprezentanții AMSPPR cât și cei ai CMDR au prezentat percepțiile conducerilor celor 2 organizații profesionale care începând cu 2008 s-au simțit atacate de cealaltă, fiecare situație în parte fiind transmisă membrilor prin mijloacele de informare specifice. La baza multora dintre acestea stau din păcate dispute și / sau conflicte între persoane, unele vechi, altele noi, unele cunoscute, altele ascunse. Respingerea repetată unilaterală de CMDR a consultărilor în probleme juridice ne-medicale, recurgerea la măsuri oficiale de „pedepsire” considerate exagerate atât de persoanele fizice vizate cât și de persoana juridică AMSPPR au dus la cronicizarea, amplificarea și externalizarea nedorită conflictului. În cadrul întâlnirii s-au abordat și alte aspecte din activitatea CMDR teritoriale, a universităților, a organizațiilor europene, discuții neinteresând structura juridică AMSPPR reprezentată la întâlnire.

În finalul întâlnirii, reprezentanții AMSPPR au felicitat gazdele pentru inițierea unui dialog ce trebuie neapărat continuat, definindu-și rolul statutar de persoane executive fără mandat de negociatori care vor prezenta membrilor Consiliului Director Național în mod fidel toate subiectele importante dezbătute și atmosfera întâlnirii.

Depășirea constructivă a situației actuale este dorită în mod explicit și este realizabilă prin comunicare permanentă, întâlniri repetate și mediere profesionistă, etape în urma cărora să fie identificate soluții comune acceptate și benefice pentru ambele părți.

**A consemnat  
dr. Voicu A. David, vicepreședinte AMSPPR**

anul XI • nr. 63, nr. 3 • iulie 2009

**COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE**

 Prof. Dr. Dorin Bratu  
 Prof. Dr. Ioan Coca – Germania  
 Dr. Natan Fuhrman – Israel  
 Prof. Dr. Mariana Gavrilă – SUA  
 Prof. Dr. Ovidiu Grivu  
 Conf. Dr. Laszlo Hecser  
 Prof. Dr. Viorel Ibrić Cioranu  
 Conf. Dr. Rodica Jianu  
 Prof. Dr. Alexander Mersel – Israel  
 Prof. Dr. Mihai Nechifor  
 Prof. Dr. Ioana Nica  
 Prof. Dr. Ion Pătrașcu  
 Prof. Dr. Sever Popa  
 Conf. Dr. Iuliana Săbăduș  
 Șef lucrări Dr. Dr. Ioan Ștefan Stratul  
 Dr. Dr. Vasile Victor Valea – Germania  
 Șef lucrări Dr. Liviu Zetu

**COLEGIUL PROFESIONAL DE REDACȚIE**

 Dr. Dan Florin Grigorescu - Președinte AMSPPR  
 Dr. Mihai Gornicioiu  
 Dr. Andrea Kovacs  
 Dr. Bogdan Popescu  
 Dr. Bogdan Șerbănescu  
 Dr. Ștefan Ioan Stratul  
 Dr. Rodica Tudericu  
 Dr. Horia M. Tozlovanu  
 Dr. Radu Țepordei

**REDACȚIA**

 Secretar tehnic - Anamaria A. Capotescu  
 Secretar general de redacție - Dr. Vlad C. Deac

**Redactor șef – dr. Voicu A. David**
**CONTACTE DIRECTE**

 Sediul central: Str. Voroneț nr. 3, bl. D4, se. 1, ap. 1  
 București, sector 3 • cod poștal 031551  
 Tel./Fax 021 327 41 19  
 e-mail: amsppr@dental.ro  
 Redacția: AMSPPR - Str. Vicențiu Babeș nr. 24 ap. 2  
 cod 310029 Arad, jud Arad  
 Tel. / Fax: 0257-206.180  
 e-mail: redactie@dental.ro

Grafică și tipar:


**XTL**  
 promov&aza

 tel.: 0368 10.10.40  
 e-mail: office@xtel.ro  
**www.printings.ro**

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.

Revista „Viața Stomatologică” înființată în 1990 nu mai este creditată de CMDR cu cele 3 ore EMC fiind considerată datorită reflectării fidele a vieții noastre profesionale ca „revistă de scandal și destabilizare în rândul medicilor stomatologi”

	EDITORIAL
<b>Pagina 1:</b>	Întâlnire la vârf AMSPPR-CMDR? - dr. Voicu A. David
	ACTUALITĂȚI
<b>Pagina 3:</b>	Congresul AMSPPR 2009 - dr. Vlad C. Deac
<b>Pagina 4:</b>	Despre Congresul AMSPPR 2009 - Scrisoare Prof. Dr. Alexander Mersel Masa Rotundă Viața Stomatologică o revistă pentru practicieni - dr. Vlad C. Deac
<b>Pagina 6:</b>	Balul Stomatologilor - dr. Simona Popa
<b>Pagina 8-9:</b>	Zilele Stomatologiei Orădene - dr. Vlad C. Deac Propune rubrica iar AMSPPR te răsplătește
<b>Pagina 13:</b>	UTIL: Cum ne tratăm în Uniunea Europeană Ședința Consiliului Director al FR Banat - dr. Carmen Dehelean
<b>Pagina 15:</b>	Credit, leasing sau finanțare din resurse proprii - Ionuț Adrian Leahu UTIL: Programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății
<b>Pagina 29:</b>	UTIL: Ce trebuie să știm dacă ne luăm un credit Calendarul examenelor 2009 FDI și Wrigley Photographic Award 2009
<b>Pagina 48:</b>	Criterii de publicare în revista Viața Stomatologică
	PAGINA ORE-FDI
<b>Pagina 10:</b>	Sesiunea Plenară ORE-FDI 2009 Roma- dr. Dan F. Grigorescu UTIL: Ce fac dacă mă îmbolnăvesc în concediu
<b>Pagina 23:</b>	Manualul de Etică Dentară al FDI : Studii de caz
	PAGINA TINERET
<b>Pagina 12-13:</b>	Remember Ziua Tineretului - stud. Marius Mihalache Dentalsurf 2009 - dr. Ștefan Anca
	PAGINA JURIDICĂ
<b>Pagina 16-17:</b>	Despre procesele împotriva AMSPPR: un altfel de raport - Av. Luciana Mihai
<b>Pagina 20-23:</b>	Consecințele adoptării OUG nr. 34 / 2009 asupra regimului fiscal al cabinetului de medicină dentară - Av. Luciana Mihai
<b>Pagina 27:</b>	Asociațiile nu sunt autorizate de ministerul de resort - Av. Luciana Mihai
	HOBBY
<b>Pagina 18-19:</b>	Muzica un ritual de purificare: dr. Voicu A. David - dr. Vlad C. Deac
	JALOANE CULTURALE
<b>Pagina 25:</b>	Dan Puric: Cine suntem - Prof. Ioana Revnic Dan Puric: Despre omul frumos - dr. Vlad C. Deac
	EDUCAȚIE MEDICALĂ
<b>Pagina 30-31:</b>	Profilaxia afecțiunilor dentare la copiii de școală primară - dr. Ioana Silvia Giurgiu
<b>Pagina 32-33:</b>	Canalul mezoiovestibular 2 - dr. Aurelian Cârstea
<b>Pagina 36-37:</b>	Prezentare de caz edodontic - dr. Sergiu Nicola
<b>Pagina 40-42:</b>	Avantaje și dezavantaje ale utilizării radiografiilor digitale - dr. Marius Bud
<b>Pagina 43-47:</b>	Studiu- rezultatele în timp a implanturilor KOS încărcate cu lucrări protetice fixe totale - dr. Werner Mander

**IMPORTANT • Precizare juridică:**

Articolele juridice publicate se referă la acte legislative în vigoare la data predării revistei și buletinului în editură.

**CE VEȚI CITI ÎN NUMĂRUL URMĂTOR**

- **Chirurgia piezoelectrică în stomatologie**
- **Fotografia dentară - cum și cu ce? - partea 1**
- **Bursa Colgate - AMSPPR 2009**
- **Training pe comunicare în FR Crișana**
- **Alegeri în FR Crișana**
- **Investiții imobiliare pe timp de criză?**
- **Folosirea kit-ului Masserann modificat pentru îndepărtarea instrumentelor rupte intracanalare**

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.

## DESPRE CONGRESUL AMSPPR 2009

Probabil cea mai importantă manifestare de gen din România ultimilor 20 de ani. Caracterizată de mulți ca nefiind realistă, manifestarea organizată de AMSPPR FDI și ARE a reușit să adune peste 1000 de participanți în săli.

Desfășurat în perioada 18-21 martie 2009 într-o locație care se pretează pentru o manifestare de asemenea anvergură – Rin Grand Hotel Bucuresti, Congresul Internațional de Endodonție al AMSPPR - FDI - ARE a reunit pentru prima oară în țara noastră, sub cupola aceleiași manifestări personalități ale vieții medicale din străinătate și din țară de un înalt profesionalism.

2009 a reprezentat un an de cotitură în ceea ce privește organizarea de evenimente de profil ale AMSPPR: în primul rând, a fost schimbată locația, într-una care să corespundă standardelor impuse de statutul nostru de profesioniști în domeniul sănătății; expoziția RoDentExpo având peste 60 de expozanți prezenți, desfășurată în paralel cu congresul; gradul de profesionalism și numărul lectorilor internaționali prezenți; numărul crescut de participanți prezenți în săli. Un regretabil demers a fost respingerea acreditării cu ore EMC a congresului, fapt care a avut ca rezultat prezența și sprijinul reprezentanților de rang înalt al organizațiilor internaționale: Organizația Regional Europeană a FDI (a fost prezent dr. Patrick Hescot – Președinte, dr. Gerhard Seeberger – viitor Președinte, prof. dr. Alexander Mersel – directorul Grupului de Lucru pe Educație al ORE-FDI).

Lectori prezenți: Prof. Sorin Andrian, Conf. Gianina Iovan, dr. Michael Arnold (Germania), Prof. Denis Bourgeois (Franța), Prof. Emanuel Bratu, Prof. Valeriu Cherlea, sef lucr.

Cristian Comes, Prof. Gilberto Debelian (Norvegia), sef lucr. Andreea Didilescu, Prof. Gianluca Gambarini (Italia), Prof. Michael Huelsmann (Germania), Prof. Omer Gorduyus (Turcia), Conf. Emilia Ianes, dr. Peter Kiefner (Germania), Prof. Reinilde Jacobs (Belgia), Prof. Theodoros Lambrianidis (Grecia), Prof. Claus Loest (Germania), Prof. Liviu Muresanu, Prof. Alexander Mersel (Israel), Prof. Victor Nimigean, sef lucr. Luminita Nica, Conf. Mugur George Popescu, Conf. Marius Pricop, dr. Marga Ree (Olanda), dr. Tom Schloss (Germania), dr. Gabriel Tulus (Germania), Prof. Liviu Steier, Noam Tamir (Marea Britanie), Prof. Maria Vataman, Conf. Matthias Zehnder (Elveția).

Un demers de succes a fost de asemenea și Forumul Endodonților Romani, organizat de ARE, unde tinerii practicieni din țara noastră au putut prezenta publicului propriile lor cazuri și cercetări.

Mulțumim și pe această cale Prof. Dr. Andrei Iliescu pentru sprijinul acordat cât și tuturor colegilor din echipa de organizare atât din Asociația Română de Endodonție cât și AMSPPR.

Congresul Internațional de Endodonție 2009 putem afirma că a fost un examen de maturitate atât din punct de vedere al organizării, al colaborării între asociații (AMSPPR – ARE) cât și între practicieni – cadre didactice – furnizori – lectori.

Manifestarea a demonstrat încă o dată faptul că există disponibilitatea de a îmbina la un nivel profesionist colaborarea între diverșii factori ai mediului medical pentru a servi nobilei scop de oferire a unui tratament de excepție pacienților.

**Dr. Vlad C. Deac**



**Organizatorii congresului AMSPPR**



**PROF. ALEXANDRE MERSEL**  
**ERO WG EDUCATION CHAIRMAN**  
**ERO SCIENTIFIC ADVISOR**



## ROMANIAN DENTAL ASSOCIATION JOURNAL

### The Past.

In 2003, 2004 I visited and had the privilege to participate at several Congresses in Romania. In this time, the country liberated from an authoritarian Regime tried to build up a modern system adapted to the European standards.

In the Dental and Oral Health field a considerable effort was provided by a new organization and a new staff. We were witness of great changes in a short time.

### The Congress March 2009.

It was an honor to be invited lecturing at this event, receiving the distinction of Member of Honor of the RDAPP. My Colleagues and myself were impressed by the good organization and the high quality of the Scientific Program. The professional philosophy that was behind the success is the Research of an attractive thematic for the participants.

Gathering a one day conference (Endodontics for example) in one day or one session, and giving an opportunity for the ERO to set up a comprehensive afternoon presentation.

An important Session was devoted in French Language, symbol of the Ties with the French culture, represented by the President of the GADEF Prof. Denis Bourgeois.

As testimony of ERO's involvement; we noted the commitment of the President Dr.Patrick Hescot, the President,-Elect Dr.Gerhard Seeberger, Prof. dr. Alexandre Mersel Scientific advisor.

We would also thank the Smile-on Staff, Mr.Noam Tamir and Prof. dr. Liviu Steier for their attempt presenting their highlight about the E-Learning.

### The Future.

Continuing Education is defined by the ERO as one of the principal issues, Helping the member-countries to reach a high and adapted model in this field is one of the main targets. The Education W.G working in the Continuing Education Program since 2004 is elaborating an original program in this discipline.

This education system should present the last technology achievements in harmony with the classical basic teaching.

Romania is on the list of the development of this collaboration. We hope that together we will be able helping to present in 2010 to your Romanian Colleagues an up-dated affordable and accredited Congress.(Traducere în QUO VADIS nr. 3 / 2009, anexat).

## MASA ROTUNDĂ: VIAȚA STOMATOLOGICĂ – O REVISTĂ PENTRU PRACTICIENI

În sala Madrid a Rin Grand Hotel, s-a desfășurat în ziua de 19 martie 2009 o sesiune Open Space având ca tematică Revista Viața Stomatologică – o revistă pentru practicieni.

Deși inițial anunțată întâlnirea ca masă rotundă, am hotărât să o transformăm într-un open space pentru ca șansele de a obține niște rezultate palpabile erau mult mai mari. Neparticiparea la o astfel de întâlnire, aduce după ea sancționarea posibilului participant prin faptul că nu va avea șansa să își spună părerea și să o argumenteze, să contribuie cu ideile sale și cu temerile sale.

Pregătește-te să fi surprins este îndemnul open space. Motive? Suficiente: numărul participanților la sesiune a fost din ce în ce mai mare, temele de discuție propuse variate și acopereau o plajă largă de subiecte, discuțiile propriu-zise intense și constructive.

Au fost și rezultate ale acestei întâlniri: propunerile privind încurajarea membrilor să citească revista, modalitate de evaluare a targetului revistei, structurarea mai evidentă și ușor de urmărit a revistei, difuzarea online a revistei cu arhiva ce poate fi accesată ulterior pe bază de căutare, stimularea publicării de materiale, colțul vesel, aspecte economice ce țin

de funcționarea cabinetului.

Mulțumesc tuturor celor care ne-au fost alături la masa rotundă, și sper într-o colaborare fructuoasă pentru dezvoltarea stomatologiei românești.

**dr. Vlad C. Deac**



# Mergi înainte pe drumul tău! Viața ta e asigurată!



Junie 2025  
Viitorul meu costum  
la nunta fiicei mele

Martie 1992  
Primul meu costum  
de angajat



Septembrie 1979  
Primul meu costum  
de om mare

Mai 1971  
Primul meu costum  
dăruit de bunica



Fiecare pas pe drumul tău îți dă încredere că poți ajunge acolo unde îți dorești, alături de cei pe care-i iubești. Asigurarea de viață Partener de la Allianz-Țiriac vă protejează financiar pe tine și pe cei dragi. Tu și familia ta vă puteți planifica viitorul, economisind o sumă de bani pe care o veți putea folosi cum veți dori.

InfoLine: 021.20.19.100  
[www.allianztiriac.ro](http://www.allianztiriac.ro)



Înmânare diplome - decani de vârstă prof. Zarnea

## BALUL STOMATOLOGILOR

A treia ediție a Balului Stomatologilor a avut loc în 21 martie 2009, în aceeași locație, cercul Militar București. În acest an Balul a fost organizat de AMSPPR Filiala Muntenia 1, Asociația Medicilor Stomatologi din Municipiul București sub egida CMDB.

Și în acest an evenimentul a avut și scop caritabil, beneficiari fiind un Centru Comunitar din sectorul 1 și un centru de îngrijire a bolnavilor cu boli cronice în faze terminale.

Invitat special al serii a fost Florin Piersic. Regalul artistic oferit nu poate fi descris în cuvinte. Spun doar, foarte simplu: excepțional!

Tombola și concursul de karaoke – care au avut un succes peste așteptările noastre – au încheiat seara.

Colaboratorii acestei ediții au fost: GC Romania, Kavo Dental Romania, Colgate, Grupul Axa, Romaudiovideo și Domeniile Ostrov.

Vă așteptăm și pe dumneavoastră la ediția a 4 a 2010, a Balului Stomatologilor Muntenia 1.

**Dr. Simona Popa**  
Președinte FR Muntenia I



# Mergi înainte pe drumul tău. Viața ta e asigurată!

Cu fiecare pas pe care l-ai făcut, ai parcurs kilometri întregi de bucurii și experiențe. Mai ai încă multe de făcut și nu ai de gând să te oprești prea curând.

Ți-ai dori însă ca, în viitor, cei dragi să aibă tot ce le trebuie și să râdă la fel de fericiți cum o fac astăzi. O asigurare de viață îți oferă posibilitatea de a-ți planifica financiar atât viitorul tău cât și pe al celor dragi.

Partener, de la Allianz-Țiriac, este o astfel de asigurare de viață în care poți să ai toată încrederea. Este mai mult decât o simplă asigurare, este și economisire.

Cu Partener ai garanția că vei primi la sfârșitul perioadei suma asigurată, plus câștigul oferit prin participarea la profitul investițional. Pe toată această perioadă poți să alegi modalitatea indexării automate care te protejează împotriva inflației.

Îți vom răsplăti fidelitatea dacă rămâi cu noi până la sfârșitul perioadei pe care ai stabilit-o la început. Astfel vei primi la final un bonus ce crește în fiecare an cu 0,5% din suma asigurată corespunzătoare fiecărui an de contract.

Astfel ai drumul asigurat: poți să mergi înainte, alături de cei dragi, fără nicio grijă!

InfoLine: 021.20 19 100

Fax: 021.20 82 211

[info@allianztiriac.ro](mailto:info@allianztiriac.ro)

[www.allianztiriac.ro](http://www.allianztiriac.ro)

**Allianz**  **Țiriac** 

## ZILELE STOMATOLOGIEI ORĂDENE 2009

A IX-a ediție, 8-10 mai 2009, Oradea. Palatul Primăriei Municipiului Oradea, o clădire istorică înălțată în primii ani ai secolului XX, a fost gazda celei de-a IX-a ediții a Zilelor Stomatologiei Orădene, manifestare coordonată de Dr. Pantel Marton Gyorgy, președinte FR Crișana a AMSPPR. Datorită neacreditării AMSPPR de către CMDR ca furnizor de EMC în 2009, Zilele Stomatologiei Orădene se înscriu, alături de manifestările din cadrul Ar-Medica și Congresul Internațional AMSPPR-FDI de la București, pe lista manifestărilor care nu oferă participanților alături de știință și credite EMC.



**Șef lucrări Dr. Dr. Ștefan Ioan Stratul**

Cine ne-a vizitat?

De-a lungul celor trei zile de știință, participanții au putut asista la diverse tipuri de cursuri și prelegeri, variind de la prezentări ale companiilor de profil până la aspecte legate de implantologie și chirurgie orală. Astfel, ne-au onorat cu prezența: Șef lucr. Dr. Dr. Ștefan Ioan Stratul – UMF Victor Babeș Timișoara, Șef lucr. Dr. Cristian Rațiu – Universitatea din Oradea, Dr. Dan Lazăr și Dr. Marius Bud – UMF Iuliu Hațieganu Cluj Napoca, Dr. Sorin Coveșan – Universitatea din Szeged (Ungaria), Dr. Sebastian Neatu – Reprezentant Dent-sply, Dr. Cristina Ghiță, Dr. Călin Cioban, dna. Mia Trandafir – Reprezentant GC România, Dr. Răzvan Cârligeanu, Dr. Corina Fonoage – DSP Bihor, dl. Ilie Bolojan – Primarul Municipiului Oradea căruia îi mulțumim și pe această cale pentru găzduire.

Temele abordate au fost de un real interes iar participanții au avut posibilitatea să se relaționeze cu lectorii într-o ambianță plăcută, întrebările și dilemele lor încercând să fie soluționate cât mai elegant de invitați.



**Dr. Sebastian Neatu**



**Dr. Sorin Coveșan**



**Dr. Dan Lazăr**



**Dr. Marius Bud**



**Aspecte din sală**



**Dr. Cristina Ghiță**



**Dr. Răzvan Cârligeanu**

## ZILELE STOMATOLOGIEI ORĂDENE 2009



**Conferință de presă  
Dr. Pantel, Dr. Deac, Dr. Ionuț**



**Conferință de presă**



**D-na Mia Trandafir, prezentare GC**

Bineînțeles, pe lângă programul de știință, participanții au avut și momente de relaxare atât în seara zilei de sâmbătă când a avut loc o întâlnire neoficială și neprotocolară la balul desfășurat în piscină dar și pe parcursul zilei când dna. Mia Trandafir – reprezentant GC România a oferit premii participanților prin tombola organizată.

De asemenea, mulțumiri companiilor care ne-au fost alături în mini expoziția de profil: DentiSystem, Oradentmed, Interdental 2000, Westdental, Dentsply Romania, GC Romania, Doriot Dent și bineînțeles sponsorului principal AMSPPR Colgate Palmolive România care a distribuit pachete promoționale pe întreaga perioadă a activităților.

Numărul mare de participanți și interesul acestora manifestat prin permanenta interacțiune cu lectorii mă determină să consider ca fiind mult mai utile practiciile de zi cu zi astfel de manifestări unde ai realmente posibilitatea de a te relaționa cu colegii și lectorii iar după 3 zile de știință intensă ai posibilitatea să mergi în propriul tău cabinet și să pui în aplicare ceea ce ai învățat.

Poate că acum, după cele trei manifestări de succes – necrediteazăte cu ore EMC, îl voi putea cita pe Dr. Răzvan Cărligeanu, punându-mi o reală întrebare EMC DC? Sau DC EMC? Sau CD EMC...

**dr. Vlad Cristian Deac**



**Tombola GC**



**Expoziție DentiSystem**



**Expoziție Oradentmed**



**În pauză, invitați, participanți și organizatori**



**Expoziție Interdental 2000**

## PROPUNE RUBRICA IAR AMSPPR TE RĂSPĂTEȘTE!

Cele mai bune 10 propuneri de rubrici permanente în revistă vor fi premiate cu o geantă promoțională AMSPPR!

Trimite pe email la [redactie@dental.ro](mailto:redactie@dental.ro) propunerea ta de rubrică în cadrul revistei Viața Stomatologică. Scrie-ne pe scurt și cum vezi tu această rubrică, iar noi te vom răsplăti!

Lasă-ne datele tale: nume, adresa de corespondență, localitate, email și vârsta pe email la [redactie@dental.ro](mailto:redactie@dental.ro) iar noi te vom contacta în cel mai scurt timp!

Câștigătorii vor fi publicați în numărul viitor al revistei și pe site-ul [www.dental.ro](http://www.dental.ro). Membrii comitetului de redacție nu pot participa la concurs.

AMSPPR este înregistrată la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal cu nr 3718.

AMSPPR este operator al datelor cu caracter personal ale membrilor săi, pe care le deține în scopul unei evidențe clare și precise a acestora și, de asemenea, în scopul informării dvs. atât prin revista proprie cât și prin diversele materiale promoționale și publicitare pe care le veți primi.

Spune-ți părerea despre conținut!

**Câștigătorii ediției anterioare: dr. Dragoș Dădârlat (Sibiu), dr. Dan Lazăr (Oradea), dr. Alin Dincă (Timișoara).**

## SESIUNEA PLENARĂ ORE-FDI 2009 ROMA

Sesiunea anuală a Organizației Regionale Europene a FDI, s-a ținut în acest an în Roma. Centrul istoric și turistic al Romei, a devenit pentru 3 zile, punctul terminus al asociațiilor de stomatologie care reprezintă țările din care fac parte. Cele 2 asociații italiene au ales ca locație a ședințelor, o sală situată aproape de orașul antic.

Prima zi a fost dedicată grupurilor de lucru, în care s-au analizat activitățile legate de profesie: grupul pentru "Educația Medicală Permanentă (continuă)", unde asociația este reprezentată de la distanță de dr. Zetu Liviu; grupul pentru "Practica Liberală", unde președintele este dr. Voicu David; grupul pentru "Prevenție" din care fac eu parte; grupul pentru "Femeia Stomatolog", grupul pentru "Extinderea ERO", etc.

Vineri au avut loc lucrările în plen, cu o ordine de zi încărcată. Asociațiile italiene și-au transmis mesajul prin dr. Callioni și dr. Rampulla. Președintele FDI, dr. Conrad, prezent la sesiune, a făcut un apel la asociații, să acorde importanță prevenției, și a anunțat tema FDI din acest an "caria".

Au urmat numeroși vorbitori: Hescot, Seeberger, Rusca, Sadovscky, Griffa, etc., care au prezentat importanța socio-politică a cabinetului dentar, rolul educației medicale continue în stomatologie, rolul stagiaturii pentru absolvenți, legătura dintre practicieni și facul-



Prezidiul ORE - FDI



Lucrarile în plen



ORE - FDI Club Band

tăți etc. Președintele Hescot a anunțat prezența sa la congresul AMSPPR din București din martie și a făcut o scurtă analiză documentată a situației. Dr. Bourgois a prezentat problema cancerului oral, a fluorizărilor și a bolilor sistemice. S-a pus în discuție stabilirea unei metodologii comune europene de creditare a orelor de EMC. Dr. Sadovscky a susținut că extinderea ERO trebuie să țină cont și de condițiile minime obligatorii pentru funcționarea cabinetelor. S-a pus accentul pe situația financiară de criză din acest an 2009, și că organizația trebuie să se protejeze. S-a anunțat că în acest an în Armenia ERO va începe seria de congrese comune cu asociațiile, urmată de Bulgaria în 2010; pentru România, am depus o solicitare conducerii de a înscrie congresul AMSPPR în 2011 pentru ziua ERO. S-a votat pentru 2010 ca sesiunea ERO să se țină în Armenia și s-au primit solicitări de extindere.

Ziua a treia a fost dedicată unor prezentări de educație medicală permanentă privind fluorizarea.

Pentru asociația noastră, ca reprezentant al practicienilor din țară, este important să avem colegi în toate grupele de lucru, participând astfel la propuneri și decizii privind profesia.

**Dr Dan Grigorescu**

# UTIL!

## Ce fac dacă mă îmbolnăvesc în concediu?

Cardul european de asigurări sociale de sănătate asigură persoanelor din cele 27 de state membre ale Uniunii Europene, plus Islanda, Liechtenstein, Norvegia și Elveția, accesul la serviciile medicale în cursul vizitelor temporare în străinătate.

Așadar, dacă plecați în vacanță, într-o călătorie de afaceri sau pentru o ședere scurtă sau plecați la studii în străinătate, nu uitați să vă asigurați că dețineți un asemenea card. Acesta vă va ajuta să economisiți timp și bani și să evitați alte probleme inutile, în cazul în care vă îmbolnăviți sau aveți vreun accident în perioada cât vă aflați în străinătate.

Avantaje: vă oferă posibilitatea de a avea acces la serviciile medicale din sectorul public (de exemplu la un medic, o farmacie, un spital sau la un centru de servicii medicale) în aceleași condiții cu cetățenii țării pe care o vizitați.

Acest card nu acoperă costurile serviciilor medicale din perioada în care vă aflați în străinătate în cazul în care veți călători pentru a obține îngrijiri medicale pentru o afecțiune pe care ați avut-o înainte de a pleca în călătorie. Cardul nu acoperă nici cheltuielile efectuate cu furnizorii de servicii medicale din sectorul privat. Pentru cetățenii români, cardul european de asigurări este eliberat de Casa de Asigurări de Sănătate.

Sursa: site-ul Comisiei Europene: <http://ec.europa.eu>

## REMEMBER ZIUA TINERETULUI

În cadrul a ceea ce a fost de mulți numit primul congres pe temă stomatologică din România care chiar s-a ridicat la standarde europene, departamentul de tineret al AMSPPR și-a prezentat proiectele, la o masă rotundă.

Într-o atmosferă degajată, coordonatorii proiectelor au prezentat pe parcursul celor trei ore alocate dezbaterii o serie de proiecte, marea majoritate ușor de implementat, fiecare urmărind în final un scop comun: acapararea atenției medicilor practicieni asupra nevoii continue de relaționare cu colegii de breaslă indiferent de vârstă, experiență sau statut profesional.

Acest deziderat s-a dorit a fi atins prin intermediul unor ieșiri în aer liber în compania altor colegi de breaslă în cadrul unor excursii organizate după cum a fost propus în cadrul unui proiect sau această inter-relaționare să fie strămutată în mediul virtual, prin intermediul unui site.

Cum viitorul oricărei societăți este în mâinile celor ce calcă pe urmele înaintașilor, fără a le repeta greșelile, prin cursurile de start-up de cabinet care să detalieze pașii necesari deschiderii unui cabinet, precum și prin implementarea unui

ghid al materialelor care să servească drept îndrumător tuturor practicienilor, s-au pus pe tapet alte două proiecte de către micul dar entuziastul grup de oameni care activează în cadrul aripii de tineret a AMSPPR.

O ultimă temă discutată a fost necesitatea implementării unei forme de recompensare a practicienilor care ies în evidență pozitiv, fiind propuse acordarea de premii de excelență în cadrul evenimentelor organizate de către AMSPPR.

Toate proiectele prezentate nu ar fi luat naștere dacă coordonatorii nu s-ar fi reunit în cadrul ediției de iarnă a Dental-Surf, un alt proiect al departamentului de tineret, al cărui scop este exact acesta, de a asigura condițiile necesare promovării de noi proiecte și de oameni care să le implementeze.

Toate începuturile sunt grele, dar crearea de precedente asigură o bază pentru viitor. Ziua Tineretului asta a fost un precedent care a permis prezentarea și promovarea unor idei care vor evolua sub atenția coordonatorilor care le-au propus.

**Stud. Marius Mihalache**

## DENTALSURF 2009

Ediția de vară a DentalSurf 2009, manifestare cu tradiție a departamentului de tineret al AMSPPR, se va desfășura anul acesta în Delta Dunării în perioada 24 - 30 august. Locația: Green Vilage, Sfântu Gheorghe.

Tema de anul acesta este: Importanța comunicării în cabinetul dentar.

Înscrierile se pot face în intervalul 25 iunie - 25 iulie 2009 accesând siteul [www.dental.ro](http://www.dental.ro)

Procedura de selecție: participanții vor fi selectați până la 1 august, urmând să aibă la dispoziție 10 zile pentru a vira contribuția de participare de 300 lei. Contribuția include: programul de activități, suporturile de curs, cazare cu demipensiune, transportul pe apă tur-retur Tulcea – Sfântu-Gheorghe, o cină festivă și bineînțeles buna dispoziție!

Vă așteptăm cu drag!

AMSPPR Young: De la prietenii pe care nu i-ai cunoscut încă...



**Dr. Ștefan Anca**  
Coordonator DentalSurf 2009

[www.implanturi.org](http://www.implanturi.org)



- ✓ De **12** ani in Romania! Colaboram in prezent cu peste 450 de cabinete din Bucuresti, din tara si din strainatate.
- ✓ Colaborare profesionista si timp rapid de executie a lucrarilor.
- ✓ Cu noi economisiti timp deoarece curierii nostri preiau si livreaza zilnic lucrarile in Bucuresti, iar in tara beneficiati de serviciul rapid Prioripost, Cargus, Fan Curier, etc.
- ✓ Consultanta gratuita si exemplificarea computerizata a planului de lucru sunt asigurate de specialistii nostri.
- ✓ Garantam lucrarile protetice pe care le realizam cu materiale din Comunitatea Europeana, omologate de Ministerul Sanatatii din Romania.
- ✓ Prezenta permanenta la sediu intre orele: 7:00 - 21:00
- ✓ Realizam urmatoarele tipuri de lucrari protetice:
  - Coroane si punti: fizionomice si semifizionomice din ceramica si compozit
  - Coroane total ceramice, fara suport metalic, fatete, inlay (ceramica presata)
  - Coroane si punti din zirconiu
  - Incrustatii onlay - inlay: Artglass, metalice (nobile si nenobile)
  - Lucrari pe implant: pe toate tipurile de implante
  - Proteze scheletate cu sisteme speciale: culise, capse, telescoape si cu crosete turnate
  - Proteze acrilice totale si partiale, gutiere de albire, sine bruxism si aparate ortodontice (toate tipurile)
- NOU Realizam coroane si punti din Zirconiu si Cr-Co prin tehnologia CAD/CAM (Evotech3D).



Pentru Bucuresti si Ilfov, asiguram transportul prin curieri proprii. La nivel national, apelam la partenerii nostri.



**UTIL!**

## Cum ne tratăm în Uniunea Europeană ? Formulare utilizate în aplicarea Regulamentelor europene de securitate socială nr. 1408/71 și 574/72

În conformitate cu prevederile Regulamentelor europene de securitate socială nr. 1408/71 și 574/72, o persoană care are calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate dintr-un stat membru al Uniunii Europene poate beneficia de servicii medicale într-un alt stat membru, astfel:

- pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate
- pe baza formularului E 112 „Atestat privind menținerea dreptului la prestațiile în curs pentru asigurarea de boală – maternitate”, pentru: 1. trimiterea la tratament, 2. șederea în afara statului competent/întoarcerea în sau transferul reședinței într-un alt stat membru pe timpul bolii sau maternității;
- pe baza formularului E 106 „Atestat privind dreptul la prestațiile în natură ale asigurării de boală – maternitate în cazul persoanelor care își au reședința într-un alt stat decât statul competent” pentru lucrătorul salariat sau independent și membrii familiei acestuia, precum și membrii familiei lucrătorului în situație de șomaj care își au reședința pe teritoriul

unui alt stat decât statul competent - pe baza formularului E 109 „Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor”. Acest formular este întocmit pentru a permite membrilor familiei lucrătorului salariat sau independent care nu își au reședința împreună cu acesta în statul de reședință, să beneficieze de prestații în natură, acordate în contul instituției competente, de către instituție de la locul de reședință

- pe baza formularului E 121 „Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie, a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor” în situația în care un titular de pensie sau membru de familie al acestuia are dreptul la prestații în natură în temeiul legislației unui stat membru și își schimbă reședința pe teritoriul unui alt stat membru

Pentru mai multe detalii, consultați site-ul CNAS: [www.casan.ro](http://www.casan.ro)

Sursa: Site-ul

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate din România

<http://www.casan.ro>

## ȘEDIȘA CONSILIUL DIRECTOR AL FR BANAT

În data de 28 martie 2009 la sediul FR Banat a avut loc ședința Consiliului Director. La ședință au participat: dr. Carmen Dehelean, dr. Andrea Kovacs, dr. Diana Pascale, dr. Oana Ioviță, dr. Sanda Danciu, dr. Gheorghita Barna, dr. Doru Tănăsescu și invitat responsabilul cu FR Banat dr. Voicu A David, Vicepreședinte AMSPPR. Cvorumul fiind întrunit ședința a fost declarată sstatută.

Dr. Voicu A. David a prezentat o istorie a nemților în Banat și a făcut un cadou sediului FR Banat un triptic reprezentând migrarea și stabilirea nemților în Banat. Pentru întreaga activitate din perioada 2003-2009 a dr. Carmen Dehelean a recomandat Consiliului Director al FR Banat ca la AGN 2009 să se propună acordarea titlului de membru de onoare AMSPPR. Consiliul Director al FR Banat a votat în unanimitate această propunere.

Dr. Carmen Dehelean a mulțumit pentru această propunere onorantă, nu consideră că este vorba doar de munca personală având alături o mică echipă și în urmă alți președinți de FR Banat (dr. Florin Sabou, dr. Gheorghita Barna, dr. Voicu A. David).

Dr. Carmen Dehelean a făcut o rememorare a ultimelor evenimente care au avut loc la nivel de asociație privind sancționările, neacreditarea manifestărilor EMC din cadrul AR-MEDICA 2008 și procesele în



care a fost târâtă AMSPPR. Au luat cuvântul dr. Gheorghita Barna, dr. Doru Tănăsescu, dr. Andrea Kovacs, etc. S-a votat cu unanimitate încheierea unui contract de asistență juridică al FR Banat cu av. Anca Doboș.

Dr. Carmen Dehelean a adus în discuție situația alegerilor în centrele județene pentru anul 2009.

Pentru Adunarea Generală a FR Banat s-a stabilit data de 06 iunie 2009. Cv-urile celor care doresc să candideze la o funcție în Consiliul Director al FR Banat vor fi depuse la sediul FR Banat str. Vicențiu Babeș nr. 24 ap. 2 cod 310029 Arad, jud. Arad până în data de 17 aprilie 2009. Toți membrii Filialei vor fi informați despre alegeri în Buletinul Informativ al FR Banat realizat și expediat înainte de Paști. S-a votat în unanimitate ca primul sediu al FR Banat a AMSPPR de pe strada Barițiu nr. 19 Arad să fie vândut, având în prealabil și acordul Adunării Generale Regionale din 06 iunie.

**Dr. Carmen Dehelean**

### CAUT MEDIC STOMATOLOG

Orașul Vișeu de Sus, jud. Maramureș  
Relații: Dr. Vasile Stetco,  
tel.: 0744- 186 042

# Fotona

choose perfection

## ECHIPAMENTE LASER



AT Fidelis



**Muncă mai ușoară la un nivel superior,  
cu mai mulți pacienți mulțumiți!**

**MAI RENTABIL, MAI RAPID, MAI EFECTIV!**

Technica laser oferă:

- anestezie minimală sau zero
- perioadă de vindecare mai scurtă
- mediu steril
- o singură vizită
- intervenții multiple pe pacient
- fără dureri, sângerări sau infecții post-operatorii

**ÎNCEARCĂ ȘI TU!!!**

**[www.medicalpartner.ro](http://www.medicalpartner.ro)**



Fotona XD-2

## LASEROPA



**Twiny Peaks**

50 mW spectru roșu  
+ 150 mW spectru infraroșu

### Bilight

30 mW spectru roșu  
+ 2-500 mW spectru  
infraroșu

- reglarea dozei în intervalul 0.1-99.9 J (pentru tratamente a nervilor)
- acumulator încorporat
- posibilitatea cuplării dușului laser sau capul infraroșu de 500 mW



## CREDIT, LEASING SAU FINANȚAREA DIN SURSE PROPRII? CARE ESTE CE-A MAI BUNĂ SOLUȚIE PENTRU A FACE INVESTIȚII ÎN CABINET?

Aspectul esențial în alegerea sursei de finanțare îl constituie costul acesteia, la care specific perioadei economice pe care o traversăm, se adaugă și întrebarea "Cine îmi poate acorda suma de care am nevoie?". Secundare sunt aspecte de genul: perioada de finanțare, garanții necesare și necesitatea unui avans sau nu.

La prima vedere, finanțarea din fonduri proprii pare să fie cea mai ieftină sursă pentru cabinet. Însă, în acest caz trebuie luate în calcul și implicațiile blocării sumelor necesare investiției, în cazul în care ele există, și ale imposibilității plasării acelor resurse în alte activități, poate cu o marjă de profit mai ridicată.

Costul direct al creditului este format din valoarea totală a investiției, la care se adaugă valoarea dobânzii plătite pentru banii împrumutați și comisionul de administrare al creditului, dacă acesta există. În calculul costului total trebuie luate în considerare și costurile legate de contractarea creditului. Aceste costuri sunt formate din comisioane de acordare și verificare, din costurile legate de constituirea garanțiilor materiale (ipotecă, comisioane pentru evaluare, prime de asigurare a garanțiilor etc).

Garanția necesară contractării unui credit variază mult în funcție de bancă, suma împrumutată (sunt bănci care până la suma de 50.000 RON nu solicită garanții reale), perioada de finanțare (peste 10 ani de regulă se solicită ipotecă), situația financiară a cabinetului. Avansul în cazul creditului este rar solicitat, iar perioada de finanțare variază în funcție de garanții, putând să ajungă și până la 25 de ani.

Leasingul apare ca o variantă de finanțare mai accesibilă pentru că singura garanție este tocmai bunul care face obiectul contractului. Costurile cu leasingul se apropie, în prezent, de valorile costurilor creditului, ca urmare a modificării calculației ratei de leasing începând cu 1 ianuarie 2009, de când taxa pe valoare adăugată (TVA) se aplică și la dobândă, față de situația precedentă, când se aplică doar la principal.

Avansul necesar minim variază de la 15% până la 25% în funcție de valoarea investiției, perioada și situația financiară a cabinetului. Perioada de finanțare nu depășește 5 ani. Pentru acest tip de finanțare mai sunt două aspecte de luat în calcul: există o sumă minimă a investiției (cel mai frecvent 5000 de euro) iar bunul va deveni proprietatea cabinetului după achitarea ultimei rate.

Așadar răspunsul la întrebarea de mai sus este: "depinde". În funcție de nevoile dumneavoastră, de situația financiară în acte a cabinetului, de natura investiției și de posibilitățile dumneavoastră de rambursare. În cele din urmă, când ați luat decizia de a face o investiție în cabinet și trebuie să apelați la o soluție de finanțare, tot ce contează este să obțineți finanțarea cât mai rapid și să plătiți pe lună o rată sustenabilă.

**Ionuț Adrian Leahu**  
General Manager  
Medvice Finance SRL



15

# UTIL!

### Programul de Acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013)

Scopul: Programul completează, sprijină și adaugă un plus de valoare politicilor statelor membre și contribuie la creșterea solidarității și prosperității în Uniunea Europeană, prin protecția sănătății și siguranței umane și prin îmbunătățirea sănătății publice.

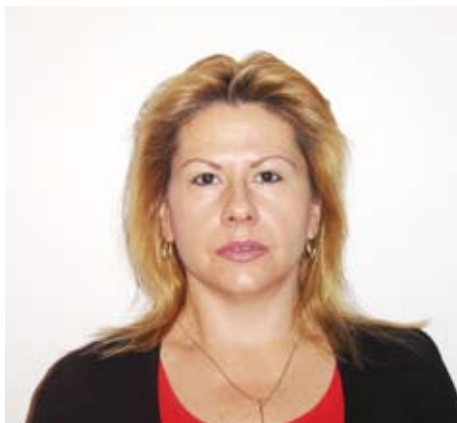
Obiectivele: îmbunătățirea siguranței cetățenilor în materie de sănătate, promovarea sănătății inclusiv reducerea inegalităților în materie de sănătate, producerea și difuzarea

de informații și cunoștințe cu privire la sănătate.

Pachetul financiar pentru punerea în aplicare a programului în perioada 2008 – 2013 se stabilește la 321 500 000 EUR.

Sursa: Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007

## DESPRE PROCESELE ÎMPOTRIVA AMSPPR UN ALTFEL DE RAPORT AL AVOCATULUI PLEDANT AL A.M.S.P.P.R.



Este deja de notorietate faptul că din octombrie 2007 A.M.S.P.P.R. a fost chemată în judecată de către dr. Gabriela Andruhovici, și dr. Rodica Aldica, în calitate de reclamante, într-un proces al cărui

obiect este cel de anulare a hotărârii A.G.N. a A.M.S.P.P.R. adoptată în octombrie 2007 la Sinaia, cu privire la revocarea din funcție a președintelui în exercițiu la acel moment, adică dr. Andruhovici.

Scopul acestui proces se dorea a fi restabilirea situației anterioare Adunării Generale Naționale din 2007, adică repunerea în funcție a dr. Andruhovici astfel încât să își poată exercita mandatul de președinte până la expirarea perioadei, și anume ... octombrie 2009!

În același an 2007 pentru prima dată în existența A.M.S.P.P.R. s-a organizat o Adunare Generală Națională extraordinară, în decembrie 2007, pentru ca delegații filialelor regionale să aleagă un nou președinte și un nou trezorer – funcții rămase vacante prin revocare, respectiv prin demisie.

La data respectivă procesul inițiat de către cele două deja avusese un termen de judecată iar în paralel membrii C.D.N. inițiaseră un dialog pentru a încerca stingerea conflictului pe cale amiabilă, inițiind o mediere colegială.

În același timp personalul sediului central se ocupa de tot ceea ce trebuia pentru desfășurarea alegerilor ce aveau să aibă loc în cadrul Adunării Generale Naționale extraordinare. Alegeri la care au participat și cele două membre, chiar candidând la funcția de președinte și la funcția de trezorer. Rezultatul votului nu a făcut decât să reitereze voința delegaților ce fusese deja exprimată în octombrie 2007, acordând fostului președinte ... 3 voturi!

Cum între timp negocierile au eșuat și alegerile au fost pierdute, speranța celor două candidate s-a focusat pe instanța de judecată și pe calitatea de reclamante, așa că a venit apoi ziua următorului termen de judecată, când A.M.S.P.P.R. a câștigat deja acest proces!

Se întâmplă într-una din zilele dinainte de vacanța judecătorească de Crăciun. În anul 2007!

Până s-a motivat, redactat și comunicat hotărârea

prin care, pe cale de excepție, s-a respins acțiunea formulată de reclamante, pârâta – A.M.S.P.P.R. – se pregătea de sărbătoarea Paștelui, organiza cursuri, congresul anual etc. iar reclamantele ... formulau recurs.

Instanța de recurs a decis că deși nu rezultă din materialul probator administrat susținerile reclamantelor, ar trebui administrate și alte probe din care, poate, va rezulta că susținerile acestora se confirmă! Prin urmare cauza a fost trimisă spre rejudecare, urmând să fie audiați martori.

Înainte de Crăciunul lui 2008 au fost audiați martori, apoi la sfârșitul lunii ianuarie 2009, instanța se pronunța pentru a doua oară, în termeni identici: Pârâta A.M.S.P.P.R. a câștigat și de această dată procesul! Dar ... cui îi folosește ...

Între timp persoanele având calitatea de reclamante fuseseră excluse din A.M.S.P.P.R. unde mulți ani participaseră la viața organizației, conducerea aleasă în decembrie 2007 erodându-și mandatul pe acțiuni judiciare mai mult decât pe acțiuni din care să profite membrii. Firește membrii sunt nemulțumiți, confuzi, derutați, împărțiți în tabere ... Dar mai presus de toate în mișcare browniană, în care se consumă energii fără să existe direcții de acțiune care să profite membrilor. Între timp membrii par a-și fi pierdut călăuza!

„Călăuza” ... și astăzi este la judecată, tot în calitate de pârâtă, căci A.M.S.P.P.R. ÎNCĂ nu a dat pe nimeni în judecată, încă nu s-a răzvrătit în fața instanței ... Astăzi, când facem acest bilanț al proceselor, pierderilor, erorilor etc. A.M.S.P.P.R. a fost din nou chemată în fața instanței de recurs!

Pentru a doua oară, pe când lumea se pregătea de sărbătoarea Paștelui – cel din aprilie 2009! – pe rolul instanțelor de judecată se mai înregistra o cerere, banală ca oricare alta – cererea de recurs formulată de către reclamantele Andruhovici și Aldica.

Înainte de vacanța judecătorească de vară din acest an, 2009, A.M.S.P.P.R. se va prezenta din nou la judecată în recurs iar judecata se va finaliza probabil cândva în toamnă, toamna lui 2009.

Toamna lui 2009 când mandatul celor aleși în toamna lui 2006 ( când a fost aleasă președinte dr. Andruhovici, când au fost aleși vicepreședinți cei 6 membri cărora li s-a spus „neînregistrați în justiție”) s-ar fi finalizat!

Toamna lui 2009 când vor avea loc alegeri, din nou, ca și când ar fi fost ieri acea zi de octombrie 2007 în care două membre au început procesele împotriva „doamnei” A.M.S.P.P.R., cum extrem de sugestiv i se adresa într-un articol un autor.

Și toate acestea sunt posibile pentru că alte două instanțe de judecată au hotărât ca A.M.S.P.P.R. SĂ (mai) EXISTE, având înțelepciunea să respingă acțiunea de dizolvare a A.M.S.P.P.R., dispunând anularea cererii prin care una dintre cele două persoane reclamante, dr. Rodica Aldica, în numele A.M.S.P.P.R. – Filiala Regională Ardeal Nord ( unde a ocupat funcția de președinte până într-o zi de martie 2008, când și-a dat demisia pentru că tocmai se declanșase isteria privind statutul de „patronat” al A.M.S.P.P.R. și venise moda incompatibilităților și al suspendărilor din funcțiile ocupate în conducerea C.M.D.R. de către persoane, mai mult sau mai puțin marcante, din conducerea A.M.S.P.P.R. ... dar aceasta este altă poveste, alt dosar, alte victime)... dar să revenim la cele două instanțe care au dispus anularea cererii prin care dr. Aldica cerea dizolvarea A.M.S.P.P.R. și preluarea patrimoniului de către A.M.S.P.P.R. – Filiala Regională Ardeal Nord ... de fapt de către o nouă asociație, numită „A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord”!

Cu regret vă informez că nu este nici o eroare de tipar ... și nici de exprimare! Beneficiara acestei acțiuni „patrimoniale” trebuia să fie o ... „duduie” ce poartă același nume ca și „doamna” A.M.S.P.P.R. dar are și un nickname (pseudonim): Ardeal Nord! O asociație înființată în toamna lui 2008, când s-a cerut unei alte instanțe de judecată dizolvarea Filialei Regionale Ardeal Nord a A.M.S.P.P.R. și preluarea patrimoniului de către nou-înființata asociație numită „A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord”.

Așadar să recapitulăm pentru a nu vă deruta: la București se cerea instanței de judecată dizolvarea asociației naționale iar la Cluj se cerea instanței dizolvarea Filialei Regionale Ardeal Nord. Procesul de la București a fost deschis în numele Filialei Ardeal Nord (semnatarea cererii fiind dr. Aldica), procesul de la Cluj a fost deschis în numele Adunării Generale Regionale (semnatarea cererii ... idem!)

În paralel semnătura aceleiași persoane „consfințea” înființarea unei noi asociații ... „duduia” A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord, cu sediul, evident, la adresa la care se află sediul Filialei Regionale Ardeal Nord a A.M.S.P.P.R., sediu deținut cu titlu de proprietate de către Filiala Regională Ardeal Nord ... Membru fondator și președintele acestei noi asociații: dr. Aldica.

Între timp se mai întâmplase ceva, pe harta AMSPPR se produceau un fel de „migrații” dinspre Timiș spre Cluj, de la F.R. Banat la F.R. Ardeal Nord! Cu timpul, probabil au aflat și cei în cauză că deveniseră... „migratori”! În ce temeii juridic se modifica de facto Statutul A.M.S.P.P.R. în care nu există prevederi legate de transfer ? - În absența oricărui temeii! Atât ardelenii cât și bănățenii știu de cel!

Și totuși ... nu mor caii când vor câinii ... dar nici

performanțe nu pot da caii hăituiți și murdăriți!

Instanțele s-au pronunțat în cauzele privind dizolvarea și din nou victorie pentru „bătrâna doamnă” A.M.S.P.P.R. - nu s-a dispus dizolvarea nici la Cluj și nici la București!

La Cluj, procesul s-a încheiat în prima instanță de judecată, acțiunea fiind respinsă, adică Filiala Regională Ardeal Nord există, din nou doamna A.M.S.P.P.R. a câștigat procesul (grație membrilor tineri, inimoși și curajoși care au făcut ceea ce trebuia)!

La București s-a încheiat definitiv și irevocabil procesul având ca obiect dizolvarea asociației naționale, adică s-a consumat judecata și în stadiul procesual al recursului, recurs introdus de reclamantă, căci, repet, „doamna” A.M.S.P.P.R. a stat în judecată numai în calitate de pârâtă în toate aceste războaie fratricide!!!... Iar A.M.S.P.P.R. a câștigat din nou procesul!

A.M.S.P.P.R. există de facto și de iure, (de fapt și de drept) are și conducere, are și Statut, (ba chiar unul nou și chiar și un Cod de etică și mediere) are și membri, mai are!

Dar ce a pierdut A.M.S.P.P.R.? Sau ce nu mai are A.M.S.P.P.R. sau ce procese se mai pregătesc „doamnei” A.M.S.P.P.R.?

Sau ce procese va mai câștiga A.M.S.P.P.R.? Cu ce preț? Peste cât timp? Sau când și cui îi va fi folosit tot acest ... „proces-foileton”?

Avocatul A.M.S.P.P.R. nu poate răspunde acestor întrebări, avocatul A.M.S.P.P.R. pregătește pledoaria pentru judecata dintr-o zi de iunie, când „doamna” A.M.S.P.P.R. și ex-președintele dr. Andruhovici alături de ex-președintele de Filială Regională Ardeal Nord dr. Aldica, ambele ex-membre A.M.S.P.P.R., se judecă din nou în recurs pentru o împărțea de dreptate, pentru o fărâma de mandat, mandat care ar fi expirat oricum într-o zi de toamnă a acestui an... eventual o zi de octombrie când vor avea loc alegeri la nivel central, oricum!

Când delegații A.G.N. vor alege o nouă conducere, care, poate, nu va trebui să se risipească în procese, despre care, poate, se va face mențiune în Registrul Asociațiilor și Fundațiilor, la rubrica A.M.S.P.P.R. ... poate atunci avocatul A.M.S.P.P.R. – căci o doamnă care se respectă nu acționează în nici o direcție fără avocat – nu va mai trebui să pledeze în fața instanței pentru a apăra subzistența asociației, ci va (re)deveni consultant - prestând servicii de asistență juridică din care să profite membrii A.M.S.P.P.R. ... - beneficiari ai serviciului public de justiție dintr-un stat european care este obligat să asigure liberul acces la justiție în detrimentul celerității procedurilor de judecată. Sau poate ...

**Av. Luciana Mihai**

**Sponsor Principal AMSPPR**

**Colgate**

## MUZICA UN RITUAL DE PURIFICARE



**Dr. Voicu A. David**

Dincolo de viața profesională sau politică profesională, suntem oameni. Este un aspect pe care din păcate nu îl învățăm în școală. Muzica este, probabil, unul dintre puținele instrumente de a atinge sufletul; ea poate vindeca dar și răni, poate oferi un sprijin și poate stârni amintiri. Un interviu cu un om: Voicu A. David, medic dentist.

**Ai o colecție impresionantă de muzică, muzică bună. Străină și românească, vinil, casete, CD, mp3, dvd, pop, folk, rock, blues, jazz, country, soul, electronică, clasică, reggae etc.**

Această colecție personală de peste 6.000 de albume este rezultatul a multor căutări, eforturi și de ce nu sacrificii... Să ne reamintim că prin 1988, un vinil românesc costa 25 de lei socialiști, iar un vinil original CBS, EMI sau Atlantic costa 2.000 -2.500 lei, circa un salariu mediu de atunci...trebuia să ai curaj și chiar nebunie să le cumperi. În Timișoara eram câțiva specializați pe 1- 2 formații și aveam discografiile complete și la zi: de exemplu un prieten Geo avea complet Jethro Tull și Led Zeppelin, Silviu avea Tangerine Dream și Jean Michel Jarre, Vladi avea Genesis și Dire Straits, Jim avea Zappa și Gentle Giant, eu aveam (și am) întregul Pink Floyd, etc.

### **Cine ti-a insuflat pasiunea pentru muzică?**

În primul rând "Radio Europa Liberă" cu celebrii Cornel Chiriac și după dispariția sa tragică și prematură, Radu Theodoru, prin emisiunea zilnică "Metronom" în care se prezenta zilnic integral câte un album nou și "By Request" de duminică p.m. când se transmiteau mari hituri la cererea ascultătorilor. În al 2-lea rând efervescența viață muzicală din orașul meu natal Timișoara unde am asistat la nașterea, evoluția și succesul a mari formații românești de referință: Phoenix, Pro Musica, Post-Scriptum, Stepan Project.

### **Ai făcut vreun instrument?**

Nu, probabil dacă făceam eram unidirecțional spre compozițiile pentru respectivul instrument. Despre instrumentele muzicale: cei ce cunosc istoria muzicii știu că toate instrumentele au fost inițial confecționate din materiale naturale (instrumentele de suflat, cu corzi, de percuție, cu clape, etc.). Toate acestea dau sunete imperfecte, impure pe care civilizația doar le-a cuantificat în note

muzicale. Înregistrarea tradițională a acestora pe discuri de vinil constă în gravarea pe discuri master în copie fidelă adică cu toate imperfecțiunile și sunetele armonice asociate, rezultând înregistrări "calde" și foarte personale în funcție de cultura, temperamentul, inspirația artistului. Era informației a introdus digitalizarea și codificarea informației în 0 sau 1, procedură tehnologică ce nu cuprinde toate imperfecțiunile și semi- tonurile originale. De aceea marii colecționari și amatori de muzică, inclusiv artiștii creatori înșiși preferă încă și astăzi discurile de vinil. De aceea a revenit în ultimii 10 ani producția de serie mică de discuri de vinil, actualmente cele mai scumpe suporturi de muzică: dacă un album nou în 2009 pe CD costă 20 Euro, iar un DVD 30 Euro, aceeași înregistrare pe vinil costă 40-50 de Euro.

### **Ce reprezintă pentru tine muzica ?**

Pentru mine în mod individual muzica reprezintă ce reprezintă arta pentru oricine.... Ca orice artă, muzica reprezintă Lumea: reflectarea, cunoașterea, sinteza Lumii, modificarea, sublimarea, esențializarea Universului. Se poate pune întrebarea: care Lume ? O dată ar fi Lumea Materială înconjurătoare în care diferitele elemente primordiale au devenit în artă adevărate concepte: vântul, marea, pădurea, orașul, drumul, stelele, etc. Pe de altă parte muzica reflectă Lumea Umană: societatea, autorul în sine, cântărețul / interpretul, prezentatorul, disc-jockey-ul și nu în cele din urmă, pe ascultător cu toate trăirile lui. Un aspect evident și intens exploatat în creațiile muzicale este reflectarea Universului Interior cu toate aspectele psihismului: muzica reflectă bucuria, durerea, tristețea, revolta, ura, iubirea, stresul, deprimarea, spleenul, angoasa, speranța, etc.

**În excursiile tale în străinătate unul din locurile cu siguranță vizitate, este magazinul de muzică. Iți pregătești din timp vizita sau pe loc te hotărăști ce vei lua?**

La începutul anilor 90 le vizitam la nimereală dar enormitatea ofertei (sistematizată pe domenii, genuri, sub-genuri, autori, producători etc.) a dovedit că a merge la întâmplare este pierdere de timp. Așa că de prin 1995 mă pregătesc din timp din discografii, topuri, site-uri ale marilor nume din muzică, astfel că merg țintit cu o listă cu maximum 20 de titluri. Din aceste experiențe pot să afirm că oricât de celebru e magazinul, nu găsești mai mult de 5-6 titluri din cele căutate...fie nu a intrat, fie s-a epuizat, etc.

### **Te caracterizează un anume gen de muzică? Care ar fi acela?**

De la început am ascultat, am colecționat și mi-a plăcut cea muzică ce participa la descoperirea de sine. Un rol primordial l-a avut muzica instrumentală, de la cea simfonică trecând prin jazz până la cea electronică, genuri care prin absența Cuvântului (textului) se adresează cel mai direct și mai eficient subconștientului și ego-ului. O mare parte a muzicii secolului XX este cea vocal instrumentală la care am apreciat textele cu caracter profund estetic și chiar filozofic ale unor cântăreți care erau în același timp și poeți: Bob Dylan, Leonard Cohen, Joni Mitchell, Beatles, Roger Waters, etc. Muzica pur vocală de la corurile sacre și profane la soliști superdotați gen Bobby McFerrin este deasemenea un deliciu, dar alegerea unei înregistrări anume ține de o corelare cu starea psihică momentană, de acumulările de stres anterioare, de scopul pentru care aleg o audiție sau alta (în sine sau ca background sonor pentru a scrie sau a lucra în cabinet, etc.).

În orice caz, nu pot afirma că mă caracterizează un anume gen de muzică, în diferitele momente ale zilei sau ale vieții ascultând cu aceeași plăcere pop, rock, blues, clasică, jazz, etc. În

audierea unui anume album sau colecții de hituri m-a interesat însă întotdeauna spiritualizarea momentului, punerea muzicii în acord cu sentimentele proprii și nu în cele din urmă purificarea prin artă de mizeriile vieții cotidiene.

### **Ce rol a jucat muzica în cariera ta?**

Cel de prieten permanent, cuminte, fără surprize, capricii și mereu la îndemână... Cel de prieten cu care poți împărtăși oricând și bucuriile și necazurile, (înainte de 90 dezamăgirile induse de examene, șefi, securiști, turnători din policlinici, mizerie sau din 90 încoace.. de pacienți, colegi, asociați, birocrăți etc.)

### **Care ar fi după părerea ta cea mai benefică perioadă muzicală din toate timpurile și de ce?**

Toate Timpurile înseamnă.... foarte mult, înseamnă adică cam de când primul homo erectus a lovit cu un băț o piele întinsă să se usuce și a descoperit percuția sau de când homo sapiens a adăugat în joacă la arcul de vânătoare încă 4 corzi și a descoperit harfa..

Din această perspectivă pan-istorică, cea mai benefică perioadă muzicală consider că este secolul XX, în care atât genurile muzicale cât și tipurile de instrumente au avut evoluții explozive, fără a mai vorbi de sutele de formații, de miile de interpreți și soliste. Tot în secolul XX muzica a ieșit din turnul de fildeș al elitelor și a devenit un produs al maselor, pentru mase și despre mase, fiind în același timp un mod de reflectare a socialului cât și o modalitate de influențare a societății. Vaclav Havel a spus: "Comunismul a fost demolat de muzica rock"... Din cele 7 arte tradiționale nici una nu cred că a evoluat atât de exponențial, de diversificat și de profund în secolul XX ca muzica...poate doar nou apăruta artă cinematografică.

### **Live is life! Preferi o înregistrare unei experiențe live?**

Multe înregistrări sunt greu și costisitor de reprodus live, fiind dificil de reconstituit aceeași echipă inițială: muzicienii de acompaniament, sunetiști, ingineri de mixaj, etc. Marii artiști sunt însă capabili să reproducă aceeași calitate din studio în apariții live, ba mai mult, să fie stimulați de public, interacționând pozitiv și creativ cu acesta și având momente extraordinare de inspirație peste nivelul celor realizate în rețele studiouri... Îmi plac și experiențele live dar ele țin de un context mai larg decât formația însăși, puțini muzicieni permițându-și să posede sau să închirieze echipamente live de sute de tone cum au Rolling Stones... și atunci apare compromisul, sau nu se aude bine un instrument, sau mixajul de voci e deficitar, sau sunt prea mulți wați și sala intră în reverberație. Să nu mai vorbim de un spectator căruia îi sună un mobil, care urlă sau care face un comentariu idiot ....O soluție realistă sunt DVD-urile cu concerte în format DTS (Digital Theater System sau Dolby 5+1) în care dintr-un turneu de 30 de orașe se alege cea mai bună variantă...

### **Ce ne aduce contemporaneitatea?**

#### **Cum apreciezi muzica ce se face acum?**

Sunt multe experimente rezultate din dilemele și spasmele psihologice și culturale firești apărute în urma scindării societății în tot mai multe grupuri, culturi și subculturi din ce în ce mai specializate și mai pretențioase... Există poate mult prea multă tehnologie electronică și digitală ce înlocuiește interpretul cu feelingul lui și prea puțină virtuozitate personală. Există multă muzică kitsch și multă muzică comercială ce nu ridică ascultătorul la un nivel spiritual superior ci dimpotrivă se coboară la o psihologie elementară de primat. Este un fenomen trist dar care a existat probabil în toate perioadele muzicii fiind tranzitoriu și eliminat printr-un proces de auto selecție naturală.

### **Muzica în cabinet - moft sau confort?**

Sunetele de fond din cabinetele de stomatologie nu sunt deloc prietenoase, ele sunt chiar agresive sau înspăimântătoare, atât cele produse de tehnologie (turbina, micro-motoarele, piesele, detrajul, aspiratoarele, compresorul, etc.) cât și cele produse de pacienți (oftatul, icnetele, gemetele, țipetele, etc.). Acest mediu sonor agresiv pentru toate părțile implicate (medici, pacienți, personal, însoțitori, etc.) poate fi în mod considerabil sau chiar complet „îmblânzit” printr-o muzică ambientală adecvată. Aici se pune întrebarea cine trebuie să se simtă bine cu muzica de fond respectiv: medicul ? pacientul ? asistentele ? În mod firesc ar trebui să fie la fel de mulțumiți de muzica de fond toți participanții la tratament deși într-o vreme consideram că în primul rând ar trebui să fie medicul deoarece el este principalul „stăpân” al complexului tehnologic numit cabinet. Exemple extreme din propria experiență: o pacientă plecată de mult din România care a început să plângă în timpul prizei unei cimentări simple pe dinți devitali care întrebată fiind ce se întâmplă a spus că nu cabinetul este de vină ci ....muzica, rulând tocmai piesa „Muguri de fluier” pe care nu o auzise de 20 de ani....Alt exemplu, o asistentă care a început să plângă brusc după audierea succesivă a 4 CD-uri ale formației Yes și care întrebată fiind a răspuns că nu poate suporta această muzică....

Cât despre instalația audio folosită necesitățile sălii de așteptare sunt perfect acoperite de un televizor în care canalele muzicale pot fi schimbate de pacienți și altele sunt necesitățile din cabinet în care pentru acoperirea zgomotelor sinergice profesionale nu sunt suficiente cele 2 boxe de plastic ale PC-ului ci minimum 2 boxe de lemn sau un subwoofer de lemn și 2 boxe sateliți. Din punct de vedere al suportului înregistrării, am parcurs de la privatizarea din 1991 cam toate etapele posibile: radio, casete audio cu albume sau "best of" din comerț sau selectate de mine, CD-uri alese zilnic, muzică format mp3, iar cel mai comod în ultimii ani posturi radio de pe internet sau antenă satelit și receiver (În jur de 1.000 de posturi de radio la un singur satelit geostaționar de tip Astra). Va exista probabil în curând și posibilitatea abonamentului prin cablu la muzică ambientală sau diversă (ca în cazul curselor aeriene pe mari distanțe), în acest caz însă, selecția conținutului fiind în mâna altora....

Muzica în cabinet nu este deloc un moft, este un element psihologic important și care cel puțin în cazul cabinetului nostru a dus chiar la dependența personalului și la sindrom de sevraj... în cazul în care aceasta lipsește.

### **Un gând pentru cititori...**

În lumea stresantă și poli-agresivă în care trăim fără o supapă culturală (literatura, teatrul, filmul, muzica...) un intelectual din secolul XXI devine treptat un robot care în curând se va defecta, fără ca cineva să-i poată oferi piese de schimb adecvate. Profesiile medicale sunt în plus presate de responsabilități specifice, etice, profesionale, umane, iar sindromul de extenuare psihică și fizică (sindromul burn-out specific profesiilor de mare stres: piloți, controlori de trafic, personal militar în zone de conflict, etc.) este adesea întâlnit. O supapă a acumulărilor psihologice negative induse medicului patron de birocrăția în creștere permanentă și de tratamentul zilnic a multor pacienți dificili o constituie muzica „degustată” în timpul exercitării profesiei. Arta umanității, inclusiv muzica nu mai are caracter de exclusivitate, pacienții, medicii, personalul putând beneficia în mod pozitiv de muzică oricând.

**Interviu consemnat de Dr. Vlad C. Deac**

## CONSECINȚELE ADOPTĂRII O.U.G. NR. 34 / 2009 ASUPRA REGIMULUI FISCAL AL CABINETULUI DE MEDICINĂ DENTARĂ

### Cadrul juridic

OUG nr. 34 / 2009 cu privire la rectificarea bugetară pe anul 2009 și reglementarea unor măsuri financiar-fiscale conține prevederi în materie fiscală care se repercutează și în domeniul medicinei dentare.

Reamintim formele sub care se poate exercita profesia de medic dentist:

- a) - cabinet medical individual,
- b) - societate comercială cu răspundere limitată având obiect unic de activitate asistența stomatologică,
- c) - medic dentist autorizat să își exercite profesia ca persoană fizică independentă – titular al unui contract de prestări servicii,
- d) - medic dentist salarizat în interiorul profesiei – titular al unui contract individual de muncă.

Prevederile art. 32 – 34 din capitolul V al O.U.G. nr. 34 / 2009, *Măsuri în domeniul politicii fiscale*, aduc modificări de substanță unor prevederi din Codul fiscal al României (L. nr. 571 / 2003 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare) care reglementează condițiile și cuantumul impozitului datorat de persoanele juridice române.

Așadar se impune ca primă concluzie specificația că dintre formele de exercitare a profesiei de medic dentist numai cea indicată la litera b) – societate comercială cu răspundere limitată având obiect unic de activitate asistența stomatologică – presupune aplicarea noilor prevederi adoptate în materie fiscală.

Formele arătate la literele a) și c) – cabinet medical individual și medic dentist autorizat să își exercite profesia ca persoană fizică independentă – titular al unui contract de prestări servicii se supun în continuare prevederilor din capitolul II al Codului fiscal – Venituri din activități independente, art. 46 – 54.

Forma arătată la litera d) – medic dentist salarizat în interiorul profesiei se supune în continuare prevederilor din capitolul III al Codului fiscal – Venituri din salarii, art. 55 – 60.

Subliniem că dispozițiile legale în materie nu fac nicio distincție între angajatul din sistemul public ori privat de sănătate. Cota și condițiile de impozitare a salariului nu diferă de la un sistem la altul, ci sunt identice.

### Modificări asupra regimului fiscal impus societăților comerciale

Prevederile OUG nr. 34 / 2009 aduc modificări în domeniul politicii fiscale a cabinetelor de medicină dentară organizate ca societățile comerciale, atât în ceea ce privește impozitul pe profit, cât și impozitul pe venit datorat de

microîntreprinderi.

În ceea ce privește cabinetele de medicină dentară organizate în forma juridică a societății comerciale cu răspundere limitată, având ca obiect unic de activitate asistență stomatologică trebuie să facem distincția între cele care sunt plătitoare de impozit pe profit și cele care sunt plătitoare pe venitul microîntreprinderilor.

### - Impozitul pe profit datorat de societăți comerciale

Regula în materie este dată de plata impozitului pe profit, orice societate comercială fiind pentru a crea profit.

Având în vedere că prevederile art. 14 din Codul fiscal potrivit cărora impozitul pe profit se aplică în cazul persoanelor juridice române asupra profitului impozabil obținut din orice sursă (din țară sau din străinătate) au rămas nemodificate, trebuie stabilit *de plano* că ceea ce face obiectul prevederilor nou introduse prin O.U.G. nr. 34 / 2009 este reprezentat de valoarea impozitului datorat.

Trebuie deasemenea subliniat faptul că prin modificările aduse Codului fiscal prin O.U.G. nr. 34 / 2009 se modifică valoric atât impozitul pe profit, cât și impozitul pe venitul microîntreprinderilor.

Art. 32 din O.U.G. nr. 34 / 2009 modifică art. 18 din Codul fiscal în sensul introducerii unor tranșe de venituri totale care se corelează cu tranșe corespunzătoare ale valorii impozitului datorat, astfel că pentru fiecare tranșă de venituri totale prevăzute este impus un impozit minim anual în următorul cuantum:

Venituri totale anuale	Impozit minim anual
0 – 52. 000	2. 200
52. 001 – 215. 000	4. 300
215. 001 – 430. 000	6. 500
430. 001 – 4. 300. 000	8. 600
4. 300. 000 – 21. 500. 000	11. 000
21. 500. 001 – 129. 000. 000	22. 000
Peste 129. 000. 001	43. 000

Art. 32 alin. 4 din OUG nr. 34 / 2009 prevede că pentru încadrarea în tranșa de venituri totale (astfel cum sunt prezentate în tabel) se iau în calcul veniturile totale, obținute din orice sursă, înregistrate la data de 31 decembrie a anului precedent, din care se scad numai acele venituri stipulate expres și limitativ în art. 32 alin. 4 lit. a) – g) din respectiva O.U.G., astfel încât art. 18 alin. 4 din Codul fiscal devine:

Pentru încadrarea în tranșa de venituri totale (stipulate în tabel) se iau în calcul veniturile totale, obținute din

orice sursă, înregistrate la data de 31 decembrie a anului precedent, din care se scad:

- a) veniturile din variația stocurilor;
- b) veniturile din producția de imobilizări corporale și necorporale;
- c) veniturile din exploatare, reprezentând cota-parte a subvențiilor guvernamentale și a altor resurse pentru finanțarea investițiilor;
- d) veniturile din reducerea sau anularea provizioanelor pentru care nu s-a acordat deducere conform reglementărilor legale;
- e) veniturile rezultate din anularea datoriilor și a majorărilor datorate bugetului statului, care nu au fost cheltuieli deductibile la calculul profitului impozabil, conform reglementărilor legale;
- f) veniturile realizate din despăgubiri de la societățile de asigurare;
- g) veniturile prevăzute la art. 20 lit. d) din Codul fiscal (veniturile neimpozabile prevăzute expres în acorduri și memorandumuri aprobate prin acte normative).

Modalitatea efectivă prin care se determină impozitul datorat este stabilită în Normele metodologice de aplicare a L. nr. 571 / 2003 privind Codul fiscal, aprobate prin H.G. nr. 44 / 2004, astfel cum a fost modificată prin H.G. nr. 488 / 2009.

În baza acestui act normativ se stabilește că la determinarea impozitului datorat contribuabilii (în speță societăți comerciale având obiect unic de activitate asistență stomatologică) vor avea în vedere:

- a) calculul impozitului pe profit aferent trimestrului / anului, potrivit prevederilor Titlului II din Codul fiscal;
- b) încadrarea în tranșa de venituri totale anuale prevăzute în art. 18 alin. 3 din Codul fiscal (astfel cum a fost modificat de art. 32 din O.U.G. nr. 34 / 2009) în funcție de veniturile totale anuale înregistrate la data de 31 decembrie a anului precedent, din care se scad veniturile prevăzute la art. 18 alin. 4 din Codul fiscal;
- c) stabilirea impozitului minim anual / trimestrial datorat corespunzător tranșei de venituri totale anuale, determinată conform paragrafului precedent;
- d) compararea impozitului pe profit trimestrial / anual cu impozitul minim trimestrial / anual și plata impozitului la nivelul sumei cele mai mari.

Din expunerea noului cadru de reglementare în domeniul fiscal rezultă aspecte esențiale ce trebuie cunoscute, precum:

- folosirea sintagmei *impozit forfetar* este **improprie** în

contextul dat, deoarece acest tip de impozit presupune raportarea la tranșe de venituri fără a coexista cu un impozit general paralel stabilit într-un anumit quantum (actualmente 16 %);

- ceea ce caracterizează nou-introdusul impozit este **valoarea minimă la care contribuabilul trebuie să achite impozitul datorat**, indiferent de celelalte prevederi;

- în actualul context **prevederile art. 21 – 24 din Codul fiscal cu privire la cheltuieli deductibile, provizioane și rezerve, cheltuieli cu dobânzile și diferențe de curs valutar, amortizare fiscală, devin inoperante în situația în care impozitul pe profit astfel calculat ar fi inferior impozitului minim datorat potrivit încadrării în tranșa de venit aferentă cifrei de afaceri.**

**- Impozitul pe venit datorat de microîntreprinderi**

Sunt scutite de plata impozitului pe profit, datorând impozitul pe venit acele societăți comerciale care îndeplinesc condițiile prevăzute în art. 103 din Codul fiscal, și anume:

- a) realizează venituri, altele decât cele din consultanță și management, în proporție de peste 50 % din veniturile totale;
- b) au de la 1 până la 9 salariați inclusiv;
- c) au realizat venituri care nu au depășit echivalentul în lei a 100 000 euro;
- d) capitalul social al persoanei juridice este deținut de persoane, altele decât statul, autoritățile locale și instituțiile publice.

Opțiunea de a urma regimul fiscal prevăzut pentru firmele care îndeplinesc cumulativ aceste condiții aparține persoanei juridice, prin organele sale de conducere, care trebuie să își exprime în mod expres această opțiune și să se supună prevederilor legale în materie.

În conformitate cu prevederile art. 105 din Codul fiscal impozitul pe veniturile microîntreprinderilor se aplică asupra veniturilor obținute de microîntreprinderi din orice sursă, cu excepția celor prevăzute la art. 108 din Codul fiscal, care dispune că din baza impozabilă (constituită din veniturile obținute din orice sursă) se scad:

- a) veniturile din variația stocurilor;
- b) veniturile din producția de imobilizări corporale și necorporale;
- c) veniturile din exploatare, reprezentând cota-parte a subvențiilor guvernamentale și a altor resurse pentru finanțarea investițiilor;
- d) veniturile din provizioane;

Sponsor AMSPPR



**Concurs de fotografie Wrigley-FDI**  
<http://www.photoaward.org/HowToEnter.html>

e) veniturile rezultate din anularea datoriilor și a majorărilor datorate bugetului statului, care nu au fost cheltuieli deductibile la calculul profitului impozabil, conform reglementărilor legale;

f) veniturile realizate din despăgubiri, de la societățile de asigurare, pentru pagubele produse la activele corporale proprii.

Potrivit prevederilor art. 107 alin. 1 din Codul fiscal cota de impozitare este stabilită la 3 % pentru anul 2009.

Prin modificările aduse de art. 32 pct. 8 din O.U.G. nr. 34 / 2009, în situația în care **impozitul calculat în conformitate cu prevederile mai sus evocate este mai mic decât impozitul minim anual (astfel cum este prevăzut actualmente de O.U.G. nr. 34 / 2009, respectiv la art. 18 alin. 3 din Codul fiscal modificat), cabinetele de medicină dentară care au optat pentru statutul de microîntreprindere sunt obligate la plata impozitului la nivelul sumei minime.**

Așadar atât în cazul impozitului pe profit cât și în cazul impozitului pe veniturile microîntreprinderilor, prin raportare la cifra de afaceri se calculează impozitul datorat și se achită valoarea cea mai mare.

**Situația societăților comerciale în inactivitate temporară** este prevăzută în Normele metodologice de aplicare a L. nr. 571 privind Codul fiscal, astfel cum au fost

completate de H.G. nr. 488 / 2009, în sensul că prevederile art. 18 alin. 2 din Codul fiscal (privind impozitul minim) nu se aplică societăților în inactivitate temporară înscrisă în Registrul comerțului conform prevederilor art. 237 din L. nr. 31 / 1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

În cazul în care un contribuabil intră în inactivitate temporară în cursul anului, prevederile privind plata impozitului minim se aplică pentru perioada cuprinsă între începutul anului și data la care de înregistrează la Registrul comerțului mențiunea având ca obiect suspendarea temporară a activității.

Dacă activitatea este reluată în cursul aceluiaș an prevederile art. 18 alin. 2 din Codul fiscal (privind impozitul minim datorat) se aplică de la data încetării inactivității temporare, corespunzător cu perioada din an rămasă până la 31 decembrie.

Trebuie să subliniem distincția între starea de inactivitate temporară și starea firmei în activitate care nu produce venituri într-o perioadă de timp. Aceasta din urmă datorează cota aferentă tranșei de venituri 0 – 52.000 lei, adică va plăti la bugetul statului suma de 2.000 lei anual.

Av. Luciana Mihai

**FULLPLANT**<sup>®</sup>  
E·EX·EG  
TRADITIONAL PROBAT DE ÎNCREDERE

**SYMPLANT**<sup>®</sup>  
EX-S  
SIMPLU RĂTIONAL PRACTIC

Programele din anul curent

**Nou**

Cheie dinamometrică  
Preț promoțional: 135 € + TVA

Firma Full-Tech se prezintă la  
**AR-MEDICA**  
5-8, Noiembrie 2009  
21. Noiembrie 2009  
Zi de consultație implantologică  
- în direct:  
intervenție chirurgicală, faze de  
amprentare, probe ale bonturilor  
protetice și al scheletului metalic, etc.

**De la: 55 € + TVA**

Pentru informații suplimentare și înscrieri:  
[www.full-tech.hu](http://www.full-tech.hu)  
0036-20-459-8885

1992  
**FULL-TECH**  
Dental Implant Technologies

H-2310 Szigetszentmiklós, Csepeli út 30. • Tel./Fax: +36 (24) 442-391  
[www.full-tech.hu](http://www.full-tech.hu) • [info@full-tech.hu](mailto:info@full-tech.hu)

Curs de inițiere în  
Implantologie:  
Chirurgie și  
Protetică

Special conceput pentru  
cei interesați de implantologie  
(stărsit Noiembrie, început Decembrie)

22

# MANUALUL DE ETICĂ DENTARĂ AL FDI, STUDII DE CAZ

## PRIMUL CAZ TIPIC

Dr. P lucrează ca medic stomatolog de 32 de ani. Pacienții săi mai în vârstă apreciază serviciile sale devotate și sunt, în general, chiar fericiți să îl lase să decidă ce tratament vor urma. Pe de altă parte, unii dintre pacienții săi mai tineri, nu acceptă ceea ce ei consideră a fi o abordare paternalistă și o lipsă de informație despre opțiunile de tratament. Când Carole J., o contabilă de 28 de ani îi cere dr. P. o recomandare către un medic ortodont pentru a-i se corecta o mușcătură ușor greșită dr. P. refuză pentru că în opinia sa profesională tratamentul nu este necesar. El este dispus să piardă un pacient decât să-și compromită principiul conform căruia medicii stomatologi trebuie să acorde doar tratamente benefice pacienților. El nu va menționa sau recomanda pacienților săi tratamente care în opinia sa nu sunt necesare sau sunt dăunătoare.

## CE ESTE SPECIAL ÎN MEDICINA DENTARĂ ?

În aproape toată lumea a fi medic dentist a însemnat ceva special. Oamenii vin la medicii dentiști pentru a cere ajutor în cele mai presante nevoi – eliberarea de durere și suferință și restaurarea sănătății orale și a stării de bine. Ei le permit medicilor dentiști să vadă, să atingă și le manipuleze corpurile și le dezvăluie informații despre propriile persoane pe care nu vor ca alții să le cunoască. Oamenii fac acest lucru deoarece au încredere că medicii dentiști vor acționa pentru binele lor.

Așa cum se știe medicina dentară este recunoscută ca profesie. În același timp este și o întreprindere comercială, în care medicii dentiști își pun la dispoziție aptitudinile pentru a-și câștiga existența. Există o tensiune potențială între cele 2 aspecte ale medicinei dentare și pentru a păstra o balanță potrivită între ele este de cele mai multe ori dificil. Unii medici dentiști ar putea fi tentați să-și minimizeze angajamentul profesional în scopul de a-și crește veniturile, de exemplu prin publicitate agresivă și / sau în specializări lucrative de proceduri cosmetice. Dacă sunt duse prea departe, astfel de activități pot diminua respectul și încrederea populației în întreaga profesie dentară, având ca rezultat faptul că medicii dentiști vor fi considerați ca fiind doar un alt set de antreprenori care pun propriile lor interese mai sus decât pe cele ale oamenilor pe care îi deservesc. Un astfel de comportament este în conflict cu cerința FDI "Principiile de Etică Internaționale pentru Profesia Stomatologică" în care se arată că "medicul dentist ar trebui să acționeze într-o manieră care va spori prestigiul și reputația profesiei."

Pentru că aspectul comercial al stomatologiei uneori pare să prevaleze asupra aspectului profesional, statutul medicilor dentiști se deteriorează în unele țări. Pacienții care acceptau sfatul medicilor stomatologi fără să pună întrebări câteodată le cer acestora să-și justifice recomandările în cazul în care acestea sunt diferite de informațiile obținute de la alți practicanți de sănătate orală sau de pe Internet. În cazul în care sunt nemulțumiți de rezultatele tratamentului dentar, indiferent de motiv, un număr tot mai mare de pacienți se îndreaptă către instanțele de judecată pentru a obține despăgubiri de la medicul dentist. Mai mult decât atât, mulți stomatologi simt



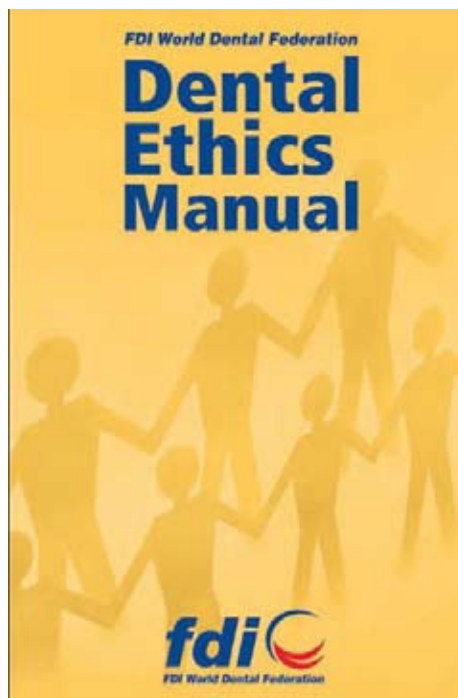
că nu mai sunt respectați ca în trecut. În unele țări, controlul îngrijirilor de sănătate orală s-a mutat în mod constant departe de medicul dentist către manageri și birocrati non-dentiști, unii dintre ei având tendința de a vedea medicii dentiști ca pe niște obstacole, mai degrabă decât parteneri în furnizarea de asistență medicală pentru toți cei care o necesită. Unele proceduri pe care au fost capabili în trecut să le aplice doar medicii stomatologi sunt acum efectuate și de igienisti dentari, terapeuți, asistente, dentiști, proteziști, surori de profilaxie, etc.

În ciuda acestor modificări cu privire la statutul medicilor dentiști, stomatologia continuă să fie o profesie care este foarte apreciată de cei care au nevoie de serviciile sale. Continuă, de asemenea, să atragă un număr mare dintre studenții foarte talentați, cu poftă de muncă și dedicați. În scopul de a satisface așteptările pacienților, studenților și a publicului larg, este important ca medicii dentiști să cunoască și să exemplifice valorile de bază ale stomatologiei, mai ales compasiunea, competența și autonomia. Aceste valori, împreună cu respectul pentru drepturile fundamentale ale omului, servesc drept fundament al eticii dentare.

## ÎNAPOI LA PRIMUL CAZ TIPIC

În funcție de analiza relației medic stomatolog-pacient prezentată în acest capitol, conduita etică a Dr. P este discutabilă. El este în mod clar un om de principiu, ceea ce este de admirat. Cu toate acestea, convingerea că principiile sale ar trebui să aibă întâietate asupra celor ale pacienților săi este contrară consensului legal și etic din ce în ce mai important conform căruia pacienții au dreptul de a lua decizii cu privire la asistența medicală proprie. Dacă Dr. P este adevărat îngrijorat de consecințele dăunătoare ale tratamentului ortodontic pentru acest pacient, el ar trebui să înceapă prin explicarea îngrijorărilor sale, mai degrabă decât să refuze pacientul. Dacă

pentru motive profesionale sau de conștiință un medic stomatolog refuză să furnizeze un anumit serviciu, asta înseamnă în mod automat că el sau ea nu poate să recomande pacientului un alt medic stomatolog. Deși "Principiile Internaționale de Etică pentru Profesia Stomatologică" ale FDI cer recomandări doar "pentru consiliere și / sau de tratament...care necesită un nivel de competență peste cel deținut", respectul pentru autonomia pacientului cere medicului stomatolog ca măcar să îl asiste pe pacient în găsirea altui medic stomatolog care i-ar putea rezolva cerințele. Datorită progresului rapid în tehnologia stomatologiei, diferitelor valori pe care le acordă oamenii aspectului lor facial și lipsa de consens a medicilor stomatologi despre practica standard, nici un medic stomatolog nu poate fi sigur că părerea lui / ei este singura bună sau chiar cea mai bună.



**HALMADENT**  
Brasov

Braşov, str. Banatului, nr. 10, 500209  
tel-fax 0268 414 157, 0722 322 370  
www.halmaident.com; www.unituridentare.com  
office@halmaident.com

- \* Unit dentar comandat cu microprocesor
- \* Fotoliu dentar programabil
- \* Sistem apa distilata si dezinfectare
- \* Modul asistenta multifunctional
- \* Aspiratie chirurgicala
- \* Functie GIROMATIC, Chip Blower

- \* Functie de ungere
- \* Pana la 8 piese de mână
- \* OPTIONAL \*
- panel incetinitor pentru micromotor 60 rot/ min
- sistem dezinfectie
- separator amalgam
- bisturii de inalta frecventa
- detartraj cu fibra optica
- ... continuare in oferta...

Cel mai bun pret  
pentru CHIRANA  
in Romania  
Service rapid  
oriunde in țară !

**RATE DIRECTE  
FARA DOBANDA!**

**CHIRANA**  
Smile Elegant



Fotografia este informativa  
si nu angajeaza obligatii contractuale.

- \* Respectă toate normele Comunității Europene
- \* Camera de sterilizare fără șoc termic
- \* Vacuum fractionat în 4 etape 10 programe
- \* Program special de autocuratare
- \* Posibilitate de a seta manual parametrii de sterilizare
- \* Sterilizare rapidă
- \* Uscare perfectă
- \* Diagnosticare de la distanță
- \* Sistem de testare a calității apei
- ... continuarea în ofertă...

ORIGINAL CHIRANA  
HALMADENT  
Brasov  
GENUINE CHIRANA  
\* importator direct \*

**DENTAL X**  
Domina Plus B



FAST SERVICE

service rapid oriunde in țara  
HALMADENT  
Brasov  
GARANTIE 2 ANI

PENTRU PLATA INTEGRALĂ PRIMIȚI  
**GRATUIT**

Aparat de sigilat + Demineralizator



**EKOM**  
Compresor uscat silențios  
cu pompă de vacuum!



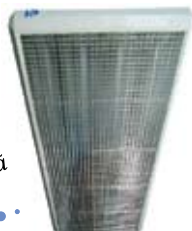
FAST SERVICE

**DENTECH**  
Instrumentar stomatologic



5 ani  
garanție

**MEDILUX HP**  
Corpuri de iluminat  
cu lumină identic naturală



**CHIRANA**  
Turbină NO OIL!



**CHIRANA**  
Medical  
STARA  
TURA

**dx**  
Dental X

**ekom**

**FP**

**DENTECH**

## DAN PURIC CINE SUNTEM?

Prima carte a lui Dan Puric – *Cine suntem* (București, Editura Platytera, 2008) – m-a făcut să mă gândesc la un concept la modă în ultima vreme, acela de *brand de țară*. În cele zece texte reunite în acest volum (premiat recent de către revista „Convorbiri literare” din Iași, la secțiunea eseu), autorul insistă – în primul rând – asupra elementelor identitare specifice poporului român. El execută, de fapt, un curajos proces de *rebranding* (dacă e să folosesc un alt termen vehiculat de specialiștii în promovare): ignoră *logourile* insignifiante asociate, în mentalul colectiv, României și reazăază imaginea țării noastre sub semnul valorilor tradiționale.



Câteva din răspunsurile lui Dan Puric la întrebarea *Cine suntem?* (transformată, dintr-o interogație, în afirmația ce dă titlul cărții) – sunt următoarele:

Suntem, în primul rând, un popor creștin, un popor ortodox.

Suntem locuitorii unui ținut supranumit – cu o splendidă metaforă – Grădina Maicii Domnului.

Suntem un neam de martiri morți în închisorile comuniste.

Suntem suferinzii de pe urma celor cincizeci de ani de „înbeznare” totalitară.

Suntem un popor cu o singurărate istorică, de dimensiuni tragice.

Suntem nația care i-a dat pe Gheorghe Lazăr, Mihail Kogălniceanu, Alecu Russo, B. P. Hasdeu, Titu Maiorescu, Nicolae Iorga, Dimitrie Gusti, C. Rădulescu-Motru, Nae Ionescu, Lucian Blaga, Simion Mehedinți, Ovidiu Papadima, Mircea Eliade, Constantin Noica, Mircea Vulcănescu, Dumitru Stăniloae și pe mulți alți intelectuali care au știut să contureze, la vremea lor, dimensiunile autentice ale neamului românesc.

Suntem poporul lui Mihai Eminescu.

În interviurile sau în conferințele reproduse în *Cine suntem*, autorul vorbește când grav, când jucăuș, când decis, când duios, despre ceea ce am devenit; despre credința în Dumnezeu; despre legăturile tainice dintre om și divinitate ori dintre om și aproapele lui; despre alienare sau despre comunisme; despre puterea memoriei de a ne salva de la neantizare și – *abia în ultimul rând*, despre sine.

„*Cine suntem?* Sau, mai bine zis: *Cine mai suntem?* Acesta este strigătul de alarmă al timpului pe care îl trăim.”

Dan Puric (n. 12. 02. 1959) este actor, regizor și om de cultură. Joacă pe scena Teatrului Național din București și este fondatorul companiei de teatru *Passe Partout DP*. Este protagonistul memorabilelor spectacole de teatru vizual, dans și pantomimă *Toujours L'Amour*, *Visul*, *Don Quijote*. Acestea au avut un succes fulminant în țară și în străinătate. În 2009, Dan Puric a

publicat o a doua carte: *Despre Omul Frumos*.

Informații relevante despre cariera și despre activitatea lui Dan Puric se găsesc pe site-urile [www.danpuric.ro](http://www.danpuric.ro) și [www.passe-partoutdp.ro](http://www.passe-partoutdp.ro).

Prof. Ioana Revnic

## DAN PURIC DESPRE OMUL FRUMOS

Poporul român, originile sale, ortodoxia, datinile, realitățile sunt ilustrate minunat în noua carte a lui Dan Puric – *Despre Omul Frumos*.

Abordarea subiectului – unul delicat de altfel – este complexă. Autorul folosește un limbaj accesibil tuturor cititorilor. Optimismul vizavi de puterea interioară a poporului român este omniprezent și este etalat cu o naturalețe care îl molipsește pe cititor și îl face să parcurgă cartea, pagină cu pagină, până la final.

Originea creștină a poporului român are un loc aparte în construcția discursului lui Dan Puric. Apartenența la creștinism a neamului românesc este prezentată într-un mod original: „Găsim apoi expresia firii creștine a acestui popor și în ansamblul brâncușian de la Târgu Jiu, închinat eroilor căzuți în primul război mondial. Căci denumirile inițiale, modificate apoi din rațiuni ideologice, au fost: Poarta înfrățirii dintre neamuri și nu Poarta sărutului; Masa celor doisprezece Apostoli și nu: Masa tăcerii; Coloana pomenirii fără de sfârșit și nu: Coloana infinită. Privit de sus, din elicopter sau avion, complexul memorial de la Târgu Jiu este unit de o alee, formând deopotrivă o sabie, dar și o cruce.”

Dan Puric nu uită să-și amintească amar, să condamne, slujirea acestui popor în jumătatea de secol de comunism. Răsturnarea valorilor, a criteriilor și a ierarhiilor sociale, amenințările, intimidările, deportările, crimele au urât acest popor. În stilul său caracteristic, Dan Puric nu doar identifică problemele, ci propune și soluții pentru emanciparea poporului român. Astfel, capitolul „Neghina-grâu” vine cu soluția: „Unde să ne ducem?...”, strigau înnebunite spicele de grâu rămase. Frații noștri au fost închiși, alții secerăți, iar noi otrăviți, ce să facem? Să faceți ce făceați și înainte: să creșteți cu fața spre cer!, șopti bătrânul, iar vocea lui se duse, purtată de vânt, înapoi, de unde venise, din lanul nevăzut de grâu curat al neamului românesc.”



dr. Vlad Cristian Deac



needle

cea mai simplă soluție



DENTI ANNO 2009  
1983 1987 1987



S.C. Denti System Arad S.R.L.  
Arad, Str. Alecu Russo Nr.1, Bl.A 5, Ap. 2.  
Tel./fax: 00 40 257 212 026; Mobil: 00 40 752 306 052;  
e-mail: info@dentisystemarad.ro



Fabricație Germană:  
Hager&Meisinger GmbH.

## ASOCIAȚIILE NU SUNT AUTORIZATE DE MINISTERUL DE RESORT ! DESPRE AVIZUL PRELABIL AL MINISTERULUI DE RESORT LA CONSTITUIREA ASOCIAȚIILOR SAU FUNDAȚIILOR

Anterior adoptării O.G. nr. 26 / 2000 cu privire la asociații și fundații regimul juridic al acestora era stabilit de L. nr. 21 / 1924 pentru persoanele juridice, act normativ abrogat de O.G. nr. 26, odată cu intrarea sa în vigoare.

Potrivit art. 3 lit. a) din L. nr. 21 / 1924 hotărârea judecătorească de acordare a personalității juridice putea fi dată numai după obținerea de către solicitant a unui aviz al ministerului în a cărei competență intra scopul asociației sau fundației.

Cu titlu de exemplu, AMSPPR fiind înființată în 1990, adică sub reglementarea L. nr. 21 / 1924, a avut nevoie – și a obținut – un astfel de aviz al Ministerului sănătății ca minister de resort, la momentul constituirii sale.

Prin O.G. nr. 26 / 2000 legiuitorul a înțeles să renunțe la acest aviz, introducând ca noutate obligativitatea obținerii disponibilității de denumire de la Registrul național al persoanelor juridice fără scop patrimonial, care se află la Ministerul Justiției.

După trei ani de aplicare a prevederilor O.G. nr. 26 / 2000 a fost adoptată O.G. nr. 37 / 2003 pentru modificarea și completarea O.G. nr. 26 / 2000, care a introdus din nou obligativitatea obținerii avizului din partea ministerului de resort, prin completarea art. 7 cu dispozițiile alin. 2, lit. d) din O.G. nr. 26 / 2000: *avizul ministerului sau organului de specialitate al administrației publice centrale în a cărei sferă de competență (n.a.: asociația sau fundația) își desfășoară activitatea.*

Rațiunea obținerii unui astfel de aviz prelabil constă în verificarea de către ministerul de resort a conformității statutului

cu legea, ordinea publică ori bunele moravuri, înainte ca asociația sau fundația în curs de constituire să primească personalitate juridică prin hotărârea instanței judecătorești, respectiv ca o condiție a acordării personalității juridice.

În baza dispozițiilor O.G. nr. 37 / 2003 care modifică și completează O.G. nr. 26 / 2000 cu privire la asociații și fundații, Ministerul Sănătății a emis Ordinul nr. 844 / 2003 privind eliberarea avizului de principiu pentru constituirea și înscrierea asociațiilor și fundațiilor ale căror activități intră în sfera de competență a Ministerului Sănătății.

**Doi ani mai târziu legiuitorul a înțeles să aprobe (în sfârșit!) O.G. nr. 26 / 2000 prin lege, adoptând L. nr. 246 / 2005 pentru aprobarea Ordonanței Guvernului nr. 26 / 2000 cu privire la asociații și fundații, lege care abrogă O.G. nr. 37 / 2000 și prin urmare toate dispozițiile privind avizul prelabil emis de ministerul de resort sunt abrogate.**

Așadar prin reglementările legale în vigoare în prezent orice demers care își are rațiunea în cereri adresate Ministerului Sănătății privind retragerea avizului A.M.S.P.P.R. sau mai mult, a autorizației de funcționare (!) ori prin care se așteaptă dizolvarea asociației de către MS sunt cel puțin lipsite de orice fundament juridic, dacă nu ilare atât prin cauză cât și prin scop.

Av. Luciana Mihai



...pentru Colegi



**EXPO VARADINUM și PRIMĂRIA ORADEA prezintă în parteneriat cu**

Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea, Colegiul Medicilor Dentiști din România Fil. Bihor, AMSPPR Fil. Crișana, Centrul de Transfuzii Oradea, Spitalul de Pneumoftiziologie, Asociația SARTISS, Direcția de Sănătate Publică Bihor, Colegiul Farmaciștilor din România Fil. Bihor și Colegiul Medicilor din România, Fil. Bihor

**PRIMA EXPOZIȚIE MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DIN ORADEA**

**17-20 Septembrie 2009**

Programul expoziției va cuprinde întâlniri de afaceri, simpozioane, cursuri EMC, prezentări comerciale și lansări de produse, evenimente dedicate partenerilor din domeniul medical / sănătate.

În cadrul expoziției, firmele participante vor expune dotări pentru cabinete, clinici și spitale, aparatură medicală de ultimă generație, medicamente și produse farmaceutice.

**EXPO VARADINUM SRL**

RO - 410235 ORADEA, Piața Ignatie Darabant Nr. 1 modul 14

Tel/ Fax: 0359/401438, 0359/190900, E-mail: expo@expovaradinum.ro

[www.expovaradinum.ro](http://www.expovaradinum.ro)



### Cel mai puternic echipament ultrasonic pentru chirurgia osoasă

- Ultrasunete în versiune mărită! De 3 ori mai puternic
- Primul LED din chirurgia osoasă: 100.000 lux
- Echipament cu ultrasunete de cea mai înaltă performanță: modul Piezotome pentru chirurgia osoasă (conservarea țesuturilor moi) și modul Newtron pentru tratamentele convenționale
- Touch screen de 5,7 inch (14,48 cm)
- SATELEC inventează progresivitatea prin ultrasunete în chirurgia osoasă: pedală de picior PiezoTouch™ pentru operarea hands-free



Exclusive by **ddi**

We  to create



## SOPROLIFE

Light Induced Fluorescence Evaluator

### „Revoluția albastră”

- Inovația patentată SOPRO în tehnologia cu fluorescență
- SOPROLIFE face posibilă vizualizarea invizibilului prin detectarea cavităților carioase în diferite stadii de dezvoltare
- SOPROLIFE oferă acuratețe mai mare prin localizarea și evaluarea fisurilor și a leziunilor printr-un factor de magnificare de 30 până la 100
- Ghidează și permite alegerea rapidă a protocolului de tratament
- Utilizat cu softul imagistic SOPRO Imaging obțineți un modul dedicat de imagistică care vă permite să monitorizați evoluția stării de igienă orală a pacienților

## P5 XS

### Echipament complet: irigare internă și operare cu lumină LED

- Funcție de irigare integrată
- Simplitate și ergonomie

#### Piesă de mână cu LED de 100.000 lux

- Vizibilitate excelentă chiar și în zonele posterioare
- Lumină rece (6.000 - 7.000°K) pentru o mai bună recunoaștere a țesuturilor
- Ideal pentru lucrul cu echipamente optice (lupe)
- 6 LED-uri foarte puternice și durabile
- Autoclavabilă



**UTIL!****CE TREBUIE SĂ ȘTIM DACĂ NE LUĂM UN CREDIT?**

În cadrul contractelor încheiate cu clienții, furnizorii de servicii financiare sunt obligați să respecte următoarele reguli: Contractele încheiate vor fi redactate în scris, vizibil și ușor de citit, pe hârtie sau pe alt suport durabil, în cel puțin două exemplare, fiind remis câte un exemplar original fiecărei părți. Culoarea de fond a hârtiei pe care este redactat contractul trebuie să fie în contrast cu cea a fontului utilizat; Dobânzile, precum și toate comisioanele, taxele, tarifele, spezele bancare sau orice alte costuri aferente acordării și derulării contractului, respectiv aferente unor servicii în privința cărora consumatorul nu dispune de libertate de alegere vor fi menționate în contract.

În situațiile în care există drept de rambursare anticipată, comisionul de rambursare anticipată nu trebuie să constituie un obstacol disproporționat în exercitarea dreptului consumatorului de a rambursa anticipat creditul;

În contractul de credit se vor menționa și costurile de administrare, de retragere numerar și / sau de depunere numerar aferente contului curent, care cad în sarcina consumatorului, dacă furnizorul de servicii financiare percepe astfel de comisioane.

Pe perioada derulării contractului este interzisă: majorarea comisioanelor, taxelor, tarifelor, spezelor bancare sau a oricăror altor costuri menționate în contract (cu excepția dobânzilor în cazul în care sunt variabile); introducerea și perceperea de noi taxe, comisioane, tarife, speze bancare sau orice alte costuri care nu au fost menționate în contract;

În contract se va menționa tipul de dobândă, variabilă și / sau fixă, iar dacă dobânda este fixă numai pentru o anumită perioadă, aceasta va fi precizată cu exactitate;

Sunt interzise clauzele contractuale care dau dreptul furnizorului de servicii financiare să modifice unilateral clauzele contractuale fără încheierea unui act adițional, acceptat de consumator;

Pentru orice modificare a nivelului costurilor creditului, conform condițiilor contractuale, furnizorul de servicii financiare este obligat să notifice consumatorul, în funcție de

opțiunea scrisă a acestuia, exprimată în contract, prin una sau mai multe metode: scrisoare recomandată, e-mail, sms, și va pune la dispoziția acestuia un nou grafic de rambursare;

Contractul de credit va conține obligatoriu o prevedere prin care consumatorul să fie atenționat despre raportarea la Biroul de Credit, Centrala Riscurilor Bancare și /sau la alte structuri asemănătoare existente, în cazul în care acesta întârzie cu achitarea ratelor scadente, dacă există aceasta obligație de raportare;

La încetarea contractului, inclusiv prin ajungere la termen, reziliere sau denunțare unilaterală din partea consumatorului, furnizorul de servicii financiare va oferi gratuit consumatorului un document care să ateste faptul că au fost stinse toate obligațiile dintre părți.

Sursa: OUG 174/2008,

Ordonanța de Urgență pentru modificarea și completarea unor acte normative privind protecția consumatorilor

**CALENDARUL EXAMENELOR  
2009**

Examen pentru obținerea de atestate a treia săptămână din luna septembrie (16 septembrie 2009).

Examen de obținere a titlului de medic, medic dentist, respectiv farmacist specialist a treia săptămână din luna octombrie (14 octombrie 2009).

Concurs de intrare în rezidențiat de medicină, medicină dentară și farmacie a treia duminică din luna noiembrie (15 noiembrie 2009).

Sursa: site-ul Centrului Național de Perfecționare în Domeniul Sanitar  
<http://www.perfmed.ro>

29

**FDI & Wrigley Photographic Award 2009****Give us your best shot!**

The FDI & Wrigley Photographic Award 2009 gives you the chance to reveal your creative side by taking a photo of something that makes you smile. The photos don't need to be from a dental surgery but can be funny family or reflective photos that bring a smile to your face or that raise a grin.

The Award is just one of the initiatives that Wrigley Oral Healthcare Programs and the FDI have worked on during their long partnership, which began in 1992 when the oral care benefit of chewing Wrigley sugarfree gum was recognized.

To participate, submit your digital photographs (up to five per person), include a title, state where and when the photo

was taken and 50 words describing how it makes you smile. The competition is open to all members of the dental profession and dental and hygiene students over the age of 18.

**Important dates to remember**

- Opening date: 15th March 2009
- Closing date: 8th July 2009
- FDI Dental Congress, Singapore: 2nd-5th September 2009

Winners will be notified via email or the contact phone number provided and names will be posted on this website by the 4th August 2009.

For details visit: <http://www.photoaward.org/>



## PROFILAXIA AFECȚIUNILOR DENTARE LA COPIII DE SCOALĂ PRIMARĂ



DR. IOANA SILVIA GIURGIU

Carte de vizita: dr. Ioana Silvia Giurgiu, absolventa a Facultății de Medicină și Farmacie specializarea Stomatologie în anul 2003, voluntară în cadrul proiectului de profilaxie a afecțiunilor oro-dentare începând cu anul 2006. În prezent, coordonator al Programului.

Începând cu anul 2006, echipa de profilaxie a Filialei Regionale Crișana a AMSPPR, formată din studenți și tineri medici dentiști, s-a implicat în mod voluntar în dezvoltarea unui program de sănătate oro-dentară în rândul copiilor de 5-11 ani. Până în prezent programul s-a adresat la circa 3500 de copii din județele Bihor (în localitățile: Oradea, Aleșd, Salonta, Beiuș, Marghita, Țețchea, (Hotar), Satu-Mare (Carei) și Sălaj (Zalău).

Obiectivul major al proiectului a fost scăderea incidenței cariei dentare în rândul populației tinere. Astfel, pentru sensibilizarea copiilor, a părinților dar și a cadrelor didactice în acest sens, voluntarii implicați în proiect s-au deplasat în școli și grădinițe unde au susținut lecții deschise de educație profilactică. Programul se derulează sub forma a 2 sesiuni anuale, mijloacele de transmitere a informațiilor diferențiindu-se de la o grupă de vârstă la alta, respectiv de la mediul urban la cel rural. La debutul lecțiilor s-a urmărit familiarizarea copiilor cu structurile anatomice ale cavității bucale, precum și cu funcțiile aparatului dento maxilar. Prin planșe sugestive a fost prezentată corelația alimente cariogene - mijloace de igienizare orală - vizita la cabinetul stomatologic. Mulajele au servit ca material demonstrativ pentru nominalizarea grupelor de dinți, dar mai ales pentru detalierea regulilor unui periaj dentar corect. De asemenea, au fost introduse câteva noțiuni de patologie orală cu ajutorul modelelor anatomice 3D, și a fost subliniat totodată rolul preventiv al efectuării regulate și riguroase a periajului.

La un număr de 644 de copii din totalul copiilor vizitați, s-au înregistrat indicii de placă bacteriană, (339 fete și 305 băieți), prin metoda Prof. Dr. Elvira Cocârlă. Indicele de placă bacteriană (**IPB**) reflectă eficacitatea periajului dentar, deci statusul igienei orale. Pentru aceasta, se utilizează tablete ce colorează placa bacteriană restantă pe suprafețele dentare. Se examinează suprafețele vestibulare (exterioare) a 4 dinți: 1.1, 3.1, 1.6, 2.6 și fețele linguale (interioare) a 2 dinți: 3.6 și 4.6.

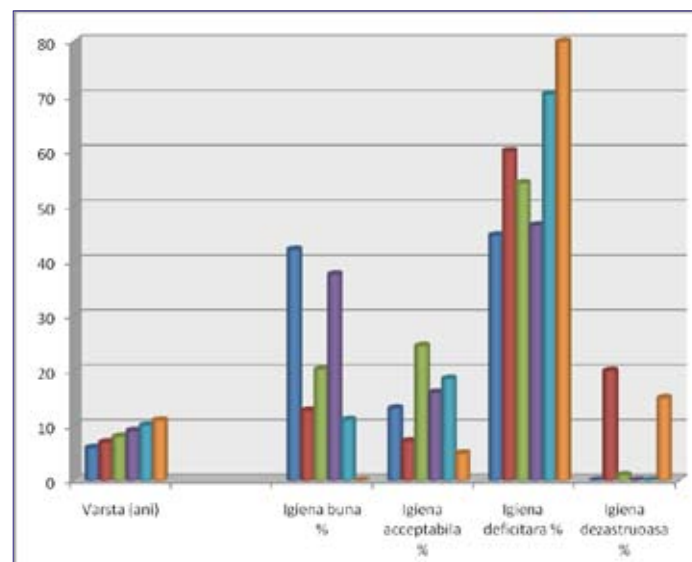
**Sistem de notare în fisa de evaluare:** 0 lipsa colorației; 1 colorație în 1/3 cervicală; 2 colorație pe 1/2 din suprafața examinată; 3 colorație a peste 2/3 din suprafață.

**Calculul indicelui de placă** se face prin însumarea indicilor de pe fiecare față dentară examinată, sumă care se împarte apoi la numărul total de suprafețe verificate. În cazul absenței dinților respectivi, calculul IPB se va face fără a-i lua în calcul pe aceștia.

**Interpretarea rezultatelor:** 0-0,66 igienă bună; 0,66-1 igienă acceptabilă; 1-2,8 igienă deficitară; 3 igienă dezastruoasă.

Concluziile studiului nostru au fost următoarele:

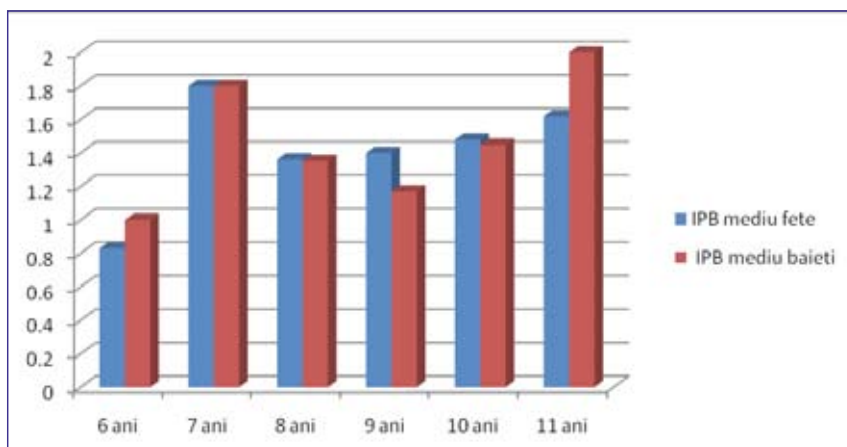
- **Mai puțin de jumătate** dintre copiii examinați prezintă o **igienă orală bună (IPB peste 0.66)**; (Fig. 1)



- **Cei mai scăzuți indici** de placă s-au înregistrat la copiii de **6 ani**. Procentul celor cu igienă deficitară este de 41,66% la fete și 44,7% la băieți. Restul de până la 100% au un status oro-dentar acceptabil sau bun; După această vârstă, copiii nu mai sunt la fel de conștiențioși în efectuarea periajului, la mai mult de jumătate dintre fete și cca. 2/3 dintre băieți observându-se **deficiențe** în acest sens; - **IPB** mediu a avut valori **maxime** la fete la vârsta de **7 ani**

- (1.8) și la băieți la **11 ani** (2);
- Se observă o degradare fluctuantă a sănătății orale odată cu apariția primilor dinți definitivi, după vârsta de 6 ani;
  - 71,2% dintre fetele de 11 ani și 95% dintre băieții de aceeași vârstă se confruntă cu o igienă bucală problematică;
  - Nu există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește valorile IPB; ( Fig. 2)

Fig 2 – IPB pe sex și vârstă



## PROFILAXIA AFECȚIUNILOR DENTARE LA COPIII DE SCOALĂ PRIMARĂ

Modificarea negativă a sănătății orale a copiilor odată cu școlarizarea acestora, denotă faptul ca ei nu și-au format obiceiurile necesare prevenirii afecțiunilor orale. Lăsând deoparte cauzele de ordin socio-economic, programul și-a propus să combată insuficienta motivație pentru menținerea unui grad de igienă corespunzător și necunoașterea factorilor ce influențează sănătatea orală.

În demersul nostru, ne-au sprijinit: Primăria Municipiului Oradea, Consiliul Județean Bihor, CMD Bihor, Colgate –Palmolive România, Primăria Aleșd, Clubul Lions Oradea, S.C. Holcim Aleșd, Centrul Antidrog, S.C. Interdental S.R.L., S.C. Alb Dent Impex S.R.L. Am avut colaborări cu Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bihor și cu Inspectoratul Școlar Județean Bihor.

Colegii care s-au implicat în program din 2006 până în prezent sunt: dr. Cristina Bălaj, dr. Diana Salvan, dr. Márton György Pañtel, dr. Florin Lup, dr. Vlad Cristian Deac, dr. Dora Ghiban, dr. Dragoș Ghiban, dr. Adina Țucudean, dr. Anca Porumb, dr. Oana Jankay, dr. Delia Călinescu, dr. Tudor Stăncioiu, dr. Alina Bărburaș, stud. Oana Baru, stud. Marina Moldovan, dr. Ioana Filimon, dr. Monika Gáspár, dr. Anca Bogdan, dr. Ioana Ban, dr. Nicoleta Sana, dr. Ioana Giurgiu, dr. Andrea Böszörményi, dr. Maria Balaj, dr. Albert Gulacsy. li mulțumim de asemenea și doamnei secretare, Tünde Mészáros care ne-a fost alături în toată această perioadă.



**Planuri de viitor:** dezvoltarea unor parteneriate cu instituții publice, vizitarea mai multor școli din mediul rural; realizarea unei statistici comparative a statusului bucal și nivelului cunoștințelor la copiii din diferite zone geografice; dezvoltarea unui program educațional complex de prevenție care să funcționeze în instituțiile de învățământ, coordonate de personal calificat; organizarea de activități extrașcolare pe teme de sănătate orală.

## CANALUL MEZIOVESTIBULAR 2



Carte de vizita  
dr. Aurelian Carstea, medic dentist, absolvent al UMF Craiova, Facultatea de Medicina Dentara in 2008. Membru al mai multor forumuri si grupuri de discutii profesionale.

### Abstract

**Aim.** To evaluate de number of MB2 systems on upper first molar.

**Methodology.** Twenty molars were examined under a dental microscope after access was gained. X rays were used before and with instruments in the canales for a better evaluation. The teeth that did not present the mb2 system were colored with methylen blue.

**Results:** 95% of the first molars examined presented the MB2 system. Only one molar did not present the system and in one tooth the system could be discovered in a retrograde way, after the tooth was colored with methylen blue.

**Conclusion.** Using magnification, over 90% of MB2 systems can be discovered.

**Keywords:** magnification, MB2, root system

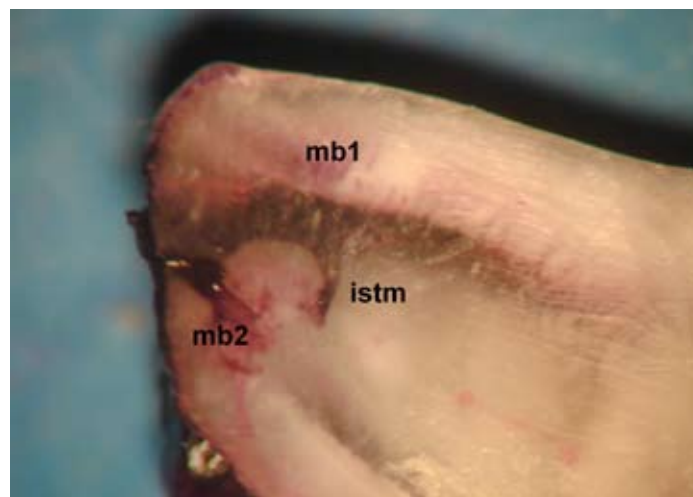
**Introducere.** Țelul endodonției este reprezentat de închiderea perfectă a foramenului apical și obturarea întregului spațiu endodontic cu un material inert. Pentru a reuși acest lucru, este necesară o bună curățire și conformare a spațiului endodontic, cât și negocierea canalelor corect. Pecora susține că unul dintre principalele motive ale eșecurilor tratamentelor endodontice îl reprezintă insuficiența cunoaștere a anatomiei și morfologiei dinților.

Primul molar superior este cel mai mare dinte și prezintă foarte multe variații morfologice. După Bjorndal și Skidmore, dificultățile în localizarea și negocierea canalului meziovestibular 2 pot prezenta implicații în prognosticul pe termen lung. Clinic, prezența sau absența canalului este limitată de condițiile în care orificiul este localizat. Localizarea canalului meziovestibular 2 ține de îndemânarea medicului, complexitatea anatomiei și de folosirea unei bune iluminări și magnificații, cum ar fi microscopul dentar.

În literatura de specialitate se găsesc multiple studii care demonstrează prezența canalului meziovestibular 2. Hess încă din 1925, găsește în 54% din cazuri, 4 canale la primul molar superior, Weine și colaboratorii în 1969, raportează 4 canale în cazul primului molar superior în procent de 62%. Pineda și Kuttler în 1972 găsește 4 canale în 51.5% la primul și al doilea molar superior. Stropko, în 1999 folosind microscopul dentar găsește canalul meziovestibular 2 în 73% până la 93% din cazuri.

**Obiectiv.** Studiul urmărește evaluarea prezenței canalului meziovestibular 2 la molarul unu superior.

**Materiale și metoda de lucru.** Pentru acest studiu s-au folosit 20 de molari primi superiori obținuți de la catedra de odontologie a Universității de Medicină și Farmacie din Craiova. Dinții au fost păstrați în soluție de apă oxigenată 2%. Accesul a fost făcut sub magnificare, folosind microscopul dentar. Pentru realizarea accesului s-au folosit frezele sferice numărul 4, freze cilindrice inactive în vârf, freze sferice Mueller și freze sferice cu gât lung (lungime chirurgicală). Accesul a fost definitivat folosind anse de ultrasunete. Pentru negocierea canalelor s-au folosit ace Kerr file 06, 08 și 10, lărgirea canalelor s-a făcut folosind freze Gates-Glidden și ace Protaper SX. În cazurile în care canalul meziovestibular nu a fost evident, s-a încercat colorarea canalelor folosind albastrul de metil. După realizarea accesului și punerea în evidență a canalelor distal, palatinal, și meziovestibular 1, am încercat localizarea canalului meziovestibular 2. S-au folosit o sonda și ace Kerr file 06, 08. În cazurile în care nu s-a reușit descoperirea canalului meziovestibular 2, folosind o ansă de ultrasunete tip bilă, am săpat pornind de la orificiul canalului meziovestibular 1 în direcție palatinală și ușor mezială. Am încercat iar localizarea canalului meziovestibular 2 folosind sonda și ace Kerr file 06 și 08. Pentru negocierea canalelor s-a realizat mai întâi lărgirea treimii coronare folosind ace rotative Protaper SX și freze Gates-Glidden numărul 3 și 4. Pentru relocarea (atunci când un canal porneste din camera pulpara sub un unghi ascuțit și este foarte dificil de negociat este nevoie să repositionăm orificiul canalului astfel încât el să poată fi mai ușor accesat) canalului meziovestibular 2 am folosit frezele Muller. Negocierea canalelor s-a realizat folosind ace Kerr file 08 și 10. După negociere am făcut radiografiile din incidență normală, mezială și distală a dinților, cu acele pe canal. În cazurile în care canalul meziovestibular 2 nu a fost descoperit, s-a încercat punerea lui în evidență pe cale ortogradă colorând rădăcina meziovestibulară cu albastru de metil.



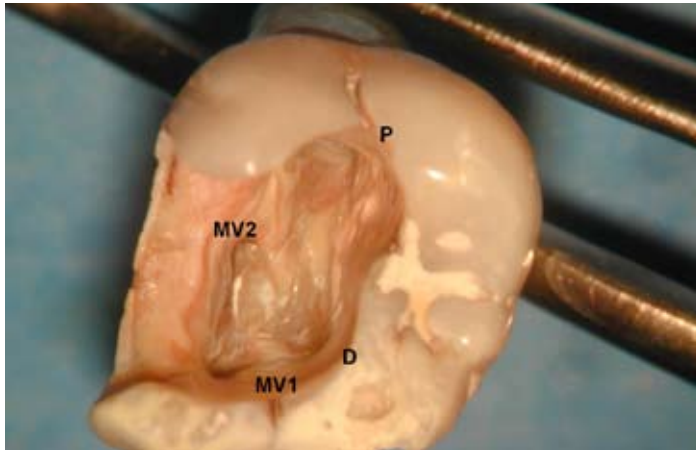
**Figura 1**

**Rezultate.** În urma analizei dinților am descoperit canalul meziovestibular 2 în 19 cazuri (95% din total). Dintre acestea în 18 cazuri (90% din total) canalul meziovestibular 2 a fost evidențiat direct, iar într-un singur caz s-a evidențiat prezența MV2 pe cale retrogradă. Un singur dinte nu a prezentat canalul meziovestibular 2.

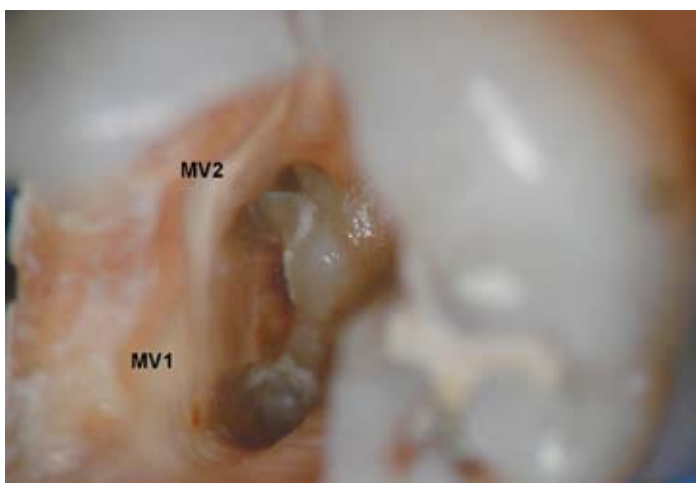
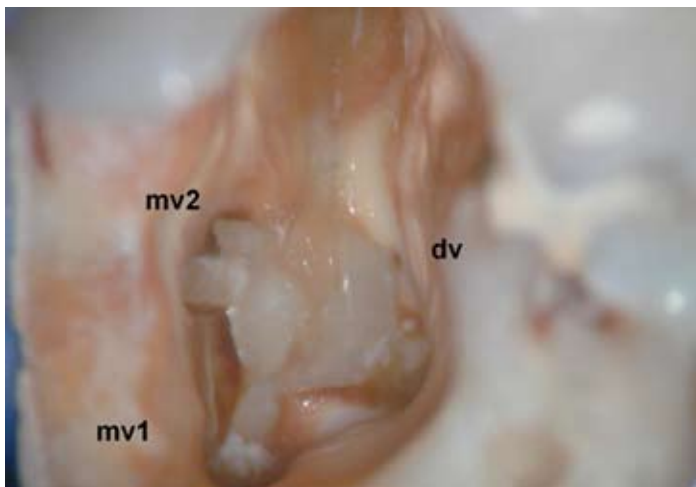
**Discuție.** Tratamentele endodontice de succes, cer o bună curățire și conformare a întregului spațiu endodontic. Pentru a putea realiza asta, clinicianul trebuie să aibă cunoștiințe temei-

nice de morfologie a rădăcinilor. Foarte multe tipuri de rădăcini curbe și alte variații anatomice pot fi prezente la dinții ce sunt supuși tratamentelor endodontice. Dacă un canal nu este descoperit, poate duce la eșecul tratamentului, de aceea incidența canalului meziostibular 2 la primul molar superior este mereu în atenția comunității endodontice.

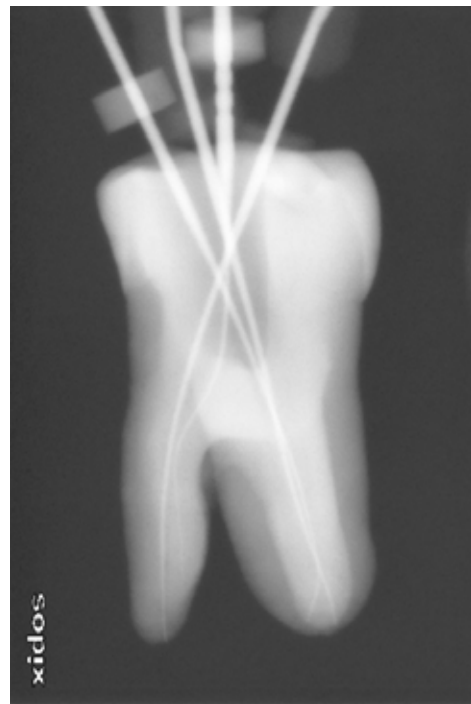
Există o mare diferență între incidența canalului meziostibular 2 la studiile in vitro față de studiile clinice. Astfel, Seidberg (în 1973), raportează o incidență de 35% la studiile clinice, față de 69% in vitro. Aceste studii arată că localizarea canalului meziostibular la primul molar este un pas foarte dificil și cu implicații foarte importante în succesul tratamentului. Kulild, Peters (în 1990), de asemenea, găsesc două canale în rădăcina meziostibulară la primul și al doilea molar în procent de 95%.



**Figura 2** la o simplă inspecție se observă cele 4 canale;



**figurile 3,4** după prepararea treimii coronare și la o magnificare ridicată se pot identifica;



**figura 5** radiografie cu ace pe canal: se văd cele două canale meziostibulare, sistem tip III Weine.



Rezultatele prezentului studiu arată prezența canalului meziostibular 2 în procent de 95%, acesta putând fi descoperit în procent de 90%. Prin urmare clinicianul trebuie să considere, urmărind atât rezultatele obținute cât și datele oferite de literatura de specialitate, primul molar superior ca având 4 canale și că mereu rădăcina meziostibulară prezintă două canale. Ultimele studii arată, de asemenea, că localizarea canalului meziostibular 2 este influențată și de folosirea microscopului dentar.

**Concluzie.** Studiul arată o incidență crescută a canalului meziostibular 2 (95%) cât și rolul important pe care îl are folosirea magnificării în descoperirea orificiului canalului MV2.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Arnaldo Castellucci, Endodontics, vol 1, Edizione Odontoiatrice Il Tridente, Firenze, 2004
2. Arnaldo Castellucci, Endodontics, vol 2 Edizione Odontoiatrice Il Tridente, Firenze, 2004
3. Cohen S, Hargreaves, KM: Pathways of the Pulp, ed. 9, St. Louis, 2006, Mosby
5. Hsu Y, Kim S. The resected root surface: the issue of canal isthmuses. Dent Clin N Am 1997
7. Mjör IA, Nordahl I: Arch Oral Biol 41:401, 1996.
8. Ricucci D, Langeland K. Apical limit of root canal instrumentation and obturation, Part 2. A histologic study. Int Endod J 1998;
10. Endodontic Journal, 34, 331-334, 2001 ;
11. Vertucci FJ, Anthony RL. A scanning electron microscopic investigation of accessory foramina in the furcation and pulp chamber floor of molar teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1986;
12. Walton RE, Torabinejad M. Principles and Practice of Endodontics, 3rd edn. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996
13. Weine FS. Endodontic Therapy, 6th edn. St Louis: Mosby, 2004
14. William T. Johnson, Color atlas of endodontics, W.B. SAUNDERS COMPANY, 2002

Reduceri de până la 30%\*



\*Ofertă valabilă la instrumentarul stomatologic Carl Martin Solingen - Germania. Oferta este valabilă în limita stocului disponibil până la data de 31.08.2009. Toate produsele Carl Martin Solingen sunt prezente în cadrul magazinului on-line la următoarea adresă de web: <http://www.ddi.ro/instruments.php>

# Oferta verii 2009!

## www.ddi.ro

**ddi**<sup>®</sup>  
derom dental  
international

DEROM DENTAL INTERNAȚIONAL SRL

Str. Prof. Inculeț nr. 3, 700720 - Iași

Tel: 0232/225.276, 0332/401.335, Fax: 0232/211.448, e-mail: [mail@ddi.ro](mailto:mail@ddi.ro)

# FIRE DE SUTURĂ MEMBRANE ȘI CONURI DE COLAGEN



Fire de sutură  
resorbabile și neresorbabile pentru chirurgia dento-maxilo-facială

- **PGA-Resorba** - acid poliglicolic, multifilament, complet resorbabile
- **PGA-Resoquick** - acid poliglicolic, multifilament, complet resorbabile
- **Glycolon** - acid poliglicolic, monofilament, complet resorbabile
- **Mopylen** - polipropilenă, monofilament
- **Resopren** - PVDF, monofilament
- **Nylon** - poliamidă, monofilament
- **Resolon** - poliamidă, monofilament
- **Supramid-Extra** - poliamidă, pseudo-monofilament
- **Polyester** - polietilenă glicolică, multifilament
- **Supolene** - polietilenă glicolică, multifilament cu fir acoperit
- **Silk "E"** - mătase, multifilament



## RESODONT®

Membrană de colagen resorbabilă

pentru regenerarea controlată a țesuturilor (GBR, GTR)

- colagen reconstituit - nu există risc de infecții și reacții imunologice
- funcționează ca un ghid pentru reconstrucția sistemului osos și a noilor vase de sânge
- poate fi folosită pe ambele părți datorită microstructurii foarte fine



## PARASORB®

Conuri de colagen

- pentru tratamentul postextractional al alveolei dentare
- efect hemostatic, complet resorbabil
- structura sa stabilă previne deformarea alveolei și proliferarea necontrolată a vaselor de sânge
- funcționează ca un ghid pentru regenerarea țesutului osos și a noilor vase de sânge
- disponibil și în varianta cu antibiotic



## GLYCOLON®

**NOU** - acid poliglicolic monofilament,

- fir sintetic complet resorbabil
- în aproximativ 7-9 zile nivelul de absorbție depășește 50% după acest nivel rezistența la întindere a firului este compromisă
- resorbția este completă între 30 și 40 zile



**PGA Resorba** - acid poliglicolic, multifilament

- fir sintetic complet resorbabil
- în aproximativ 17-19 zile, nivelul de absorbție depășește 50%; după acest nivel, rezistența la întindere a firului este compromisă
- resorbția este completă între 40 și 60 de zile



**Nylon, Resolon, Supramid Extra** - poliamidă

- fir de sutură neresorbabil, monofilament
- nu prezintă capilarități, foarte fin și flexibil
- Supramid - Extra - pseudo-monofilament: combină avantajele suprafeței fine și flexibile cu rezistența mare la întindere - siguranță crescută a nodului

## PREZENTARE DE CAZ ENDODONTIC



Carte de vizita:  
Dr. Sergiu Nicola, medic de medicină dentară.  
A absolvit Facultatea de Stomatologie din cadrul UMF Carol Davila.  
Practică limitată la Endodonție.  
www.endodontie.ro

Anamneză, evaluare, diagnostic:

S-a prezentat la cabinet un bărbat în vârstă de 40 ani, trimis de medicul curant pentru evaluare și tratament endodontic.

Clinic, se prezintă cu edem în dreptul dintelui afectat (1.1), reacție pozitivă la percuzie în ax. De asemenea, în urma anamnezei, a evaluării radiografice și clinice, se constată în antecedente 2 rezecții apicale la 1.1, ultima având loc cu 6 luni înaintea prezentării la tratament. După fiecare tratament, simptomatologia revenea.

Tratament:

În urma diagnosticării, s-a stabilit planul de tratament conștând în: reintervenție și retratarea dintelui pe cale endodontică. Tratamentul s-a realizat sub magnificație cu microscopul endodontic.



fig 2 dintele după deschidere



fig 0 preoperator la prezentare radiografie

Pentru irigare s-au utilizat în următoarea succesiune: hipoclorit de sodiu, EDTA, clorhexidina (CHX), succesiunea repetându-se de aproximativ 6 ori. Toate substanțele utilizate au fost activate ultrasonic fiecare aproximativ 1 minut. Activarea ultrasonică face ca lichidele de lavaj endodontic să circule cu viteze foarte mari, "spălând" în toate eventualele canale laterale, tubuli dentinari etc. Pentru a avea efect irigant și antiseptic maxim, substanțele folosite au avut următoarele caracteristici: hipocloritul de sodiu de concentrație 5,25%, încălzit la 50 grd C; digluconatul de CHX a fost utilizat în concentrație de 20% (fiind recunoscută eficiența sa asupra florei bacteriene atât gram pozitiv cât și gram negativ).



fig 1 Dintele la prezentare

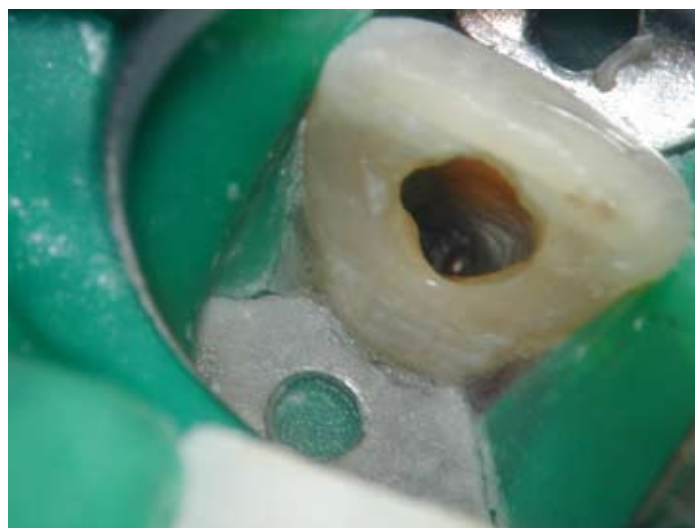
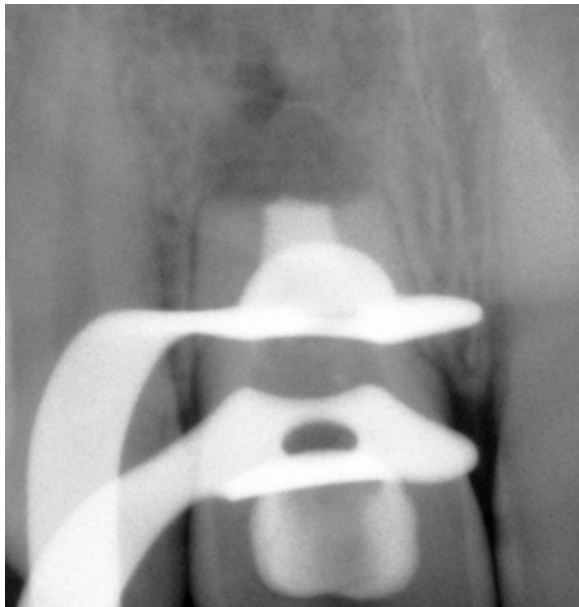


fig 3 după irigare se poate identifica vizual apexul prin magnificație la microscop

După lavajele endodontice, s-a făcut uscarea spațiului endodontic cu aspirator capilar după care am aplicat MTA alb într-un strat de 2 mm.



**fig 4 aplicarea de MTA alb**



**fig 5 verificare radiografică a obturației de MTA**

După aplicarea de MTA, am aplicat gutapercă termoplastifiată într-un strat de 2 mm.



**fig 6 Aplicare gutapercha**

La final am realizat refacerea adezivă a bontului dentar și de asemenea verificarea radiografică a tratamentului.



**fig 7 Refacerea adezivă a bontului**



**fig 8 postoperator**

Rechemare:

Se poate observa radiografic la control la 1 an faptul că leziunea periapicală este vindecată.



**fig 9 control la 1 an**



## CHIRANA DENTAL – PERFEȚIUNE PENTRU PRETENȚIOȘI

### ■ Calitate în medicina dentară ■

*Cu peste 400 de aparate vândute în ultimii 6 ani și o rețea de service care acoperă toată țara*

Pentru mai multe detalii vă rugăm să contactați colaboratorii noștri:

**București**

Vasile Genel 0745 139 069

**Bacău**

Chirnog Florin 0744 485 758

**Bala Mare**

Zagyva Iosif Ludovic 0362 405 901

0262 276 745

0722 223 432

Ciocotîșan T. Vasile

0723 432 776

0741 210 498

**Brașov**

Anton Adrian 0741 708 116

0747 339 896

0268 510 718

Zsigmond János

0268 440 828

0745 555 162

**Constanța, Tulcea, Brăila**

Balota Daniel 0744 285 730

+Service autorizat Bien Air

**Timișoara**

Alin Chimac

0723 256866

0788 319057

**Iasi**

Sorin Șinca 0742 521094

**Oradea**

Magyar Imre 0723 939 440

Moșiu Cornel 0745 615 950

**Satu-Mare**

Sütő János 0740 451 657

**Suceava**

Zetu Ghe. Gică 0724 034 328

SC MEDICAL PARTNER SRL  
Str. Țetokút Nr. 31  
535600 Odorheiu Secuiesc  
Harghita, România

Tel./fax: 0266-215767  
Mobil: 0722-301402; 0728-024139  
E-mail: office@medicalpartner.ro  
Website: www.medicalpartner.ro



# CHIROMEGA



**CHIROMEGA – CALITATE LA UN PREȚ REZONABIL**



- Piese de mână Elveția
- Sprayuri curățare Lubrifluid
- Sprayuri de ungere Spraynet
- Unsoare turbina Lubrimed

**Fiabilitate și calitate la piesele de mână Bien Air Elveția.**



- Compressoare
- Aspiratoare
- Uscătoare
- Pompe vacuum

**Compressoare fără ulei și unități de aspirație fabricate de firma EKOM Slovacia.**

## degré K

LES MAÎTRES DE LA LUMIÈRE

**Degré K este liderul produselor de iluminare în domeniul medicinei dentare și în chirurgie.**



**Lampă cu lumină rece și fără umbră Medilux.**

## AVANTAJE ȘI DEZAVANTAJE ALE UTILIZĂRII RADIOGRAFIILOR DIGITALE



Carte de vizită

Dr. Marius Bud, născut în 1977, absolvent al U.M.F. Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca 2002, master în informatică medicală și biostatistică 2003, doctor în științe medicale, specialitatea radiologie stomatologică 2008. A obținut trei burse de studiu postuniversitar în Franța, Olanda și Belgia 2003 – 2004.

Abstract: Phosphor Storage Plates radiographic system (PSP) were first introduced in 1981 by the Fuji Corporation (Tokyo, Japan) but only in the 1990s did it become a reality in intra-oral digital radiographic images, with the release of the Digora system by Soredex (Helsinki, Finland). Charge-coupled devices (CCD), first introduced in the late 1980s by Trophy Corporation, are used as an accurate assessment method in endodontics. Anyway, for the clinical use of CCD, more technical errors occurred than using conventional film system or PSP, related to the inherent rigidity, limited active area and presence of a cable, making intra-oral placement difficult.

Keywords: intra-oral, PSP, CCD,

dată, PSI – plăcuțe de stocare a imaginii (cf. engl. *phosphor storage plates*), însă abia în anii 1990 au fost integrate efectiv în procesul imagistic de realizare a radiografiilor digitale intraorale, o dată cu lansarea pe piață a sistemului Digora (1994) produs de Soredex (Helsinki, Finlanda).

Dispozitivele cuplate prin sarcină – CCD (cf. engl. *charge-coupled devices*), introduse spre sfârșitul anilor 1980 de Trophy Corporation reprezintă o metodă de evaluare imagistică având la bază senzori digitali rigizi de tip CCD sau CMOS.

Indicațiile sistemelor digitale radiologice intraorale trebuie să țină cont de avantajele și dezavantajele impuse de caracteristicile tehnice ale detectorilor digitali utilizați.

În 1981, Fuji Corporation (Tokyo, Japonia) a introdus, pentru prima

*Avantaje și dezavantaje ale metodelor digitale*

Avantaje	Dezavantaje	Indicații
<ul style="list-style-type: none"> <li>• protejează mediul: fără substanțe chimice, cameră obscură, fără dezvoltare</li> <li>• posibilitate de stocare a imaginilor pe suporturi electronice</li> <li>• posibilitate de prelucrare a imaginilor</li> <li>• integrare ușoară în evidența computerizată a pacienților</li> <li>• transmitere la distanță</li> <li>• reducerea dozei de radiații</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• folosirea greșită a software-ului de manipulare a imaginilor</li> <li>• contrast scăzut</li> <li>• efectuarea unui număr mare de radiografii și creșterea dozei radiației totale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografierea unor zone limitate</li> <li>• evaluarea densității osoase</li> <li>• evaluarea tratamentelor endodontice</li> <li>• urmărire post implantară</li> </ul>

### AVANTAJELE

#### **Reducerea dozei de radiație**

Radiografia digitală aduce pacientului beneficiul unei doze de radiație mult scăzute. Cercetările în domeniul ale lui Haring și Howarten atestă o reducere a radiației de până la 80% în momentul expunerii senzorului comparativ cu filmele F, acest fapt datorându-se proprietăților senzorului, care îl fac mult mai sensibil la radiații X<sup>(1)</sup>. În ceea ce privește diagnosticarea radiologică a cariilor dentare, unii autori au raportat reducerea radiației cu până la 90% față de filmele E<sup>(2)</sup>.

#### **Rezoluția imaginii**

S-a constatat că imaginile digitale procesate la o rezoluție mai mică de 16 pl/mm oferă mai puțină informație decât filmul convențional<sup>(3)</sup>. Comparând imaginile tipărite pe suport termosensibil cu radiografiile convenționale în vederea detectării lungimii acelor Kerr de mărimea ISO 15, nu au fost găsite diferențe semnificative<sup>(4)</sup>. Sanderink et al. au conchis că toate sistemele cu senzori sunt inacceptabil inferioare filmului convențional în determinarea radiologică a lungimii canalului endodontic<sup>(5)</sup> cu ace de mărimea ISO 10 (1996), însă Vandre et al. nu au găsit nicio diferență<sup>(6)</sup> comparând mai multe sisteme digitale cu filmul convențional, utilizând ace Kerr de mărimi

variabile, cuprinse între ISO 8 și ISO 20 (2000). În prezent rezoluțiile sistemelor digitale au crescut astfel încât depășesc rezoluția filmului convențional.

### **Prelucrarea imaginii**

Prelucrarea imaginii este, poate, unul dintre cele mai mari avantaje pe care imagistica digitală le are față de filmul convențional. Procedul facilitează selectarea informației cu cea mai mare relevanță în hotărârea unui diagnostic și eliminarea celei inutile. Producătorii includ în software-ul dedicat senzorilor digitali o gamă diversificată de metode de procesare, dintre care:

#### *Controlul contrastului*

Acest procedeu este capabil să compenseze supra sau subexpunerea unei imagini digitale. S-a demonstrat că intensificarea contrastului imaginilor CCD a condus la rezultate mai bune decât în cazul filmelor E în detecția cariilor simulate<sup>(7)</sup>. Contrastul imaginii originale poate fi modificat prin schimbarea nivelurilor de gri ale imaginii.

#### *Controlul luminozității*

Posibilitatea de a modifica luminozitatea permite clinicianului să îmbunătățească o imagine care este fie prea întunecată, fie prea luminoasă. Există însă și limitări în ceea ce privește corectarea imaginilor de proastă calitate. Astfel, este greu de recuperat o imagine în care zgomotul (informația nefolositoare) domină semnalul (informația folositoare).

#### *Magnificarea*

Pentru analiza detaliată a unei anumite zone dintr-o imagine, se poate alege opțiunea de magnificare secvențială. Această operație presupune alegerea unei zone de interes și magnificarea acesteia. În cazul magnificării excesive peste rezoluția nativă de achiziție, calitatea imaginii se deteriorează, imaginea devenind pixelată.

#### *Colorarea artificială*

Deși colorarea artificială este un element atractiv, valoarea lui diagnostică nu a fost încă demonstrată. Atunci când medicul privește o imagine radiografică, el cunoaște semnificația relației dintre diferitele tonuri de gri. Adăugarea neoptimizată de culoare nu aduce, în acest caz, nicio informație nouă. În mod evident însă, dacă un sistem digital este capabil de a identifica leziunile carioase colorându-le cu roșu, utilitatea acestei funcții crește semnificativ.

#### *Inversarea culorilor*

Pentru a îmbunătăți vizualizarea anumitor detalii dintr-o imagine se poate alege opțiunea de *inversare* a tonurilor de gri (schimbarea negrului cu albul

într-o imagine).

#### *Embosarea*

Această opțiune este des utilizată pentru a facilita detecția discontinuităților apărute într-o masă omogenă (smalț, obturații endodontice), fiind, astfel, de un real ajutor în detecția cariilor proximale, a golurilor din obturațiile endodontice sau pentru vizualizarea mai clară a tratamentelor restaurative.

#### *Controlul densității*

Densitatea poate fi modificată prin adăugarea sau extragerea aceleiași valori a fiecărui pixel.

#### *Realizarea de măsurători*

Compasuri digitale, rigle și raportoare sunt doar câteva dintre instrumentele disponibile pentru analiza imaginii. Mulți autori au raportat posibilitatea aplicării lor în analiza cefalometrică<sup>(8, 9)</sup>, însă ele pot fi utile și în implantologie, endodonție etc.

#### *Reconstrucția 3D*

Această aplicație poate fi folosită pentru a reconstrui virtual imagini intra- și extraorale. Utilizările variază de la reconstrucția tridimensională a canalelor radiculare până la vizualizarea tridimensională a fracturilor faciale.

#### *Aplicarea filtrelor*

Aplicarea de filtre poate îmbunătăți claritatea țesutului moale dacă reprezentarea sa originală este de proastă calitate. Instrumentele pe care le oferă acum programele au fost adoptate, testate și folosite de medicii dentiști, iar feedback-ul pe care aceștia l-au dat a permis producătorilor să își gândească echipamentele mult mai ergonomice și să adauge noi filtre programelor.

### **Timpul**

Economia de timp reprezintă un avantaj esențial, mai ales în cazul sistemelor CCD, care permit afișarea imaginii imediat după expunere. De asemenea, și în cazul sistemelor PSI, chiar dacă există un timp mort între scanarea și vizualizarea imaginii, metoda este semnificativ mai rapidă decât dezvoltarea convențională.

### **Stocarea**

Inițial, stocarea datelor a reprezentat o problemă înainte de apariția DVD-urilor și a CD ROM-urilor, întrucât trei radiografii periapicale ar fi ocupat întreg spațiul unei dischete. Stocarea datelor imagistice beneficiază în prezent de o largă gamă de suporturi media apartute în ultimii ani pe piața.

### **Teleradiologia**

Mărimea fișierului conținând imaginea digitală poa-

te fi redusă prin arhivare (tehnică de comprimare) și trimisă cabinetului sau medicului care a solicitat imaginile. Acest procedeu are avantajul de a anula riscul pierderii radiografiilor trimise prin poștă și de a reduce substanțial timpul necesar trimiterii, iar, mai mult decât atât, cel care primește imaginea o poate procesa, la rândul lui, în funcție de scopul urmărit.

### **Ecologic (neinvaziv pentru mediu)**

În radiologia digitală nu sunt folosite substanțe chimice pentru a obține imaginea. Atât senzorii CCD, cât și PSI permit reutilizarea lor pentru un număr nelimitat de expuneri. Totuși, dacă manevrarea lor nu se face cu atenție, ei se pot deteriora. În funcție de sistemul utilizat, studiile de specialitate recomandă înlocuirea PSI-urilor după 50-200 de utilizări.

## **DEZAVANTAJE**

### **Costul**

În prezent, costul pe care îl presupune tranziția de la filmul convențional la detectorii digitali este unul dintre principalele dezavantaje invocate de clinicieni, chiar dacă în timp amortizarea este foarte rapidă. Astfel, pentru realizarea unei radiografii digitale, este nevoie atât de un detector digital, cât și de un echipament IT necesar vizualizării, prelucrării, stocării, transmiterii sau/și tipăririi imaginilor.

### **Dimensiunile senzorilor**

Dimensiunile senzorilor CCD și rigiditatea lor crescută sunt caracteristici care incomodează poziționarea intraorală, la care se adaugă existența fibrei optice de conexiune între senzor și PC. Acest ultim impediment a fost îndepărtat de apariția senzorilor wireless (fără fir).

### **Controlul dezinfectiei**

Fiecare senzor CCD sau PSI trebuie plasat, înaintea utilizării, într-un săculeț protector de plastic de unică folosință. În cazul contaminării senzorilor neetanșeziți din fabricație, nu este posibilă imersia în substanțe dezinfectante.

### **Probă medicolegală**

Posibilitatea de prelucrare și modificare a imaginilor originale crește riscul ca acestea să poată fi falsificate atunci când sunt folosite ca probe medico-legale. Din acest motiv, producătorii programelor dedicate acestor senzori au lansat opțiuni speciale care înregistrează toate modificările operate asupra imaginii, existând, astfel, posibilitatea de a reconstitui imagi-

nea originală. Multe companii de asigurări din unele state acceptă și imagini digitale drept dovezi în litigiile medicale.

### **Handicapul tehnologic**

Teama în utilizarea unor tehnologii nefamiliare medicului reprezintă adesea o piedică majoră în calea adoptării radiologiei digitale. Mai mult decât atât, lipsa experienței în utilizarea aparaturii IT constituie un impediment pentru a exploata imaginile digitale la potențialul lor maxim.

### **Bibliografie:**

1. Haring J, Howarten L. Dental Radiography Principles and Techniques. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Elsevier, 2006.
2. Wenzel A, Borg E, Hintze H. Accuracy of caries diagnosis in digital images from charge coupled device and storage phosphor systems: An in-vitro study. Dentomaxillofac Radiol 1995; 24: 250.
3. Miles DA. Imaging using solid-state detectors. Dent Clin North Am 1993;37(4):531-540.
4. Hedrick RT, Dove SB, Peters DD, McDavid WD. Radiographic determination of canal length direct digital radiography versus conventional radiography. J Endod 1994;20(7):320-326.
5. Sanderink GC, Huiskens R, Van der Stelt PF, Welander US, Stheeman SE. Image quality of direct digital intraoral x-ray sensors in assessing root canal length. The RadioVisioGraphy, Visualix/VIXA, Sens-A-Ray, and Flash Dent systems compared with Ektaspeed films. J Endod 1996;22(7):369-375.
6. Sandre RH, Pajak JC, Abdel-Nabi H, Farman TT. Farman AG Comparison of observer performance in determining the position of endodontic files with physical measures in the evaluation of dental X-ray imaging systems. Dentomaxillofac Radiol 2000;29(4):216-222.
7. Reichl P, Farman AG, Scarfe WC, Goldsmith LJ. RVG-S, VIXA, and Ektaspeed film in the detection of proximal enamel defects under orthodontic bands. Angle Orthod 1996;66: 65-72.
8. Lim KF, Foong KW. Phosphor-stimulated computed cephalometry reliability of landmark identification. Br J Orthod 1997;24: 301-08.
9. Gotfredsen E, Kragsskov J, Wenzel A. Development of a system for craniofacial analysis from monitor displaying images. Dentomaxillofac Radiol 1991;28: 23-26.

## STUDIU

### rezultatele în timp a implanturilor KOS® încărcate cu lucrări protetice fixe totale

678 de implanturi KOS® inserate cu succes  
Analiza lor după 9 ani de purtare

În ultimele trei decenii, tratamentul cu ajutorul implanturilor dentare a evoluat de la un tratament exclusivist, la unul obișnuit. Brånemark a dezvoltat o procedură în două etape, care stă la baza implanturilor multifazice. În anii următori s-a continuat pe urmele pionierilor în implantologie, dezvoltându-se aproape în paralel metoda cu inserare transgingivală și încărcare imediată, metodă care folosește implanturi dintr-o singură bucată, adică monofazice. Naturalmente, acest tip de implant dentar este predestinat la încărcare protetică imediată față de implanturile multifazice, care vor fi încărcate gradat.

Dr. Werner Mander, Dr. Dr. (IMF București) Thomas Fabritius

În prezent se cunosc două modele distincte de implanturi cu încărcare imediată. Cele două metode au în comun faptul că consolidarea unui grup de implanturi se realizează prin aplicarea lucrărilor protetice totale fixe. Deosebirile sunt semnalate prin următoarele (www.implantfoundation.org):

a. Primul tip de implanturi se caracterizează prin compactare sau tarodare. Prin intermediul unui dispozitiv specific, se obține o condensare laterală a țesutului osos, mai ales a osului spongios. Unii autori vorbesc chiar de „corticalizarea” osului spongios. Prin această manoperă, stabilitatea primară a implantului crește substanțial.

b. A doua abordare are ca principiu definitoriu ancorarea unui dispozitiv relativ subțire în zona corticală a osului maxilar (dispozitive bicorticale [BCS]). În această categorie se regăsesc și implanturile cu ancorare în osul bazal. Aceste dispozitive au o stabilitate primară excelentă, care poate fi obținută pe întreaga suprafață verticală a implantului fără nevoia unei condensări osoase. Datorită proprietăților lor particulare, aceste implanturi sunt destinate în primul rând pentru inserția directă și încărcarea imediată după inserție.

Publicații numeroase au arătat faptul că rezultate ideale și previzibile pot fi obținute cu ușurință chiar cu implanturi dintr-o singură bucată (Imaginea 1 și 2) [Beckmann și Beckmann 2005, Knöfler 2004]. Această metodă de tratament este relativ simplă, minim invazivă, cauzând traume chirurgicale aproape inexistente, prezentând pe de o parte un risc la infecții extrem de redus și pe de alta, o rată extrem de mică de pierderi în timp. Un alt punct forte al acestui tip de implanturi este faptul că poate fi încărcat direct după inserția lui. Acest fapt reprezintă un avantaj din mai multe puncte de vedere, dar cel mai important este că s-a putut observa un efect benefic asupra calității osului maxilar, mai ales în zona molarilor.



Imaginea 1  
Imagine clinică imediat după poziționarea a 11 implanturi

#### /// MATERIALE ȘI METODE

Un total de 678 de implanturi KOS au fost inserate în perioada 1997 – 2006. Particularitatea acestor 678 de implanturi, a fost că au reprezentat suportul pentru punți totale consolidate. Numărul total de pacienți care au fost tratați prin această metodă a fost 89. Tratamentul implanto-protetic a fost finalizat prin cimentarea definitivă a unei punți totale metalo-ceramice la nivelul maxilarului sau a mandibulei. Tratamentele finalizându-se cel târziu după o perioadă de 2 săptămâni de la inserția implanturilor. Unele din lucrările protetice se sprijină chiar pe suport mixt. Trebuie menționat în acest moment că din 89 de pacienți doar 87 (adică 97,7%) au putut fi monitorizați până la finele studiului.

Cele 89 de punți totale metalo-ceramice au fost sprijinite în medie pe  $7,6 \pm 2,2$  implanturi KOS și  $2,0 \pm 2,2$  bonturi naturale (Tabel nr. 1). În anii precedenți alocam mai mult timp pentru confecționarea lucrării protetice. Deseori dura mai mult de 2 săptămâni până când cimentam lucrarea definitivă pe câmpul protetic. În ziua de astăzi finalizăm lucrarea protetică în perioada de 2 până la maximum 7 zile, și o cimentăm definitiv pe suportul protetic. Excepția reprezentând cazurile de extracții pre-implantare, cazuri unde ne abatem de la protocolul chirurgical, pentru a obține o estetică sporită la lucrările protetice finite. Conduita noastră în aceste cazuri este realizarea și inserția unei lucrări protetice provizorii cu care pacientul va rămâne câteva luni de zile până când s-a finalizat remodelarea țesutului osos și vindecarea țesutului moale. În loc de a insera implanturi KOS direct în alveola post-extracțională ne bazăm mai mult pe os remodelat și remineralizat. Pentru implantarea directă în alveola post-extracțională folosim mai degrabă implanturile BCS [bicorticale].

Toate 678 implanturi au fost dintr-o singură bucată cu inserție transgingivală, o intervenție realizată sub anestezie locală, urmată de cimentarea temporară a unei lucrări provizorii pe suportul nou creat. Intervenția chirurgicală a fost realizată într-o singură ședință, tratând pacientul ambulatoriu. Studiul nostru prezentat aici poate fi caracterizat ca o serie de cazuri consecutive care au același scop, inserarea unui număr de implanturi KOS dintr-o singură bucată prin metoda transgingivală, în ideea de a crea suportul pentru o lucrare metalo-ceramică totală maxilară sau mandibulară. Vârsta medie a celor 89 de pacienți a fost  $58 \pm 10,1$  ani. Pacientul cel mai tânăr având 33 de ani și cel mai în vârstă 82. 47 de pacienți au fost bărbați și 42 femei. Majoritatea celor tratați în cadrul acestui studiu, 79,7% (n = 71), au fost nefumători. O medie de  $2,0 \pm 2,2$  de bonturi naturale au putut fi incluse pentru sprijinul lucrărilor totale metalo-ceramice. Această medie s-a regăsit în 52 de cazuri din totalul de 89 de pacienți. Restul de 37 de pacienți, 41,6%, au prezentat arcade edentate total, necesitând un sprijin pe implanturi a lucrării protetice totale metalo-ceramice (Tabel nr. 1).

Monitorizarea celor 89 de pacienți, cazuistică care a fost cuprinsă în acest studiu, s-a extins pe o perioadă de la 1 lună până la 11o luni (adică 9,2 ani), cu o medie de 34 de luni (2.83 ani). Doi pacienți (2.3%) nu s-au mai prezentat la controalele periodice, cazuistica lor nu a mai putut fi evaluată pentru rezultatele finale a studiului efectuat.

Cele 678 de implanturi imediat încărcabile, introduse transgingival de tip KOS® s-au împărțit în felul următor:

1. După angulație
  - 1.1. KOS B (cu unghi modificabil după inserție) = 67%
  - 1.2. KOS A (preangulat) = 17%
  - 1.3. KOS (implant drept) = 16% (Tabel nr. 2, Imaginea 3)
2. După inserare maxilară/mandibulară
  - 2.1. Inserție maxilară = 86%



Imaginea 2  
Punte totală la 5 zile după cimentarea definitivă

3. După zona de inserarea
  - 3.1. Inserție în zona anterioară = 52% (n = 354)
  - 3.2. Inserție posterioară = 42% (n = 283)
  - 3.3. Inserție tuberală = 6% (n = 41)

Tehnica inserției implanturilor KOS® în zona tuberală a fost dezvoltată destul de târziu. Numai din această cauză, cazurile cu zona de inserție tuberală sunt așa de slab reprezentate. Înaintea dezvoltării tehnicii de inserție în zona tuberală evitam inserțiile în zonele distale a sinusului maxilar. Ne mulțumeam pe atunci cu un singur stâlp în zona primului molar.

Această tehnică s-a dezvoltat, adică cea de inserare în zona tuberală, pentru că deseori nu era suficient un stâlp puternic în zona premolară sau a primului molar și introduceam un implant preangulat în zona molarului doi, dar în același timp întărind zona anterioară de sprijin prin mărirea numărului stâlpilor anteriori (Tabel nr. 3)

Evaluarea cazuisticii din punct de vedere clinic a fost realizată prin radiografii ortopantomografice pentru fiecare caz. Examinările periodice și evaluările acestora au fost realizate în aceeași clinică stomatologică unde a fost efectuat tratamentul inițial de inserare a implanturilor, dar nu neapărat de același medic care a efectuat tratamentul inițial. Scopul acestor investigații a fost de a observa schimbările în sens vertical ale osului maxilar și mandibular.

**Tabel 1**

Caracteristici	Media	Gama
Vârsta (ani)	58.0 ± 10.1	33 - 82
Monitorizare (în luni)	34.2 ± 33.6	1 - 110
Implanturi (pe maxilar sup./inf.)	7.6 ± 2.3	3 - 12
Dinți naturali (pe maxilar sup./inf.)	2.0 ± 2.2	0 - 7
	N	%
Sex (masculin)	47	52.8
Sprjin mixt (dinți/implant)	52	58.4
Pacienți monitorizați (n=89)	87*	97.8

\* Doi pacienți nu s-au mai prezentat la controale periodice

**Tabel 1**

Informații despre pacienți și detaliile tratamentului aplicat

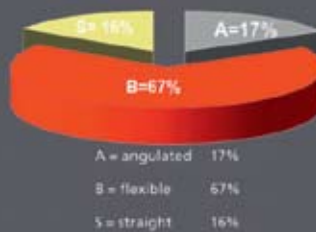
### /// REZULTATE

Rata totală de integrare completă, extra si intratisulară, a implanturilor KOS® a fost de 95,7%. Nu a existat o diferență semnificativă de integrare la lucrări suportate exclusiv pe implanturi (95,9%) sau la lucrări cu sprjin mixt (95,6%). Rata de supraviețuire a fost nesemnificativ mai mică la implanturile inserate la nivelul maxilarului (95,5%) față de mandibulă (97,9%) (Tabel nr. 4). Împărțit la grupe de vârstă, integrarea implanturilor se poate identifica în felul următor:

1. Grupa de vârstă 55 de ani și mai tineri (94%)
  2. Grupa de vârstă 55 până la 65 de ani (94%)
  3. Grupa de vârstă de la 65 de ani și mai în vârstă (97%) (Tabel nr. 4).
- 29 din totalul de 678 de implanturi s-au pierdut, adică nu s-au integrat intra și extratisular. Aceste 29 de implanturi s-au împărțit în felul următor:
1. Grupul de implanturi care s-au pierdut înaintea cimentării lucrării protetice definitive 2,5% (n = 17)
  2. Implanturi care s-au pierdut în perioada după cimentarea definitivă a lucrării protetice 1,8% (n = 12) (Tabel nr. 5)

**Table 2. Distribution of implant types**

### Distribution of KOS types (n = 678)



**Tabel 2**

Tipurile de implant folosite: A - preangulate, B - angulabile ulterior, S - drepte

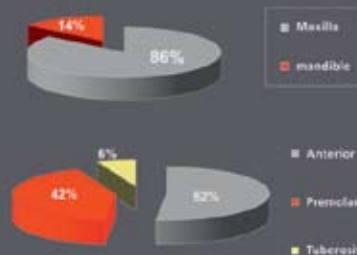
3. Implanturi fracturate 0,44% (n = 3). Unul din aceste evenimente datorându-se pierderii unui dinte sub lucrarea protetică cimentată. Celelalte două cazuri au fost la inserția manuală a implanturilor de tip KOS B (cu unghiul adaptabil după inserție).

Tabelul nr. 6 ilustrează distribuția celor 29 de pierderi:

1. Pierderi minime s-au evidențiat în zona 1.4 (7.1% din totalul implanturilor pierdute)
2. Pierderile maxime au rezultat în zona 1.5 (18% din totalul implanturilor pierdute)
3. Zonele 1.3; 2.3; 2.5 și 2.6 au demonstrat valori similare de pierderi ca și anterior (10,7% din totalul implanturilor pierdute)
4. Nouă alte zone puteau fi identificate, fiecare zonă prezentând pierderea unui singur implant; aceste pierderi au reprezentat aprox. o treime din toate pierderile semnalate (32,2%)
5. La 22 de implanturi (3%) s-a putut evidenția post operator, la controale periodice radiologice, o modificare a suportului osos în sens vertical și orizontal de mai mult de 3 mm. Aceste cazuri au fost însoțite de periimplantită evidențiată clinic.

**Table 3. Distribution of implant sites**

### Sites of implants (n = 678)

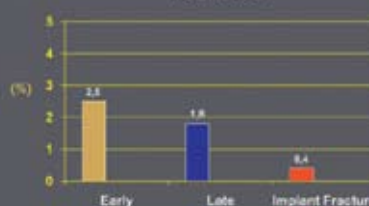


**Tabel 3**

Localizarea implanturilor

**Table 5. Failures broken down by time periods**

### Failures

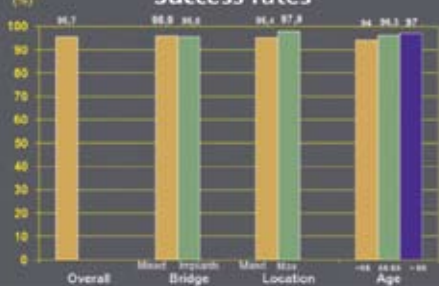


**Tabel 5**

Eșecurile clasificate după durata de purtare

**Table 4. Survival rates based on natural abutment status, maxilla/mandible and age**

### Success rates

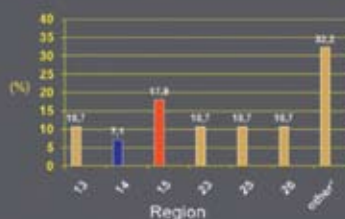


**Tabel 4**

Rata de succes

**Table 6. Failures broken down by implant sites (Losses: n = 29 or 4%)**

### Failures



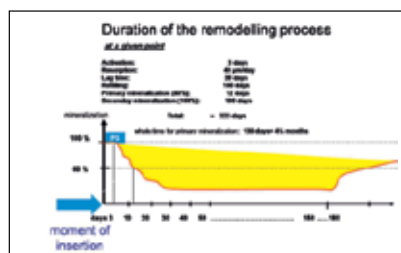
**Tabel 6**

Eșecurile clasificate după locul de inserție a implantului



**Imaginea 3**

Implant KOS dintr-o singură bucată (de la stânga la dreapta: KOS; KOS A și KOS B)

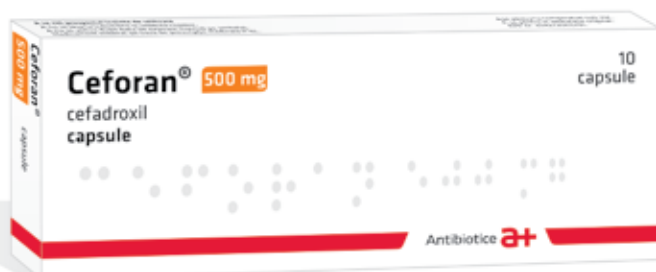


**Imaginea 4**

Procesul remodelării osoase și impactul acestuia asupra stabilității primare a implantului

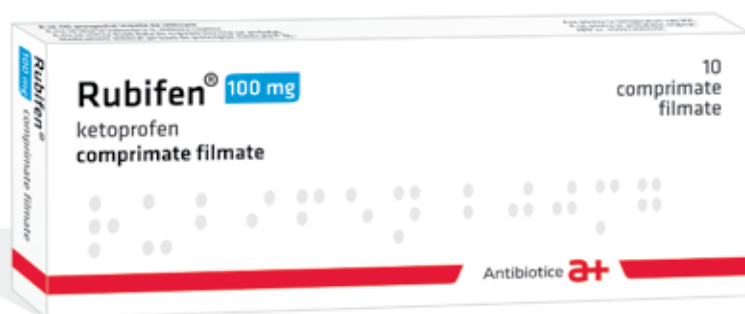
# Avem ceva în plus!

## Antibiotice produce mai mult decât antibiotice



### CEFORAN® (CEFADROXIL) capsule 500 mg

- spectrul de acțiune conține germenii aerobi și anaerobi implicați în infecțiile stomatologice
- eficiența pe germenii secretori de betalactamaze (germeni rezistenți)
- penetrare bună la nivel osos
- 1 capsulă la 12 ore



### RUBIFEN® (KETOPROFEN) comprimate filmate 100 mg

- antiinflamator periferic și analgezic de tip central
- analgezia se instalează în 30 de minute
- indicații: dureri dentare, nevralgii, dureri postoperatorii
- 1-3 comprimate filmate / zi

+12

medicamente noi lansate în 2007 din clasele cardiovascular, antiinfecțioase și OTC

Antibiotice este lider în producția de medicamente injectabile, unguente, creme, geluri și supozitoare. Cele 8 fluxuri de fabricație ale companiei sunt autorizate de Agenția Națională a Medicamentului prin acordarea certificatului Good Manufacturing Practice (GMP), recunoscut la nivel european.

Portofoliul de peste 120 de medicamente acoperă o gamă largă de arii terapeutice, principalele direcții ale strategiei de dezvoltare produse fiind focusată astăzi pe medicamentele din clasele cardiovascular, antiinfecțioase, sistem nervos central și tract digestiv.

[www.antibiotice.ro](http://www.antibiotice.ro)

**a+**

Antibiotice

Știința și suflet

## /// DISCUȚII

Cazurile prezentate în acest studiu includ în mare același număr de implanturi inserate în zonele posterioare (42% inserate în zona premolară și 6% în zona molarilor) și anterioare (52%) a maxilarelor. Majoritatea implanturilor fiind introduse cu locație maxilară (85%) (Tabel nr. 3). Studiul s-a orientat pe principiile stabilite de prima conferință intitulată „Fist European Consensus Conference” [BDIZ 2006]. În concordanță cu principiile stabilite la conferința numită mai sus, segmentul distal al maxilarul a fost considerat ca zonă de risc pentru inserția implanturilor, datorită calității osoase reduce. Această concluzie bazându-se pe un număr de opinii ale experților în domeniu și în același timp multiple studii clinice efectuate [Attard și Zarb 2005, Becker et al. 2003, Bergkvist et al. 2005, Derbabian and Simonian 2005]. Concluzia s-a menținut până la publicarea acestui studiu despre încărcarea imediată a implanturilor KOS® [Fundația Internațională de Implantologie 2008]. Rezultatele noastre demonstrează cu claritate că implanturile cu încărcare imediată asigură un succes aproape la fel de mare în zona maxilară premolară și molară, cu condiția ca anumite principii să fie urmărite cu minuțiozitate, principii cum sunt:

1. Imobilizare imediată a implanturilor cu o lucrare provizorie consolidată și cimentată provizoriu pe o perioadă maximă între 3 și 12 zile
2. La suport mixt trebuie consolidate în total cel puțin 3 până la 4 elemente pe suport mixt

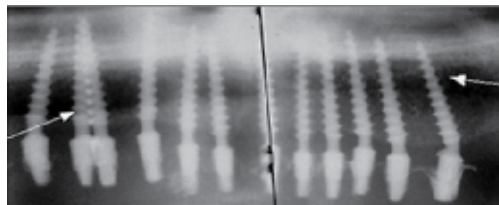
În ceea ce privește posibilitățile de tratament implantologic, pacienții noștri consideră existența posibilității tratamentului prin implanturi cu încărcare imediată un confort inestimabil față de tratamentul cu implanturi multifazice. Tratamentul cu implanturi multifazice se justifică pentru situații clinice, unde condiția osoasă nu ne permite un tratament cu implanturi cu încărcare imediată. Studiul de față ne demonstrează că tratamentul cu implanturi cu încărcare imediată este o opțiune viabilă cu orice localizare posibilă în zona mandibulară și maxilară. Singura condiție care se impune, este respectarea cu minuțiozitate a principiilor relevante încărcării imediate, de a imobiliza imediat postoperator suportul cu o lucrare provizorie consolidată și de a introduce un număr suficient de implanturi, pentru asigurarea dispersării forțelor în mod fiziologic și uniform.

### Analiza erorilor apărute au evidențiat două faze critice:

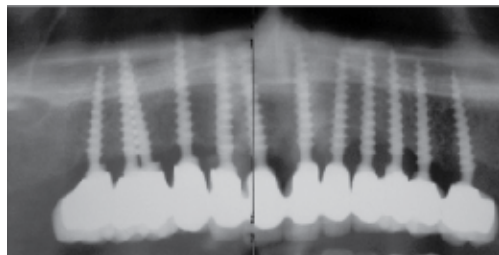
1. Faza primară, faza purtării lucrării provizorii înaintea cimentării lucrării protetice definitive (care durează maxim 12 zile post-implantar)
2. Faza secundară, faza după cimentarea definitivă a lucrării protetice finale (durează până la vindecarea definitivă a osului; până la 6 luni sau chiar mai mult).

### Pierderi timpurii ale implanturilor au fost cauzate de:

1. Calitatea foarte slabă a osului, care nu permitea o stabilitate primară bună (adică



**Imaginea 5**  
Nivelul corticalei după inserarea a 12 implanturi KOS în anul 1999.



**Imaginea 6**  
Nivelul corticalei 7 ani după inserarea 2006 (același caz prezentat în imaginea 5)

implantul a fost introdus sub valoarea de 30 N/cm)

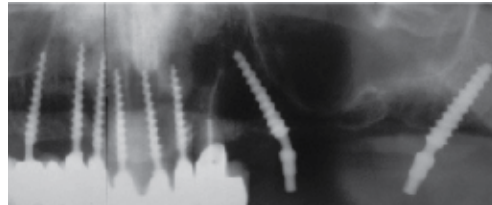
2. Fractura lucrării provizorii
3. Inserare prematură a implantului (inserare post-extracțională timpurie)
4. Încărcare excesivă a unui implant individual conectat prin lucrarea protetică de un bont natural, bont care a devenit mobil după cimentare

Pentru asigurarea succesului integrării unui implant cu încărcare imediată, este necesară cunoașterea și respectarea fazelor de regenerare osoasă. Perioada cea mai sigură este perioada direct după inserția implanturilor până la treia zi postoperatorie. Aceste trei zile sunt urmate de o fază foarte intensivă de remodelare osoasă, o fază în care încărcarea protetică a implanturilor prezintă un risc crescut (Imaginea 4).

Implanturile trebuie immobilizate prin lucrări protetice cât mai repede posibil. De fapt, spre surprinderea noastră, după ani de zile de practică nu am întâmpinat nici un fel de probleme, chiar în cazul în care am folosit metoda încărcării gradate (de exemplu după 2 până la 3 săptămâni). Noi presupunem că această experiență pozitivă se datorează corticalizării zonei de condensare, o zonă care în prima fază duce la o stabilitate primară excelentă. În plus, trebuie luat în considerare că în faza condensării osoase se distrug structuri spongioase osoase, structuri care sunt așa puternic distruse încât nu mai pot fi folosite ca punct de plecare pentru remodelare osoasă, ci ca și punct final pentru preservare osoasă. Remodelarea osoasă în zone corticalizate necesită un timp mai îndelungat. Calea cea mai sigură pentru practicieni în domeniul încărcării protetice a implanturilor, este o încărcare imediată cu o lucrare provizorie până în trei zile post operator, urmat de o monitorizare minuțioasă a lucrării pe o perioadă de 6 luni (mai ales în cazuri în care simultan este necesară efectuarea unei extracții). Întreaga lucrare definitivă ar trebui cimentată cât mai aproape de timpul ideal (a trei-a zi) pentru a asigura o consolidare și imobilizare a implanturilor recent inserate, astfel integrarea osoasă poate progresa neafectat. Faza remodelării osoase poate să dureze până la 6 luni în cazul în care condițiile menționate mai sus sunt asigurate. În aceste condiții procesul de remodelare osoasă poate să decurgă fără complicații. Orice fel de mobilitate a lucrării provizorii necesită o imediată recimentare. Pentru a evita această complicație, numeroși practicieni folosesc cimenturi foarte puternice chiar în faza purtării lucrării provizorii. Un număr redus de pacienți au prezentat condiții fără nici un fel de speranță la tratament, chiar cu implanturi cu diametrul de 3 mm. Acești pacienți au fost îndrumați spre colegii care sunt specialiști în proceduri de augmentare osoasă, sau specialiști în proceduri de implanturi inserate în zona bazală osoasă. Aceste cazuri de limită sunt maxim 15% din totalitatea cazurilor care se prezintă la clinica noastră. Pentru restul de 85% din pacienți, în cazul cărora s-au luat în considerare punți totale consolidate, tehnica transgingivală KOS a dat rezultate optime, chiar când nu am folosit tehnici laborioase și riscante de augmentare osoasă. Până la urmă augmentarea osoasă reprezintă o intervenție chirurgicală care prezintă în sine un risc. Noi ne-am asigurat cât mai mult posibil, în a alege modalitățile de tratament în așa fel încât să evităm proceduri de augmentare. Nici un pacient care s-a prezentat în clinica noastră, nu trebuia să sufere o intervenție de augmentare osoasă pentru a crea un pat osos suficient de mare asigurării inserției unui implant.

### Noi credem că pierderile implanturilor într-o fază târzie de integrare osoasă se datorează următorilor factori:

1. Distanță inadecvată între implanturi (Imaginea 5 și 6). O distanță de cel puțin 2 mm între implanturi ar trebui respectată mai ales la implanturi cu diametru mare (cum sunt cele de 4,1 și 5,0 mm). Nu am putut observa aceste probleme cu implanturi KOS cu diametru mai mic (chiar dacă au fost plasate foarte aproape unul față de celălalt).



**Imaginea 7**  
Radiografie postoperatorie a implanturilor inserate oblic, ocolind sinusul maxilar (1999)



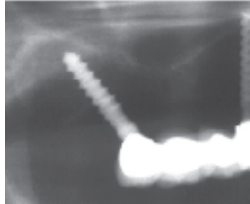
**Imaginea 8**  
Fără pierderi osoase vizibile în pofida inserării oblice, 9 ani de purtare (același caz prezentat în imaginea 7)

2. Fractura scheletului metalic a lucrării protetice
3. Lezarea patului implantar prin exercitarea de căldură asupra osului în momentul realizării neo-alveolei, sau prin aplicare unei forțe prea mari în faza de inserție a implantului în neo-alveolă. Aceste leziuni nu s-au putut evidenția imediat post-operator dar au apărut destul de devreme în perioada efectuării acestui studiu. Prin îmbunătățirea geometriei frezelor pilot și introducerea unei inserții controlate prin limitarea forței de inserție a implanturilor, aceste probleme au putut fi eradicate foarte rapid.

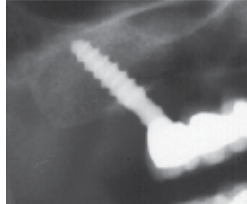
Nu am putut evidenția cazuri unde implanturile au fost pierdute datorită unei forțe excesive aplicate pe implanturi (exemplu: „Bruxism”). Acest rezultat indică faptul că abordarea noastră de a imobiliza și consolida implanturile cu o lucrare totală consolidată minimizează presiunile (Imaginea 7 și 8). Modele de ocluzii habituale

au fost refăcute în vederea permițerii pacientului să găsească din nou poziția de relație centrică. Majoritatea cazurilor au prezentat o conducere de grup, mai degrabă decât conducere canină. Sinusul maxilar a putut fi evitat prin poziționarea oblică a implanturilor.

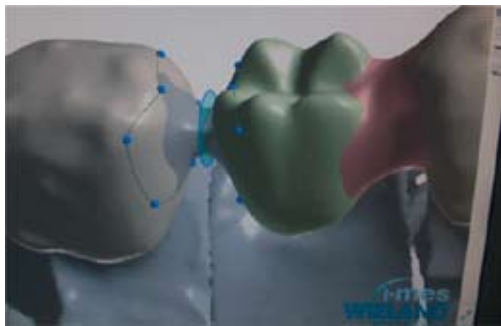
Astăzi știm că inserția oblică a implanturilor (în comparație cu inserția verticală), care sunt consolidate ulterior printr-o lucrare totală consolidată, nu prezintă nici un fel de dezavantaj în procesul de integrare osoasă sau în transmiterea forțelor masticatorii, chiar și pe termen lung. În prezența unei ocluzii echilibrate, inserția oblică a implantului poate fi asociată cu o poziție osoasă (Imaginea 9 și 10). De la bun început trebuie să atragem atenția asupra faptului că cea mai mare grijă trebuie avută la



**Imaginea 9**  
Detaliu radiologic a tuberozității în regiunea 1.8 radiografie efectuată în anul 2000 (acești caz prezentat în imaginile 7 și 8)



**Imaginea 10**  
Detaliu radiologic prezentat și în imaginea 9, dar de data aceasta la 6 ani după inserare, se observă o poziție osoasă clară



**Imaginea 11**  
Planificarea unui conector între elementele de sprijin al unei punți dentare

realizarea scheletului lucrării protetice definitive, care trebuie să aibă o grosime suficientă pentru a evita fractura lucrării protetice, mai ales la folosirea unui schelet realizat din zirconiu

(Imaginea 11). Studiul de față arată că un număr foarte mic de implanturi arată o reducere a substanței osoase în direcție verticală (3%). Această reducere verticală a osului a fost urmată de peri-implantite. Noi credem că următoarele două cauze sunt responsabile pentru prezența unei rate așa de mici de apariție a complicațiilor:

1. Diametru extrem de mic în zona gâtului implantului, care nu depășește 2,5 mm fiind chiar mai mic la implanturile flexibile KOS B, care au un diametru de 1,8 mm la nivelul gâtului.
2. Conceptul implantului dintr-o singură bucată a cărei forme va preveni ori ce fel de apariție a unui „Micro-Gap” sau micromișcări între abutment și implant.

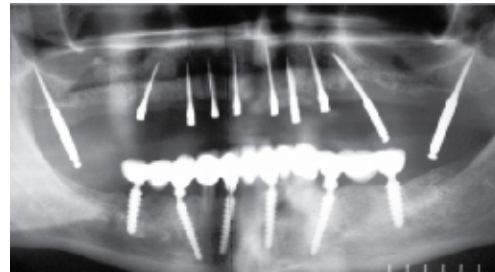
### /// REZUMAT

Acest articol arată un studiu asupra 678 implanturi KOS® inserate. Implanturile sunt de tipul dintr-o singură bucată, concepute pentru tehnica de comprimare osoasă. Studiul s-a desfășurat pe o perioadă destul de extinsă (o medie de 33 de luni) și pe un număr destul de mare de maxilare (n = 89). Ca rezultat se pot trage anumite concluzii mai ales în legătură cu încărcarea imediată a implanturilor inserate și a consolidării acestora prin punți totale consolidate:

1. O rată mare de succes a implanturilor KOS® inserate prin tehnica transgingivală, fără folosirea unui șablon chirurgical (95,7%)
2. O rată mare de succes la nivelul maxilarului superior (95,4% care reprezintă de fapt 582 de implanturi inserate, din care 48% au fost inserate în zona premolarilor și a molarilor)
3. O rată puțin mai ridicată de succes la nivelul mandibulei (97,9%)
4. O rată destul de mică de eșecuri, indiferent de vârsta pacientului
5. O rată redusă de eșec în privința pierderii osoase în direcție verticală, care este mai puțin de 3 mm în 3% din cazuri
6. Nici o structură protetică nu trebuia înlocuită în totalitatea ei din cauza pierderii unui implant
7. Nu s-a putut evidenția o diferență în supraviețuirea implanturilor inserate din punct de vedere a sprijinului lucrării protetice exclusiv pe implanturi sau pe sprijin mixt, adică dinții proprii.

Experiența noastră cu implanturile din sistemul KOS® demonstrează că tehnologia KOS poate oferi rezultate pe termen lung care nu pot fi comparate cu nici un sistem existent. Noi nu credem că proceduri de inserție prin intermediul unui șablon chirurgical pentru implanturile KOS® ar prezenta avantaje pentru chirurgul cu experiență, chiar dacă șablonul chirurgical poate perfecționa protocolul chirurgical. Rezultate bune s-au obținut prin folosirea șablonului de orientare radiologică modificat, care ne dă posibilitatea realizării unor puncte de sângerare, care ne arată

locul de inserție a viitorului implant. Pasul următor este folosirea unei freze pilot foarte subțiri care previne o distrugere masivă de țesuturi. Această freză pilot ne va permite ajustări în direcție și adâncime prin folosirea unor pinuri de orientare radiologică, o tehnică necostisitoare dar sigură, în a ne verifica succesul în inserția implanturilor (Imaginea 12). Tehnica de inserție poate fi folosită chiar în cabinete mai mici și va elimina necesitatea unei planificări pre-operatorii foarte elaborate. În cazul unor punți cu extindere mică, implanturile KOS pot fi folosite cu multă ușurință, cu scopul de a multiplica suportul pe care se va sprijini viitoarea lucrare protetică. Inserția implanturilor nu va avea nici un fel de repercursiuni pe termen lung pentru succesul acestor lucrări, marginea gingivală modelându-se cu exactitate în jurul coroanei, dându-i acesteia un aspect natural.



**Imaginea 12**  
Ortopantomografie de control realizată cu pinuri de orientare radiologică după folosirea primei freze pilot; ne dă posibilitatea verificării neoalveolelor în procesul de formare, poziționarea corectă în raport cu structurile vecine



**Imaginea 13**  
Restaurare maxilară 6 ani după inserarea implanturilor

Nu este nevoie să ne îngrijorăm că va apărea un spațiu între coroană și gingie, care este descris ca „fenomen regional de accelerare” (regional acceleratory phenomenon = RAP) [Binderman et al., 2001; Yaffe et al., 1994]. Tehnica cu distrugere minimă de țesuturi prezentată, a dat cele mai bune rezultate la grupa de vârstă între 65 și 82 de ani, și cel puțin pentru asta ar trebui să fie tehnica care să se aleaga în special la această categorie de vârstă, o vârstă care are anumite deficite în refacerea osoasă (Tabel nr. 4). Ca și concluzie, lucrări protetice totale consolidate, sprijinite de implanturi KOS au sensul lor mai ales la grupa aceasta de vârstă care prezintă un os atrofic. În același timp aceste lucrări cu sprijin KOS își au sensul la edentații mari cu locație la nivelul maxilarului și a mandibulei. Chiar și pacienții care sunt sub tratament cu anticoagulanți, reprezintă un grup ideal pentru tratament cu implanturi KOS, datorită tehnicii de inserare minimal invazivă. În majoritatea cazurilor tratamentul anticoagulant nu trebuie întrerupt sau redus, după ce desigur medicul cardiolog a fost informat și instruit despre tehnica de inserare [Mander and Sipos-Jackel 2007].

### /// CONCLUZII

Implanturile KOS sunt implanturi dintr-o singură bucată care la inserarea lor produc o condensare osoasă. Prezintă un tratament ne-costisitor, un tratament alternativ cu rezultate de durată lungă, dând rezultate excelente în ridicarea calității vieții pacientului. Lucrări protetice pot fi aplicate în siguranță și cu succes îndelungat pe acest suport într-un timp relativ scurt (Imaginea 13). Terapeuții vor descoperi că protocolul chirurgical este foarte ușor de executat, deoarece implantul KOS dintr-o singură bucată, după inserarea lui în neo-alveolă poate fi paralelizat cu instrumente rotative uzuale pe care le folosim zi de zi în cabinet. Amprentele sunt efectuate cu aceleași materiale pe care le folosim și la amprentarea bonturilor naturale. Piese destul de costisitoare de transfer nu sunt neapărat necesare. Rezultate excelente pot fi obținute chiar în absența acestor piese de transfer.

### /// OBSERVAȚII EDITORIALE

Acest articol este o versiune scurtă a rezultatelor obținute din studiul efectuat la cabinetul autorilor. Dacă doriți, puteți contacta autorii, pentru a obține versiunea completă a studiului.

#### Autorii

Dr. Werner Mander  
Rainerstrasse 36  
A-5310 Mondsee  
Austria  
w.mander@t-online.de

Dr. Dr. (IMF Bucharest) Thomas Fabritius  
Trauring 96  
D-83301 Traunreut  
Germania  
info@zahnheilkunde-bayern.de

#### Traducere

Dr. Ivo Christian Zerbes  
Str. Partizanilor nr. 100  
400240 Cluj-Napoca  
România  
ivozerbes@medicareinternational.ro

## 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 2009. 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. 50 pagini A4, 4 coperte plastificate **I.S.S.N.:** 1454-5772. **Distribuție:** națională, gratuită în toate județele; de asemenea, se distribuie la expozițiile la care participă AMSPPR, la Congresul AMSPPR; este însoțită de suplimentul legislativ gratuit, Buletinul Informativ Național „Quo Vadis” având I.S.S.N.: 1454-5780, toate 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, tehnicieni 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 casețați, 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 problematicii și imaginilor incluse în studiu

6. Este necesar acordul scris al pacienților cu privire la publicarea cazurilor în cazul în care aceștia pot fi identificați.

7. Este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor preluați sau traduși.

8. Prin trimiterea articolului spre publicare, autorul își asumă în întregime responsabilitatea conținutului acestuia. Revista „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 a vedea 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 pe suport CD sau DVD pe adresa: **AMSPPR FR Banat Str. Vicențiu Babeș nr. 24 ap. 2, cod 310029 Arad, jud. Arad**

Redacție contact:

Email: redactie@dental.ro

Adresa: **AMSPPR FR Banat Str. Vicențiu Babeș nr. 24 ap. 2, cod 310029 Arad, jud. Arad**

150  
1859 2009  
American  
Dental  
Association®

# MAKE HAWAII HAPPEN

## PRELIMINARY PROGRAM

### 150th Annual Session and World MarketPlace Exhibition

Opening General Session and Distinguished Speaker Series  
Wednesday, Sept. 30

Scientific Program  
Thursday, Oct. 1 - Sunday, Oct. 4

World MarketPlace Exhibition  
Thursday, Oct. 1 - Saturday, Oct. 3



American Dental Association

150th Annual Session  
September 30-October 4, 2009

# Teeth Festival 2009

3<sup>rd</sup> Edition

July 13<sup>th</sup> - 17<sup>th</sup>

Cinematography

Dramaturgy

Design

Painting

Dancing

Music

Training

Photography

Debates



Dental  
Summer School  
arts & culture

## Bran, Romania

Application: [www.festival.mozo.ro](http://www.festival.mozo.ro)

E-mail: [teehfestival@yahoo.com](mailto:teehfestival@yahoo.com)

Phone: 0040 740 08 77 09

Deadline: June 15<sup>th</sup> 2009

Partners:



Organizers:

Graphics: