

dentalife

VIAȚA STOMATOLOGICĂ • ANUL XVII | NR. 90 | NR. 4 - DECEMBRIE 2015

OPȚIUNE RECONSTRUCTIVĂ
A DINȚILOR FRONTALI
DISCROMICI
Dr. Smaranda Buduru

SOLUȚIE PROTETICĂ
ÎN CAZUL UNEI ANODONȚII
DE INCISIV LATERAL SUPERIOR
Dr. Letiția Raiciu

MANAGEMENTUL
RECESILOR GINGIVALE.
O ABORDARE MICROCHIRURGICALĂ
Dr. Mihnea Cafadaru

PREMISE LEGALE PENTRU
O RELAȚIONARE EFICIENTĂ
MEDIC DENTIST - PACIENT
Av. Luciana Mihai



Congresul de Paro-Protetică al AMSPPR

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

CONFERINȚE /
WORKSHOP-URI /
ACTUALITĂȚI LEGISLATIVE /
COMUNICĂRI

detalii pe www.dental.ro

Congresul "Zilele paro-protetice ale AMSPPR", ediția XXII face parte din Programul de Educație Continuă al Federației Dentare Internaționale (FDI)



AMSPPR
Asociația Medicilor Stomatologi
cu Practică Privată din România



www.viastomatologica.ro



Implants connected to nature

2016

27, 28, 29
Octombrie 2016
Hotel Ramada
Sibiu



DE CE ESTE BUNĂ COMUNICAREA?

Pentru a nu-ți face dușmani. Atât de simplu.

Să luăm în considerare teoria comunicării în care avem un emițător, un canal de transmitere și un receptor. Emițătorul emite un mesaj pe care îl codifică în funcție de propriile sale cunoștințe și interese. De multe ori canalul de transmitere este viciat pentru că de multe ori nu este unul direct, față în față ci printr-un intermediar. Uman sau nu. De asemenea, receptorul are propriul sistem de decodare a informațiilor în funcție de propria experiență și propriile interese.

Când există niște interese convergente ale celor două părți ale comunicării, este bine să ne asigurăm că am înțeles bine mesajul primit și că transmitem cât mai obiectiv, iar informația este receptionată așa cum ne dorim.

Bineînțeles că este vorba despre oameni, despre subiecți. Bineînțeles că vorbim despre subiectiv și mai puțin despre obiectiv. Cu atât mai mult și cu atât mai important este să ne asigurăm că ce am transmis este ceea ce vroiam să transmitem, iar cel care a primit mesajul a perceput ceea ce noi doream să îi comunicăm. Și la primirea mesajului trebuie să ne asigurăm că am înțeles ceea ce dorea cealaltă parte să comunice.

Câți dușmani îți poți face neînțelegând

mesajul? Câți dușmani ai pentru că nu ți-au înțeles mesajul? Câteodată lupta este pentru a ne face înțeleși și pentru a înțelege.

Hai, să luăm un exemplu. Când vorbești despre organizații, emițătorul poate fi unul dintre candidații la o funcție, spre exemplu iar receptorii toți cei care trebuie să voteze; sau, așa-zisele tabere pe care candidații și le doresc a fi în opoziție una cu alta, nu de alta, dar să aibă pe cine "împăca" pentru ca apoi să își etaleze succesele.

Tot atât de simplu, comunicarea este bună pentru a nu fi ușor de manipulat. Până la urmă, a comunica este o artă!

dr. Vlad Cristian DEAC

CUPRINS

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

OPȚIUNE RECONSTRUCTIVĂ A DINȚILOR FRONTALI DISCROMICI Dr. Smaranda Buduru	10
SOLUȚIE PROTETICĂ ÎN CAZUL UNEI ANODONȚII DE INCISIV LATERAL SUPERIOR Dr. Letiția Raiciu	18
MANAGEMENTUL RECESIILOR GINGIVALE. O ABORDARE MICROCHIRURGICALĂ. Dr. Mihnea Cafadaru	23

ACTUALITĂȚI

AMSPPR LA ARMEDICA Narcisa Șorop	28
ASIGURAREA PENTRU MALPRAXIS POLIȚA VITALIS DE LA ALLIANZ ȚIRIAC	30
AMSPPR LA DENTA Narcisa Șorop	32
ADUNAREA GENERALĂ A A.M.S.P.P.R. Narcisa Șorop	35
NOUȚĂȚI DE LA CMDR ALEGERILE PENTRU FUNCȚIILE DIN BIROUL EXECUTIV NAȚIONAL AL CMDR	37

PAGINA FDI

PROIECTE INOVATOARE ȘI INIȚIATIVE FDI PREȘEDINTE FDI DR. PATRICK HESCOT Traducere Anamaria Capotescu	36
---	-----------

PAGINI JURIDICE

PREMISE LEGALE PENTRU O RELAȚIONARE EFICIENTĂ MEDIC DENTIST - PACIENT Av. Luciana Mihai	44
--	-----------

INFORMAȚII IMPORTANTE

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

IMPORTANT • Precizare juridică:

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

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

anul XVII | nr. 90 | DECEMBRIE 2015

ISSN: 1454 - 5772

COLEGIUL REDACȚIONAL

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

COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE:

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

REDACTOR ȘEF

Dr. Vlad Cristian Deac

SECRETARIAT REDACȚIE

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

SEDIUL CENTRAL AL AMSPPR:

Tel. 021/323.99.69
Mobil: 0722.365.753
e-mail: amsprr@dental.ro

TIPAR:

Tipografia Inbox Design
Sos. Odaii nr. 9, sector 1, Bucuresti, 013601
0749 268 704
office@inboxdesign.ro
http://www.inboxdesign.ro

DTP

Flucș Silvana-Lavinia
silvana_art22@yahoo.com
Mobil: 0743 894 655

Redactare afișe și editare imagini:

Monica Butnaru
www.monicabutnaru.com



membră în



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

CEL MAI BUN GUST*



* Aplicabil pentru noile formule ale variantelor Spearmint și Peppermint.

PENTRU DINȚI CURAȚI ȘI SĂNĂTOȘI



Secretul unui zâmbet sănătos nu mai este de mult un secret. De fapt, este foarte simplu: tot ce trebuie să faci este să urmezi cei 4 pași esențiali care compun ritualul îngrijirii orale:

pasul 1

Periază-ți dinții de două ori pe zi

Cu toate acestea, nu te spăla imediat după expunerea smalțului dinților la acizii care se găsesc în anumite alimente sau băuturi.

pasul 2

Ai grijă de dinții tăi și când ești în mișcare

Asigură-te că îți păstrezi obiceiurile sănătoase și atunci când ai o zi aglomerată sau când călătorești: mestecă gumă fără zahăr după orice masă sau gustare.

pasul 3

Mergi la medicul dentist în mod regulat

Este foarte important să mergi la un control stomatologic cel puțin o dată pe an. Astfel, medicul stomatolog va putea să identifice probleme de sănătate din timp.

pasul 4

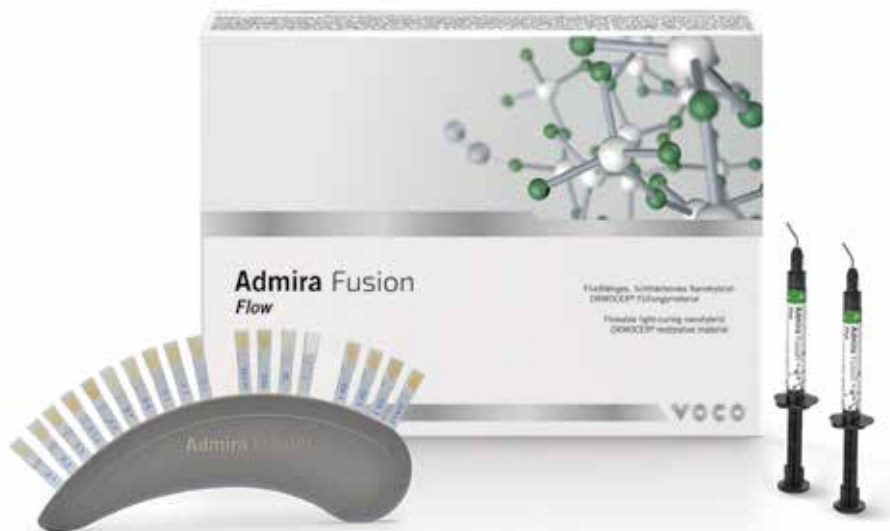
Adoptă o dietă echilibrată și sănătoasă

Cea mai bună rețetă pentru dinți sănătoși este o dietă echilibrată! Mănâncă fructe și legume, dar evită expunerea îndelungată a dinților la substanțe acide, pentru a preveni eroziunea smalțului.

Beneficiile gumei de mestecat fără zahăr și sănătatea dinților

Guma de mestecat fără zahăr stimulează producția de salivă și susține rolul ei în igiena orală, contribuind la prevenirea apariției cariilor:

- Elimină resturile de mâncare din gură și zaharurile;
- Neutralizează acizii;
- Previne demineralizarea smalțului.



Admira® Fusion Flow

Material pentru obturații, fluid, fotopolimerizabil, nanohibrid - ORMOCER®

Admira Fusion de la VOCO este primul material universal pentru obturații din lume bazat exclusiv pe ceramică. Prin combinarea inovativă a tehnologiei certificate nanohibride cu tehnologia ORMOCER®, oxidul de Siliciu constituie baza chimică atât pentru particulele de umplutură cât și pentru matricea organică. Această tehnologie unică "pur silicată" aduce cu sine mai multe avantaje. Printre acestea se numără o cantitate mare de particule de umplutură, precum și o contracție de polimerizare și un stres indus de contracția de polimerizare foarte reduse. În același timp Admira Fusion se remarcă printr-o biocompatibilitate excelentă și o stabilitate coloristică foarte mare.

Cu Admira Fusion Flow apare acum varianta fluidă. Și acest material are datorită tehnologiei "pur silicate" o contracție de polimerizare și un stres indus de contracția de polimerizare foarte reduse. Întocmai ca și Admira Fusion, Admira Fusion Flow se caracterizează printr-o biocompatibilitate excelentă și o stabilitate coloristică foarte ridicată. Cele 12 nuanțe oferite de Admira Fusion Flow se regăsesc optimal pe cheia de culori a materialului Admira Fusion de consistență chitoasă. Consistențele Bleach Light (BL) și Alb Opac (WO) sunt indicate și pentru cazuri mai speciale cum ar fi utilizarea în pedodontie,

sau în cazul dinților albiți, respectiv în regiuni cu discromii, sau în cazul reconstituirii bonturilor dentare.

Admira Fusion Flow acoperă un spectru larg de indicații. Printre acestea se găsesc obturarea cavităților de clasele III până la V, obturarea cavităților de dimensiuni reduse, realizarea sigilărilor extinse, deretentivizarea zonelor retentive, aplicarea bazelor sau căptușirea cavităților, repararea obturațiilor precum și reparații aduse componentei estetice a pieselor protetice metalo-fizionomice, reparații ale lucrărilor protetice temporare, cimentarea pieselor protetice care permit trecerea fasciculului luminos, precum și fixarea șinelor de imobilizare aplicate dinților mobili.

Admira Fusion Flow este disponibil în seringă NDT® patentată de VOCO, antireflux și antipicurare. Cu ajutorul acesteia este posibilă aplicarea punctuală și sigură fără pierderi de material. Admira Fusion Flow este în structura sa un material foarte omogen și permite o manipulare optimă. Materialul deține o capacitate de curgere excelentă ducând astfel la tapetarea completă a pereților cavităților. Datorită tixotropiei sale precis calculate și a unui comportament flow on demand, materialul devine fluid numai sub influența presiunii și a mișcării, rămânând stabil în cavitate după aplicare și modelare. Admira Fusion Flow este ușor de finisat și este compatibil cu toate sistemele adezive.

**Producător: VOCO GmbH,
Anton-Flettner-Straße 1-3,
27472 Cuxhaven, Germania,
www.voco.com,
info@voco.com**



Provicol® QM Plus

Ciment pentru cimentarea provizorie cu adeziune și mai ridicată

Toate avantajele materialului Provicol QM, dar acum cu adeziune și mai ridicată: noul ciment pentru cimentări provizorii Provicol QM Plus este indicat datorită rezistenței sale ridicate în situații clinice în care este necesară o stabilitate foarte mare.

Materialul fără eugenol, conține hidroxid de calciu și este indicat pentru cimentarea provizorie a lucrărilor protetice temporare și definitive (coroane, punți, inlay-uri și onlay-uri) precum și pentru obturarea provizorie a cavităților mici pe o suprafață dentară. Datorită rezistenței sale ridicate Provicol QM Plus autopolimerizabil este indicat în situații clinice în care este necesară o stabilitate foarte mare. Fie în cazul cimentării pe bonturi scurte și/sau mici, fie în cazul unei retenții reduse între bontul dentar și lucrarea protetică provizorie: Provicol QM Plus și Provicol QM îi dau practicianului posibilitatea de a alege, în funcție de situația clinică, cimentul ideal. Alegerea este facilitată prin noul set cu două seringi Quick Mix Provicol QM precum și o seringă Provicol QM Plus. Împreună aceste două ma-

teriale oferă practicianului flexibilitate și siguranță în toate tipurile de cimentări temporare.

Grosimea redusă a filmului de ciment, care permite inserarea precisă, precum și vâscozitatea optimă fac din materialul intens radioopac Provicol QM Plus un material ușor de utilizat, care datorită seringii Quick Mix, poate fi mixat perfect și aplicat cu precizie punctuală. Mai mult materialul are o stabilitate ridicată, ceea ce permite îndepărtarea surplusului cu ușurință.

Provicol QM Plus este ca și toate produsele din familia Provicol, un material fără eugenol astfel încât nu influențează priza sau proprietățile materialelor compozite, care ar putea fi eventual utilizate în continuare la cimentarea definitivă a lucrărilor protetice. De asemenea Provicol QM Plus conține hidroxid de calciu, care stimulează depunerea de dentină secundară și poate acționa bacteriostatic, precum și oxid de zinc, care este cunoscut pentru acțiunea sa antibacteriană.

**Producător: VOCO GmbH,
Anton-Flettner-Straße 1-3,
27472 Cuxhaven, Germania.
www.voco.com,
info@voco.com**

Grandio®SO, material compozit pentru cele mai înalte standarde

GrandioSO, material compozit pentru restaurări în zonele anterioare și posterioare, nano hibrid, universal pentru toate clasele de cavitați ce satisface cele mai înalte cerințe ale restaurărilor. GrandioSO este indicat pentru restaurările cavitaților de clasa I-V, reconstrucția dinților din zona anterioară ce prezintă traume, fixarea și imobilizarea dinților ce prezintă mobilitate, corecții de formă și nuanță pentru a îmbunătăți aspectul estetic, reconstituiri de bonturi pentru coroane, și fabricarea incrustațiilor de tip inlay din material compozit.

GRANDIOSO – COMPOZITUL CU NUANȚA CEA MAI APROPIATĂ DE DINTELE NATURAL

GrandioSO iese în evidență datorită proprietăților sale deosebite și, la scară globală, este materialul cel mai similar cu nuanța dintelui natural în suma parametrilor săi fizici. Acest nou material compozit oferă restaurări la fel de durabile cât și estetice, datorită conținutului foarte ridicat al matricei de umplere (89 w/w%) și o contracție mică (1,61%), rezistență mare la compresiune și flexiune (439 MPa și 187 MPa, respectiv), modulul de elasticitate (16,65 GPa) și comportamentul de expansiune termică ($\alpha = 27,3 \times 10^{-6} \times K^{-1}$), similar ca și duritate cu dentina, duritate foarte mare a suprafeței (210,9 MHV), abraziune scăzută (18 μm , ACTA cu 200.000 de cicluri), precum și un echilibru optim între translucență și opacitate. GrandioSO se lustruiește foarte bine, și datorită rezistenței mărite la abraziune restaurarea rămâne permanent lucioasă. 17 nuanțe diferite, inclusiv noile nuanțe de GA3.25 și GA5, ce acoperă întregul spectru de nuanțe relevant pentru medicul dentist.

APLICARE FACILĂ

În același timp, GrandioSO convinge prin proprietățile sale și o aplicare facilă. Datorită consistenței sale bune, acest material este ușor modelabil și nu are tendința de a se lipi de instrument. În plus, GrandioSO combină proprietăți de modelare pe un timp excepțional de îndelungat la lumina ambientală cu un timp foarte scurt de priză în timpul polimerizării. Este posibil de a polimeriza fiabil materialul în 10 secunde pe strat de 2mm. GrandioSO este disponibil și în seringi ușor de folosit precum și în capsule deosebit de economice.



INDICAȚII

- Restaurări de clasa I – V
- Reconstrucții cauzate de traume ale dinților anteriori
- Fațetări ale dinților decolorați
- Corectarea formei și nuanței pentru îmbunătățirea aspectului estetic
- Fixarea și imobilizarea dinților mobile
- Repararea fațetelor de ceramic
- Restaurări ale dinților deciduali
- Reconstituiri de bonturi sub coroane protetice de acoperire
- Incrustații de tip inlay din compozit

AVANTAJE

- Restaurări de durată similare cu dintele natural
- Multifuncțional pentru restaurări cu cele mai înalte cerințe atât în zona anterioară cât și în zona posterioară
- Rezistența excelentă la lumină în timpul utilizării
- Combinarea optimă de opacitate și translucidență ce duce la rezultate similare dintelui natural prin folosirea unei singure nuanțe
- Sistem inteligent de nuanțe ce include noile nuanțe GA3.25 și GA5 utilizate în fiecare situație clinică
- Consistența netedă, ne-lipicioasă, proprietăți de modelare excelente, suprafață netedă
- Finisare facilă cu un luciu final mărit, de lungă durată
- Compatibil cu toate sistemele adezive convenționale

**Producător: VOCO GmbH,
P.O. Box 767,
27457 Cuxhaven, Germania,
www.voco.com,
info@voco.com**

APLICARE ÎN CAZURI CLINICE

Cazul 1



1.) Restaurări pe dinții 14,15 ce necesită înlocuirea obturației datorită cariilor secundare



2.) Situația cavitațiilor



3.) Dintele 15 cu modelarea completă a pereților meziali și distali



4.) Restaurarea finală nu se poate deosebi de dintele natural

Sursă:
Dr. Walter Denner,
Fulda (Germania)

Cazul 2



1.) Obturație incompletă în muchia incizală a dinților 11 și 21



2.) Restaurarea zonei palatinale cu nuanța de GrandioSO BL



3.) Aplicarea în straturi utilizând GrandioSO A3.5



4.) Restaurarea finală

Sursă:
Dr. Sânzio Marques,
Passos (Brazilia)

OPȚIUNE RECONSTRUCTIVĂ A DINȚILOR FRONTALI DISCROMICI



Dr. SMARANDA BUDURU

Autorul:

Medic primar Stomatologie Generală
Medic primar Protetică Dentară
Doctor în științe medicale
Șef lucrări Catedra Protetică Dentară, UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj
Șef disciplina Ocluzologie și Disfuncție Temporo-Mandibulară
Cofondator Clinica Stomestet Cluj

Corespondență:

E-mail: smaranda@stomestet.ro
Adresa: Clinica Stomestet, Calea Mănăștur nr. 68A, Cluj-Napoca
Tel.: 0735 371111
Website: www.stomestet.ro

Coautor:

Dr. Rareș Buduru, Clinica Stomestet

REZUMAT

Există în viața profesională a fiecărei echipe medic-tehnician momentul cheie ("X") în care este confruntată cu dilema reconstrucției unui singur incisiv central. Evident această dilemă devine mult mai interesantă în momentul în care incisivul central de înlocuit este extrem de discromic și, ca să oferim o dilemă completă, discromia este majoră la nivelul coletului dintelui. Soluția protetică caută de fiecare dată redarea translucidității dintelui natural, dar în același timp impune și utilizarea unui material opac care să mascheze exact problema de bază a dintelui. Acest articol dorește să ofere o soluție protetică de îmbinare a două ceramici cu proprietăți optice diferite dar care în final să asigure cât mai mult naturalitatea reconstrucției.

INTRODUCERE

În cazul reconstrucției dinților frontali care prezintă o discromie marcată este necesară utilizarea unui suport intern opac care să mascheze această modificare de culoare și să nu o lase să transpară la suprafață. Materialele utilizabile în acest caz ar putea fi aliajele metalice (inoxidabile sau nobile), zirconiu sau ceramică litiu disilicat varianta HO (high opacity). Aceste materiale au avantajul că blochează ceea ce nu dorim să apară la suprafața din culoarea bontului (datorită opacității lor) dar în același timp au dezavantajul că vor bloca transmisia și reflexia luminii în restaurația finală (din cauza opacității lor). Chiar dacă peste suportul opac se utilizează ceramică vitroasă de stratificare, miezul opac va face ca restaurația finală să nu aibă aceleași calități optice ca ale unui dinte natural. În plus, chiar dacă bontul protetic al dintelui devital poate fi modificat ca și culoare printr-o reconstrucție coroano-radiculară pe pivot cu rășina compozită, această modificare nu poate fi făcută la nivelul dentinei colorate de la nivel cervical din cauza necesității păstrării ferrule-effect. Deci necesitatea majoră de mascare va fi exact la joncțiunea dento-protetică. Dar să nu uităm de ceea ce a atras atenția Pascal Magne în ceea ce privește efectul de umbre-

lă ("umbrella effect") [1] și anume că în zona cervicală, unde se folosesc materiale opace, buza va crea un efect de umbră în zona cervicală augmentând senzația de absorbție a luminii și determinând o culoare mai gri a gingiei și a papilelor.

PREZENTARE DE CAZ

ANALIZA CAZULUI

Pacientul se prezintă la consultație datorită unor probleme de ordin estetic la nivelul lui 11. Pacientul are 35 de ani și la anamneză se constată o tristă istorie a acestui dinte: totul a început în urmă cu 10 ani cu dorința de a schimba o obturație veche disto-palatinală care devenise discromică. În urma înlocuirii acestei obturații pacientul a acuzat durere, care s-a accentuat, ceea ce a dus la decizia de a se efectua un tratament endodontic. Din nefericire acest tratament endodontic a eșuat deoarece, la momentul respectiv, medicul în cauză a creat o cale falsă și o perforație vestibulară exact în mijlocul sulcusului.

Ulterior, se realizează un retratament endodontic microscopic corect al dintelui și închiderea perforației vestibulare (Fig.1). Din nefericire dintele capătă un aspect discromic

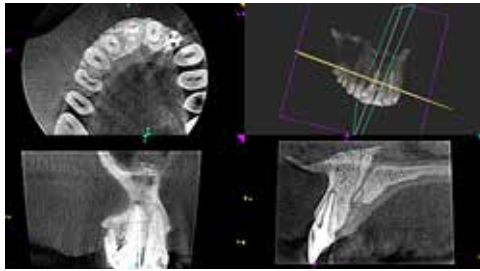


Fig. 1 - Aspectul pe CBCT al retratamentului la nivelul 11

extrem de neplăcut, iar pacientul ia decizia (împreună cu soția sa, asistenta noastră) de a apela la o soluție protetică.

La examinarea pacientului se trece prin întreg protocolul analizei estetice și funcționale [1,2]. Astfel s-au cules următoarele informații, extrem de utile pentru decizia de tratament, pe care le prezentăm în rezumat cu accent pe datele considerate capitale:

1. La analiza facială nu se constată lipsa de paralelism la nivelul liniilor de referință orizontale (ofraică, bipupilară, bicomisurală) și nici anomalii de simetrie pe linia verticală medio-sagitală, în contextul unui profil drept, la un pacient cu buze groase (Fig.2).



Fig. 2 - Analiza faciala

2. La analiza dentolabială se observă o linie a surâsului medie în care nu se expun în totalitate coroanele dentare dar sunt vizibile papilele interdentare. În schimb, se observă o malpoziție evidentă a dintelui 11 care modifică linia estetic funcțională atât prin distorotație cât și prin suprapoziție (Fig.3). Acest lucru devine mai evident la analiza dento-labială din profil. La analiza din partea dreaptă se observă dizarmonia dento-maxilară



Fig. 3 - Analiza dento-labiala din fata

(DDM) cu înghesuire cu disto-rotarea lui 11 care expune aproape în totalitate fața sa distală și care pune complet în umbra 12 ușor palatinizat (Fig.4). La analiza din partea stân-



Fig. 4 - Analiza dento-labiala dreapta

gă se confirmă suprapoziția lui 11 dar se mai observă și poziționarea sa mai vestibularizată în plan sagital, muchia sa incizală trecând de interiorul vermillon-ului (Fig.5).



Fig. 5 - Analiza dento-labiala stanga

3. La analiza dento-gingivală lucrurile capătă în schimb conotații tot mai grave. La nivel gingival se constată prezența unui parodontiu gros cu aspect de coajă de portocală, dar din păcate acesta este singurul aspect pozitiv al analizei. În schimb se observă înălțimi diferite ale coletelor 11 - 21 și contururi diferite ca formă. În plus, 11 prezintă zenitul exact pe mijlocul feței vestibulare și un volum diferit al gingiei libere datorat ușoarei inflamații generate de perforația situată în sulcus. Igiena acestui pacient fiind acceptabilă această inflamație este ținută sub control, neprezentând sângereare la sondare (Fig.6). Analiza dentară relevă, din păcate, doar aspecte negative: forme complet diferite a celor doi centrali, axa lui 11 mult divergentă față de linia mediană, linia interincisivă este oblică spre dreapta. Și, sigur



Fig. 6 - Analiza dentara

că da, o modificare dramatică a culorii la nivelul coletului unde se ajunge la negru la joncțiunea dento-gingivală în contextul unui dinte cu translucență marcată în zona incizală, proximală și care urcă mult pe față vestibulară (Fig.7).



Fig. 7 - Analiza dento-gingivala

4. La analiza ocluzală se constată o clasa II Angle cu distalizare de jumătate de cuspid, cu o ușoară treaptă transversală între 23 cu 33, pierderea (probabil prematură) a lui 36 și 46 cu mezio-versiunea 37,38 și respectiv 47,48 (Fig.8,9). La analiza arcadelor se obser-



Fig. 8 - IM dreapta



Fig. 9 - IM stanga

vă la maxilar dizarmonia dento-maxilară cu înghesuire agravată în zona 11, 12 (Fig.10) și



Fig. 10 - Analiza arcadei maxilare

la mandibula închiderea completă a spațiului edentat pe partea dreaptă și parțială pe partea stângă, fără înghesuire evidentă a arcadei. Surprinzător toate aceste modificări nu au produs modificări ale RC, IM, ghidaj anterior și lateral (Fig. 11).



Fig. 11 - Analiza arcadei mandibulare

ETAPELE TRATAMENTULUI

Se discută cu pacientul variantele disponibile de tratament. Se sugerează posibilitatea tratamentului ortodontic cu alinierea arcadelor, corectarea deficiențelor constatate, extruzia 11 cu expunerea perforației. Pacientul refuză tratamentul ortodontic. Se sugerează atunci tratament parodontal 11 și 21 pentru simetrizarea coletelor, pacientul refuzând și această opțiune terapeutică datorită istoriei nefericite din antecedentele acestui dinte. Evident singura soluție care a mai rămas a fost cea protetică (de altfel singura acceptată de pacient) reprezentată de o coroană de înveliș integral ceramica.

Datorită restricțiilor impuse de planul de tratament acceptat de pacient am decis începerea terapiei printr-o corecție minimală a deficiențelor dentare găsite la analiza. În acest scop am realizat următoarele: stripping-ul feței meziale a lui 21 cu benzi abrazive metalice - Komet (pentru îndreptarea liniei interincisive, reducția porțiunii disto-vestibulare a lui 11 (pentru a realiza "derotarea" lui, adică corectarea pe cât posibil a curburii vestibulare) și aplicarea unei rășini compozite extra bleach dentine la nivelul treimii cervicale a lui 11 (pentru a sesiza care este efectul de mascare atunci când se folosește un material fără calitate opace) (Fig. 12,13,14). Practic acești



Fig. 12 - Stripping-ul dintelui 21 pentru îndreptarea liniei interincisive maxilare



Fig. 13 - Indepartare zonei disto-vestibulo-incizale a lui 11 pentru curbura vestibulara



Fig. 14 - Previzualizare

pași ("ortodonția cu freză") ne ajută să prefigurăm o viitoare formă a coroanei protetice și permite să-i arătăm pacientului că nu vom reuși să corectăm cu o singură reconstrucție asimetria dintre incisivii centrali. Acest lucru nu reprezintă o problemă pentru pacient. Singura problemă importantă pentru acesta o reprezintă culoarea dintelui. Aplicarea rășinii ne sugerează că vom avea nevoie de folosirea unui material cu calități de opacifiere a substratului. Cum am exclus de la început varianta metalo-ceramică ca opțiune terapeutică mai puteam opta pentru o coroană cu substructura internă fie de zirconiu fie de litiu disilicat HO, ambele cu stratificare cu ceramica vitroasă.

La momentul preparației preliminare constatăm ca discromia este mult mai accentuată, se pune în evidență locul perforației intrasulculare, dar preparația poate să înglobeze complet zona perforației prin plasarea intrasulculară a joncțiunii dento-protetice, fără invazia spațiului biologic (evidențiat atât prin sondare intrasulculară cât și prin bone sounding - sondarea marginii crestei alveolare sub anestezie). O altă observație importantă este faptul că această discromie apare în treimea cervicală, restul bontului protetic fiind de culoare cvasi normală (fig. 15).



Fig. 15 - Preparatia initiala

În acest context am căutat în literatura de specialitate și în urma articolului publicat de Atsushi Suzuki [4] am ajuns la concluzia că ne putem baza doar pe ceramica litiu disilicat dar să folosim două combinații: o ceramică cu opacitate mare (HO) la nivelul porțiunii cervicale care să mascheze zona discromică și o ceramică cu transluțența joasă asemănătoare denținei (LT - low traslucency) (Emax - Ivoclar). Deci am luat decizia de a crea un inel al zonei cervicale din lingou de HO care să mascheze discromia și care să prezinte un prag intern (care se așează pe pragul creat pe dinte) și un prag extern peste care se va presa o coroană monolitică din lingou LT (Fig. 16-20).

Dupa proba compentelor intraoral și adaptarea ocluzală și funcțională se decide realizarea unui cut back și stratificare cu ceramica vitroasa în treimea medie și incizală și doar pictura pe zona cervicală (Fig.21).

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Opțiune reconstructivă a dinților frontali discromici



Fig. 16 - Inelul HO vedere orala



Fig. 17 - Inelul HO vedere vestibulara



Fig. 18 - Inelul HO intraoral vedere vestibulara



Fig. 19 - Inelul HO intraoral vedere incizala



Fig. 20 - Coroana monolitica LT



Fig. 21 - Coroana finalizata cut-back, stratificare si pictura

O alta problemă este legată de protocolul adeziv. Am preferat cimentarea într-un singur timp a componentelor între ele și a piesei finale pe dinte din dorința de a evita eventualele neconcordanțe finale (Fig. 22). În acest



Fig. 22 - Componentele protetice

sens am realizat protocolul adeziv pe fiecare parte protetică în parte: acid fluorhidric 5% timp de 20 secunde, baie cu ultrasunete 5 minute, aplicare silan/adeziv (Single Bond, 3 M Espe). Dintele a fost izolat demineralizat cu acid ortofosforic 37% timp de 1 minut (fiind dinte devital cu dentină sclerotica), spălat, uscat, dat cu același adeziv all in one (Single Bond - 3 M Espe). Cimentarea s-a decis să se realizeze cu o rășină compozită cu priză duală (Rely X Ultimate - 3 M Espe). Aceasta a fost aplicată în coroana în care ulterior s-a fixat inelul și tot sistemul s-a aplicat pe dinte. Polimerizarea s-a făcut doar la marginile restaurației sub protecție cu glicerină în profunzime priza fiind chimică.

Rezultatul final nu a putut remedia, după cum precizam mai sus, asimetriile de formă și colet ai celor doi centrali dar a oferit satisfacție din punct de vedere coloristic (Fig.23-26).



Fig. 23 - Aspect final intraoral



Fig. 24 - Aspect final intra-oral



Fig. 25 - Aspect final - analiza ocluzala



Fig. 26 - Aspect final-analiza dento-labiala

DISCUȚII

Conform articolului citat, pe cel mai închis tip de bont (ND 9) putem spera la o acoperire a culorii la o grosime de 0,8mm din lingoul de HO, rezultatele fiind îmbucurătoare și la o grosime de 0.6mm. Dar această grosime este necesară doar pe zona vestibulară a dintelui pe cea palatinală putem rămâne la o grosime mai mică de circa 0.2-0.3mm cât reprezintă minimumul necesar realizării în condiții de siguranță a presarilor. Pe acest inel vom realiza un prag extern de circa 0.4 mm, 0.3mm pentru presarea din LT și încă 0.1mm pentru eventualele necesități ulterioare de stratificare. Deci preparația cervicală finală pe fața vestibulară va fi de maximum 0.8mm inelul HO (în perimetrul căruia pe exterior se va crea un prag extern de 0.4mm = 0.3mm coroana LT + 0.1 mm stratificare) + 0.1 mm distanțare pentru ciment, în total 0.9 mm, mai mic decât pentru preparația pentru zirconiul cu stratificare. Pe fața palatinală reducția va fi mult mai moderată de circa 0.3mm pentru inelul HO în care se va crea un prag mult mai coronar pentru coroana de LT (Fig. 27) de asemenea



Fig. 27 - Aspectul reconstrucției intrados

mai redusă decât pentru capa de zirconiu cu stratificare.

La nivel vestibular am lăsat o coleretă mică de circa 0.1 mm de inel HO neacoperit de coroana LT deoarece am dorit ca în zona

finală intrasulculară reconstrucția să fie cât mai subțire posibil (Fig. 28).



Fig. 28 - Colereta H0 la nivel cervical

Protocolul adeziv ar putea fi făcut și prin lipirea celor două părți protetice în laborator cu condiția ca aceasta să fie făcută sub magnificație pentru ca orice surplus pe fața internă a restaurației finale ar putea induce imposibilitatea inserției și adaptării ulterioare pe dinte. Potocolul adeziv prezentat, realizat exclusiv în cabinet, are dezavantajul că necesită două ajutoare pentru medic și dificultatea de a lustrui ulterior joncțiunea dintre cele două părți ceramice.

CONCLUZII

Din punctul nostru de vedere, această tehnică poate da rezultate optice superioare datorită faptului că zona opacă din interiorul reconstrucției este redusă la minimum și posibilitatea translučenței finale a dintelui este îmbunătățită semnificativ (Fig. 29,30).



Fig. 29 - Aspect final

Din aceleași motive, și pentru tehnician stratificarea finală pe o capă LT (cu proprietăți analoage dentinei) ridică mai puține probleme estetice.

Desigur existența a două presări ridică prețul de laborator al restaurației, dar în termeni de timp și modificări coloristice presupune poate mai puțin stress acumulat.

Efectul de umbrelă nu este completamente eliminat deoarece miezul opac a dispărut complet dar, în contextul unui parodontiu gros, este aproape imperceptibil.

În final, vorbim și de un câștig în termeni biologici printr-o preparație mai puțin invazivă a dintelui în comparație cu variantele tehnice clasice.

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Opțiune reconstructivă a dinților frontali discromici



Fig. 30 - Aspect final portret

BIBLIOGRAFIE

1. Pascal P. Magne; M. Magne, U. Besler: "The Esthetic Width in Fixed Prosthodontics" J Prosthodont. 1999, 8:106-118
2. Fradeani Mauro - Esthetic rehabilitation in fixed prosthodontics. Volume 1: Esthetic analysis, Quintessence Publishing 2004.
3. Buduru S., Amansan O. - Noțiuni practice de ocluzologie. Napoca Star. 2009.
4. Atsushi Suzuki - Opacity Control Using Pressed Ceramic. QTD 2014.
5. Magne P., Besler U. - Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biomimetic Approach, Quintessence Publishing.

#WOHD16

#ItAllStartsHere



WOHD.org



World Oral Health Day

20 March 2016



20 March 2016

It all starts here. Healthy mouth. Healthy body.

It's never too early or too late to start looking after your oral health

Organised by:

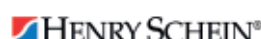


Media Partner:



Essential Dental Media

In Partnership with:



Colgate®

Marca nr. 1 recomandată și utilizată de medicii dentiști din România*

NOUL STANDARD ÎN PROTECȚIA ÎMPOTRIVA CARIEI DENTARE

STUDII PE 14000 DE PACIENȚI
8 ANI DE CERCETARE CLINICĂ



Agent de Neutralizare
a Acizilor din Zaharuri

+
Fluor

- Luptă împotriva acizilor formați în placa bacteriană - cauza nr. 1 a cariei^{1,2}
- Remineralizare de 4X mai mare^{3,4}
- Reversarea aproape dublă a cariilor incipiente^{5,6}
- Reducerea cu 20% mai mare a incidenței cavitațiilor după 2 ani^{5,6}

Fluor



* Conform studiilor din 2005, 2007, 2009, 2011, 2012 și 2014

**Rezultatele unui studiu privind la remineralizare, în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

***Rezultatele unui studiu cu durată de 6 luni pentru evaluarea îmbunătățirii stării leziunilor în smalț, folosind QLFTM (Fluorescența Cantitativă indusă de Lumină), în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

*Rezultatele unui studiu clinic cu durată de 2 ani în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

QLF este marcă înregistrată a Inspektor Research Systems BV.

1. Wolff M, Corby P, Klaczany G, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Data on file. Colgate-Palmolive Company. 3. Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. Yin W, Hu DY, Fan X, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Data on file. Colgate-Palmolive Company. 6. Kraivaphan P, Amornchat C, Tiratana T, et al. *Caries Res*. 2013;47(6):582-590.

SOLUȚIE PROTETICĂ ÎN CAZUL UNEI ANODONȚII DE INCISIV LATERAL SUPERIOR



Dr. LETIȚIA RAICIU

Autorul:

Dr. LETIȚIA RAICIU

Medic dentist, 34 ani, Bucuresti

Competență în Implantologie și Inhalosedare.

Caz finalizat în cadrul clinicii ABC Eurodent, București.

E-mail: letitia.raiciu@gmail.com

REZUMAT

Anodonțiile reprezintă o adevărată provocare pentru proteticieni din punct de vedere al esteticii. Asimetriile create și dezechilibrele ortodontice pun în dificultate practicianul. De cele mai multe ori soluția ideală dorită de către medic nu este realizabilă datorită doleanțelor specifice ale pacienților sau a implicațiilor biologice. Pierderea esteticii reprezintă un motiv de depresie pentru pacienți iar recâștigarea sa este egală cu reintegrarea socială mult dorită. Totuși medicii stomatologi trebuie să pună mereu în balanță cerințele pacienților, varianta ideală, cea optimă, aspectul natural și sacrificiul de substanță dură în raport cu rezultatul final. Consider că acest caz este unul aparte iar soluția aleasă este cea optimă.

Cuvinte cheie: anodonție, incisiv lateral superior, punte metalo-ceramică, treme, diastema, estetică, fațetare directă, supranumerar.

ABSTRACT

Anodontia represents a true challenge for dental practitioners when it comes to esthetics. The great asymmetries and orthodontic imbalances make it very difficult for the dentists to assess these cases. Most often the ideal solution cannot be applied due to certain biological implications and the patient's desires. The loss of esthetic is a strong enough reason for depression, and regaining the esthetic smile equals to the much wanted social reintegration. However, doctors must always weigh in the patients' desires, the ideal solution, the optimum one, the natural aspect and the dental substance sacrifice when pursuing the final result. I strongly believe this case particular to be a particular one and the chosen solution optimum.

Key-words: anodontia, upper lateral incisor, metal-fused porcelain bridge, trema, diastema, esthetics, direct veneer, supernumerary teeth.

INTRODUCERE:

În cazul de față este vorba de anodonția unui incisiv lateral superior stâng la un pacient tânăr, cu posibilități financiare medii și multiple afecțiuni dentare. La o primă vedere cazul nu pare a avea ceva special, ceea ce însă îl face aparte este prezența unui incisiv lateral suplimentar, supranumerar, în cadranul 1, asimetria creată, o diastemă deranjantă, două treme cât și retractația gingivală datorată unei coroane metalo-acrilice vechi pe dintele 21. Toate acestea împreună cu limitarea soluțiilor de către doleanțele și posibilitățile pacientului fac din acest caz unul aparte, cu cerințe estetice specifice.

PREZENTARE DE CAZ:

Pacientul M.F. în vârstă de 37 de ani s-a prezentat în clinică cu dorința de a rezolva

problema inestetică în zona frontală superioară. Pacientul prezenta o coroană veche (mai mult de 18 ani) metalo-acrilică pe 21, cu expunerea metalului, discolorația conturului gingival și o diastemă de 1,5 mm. Lățimea acestei coroane depășea cu 1,5 mm lățimea lui 11. Deasemenea se remarcă imediat treme de 1,8 mm dintre acest 21 și 23, integru, rotat mezo-vestibular. Asimetria era accentuată și de prezența unui incisiv lateral suplimentar în cadranul 1, integru (Foto 1) ce va fi notat în



Figura 1 - Situație inițială

cazul de față cu 12(2). În cadranul 1 se mai remarcă și trema de 0,2 mm dintre 12 și 12(2). Ocluzia este psalidodontă însă se observă devierea liniei interincisive cu 2 mm către stânga. O dificultate estetică mai reprezintă și rețracția gingivală de la 21, de 1,8 mm asociată cu inflamația gingiei.

Se remarcă prezența tartrului supra și subgingival și colorații nicotinic generalizate. Pacientul este fumător și afirmă că va rămâne fumător și pe viitor.

La inspectarea radiografiei panoramice s-a remarcat absența lui 22 intraosos combinată cu prezența într-adevăr a doi incisivi laterali în cadranul 1 (foto 2). Spațiul osos de



Figura 2 - Radiografie panoramică inițială

2mm dintre 21 și 23 nu permite inserarea unui implant. Dintele 21 prezenta tratament de canal cât și o reconstituire corono-radiculară metalică. Pacientul prezintă edentații neprotezate (16, 36), resturi radiculare, însă ele nu intră în discuție în momentul de față, prioritară fiind rezolvarea frontului superior.

Pacientul dorea o soluție viabilă și rapidă pentru rezolvarea acestei probleme estetice.

Pacientul a respins soluția ortodontică, căci era mult prea cronofagă din punct de vedere al obținerii rezultatului estetic final și depășea deasemenea și posibilitățile financiare alocate pentru frontul superior. Varianta ortodontică ar fi presupus distalizarea lui 23 cu crearea unui spațiu suficient pentru inserarea unui implant în locul lui 22, însă timpul total obținerii rezultatului final (coroană pe implant și coroană pe 21) era mult prea mare din punct de vedere al pacientului și nevoilor sale. S-a luat în vedere și soluția realizării unei restaurări de tip punte de la 13 la 24, însă am considerat această soluție mult prea invazivă, luând în calcul integritatea dinților 13,12,12(2), 23 și 24.

Pacientului i s-a propus o soluție protetică de tip punte ancorată pe dinții stâlpi 21 și 23, cu realizarea a 3 dinți prin reîmpărțirea spațiului. În acest caz singurul sacrificiu major a fost devitalizarea lui 23. Orice altă variantă fără devitalizare nu permite împărțirea spațiului pentru modelarea unui incisiv lateral natural. Ca și materiale au fost propuse următoarele variante: punte metalo-ceramică și punte ceramică pe suport de zirconiu. Din motive financiare, pacientul a ales soluția de punte metalo-ceramică.

A fost realizat un mock-up diagnostic pentru a-i fi prezentat pacientului în vederea înțelegerii pe deplin a soluției propuse (foto 3 și 4). Pacientul a dorit, în măsura posibilă,



Figura 3 - Mockup



Figura 4 - Mockup

anularea diastemei superioare. Această punte de 3 elemente nu rezolvă în totalitate asimetria, de aceea suplimentar am propus: modelarea marginii incizale a lui 12(2) asemenea unui canin, prin fașetare directă cu rășini compozite.

În prima ședință a fost realizat detartrajul minuțios supra și subgingival, împreună cu periajul profesional, igienizare cu air-flow și ablația coroanei acrilice de pe 21 cât și extirparea vitală a lui 23. După îndepărtarea coroanei de pe 21 s-a decis păstrarea dispozitivului corono-radicular. Au fost efectuate irigații riguroase cu Clorhexidină la nivel gingival și am realizat o nouă coroană provizorie pe 21 prin tehnica Scutan, însă supragingival, pentru a permite vindecarea corectă a gingiei la acest nivel.

După aproximativ 7 zile au fost începute procedeele de amprentare pentru realizarea punții metalo-ceramică cu stâlpi 21 și 23, soluție agreată de pacient. Conturul gingival de la 21 era mult îmbunătățit, aspectul gingiei deasemenea, însă rețracția gingivală persistă, de 1,5 mm. Pacientul a înțeles că lungimea clinică finală a coroanei de pe 21 va fi mai mare decât a lui 11 și a fost de acord. Ampretele au fost realizate cu ajutorul unui silicon de

adiție de fidelitate (foto 5).



Figura 5 - Amprenta

A urmat apoi proba la metal, etapă ce a decurs fără probleme. La dinte 21, deoarece coroana clinică urma să fie mai mare decât a lui 11, s-a decis păstrarea simetriei coroanei anatomice, de aceeași lungime cu 11, iar diferența să fie acoperită cu metal și ceramică, dar de altă culoare, pentru a masca acea porțiune datorată retractorului gingival (fie cu ceramică roz sau de altă culoare, ce ar crea o umbră). Culoarea aleasă a fost A3,5, din cheia de culori VitaPan Clasic (foto 6).



Figura 6 - Alegerea culorii la proba de metal

La proba dentinei au fost cerute unele modificări: realizarea unei ușoare convexități a marginii incizale a lui 21, diminuarea unghiului distal la 21 și accentuarea depresiunilor interdente. Culoarea a fost corect aleasă și potrivită în cazul de față (foto 7 și 8). Împărți-



Figura 7 - Proba de dentină, linia zâmbetului unde nu este evident că nu se expune conturul gingival



Figura 8 - Proba la dentină

rea spațiului cât și anularea diastemei au fost frumos realizate și acceptate de către pacient. Datorită ocluziei, în special a mișcării de propulsie și a marginii incizale a lui 31, coroanei de pe 21 i s-a permis o ușoară asimetrie verticală. Au fost efectuate minime adaptări ocluzale. Mascarea retractorului la 21 a fost realizată prin aplicarea unei ceramici de culoare puțin mai închisă iar aspectul său nu deranja în nicio măsură, căci pacientul nu expunea în zâmbet sau vorbire conturul gingival.

În ședința finală puntea a fost întâi inspectată înainte pe model pentru verificarea realizării cerințelor din ședința precedentă (foto 9).



Figura 9 - Etapa finală, vizualizarea pe model a lucrării

A fost realizată proba lucrării ce a corespuns doleanțelor pacientului și cerințelor medicului (foto 10). Apoi a fost realizată și restaurarea



Figura 10 - Ședința finală, înainte de fațetarea lui 12(2)

directă cu rășini compozite a lui 12(2), prin care am realizat închiderea tremei cât și modelarea marginii incizale asemeni unui canin. A fost realizată adaptarea ocluzală corectă a acestei obturații, cu scoaterea ei din ocluzie mai ales în mișcarea de lateralitate. Finalul acestui proces a fost unul foarte bine primit de către pacient (foto 11).

Pacientul a fost instruit cu privire la indicațiile și contraindicațiile utilizării punții, cât și la protejarea obturației de pe 12(2). Puntea a fost cimentată întâi provizoriu pentru 6 zile, apoi a fost cimentată definitiv.



Figura 11 - Etapa finală, după realizarea fațetării pe 12(2)

DISCUȚII:

În toate situațiile de anodonții soluția ortodontică ar fi cea ideală. Tratamentul ortodontic este unul în general preprotetic, menit să creeze spațiul necesar pentru inserarea unui implant pe creasta edentată și realizarea ulterioară a unei coroane individuale. Din punct de vedere biologic este soluția cea mai bună, ce nu afectează în niciun fel dinții limitanți, vitalitatea lor; ce permite realizarea unui contur gingival natural. Dezavantajele tratamentului ortodontic preprotetic sunt durata totală și costurile implicate. Pacienții acceptă greu această soluție, mai ales dacă sunt constrânși de evenimente sociale (nunți, întruniri, angajare șamd) sau de posibilități financiare.

CONCLUZIE:

În situația de față, tratamentul ortodontic plus cel implantar nu ar fi rezolvat în totalitate asimetria și problema inestetică, datorată

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Soluție protetică în cazul unei anodonții de incisiv lateral superior

tremelor, diastemei mari și complicației purtării coroanei acrilice, respectiv de retracție gingivală. Cealaltă variantă de obținere a unui zâmbet simetric ar fi fost opusă conservării biologice, cu devitalizări multiple ale unor dinți integri. În acest caz soluția aleasă a fost cea optimă din toate punctele de vedere.

BIBLIOGRAFIE

1. "Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe", prof.dr.Dorin Bratu și dr.Robert Nussbaum, ediția a doua, Editura Medicală, 2003
2. "Aparatul dento-maxilar", prof.dr. Gheorghe Boboc, ediția a doua, Editura Medicală, 2003
3. "Anomaliile dentare", prof.dr. Ecaterina Ionescu, Cartea Universitară, 2005

**Caz finalizat în cadrul
clinicii ABC Eurodent, București,
cu sprijinul
Laboratorului Dent Design, București,
tehn. Sergiu Petrovici.**





EDARREDO
l'evoluzione dell'ambiente professionale



DENTAL FOCUS

MOBILIER METALIC PENTRU CABINET ȘI STERILIZARE



WINN PRESTIGE



WINNPLUS



WINNPRO



WINNPAD

MANAGEMENTUL RECESIILOR GINGIVALE. O ABORDARE MICROCHIRURGICALĂ.



Dr. Mihnea Cafadaru

Autorul:

Dr. Mihnea Cafadaru, DDS
Parodontologie și Implantologie Orală

Dr Mihnea Cafadaru a absolvit Facultatea de Medicină Dentară „Victor Babeș” din Timișoara în anul 2007. În 2008 a finalizat cursul de Competență în Implantologie orală, sub îndrumarea Prof. Bratu Emanuel.

Dr. Mihnea Cafadaru își desfășoară activitatea profesională în orașul Arad. Ca profil general, se concentrează pe tratamente de stomatologie generală, însă accentul principal este pus pe reabilitări cu ajutorul implantelor dentare și a chirurgiei muco-gingivale asistate de microscop.

INTRODUCERE:

Estetica zambetului este, în esență, un subiect pe cât de actual, pe atât de greu de înțeles. Un zâmbet natural este caracterizat prin integrarea armonioasă a dinților și/sau a restaurărilor în contextul țesuturilor înconjurătoare. Este extrem de important să acordăm aceeași atenție aspectului și caracteristicilor țesuturilor moi (gingie, buze), așa cum o facem și în cazul țesuturilor dure.

Există situații în care nu se poate realiza o estetică doar cu ajutorul lucrărilor ceramice sau a compozitelor, ci este necesar să armonizăm consistența și simetria gingiei. În această prezentare de caz, dorim să expunem diferite situații clinice în care este necesară adiția și remodelarea gingivală, atât în jurul dinților integri, cât și alături de restaurări protectice minim invazive.

Noțiunea de recesie gingivală este cunoscută tuturor clinicienilor. Motivele pentru care aceasta apare sunt multiple, începând cu trauma ocluzală, până la igiena necorespunzătoare (Fig 1, 2). Retracția gingivală poate să rămână netratată, fără să determine complicații. Însă în anumite situații, estetica este afectată sau pacientul prezintă o sensibilitate crescută la stimuli. În astfel de situații, adiția gingivală pentru acoperirea acestor retracții este o opțiune actuală și predictibilă.

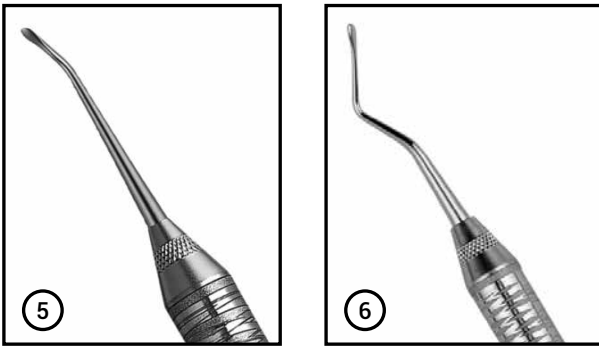


Primul caz este al unei paciente în vârstă de 32 ani, nefumatoare, care s-a prezentat cu multiple probleme dentare, însă recesiile gingivale ale incisivilor inferiori fac subiectul acestui studiu (Fig.3). Cauzele recesiilor în acest caz sunt traumatice, mai ales datorită periajului orizontal. Se poate observa lipsa fațetelor de abraziere, care ar fi putut semnala interferențe în dinamica ocluzală. Simptomatologia în zonele denudate este acută la stimul termic, mai ales la rece.

După ce am analizat beneficiile și riscurile, am decis împreună cu pacienta să acoperim aceste retracții gingivale, utilizând tehnica tunelizării și adiției de țesut conjunctiv, împreună cu repositionarea coronară a lamboului creat.

Prepararea tunelului este realizată cu ajutorul instrumentelor micro-chirurgicale, printre care: lama modelabilă pentru tunelizare (Fig. 4), decolatorul de papile (Fig. 5), cuțitul pentru tunelizare (Fig. 6). Este necesară o bună





mobilizare a lamboului, pentru a crea suficient loc pentru cele doua grefe conjunctive (Fig.7), de aceea vom acorda o atenție sporită pregătirii corecte a zonei.



Sfat: Un detaliu tehnic, legat de decolorarea papilelor, este acela ca incizia în zona trebuie să fie făcută în grosime totală. Ulterior, cu ajutorul decoloratorului de papile, se mobilizează țesutul fara a-l rupe. Restul lamboului poate fi disecat în grosime parțială, dacă dimensiunea țesutului permite acest lucru.

Țesutul conjunctiv a fost prelevat din zona palatului, printr-o tehnică minim invazivă numita «tehnica inciziei unice». După prelevarea grefei, lamboul a fost avivat utilizând o sutură încrucișată, cu rol compresiv (Fig. 8). Cele doua grefe conjunctive libere au fost adaptate dimensiunilor zonei de augmentat (Fig.9).



Sfat: Una din greșelile frecvente este aceea de a încerca să introducem în tunelul creat o grefă de dimensiuni mai mari decât permite anatomia zonei. Riscul este acela de a distruge atasamentul papilelor și ruperea lamboului. Este deosebit de importanta vindecarea «per primam», de aceea orice complicație în timpul intervenției va duce inevitabil la o vindecare defectuoasă.

După condiționarea suprafețelor denudate cu ajutorul EDTA, cele doua fragmente de țesut conjunctiv sunt inserate în tunel prin intermediul a doua fire de sutura care au rol de tracționare și poziționare precisă. Suturi de fixare și compresie sunt realizate interdentar.

(Fig. 10). Ulterior pot fi adăugate suturi vestibulare, cu rol de poziționare și tracționare coronara a lamboului. Pentru o vindecare cat mai bună, este extrem de importantă utilizarea unor fire de sutură de grosime cat mai mică. În acest caz au fost utilizate fire 6.0 și 5.0, monofilament (Fig.11).



Îndepartarea firelor a fost realizată la 2 săptămâni. În acest interval de timp, pacienta a fost instruită să evite periajul zonei, să mențină o igienă optimă cu ajutorul apei de gură și a gelului cu Clorhexidina 0.2%.

Sfat: Controlul periodic în primele 3 săptămâni este crucial. Este indicat să monitorizăm evoluția pacientului săptămânal, pentru a preveni eventualele complicații. Periajul este permis doar după îndepartarea firelor și utilizând o periută moale, împreună cu tehnica Bass modificată.

Pentru a avea un rezultat satisfactor, care să fie menținut în timp, este necesar să ținem cont de toate aspectele, începând de la o tehnică chirurgicală corect aleasă și continuând cu screening periodic pentru profilaxie. Rezultatul prezentat este la 5 luni (Fig 12, 13).



Cel de-al doilea caz este cazul unei paciente în vârstă de 14 ani, nefumatoare. După o serie de tratamente și retratamente corono-radicalare, dinții 2.4 și 2.5 s-au colorat ireversibil de-a lungul timpului (Fig. 14,15). Nemulțumirile pacientei sunt legate atât de aspectul inestetic al coroanelor, cât și de aspectul gingiei din jurul celor doi premolari. Din norma ocluzală, se poate observa volumul insuficient de gingie (Fig.16).

După finalizarea retratamentelor radicalare și consolidarea coronară, am decis să îmbunătățim biotipul gingival cu ajutorul grefei libere conjunctive, utilizând tehnica tunelizării și a re poziționării coronare.



Sfat: Primul pas înainte de intervenția chirurgicală este verificarea deprinderilor de igienă orală ale pacientei. Fără un control minutios al plăcii bacteriene nu vom putea avea o situație gingivală lipsită de inflamație, fapt ce duce inevitabil la manipularea dificilă a țesuturilor moi și o vindecare nepredictibilă.

Incizia intrasulculară este realizată utilizând o lamă de microchirurgie (Fig. 17). Această incizie este prelungită supraperiostal dincolo de limita muco-gingivală. Este mandatoriu pentru mobilizarea lamboului să depășim această limită.

Pentru a minimiza riscul de perforație, vom folosi o lamă specială, adaptabilă anatomiei osoase (Fig. 18). Această lamă este concepută pentru a fi activă doar în lateral. După depășirea limitei muco-gingivale, vom crea cu atenție un tunel sub-mucos, în grosime parțială, ce se va întinde dincolo de cei doi premolari.

Sfat: Prepararea tunelului în grosime parțială va ajuta la o mai bună perfuzie sangvină a grefei conjunctive și o mai bună vindecare, din moment ce osul nu este epus. Papilele sunt mobilizate fără a le rupe, utilizând un decolorator de papile. Motivul pentru care trebuie să mobilizăm papilele este necesitatea de a re poziționa lamboul către coronar (Fig. 19,20).





Grefa conjunctivă a fost prelevată din palat, utilizând tehnica inciziei unice. Situl donor a fost suturat cu o sutură compresivă, pentru a evita sangerarea post-chirurgicală. După prelevare, grefa este adaptată dimensiunilor sitului receptor (Fig.21).



Tehnica de inserare a grefei în tunel apelează la utilizarea firelor de tracțiune (Fig.22). Deoarece nu există punct de contact între premolari, sutura suspendată interdentală nu este posibilă, astfel vom fi nevoiți să apelăm la tehnica de suspendare vestibulară. După condiționarea smalțului, firele de imobilizare a grefei sunt fixate cu compozit fluid de suprafața vestibulară. Între 2.3 și 2.4, o sutură dublă încrucișată este folosită pentru un efect dublu: compresie și tracțiune coronară (Fig. 23).



Vindecarea pacientei a fost lipsită de complicații. Zona a fost igienizată corespunzător iar la îndepărtarea firelor după 2 săptămâni am putut observa un aspect normal, fără urme excesive de inflamație, semn că grefa a fost acceptată.

Sfat: Pentru o bună maturare a țesuturilor gingivale, este necesară o perioadă de așteptare de minim 4 luni până la intervenția protetică pe cei doi premolari.

Decizia protetică a fost luată pentru două coroane integral-ceramice, materialul utilizat fiind Emax. Preparațiile au fost realizate într-o manieră minim invazivă, amprenta a fost luată într-un singur timp, utilizând tehnica dublu-fir, cu mențiunea că firele nu au fost impregnate în soluții hemostatice (Fig. 25, 26).



Aspectul matur și volumul gingiei după intervenție ne-au ajutat să integrăm estetic și funcțional cele două coroane. Se poate observa adaptarea excelentă a gingiei în jurul componentelor protetice (Fig. 27, 28). Nu sunt prezente semne de inflamație iar evaluarea periodică a pacientei va asigura un rezultat stabil de-a lungul anilor.



CONCLUZII:

1. Este necesar să evaluăm starea de igienă orală a pacienților înainte oricarei intervenții chirurgicale muco-gingival
2. Intervențiile trebuie să respecte principiile biologice
3. Instrumentele utilizate trebuie să fie de mici dimensiuni pentru a evita traumatizarea excesivă a țesuturilor moi

4. Chirurgia muco-gingivală poate să aducă un beneficiu estetic important dar și un confort sporit pentru pacienții care prezintă sensibilitate crescută în zonele denudate.
5. Îngrijirile post-operatorii sunt extrem de importante pentru o vindecare bună
6. Menținerea igienei și controalele periodice garantează stabilitatea pe termen lung a rezultatelor obținute (Fig 29,30).



AMSPPR la ARMEDICA

ACTUALITĂȚI

La Arad, în acest an, între 5-7 noiembrie, Camera de Comerț, Industrie și Agricultură a reunit nu mai puțin de 95 de firme atât din țară, cât și din Italia, Pakistan și Ungaria în cea de-a XXII a ediție a expoziției AR-MEDICA.

Târgul, s-a întins pe o suprafață de 2.250 metri pătrați și a prezentat vizitatorilor aparatură, echipament și instrumentar medical, produse farmaceutice și aparatură de laborator. Vizitatorii au mai putut vedea soluții de medicină naturistă și alternativă, ortopedie, optică, servicii medicale, clinici private, transport medical, estetică medicală și fitness, medicamente, aparatură recuperatorie, turism medical, IT medical, aparatură și instrumentar pentru medicina veterinară, echipamente și aparate pentru tratamente cosmetice, publicații de specialitate, servicii conexe.

Tot în cadrul ediției din acest an, la AR-MEDICA au avut loc conferințe științifice pentru toate specializările medicale: medici stomatologi, medici specialiști, medici veterinari, farmaciști, asistenți medicali și tehnicieni dentari.

Si în acest an, asociația noastră a fost prezentă la Ar-Medica cu un stand de prezentare atât a asociației, cât și a revistei Dentalife.

Evenimentul a fost o ocazie foarte bună pentru ca membrii asociației să se reîntâlnească, să povestească și să-și facă împreună planuri de viitor.

Următoarea ediție a expoziției Ar-Medica va fi între 3-5 noiembrie 2016.

Narcisa Șorop
Director Executiv AMSPPR



CONFERINȚE / WORKSHOP-URI / ACTUALITĂȚI LEGISLATIVE / COMUNICĂRI /



LECTORI

Rareș Buduru
Smaranda Buduru

Hadar Better, *Israel, lector FDI*

Dragoș Epistatu

Ligia Stanca Muntianu

Joseph Nissan, *Israel*

Oscar von Stetten, *Germania, lector FDI*

Ștefan Ioan Stratul

Sebastian Șoicu

Roland Török, *Germania*

Liviu Zetu

Congresul de Paro-Protetică al AMSPPR

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

Congresul "Zilele paro-protețice ale AMSPPR", ediția XXII
face parte din Programul de Educație Continuă
al Federației Dentare Internaționale (FDI)

CONTRIBUȚIE DE PARTICIPARE

până la 10 febr.

- 250 lei - membri AMSPPR
- 350 lei - nemembri
- 250 lei - medici rezidenți,
medici în primii 3 ani de activitate,
pensionari
- 100 lei - studenți

după la 10 febr.

- 350 lei - membri AMSPPR
- 450 lei - nemembri
- 300 lei - medici rezidenți,
medici în primii 3 ani de activitate,
pensionari
- 100 lei - studenți

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE SE ACHITĂ

- prin transfer bancar în contul AMSPPR: nr. RO31 RNCB 0074 0292 1527 0001 BCR Sector 3, cod fiscal 5330891
- sau online: www.dental.ro/plata-online/
(Pentru facturare - datele de identificare ale plătitorului se vor trimite pe adresa: amsppr@dental.ro)

organizatori



sponsori AMSPPR



GOLD sponsor



SILVER sponsor



partener media



DENTAL EVENTS CALENDAR

Calea Dorobanților, nr. 50B, București
detalii pe www.dental.ro și
telefon: 0722 365 753; 021 323 99 69

ASIGURAREA PENTRU MALPRAXIS

POLIȚA VITALIS de la ALLIANZ ȚIRIAC

ACTUALITĂȚI

Facilități pentru membrii AMSPPR

AMSPPR își menține recomandarea de încheiere a poliței anuale de malpraxis la Allianz-Țiriac și în anul 2016 din motive bine întemeiate, bazate pe soliditatea, credibilitatea și profesionalismul asiguratorului, compania Allianz-Țiriac fiind apreciată pentru performanțele înregistrate constant de-a lungul celor peste 20 ani de activitate în România. Acoperirile și beneficiile corelate poliței de malpraxis VITALIS de la Allianz-Țiriac garantează o protecție adecvată, la prețuri corecte, împotriva riscurilor pe care le implică exercitarea profesiei de medic.

Încheierea poliței de asigurare de răspundere civilă profesioanală anuală la Allianz-Țiriac aduce medicului asigurat, prin parteneriatul dintre AMSPPR și Allianz-Țiriac, o serie de reduceri de primă la achiziționarea altor produse de asigurare: asigurarea de bunuri a cabinetului, asigurarea de imobil a cabinetului, asigurarea bunurilor personale, a locuinței, asigurarea auto facultativă CASCO, etc.

Astfel, față de oferta generală Allianz-Țiriac pentru asigurarea de malpraxis: Limita maximă a răspunderii 37.000 EUR cu o sublimita de 10,000 EUR pentru daune morale, prima este 320 EUR (din care 70 EUR pentru acoperirea Daunelor Morale), **membrii AMSPPR vor putea opta pentru una dintre 5 variante, beneficiind inclusiv de facilitățile oferite de Allianz-Țiriac:**

Varianta I

Limita maximă a răspunderii = 10,000 EUR din care:
Sublimita pentru daune morale = 5,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 45 EUR, plata în max 6 rate fără a se aplica majorare

Varianta II

Limita maximă a răspunderii = 37,000 EUR din care:
Sublimita pentru daune morale = 5,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 120 EUR, plata în max 6 rate fără a se aplica majorare

Varianta III

Limita maximă a răspunderii = 37,000 EUR din care:
Sublimita pentru daune morale = 10,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 200 EUR, plata în max 6 rate fără a se aplica majorare

Varianta IV

Limita maximă a răspunderii = 37,000 EUR din care:

Sublimita pentru daune morale = 20,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 300 EUR, plata în max 6 rate fără a se aplica majorare

Varianta V

Limita maximă a răspunderii = 37,000 EUR din care:
Sublimita pentru daune morale = 37,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 450 EUR, plata în max 6 rate fără a se aplica majorare

Asistenți medicali – cabinet stomatologic;

Limita maximă a răspunderii = 2,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 10 EUR, plata integrală

Tehnicienii dentari;

Limita maximă a răspunderii = 5,000 EUR
Prima anuală de asigurare = 20 EUR, plata în maxim 2 rate fără a se aplica majorare

Pentru membrii AMSPPR care au avut anterior încheiate polițe de malpraxis la AZT, la care nu s-au înregistrat daune/solicitări de despăgubire, se va acorda la reînnoire o reducere de 5%/fiecare an de asigurare (5% x nr. de ani de asigurare consecutivi la AZT) dar nu mai mult de 30%; facem precizarea că această prevedere se aplică și acelor asigurați care, din diverse motive, nu au reînnoit la termen polițele și au avut în ultimul an o perioadă de întrerupere a asigurării de maxim 6 luni;

Se acordă tuturor membrilor asigurați, pe perioada de valabilitate a prezentului contract, facilități/reduceri pentru încheierea asigurarilor complementare, astfel:

- asigurarea clădirilor (cabinetul stomatologic) cu acoperire STANDARD extinsă – reducere 25%;
- asigurarea conținutului cabinetului stomatologic cu acoperire STANDARD extinsă – reducere 10%;
- asigurarea de călătorie VOIAJ (titular cabinet, angajații, membri familiei titularului)- reducere 20%;
- asigurarea echipamentelor electronice și asigurarea de avarii accidentale pentru dotările cabinetului reducere 15%;
- asigurarea de răspundere civilă față de terți pentru cabinetul stomatologic: Limita maximă a răspunderii = 10,000 EUR , prima anuală de asigurare = 70 EUR;
- asigurarea de răspundere civilă față de terți la locuința personală: Limita maximă a răspunderii = 10,000 EUR, prima anuală de asigurare = 45 EUR



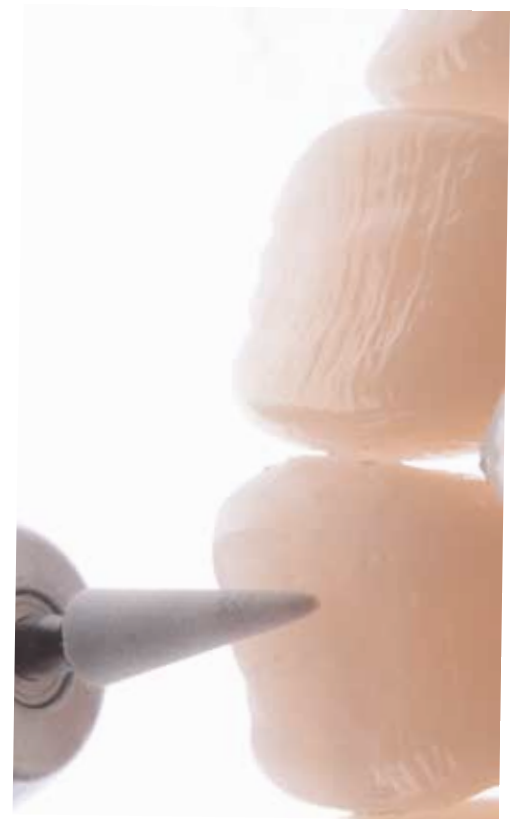
<https://www.allianztiriac.ro>

DIRECT

direct composite restorations congress



HOTEL RAMADA
19,20 FEBRUARY 2016
 SIBIU, ROMANIA
www.dentallearning.ro







PROGRAM

HANDS ON 19 FEBRUARY

 STEPHANE BROWET	10.00-16.30 Direct Approach, Layering, cusp replacement 15 PLACES	FEE- 900RON/200€
 MARCO GRESNIGT	10.00-16.30 Direct composite reconstruction Live demonstration using microscope 15 PLACES	FEE- 900RON/200€
 GAETANO PAOLONE	10.00-16.30 Simultaneous Modeling Technique: direct posteriors 15 PLACES	FEE- 900RON/200€
 DAN LAZAR	10.00-16.30 Composite direct veneers 15 PLACES	FEE- 900RON/200€

CONFERENCES 20 FEBRUARY

 STEPHANE BROWET	09.30-11.00 Cracks, the new threat or just old sores ?
 MARCO GRESNIGT	11.30-13.00 Direct posterior reconstruction with composite
 GAETANO PAOLONE	14.00-15.30 Shape more than colour: direct tips and tricks
 DAN LAZAR	16.00-17.30 Anterior surface texture
	17.30-18.00 QUESTIONS

BOOK A PLACE NOW
www.dentallearning.ro

DIRECT

CONGRESS FEE- 450RON/100€
 HOTEL RAMADA

SPONSORED BY



AMSPPR la DENTA

ACTUALITĂȚI

La București, între 19-21 noiembrie, peste 130 de firme au ales să fie prezente la ediția de toamnă a expoziției Denta, expoziție internațională de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară care a ajuns la ediția a XXXII a.

Asociația noastră a fost prezentă la DENTA cu un stand de prezentare a asociației și a revistei **Dentalife**, iar alături de partenerii noștri, **Colgate-Palmolive**, **Sitea**, **Biolase România**, am organizat o serie de manifestări științifice, astfel:

Cu sprijinul **Colgate-Palmolive** Romania

a fost organizată prezentarea "Fiți convingători în relația cu pacientul! Tehnici de persuasiune pentru schimbarea comportamentului pacientului privind igiena orală, alimentația și vizitele la cabinet", **Lector Univ. Dr. Loredana Dumitrașcu**.

Cu sprijinul **Sitea** a fost organizată prezentarea: "XP Endo Finisher și Bioceramica, un pas înainte în tratamentele endodontice", **Lectori: Dr. Rita Galbau și Dr. Alexandru Popescu**.

Cu sprijinul **Biolase România** a fost organizată prezentarea „Stomatologie Laser Minim Invazivă”, **Lector Alin Odor**, Laser în



Dentistry specialist, AALZ Aachen, Germany,
Scientific and Clinical Advisor for Biolase Ro-
mania.

Pentru a putea fi în contact direct cu me-
dicii care au ales să viziteze expoziția, în pri-
ma zi a expoziției, în standul asociației a fost
prezent și un reprezentant al firmei ALLIANZ
care a prezentat oferta ALLIANZ medicilor
care au trecut pragul standului și a aflat direct
de la aceștia nevoile lor în ceea ce privește
asigurarea de malpraxis și cea personală.

Următoarele ediții ale expoziției Denta vor
fi: Denta de primăvară: 14-16 aprilie 2016,
Denta de toamnă: 20-22 oct 2016

Narcisa Șorop
Director Executiv AMSPPR

ACTUALITĂȚI

AMSPPR la DENTA



IMAGINA DENTAL

5TH

DIGITAL TECHNOLOGIES & AESTHETIC DENTISTRY CONGRESS

7-9 APRIL 2016

MONACO

TRAIN, IMPROVE AND EXCHANGE IN A DREAM ENVIRONMENT: MONACO

- 3D imaging & diagnostics
- 3D planning & Surgical guide
- Cad/Cam technologies
- Digital workflow
- Esthetic dentistry
- Implantology & innovations
- Microscopic Dentistry
- Minimal-invasive dentistry
- Oral scanning
- Restorative Dentistry
- Smile Design

New!

New!

New!



Dr Joseph Choukroun
« Implantology &
3D Planning »
(France)



Dr. Mauro Fradeani
« Aesthetic dentistry &
Minimal invasive
treatment » (Italy)

Beneficiind de parteneriatului încheiat cu IMAGINA Dental 2016, **membrii AMSPPR** pot participa la congres cu o **reducere de preț de 20%** pentru cele 3 zile de conferințe.

Pentru a beneficia de această reducere, membrii AMSPPR sunt rugați să transmită un mail pe adresa **amsppr@dental.ro** pentru a primi codul necesar înscrierii la Congres cu **taxa redusă de 280 Eur** (față de 350 Eur).

IMAGINA DENTAL 2016 PARTNER



AMSPPR
Asociația Medicilor Stomatologi
cu Practica Privată din România
www.dental.ro

20% discount on the
3-day full access Conference Pass
Ask for the promotional code!

IDental16

www.imaginadental.org

Adunarea Generală a A.M.S.P.P.R.

ACTUALITĂȚI

Adunarea Generală a AMSPPR s-a desfășurat în data de 20 noiembrie 2015 la București, sala de conferințe Iorga, de la Romexpo.

În cuvântul de deschidere Dr. Pantel Marton a mulțumit participanților la Adunarea Generală pentru efortul de a se deplasa la București pentru a participa la Adunarea Generală a asociației, pentru faptul că sunt alături de asociație, cât și pentru constanța cu care fiecare dintre aceștia s-a implicat în activitățile asociației. A amintit că în acest an se fac 25 de ani de la înființarea asociației, ocazie cu care a urât *La mulți ani* atât membrilor, cât și asociației. A precizat că speră că se vor găsi generații tinere care să preia și să se implice în activitățile asociației, iar până atunci își dorește ca cei care sunt la această adunare să aibă puterea și energia să mențină asociația și să o dezvolte în anii viitori.

Dr. Marton Panțel a precizat că lucrările se desfășoară în prezența doamnei avocat Luciana Mihai. Prezidiul Adunării Generale a fost format din dr. Marton Panțel (președinte al Adunării Generale), dr. Daniel Dobrea, dr. Mihai Tozlovanu.

După adoptarea ordinii de zi s-a trecut la punctul 1 de pe ordinea de zi: Raportul membrilor Consiliului Director. Dr. Marton Panțel a prezentat raportul Consiliului Director, prezentând principalele activități ale asociației din anul 2015. Dr. Marton Panțel a precizat și faptul că sponsorii tradiționali ai asociației Wrigley România și Colgate România au rămas și în acest an alături de asociație și că își dorește să identifice proiecte comune cu aceștia în 2016.

Dr. Mihai Tozlovanu, trezorerul AMSPPR a prezentat raportul trezorerului și a specificat că la mapă este și raportul cenzorilor întocmit de expertul autorizat al AMSPPR, doamna

Mariana Țone.

După discuțiile care au avut loc, Dr. Marton Panțel a reluat cuvântul asupra raportului Consiliului Director și a supus la vot acest raport. Cu unanimitate de voturi, raportul Consiliului Director a fost aprobat.

Dr. Mihai Tozlovanu, a prezentat proiectul bugetului de venituri și cheltuieli pentru 2016 pe marginea căruia au avut loc dezbateri. S-a supus la vot acest raport. Cu unanimitate de voturi bugetul de venituri și cheltuieli pentru 2016 a fost adoptat.

S-a trecut la următorul punct de pe ordinea de zi, alegeri pentru funcțiile din Consiliul Director și a comisiei de cenzori.

În urma alegerilor, componența Consiliului Director este:

președinte - dr. Marton Gyorgy Panțel,

trezorer - dr. Horia Mihai Tozlovanu,

vicepreședinti - dr. Vlad Cristian Deac

(reprezentant al filialelor regionale),

dr. Bogdan Vasile Popescu

(care îndeplinește și atribuții de secretar),

dr. Horia Radu Țepordei, iar componența

comisiei de cenzori este: **dr. Pamfil Păpară,**

dr. Marius Alin Cristea, la care se adaugă doamna **Mariana Țone, expert contabil.**

S-a trecut la punctul de pe ordinea de zi: proiecte, diverse, unde delegații Adunării Generale au analizat pregătirea proiectelor viitoare ale asociației.

După epuizarea tuturor subiectelor propuse, s-a încheiat Adunarea Generală din 2015, o întâlnire pe care Dr. Marton Panțel a considerat-o eficientă, felicitând în același timp participanții pentru acest lucru.

Narcisa Șorop
Director Executiv AMSPPR



PROIECTE INOVATOARE ȘI INIȚIATIVE FDI

PREȘEDINTE FDI DR. PATRICK HESCOT

PAGINA FDI

În cursul anului 2015 a fost foarte interesant să vedem FDI că a revenit din nou la viață cu o serie de noi proiecte și parteneriate, precum și modalități inovatoare de a trimite comunităților din întreaga lume mesaje de sănătate orală și de prevenție.

Noile inițiative includ Proiectul de Sănătate Parodontale Globale (PSPG) care a fost lansat oficial la prima reuniune a Grupului în data de 31 octombrie și 01 noiembrie 2015 și workshopul „Calitatea în Stomatologie” care a avut loc cu câteva zile mai devreme. Ambele evenimente au avut loc în Amstelveen în Olanda.

Întâlnirea grupului PSPG a fost o oportunitate de a stabili definiții ferme a termenilor, să stabilească obiective, să contureze un program de lucru, să nominalizeze lideri de proiect, să stabilească parametrii pentru realizarea și dezvoltarea unui proiect cronologic. Printre rezultatele așteptate sunt seturile de instrumente pentru medicii dentiști și avocați ai sănătății orale.

În ansamblu, cele două zile au fost extrem de productive, în conformitate cu dorința FDI de a atinge obiective concrete în domeniul sănătății orale. Aș dori să transmit cele mai calde mulțumiri membrilor Grupului și celor cinci comisii permanente ale Consiliului: Dr. Sally Hewett, Educație; Dr. Ward Van Dijk, Practică Dentară; Prof. Jo Frencken, Sănătate Publică; Prof. Harry-Sam Selikowitz, Știință; și Prof. Nikolai Sharkov, Membru de legătură și Asistentă, Consilierului FDI, Prof. Lijian Jin și celor din biroul FDI Dr. Enzo Bondioni, Director Executiv și Dr. Virginie Horn, Director Educație și Sănătate Publică.

CALITATEA ÎN STOMATOLOGIE

Workshop-ul „Calitatea în Stomatologie” e o altă inițiativă nou lansată care a avut un start bun. Primul workshop a avut loc în Amstelveen în data de 27 și 28 octombrie, a reunit șapte participanți, inclusiv moderatorul Dr. Ward van Dijk, președinte al Comisiei Practicii Dentare a FDI. În cadrul workshopului s-a discutat problema din trei perspective: sensul calității în stomatologie; principalele provocări în măsurarea calității; și un cadru conceptual care să sublinieze domeniile de activitate pentru profesia dentară și care să se concentreze asupra îmbunătățirii calității îngrijirilor. Felicit participanții la atelier pentru activitatea excepțională într-un interval de timp scurt: Dr. Ward van Dijk (Olanda), Dr. Roland L'Herron (Franța), Dr. William Ken Rich (USA), Dr. Martin Tickle (Marea Britanie), Dr. Marc Tennant (Australia), Dr. Callum Durward (Cambodgia) și Dr. Gregory G. Zeller (USA), la fel ca și pe angajații FDI, Tina Hong-Kaiser și consultantul Téa Collins.

ASOCIAȚIILE DENTARE NAȚIONALE

Am avut plăcerea de a discuta cu prietenii și colegii din Germania și Statele Unite ale Americii în cadrul întâlnirilor anuale de la Asociația Dentară Germană și de la Asociația Dentară Americană. Ambele țări sunt membre fondatoare ale FDI începând cu anul 1900 și au avut și continuă să aibă contribuții majore în cadrul activităților FDI.

În Germania, în timpul Zilelor Dentare Germane la sfârșitul lunii octombrie, m-am întâlnit cu doctorii Peter Engel și Philippe

Rusca, respectiv președinții BZAEK și al Organizației Regionale Europene a FDI (ORE), pentru a discuta probleme de interes reciproc.

În special, am vorbit despre problemele de sănătate orală și migrația umană în lumina crizei în curs de desfășurare din Europa. Provocările din perspectiva medicului dentist constau în întâmpinarea și tratarea stărilor orale necunoscute și probleme de finanțare nerezolvate.

PRIMIRE CĂLDUROASĂ

Asociația Dentară Americană ne-a rezervat o primire călduroasă deosebită la ADA 2015, un eveniment caracteristic de mari dimensiuni în calendarul dentar mondial și la Casa Delegaților, echivalentul ADA a Adunării Generale.

Pe marginea reuniunii, am discutat aspecte legate de practica dentară și educație medicală continuă în Statele Unite cu prietenii și colegii inclusiv cu Președintele Ales al FDI Kathy Kell, Ofițerul Național de Legătură Greg Chadwick, noul președinte ADA, Carol Gomez Summerhays și fostul președinte ADA, Maxine Feinberg.

Înțelegerea și comunicarea diferitelor provocări și problemele cu care se confruntă profesia medicinei dentare este o sarcină esențială a președintelui FDI - cu atât mai mult, cu cât acestea variază foarte mult nu numai de la o țară la alta, ci și în interiorul țărilor.

Traducere din limba engleză
Anamaria Capotescu

NOUTĂȚI DE LA CMDR

Alegerile pentru funcțiile din Biroul Executiv Național al CMDR

ACTUALITĂȚI

În urma alegerilor pentru funcțiile din Biroul Executiv Național al Colegiului Medicilor Dentiști din România, începând cu data de 12.12.2015 Biroul Executiv Național al Colegiului Medicilor Dentiști din Romania este alcătuit din:

Președinte:

Prof. Dr. Ionescu Ecaterina

Vicepreședinte:

Prof. Dr. Câmpian Radu Septimiu

Prof. Dr. Bucur Alexandru

Prof. Dr. Forna Norina Consuela

Secretar General:

Dr. Brezoescu Alexandru

Trezorier:

Dr. Oltean Mia Rodica

AMSPPR felicită și urează succes noii conduceri
a CMDR și a colegiilor județene.



Poland, Poznań
September 7-10. 2016





Dr. Giuseppe Scandale

Optimist, plin de energie, deschis la a-și împărtăși experiența de o viață. Așa l-am cunoscut pe dr. Giuseppe Scandale în urmă cu mai bine de 10 ani.

Medic chirurg din 1978, dr. Scandale face cursuri de specializare în implantologie în 1988.

În 2004 susține mai multe cursuri și comunicări în cadrul manifestărilor științifice organizate de AMSPPR, ocazie cu care începe să cunoască România și în special Bucureștiul. Îndrăgos-

tit de București, în 2006 deschide aici un cabinet stomatologic cu profil implatologic, împărțindu-se între București și Roseto degli Abruzzi.

Era o persoană de o modestie exemplară. Fire veselă și prietenoasă, savura umorul fin, înviora atmosfera cu o vorbă sau cu un zâmbet, cu o pildă sau experiența de viață. În tot ce făcea avea o dorință puternică de a face bine. Era veșnic o persoană în care aveai încredere, o persoană pe care te puteai bizui.

În vârsta de 61 ani, pe 21 oct 2015 scria pe Facebook: „Fingers crossed: tomorrow I should start the second round of chemo. I hope to give you good news.”

Din păcate, două zile mai târziu era anunțat decesul.

Odihneasca-se în pace!

Dr. Bogdan Popescu



Dr. Victor Valea

Prof. Dr. Victor Valea s-a născut la 11.11.1946 în București, iar în anul 1947 s-a stabilit cu familia în Arad. După ce a urmat cursurile Institutului de Medicină și Farmacie Timișoara, a devenit pe rând medic în specialitatea stomatologie, medic principal în specialitatea chirurgie buco-maxilo-facială și medic primar în specialitatea Chirurgie orală și maxilo-facială.

În anul 1984 părăsește țara, stabilindu-se pentru o perioadă în orașul Haifa / Israel, unde activează ca medic chirurg la diferite policlinici private, la Spitalul RAMBAM, apoi în propriul său cabinet privat.

În anul 1994 a devenit Doctor în medicină, iar în anul 2003 a devenit Profesor Onorific Doctor Honoris Causa al Universității Aurel Vlaicu din Arad, Catedra Românilor de Pretutindeni.

După ce a părăsit Israelul, s-a stabilit în Germania, unde a activat până în anul 1997, și-a deschis propriul cabinet privat, în Köln, unde și-a desfășurat activitatea, până în anul 2009.

În anul 2007 a revenit la Arad unde a înființat Clinica de Stomatologie și Implantologie Dentară VIVASDENT, o clinică dotată la cele mai înalte standarde europene.

Pe tot parcursul activității sale, s-a specializat în domeniul implantologiei dentare, participând la congrese internaționale în Europa, SUA, ISRAEL, devenind și membru al unor organizații internaționale de renume: DGOI – Societatea Germană de Implan-

toologie Orală, DGZI – Societatea Germană de Implantologie Dentară, I.C.O.I – Congresul Internațional de Implantologie Orală; post-graduat al Universității din Pittsburgh – SUA; membru al Academiei Americane de Implantologie, membru al asociației naționale, AMSPPR și multe altele.

Moștenirea ce o lasă Profesorul Valea în urma sa, este una dincolo de dimensiunea fizică a acestei vieți. El a lăsat în urmă oameni în care a investit timp și efort, dar cărora le-a insuflat și pasiunea și viziunea unei profesii în care, uniți și motivați de aceleași scopuri și idealuri, să continue dezvoltarea profesională și transmiterea lucrurilor învățate următoarelor generații.

A fost un om care a crezut întotdeauna în calitatea umană, acordând o șansă tuturor, de multe ori împotriva scepticilor și, de cele mai multe ori, a avut dreptate.

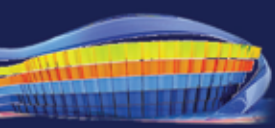
A fost și va rămâne un exemplu pentru ceea ce înseamnă pasiunea pentru profesie, pasiunea pentru viață și oameni, în speranța că cei pe care i-a format vor da mai departe ceea ce au învățat, atât pe plan profesional cât și spiritual, așa cum el însuși a făcut cu toți cei care i-au călcat pragul, cu dorința de a învăța.

Și-a dedicat viața profesiei sale de medic chirurg în chirurgie maxilo-facială, pe care a practicat-o cu abnegație și dăruire totală, fiind, în același timp, un suflet generos, ajutând necondiționat pe toți cei care i-au cerut ajutorul.

Dorim să rămână în amintirea tuturor și omul Victor VALEA, cel căruia i-a plăcut să fie înconjurat de oameni dragi, să cânte și să danseze, să întrețină o atmosferă plăcută de câte ori se întâlnea cu prietenii, omul care a ajutat necondiționat de la pacienți nevoiași la prieteni aflați la nevoie.

Odihnească-se în pace!

Lucia Chișbora



URBAN FEST

Festival de cultură urbană

17-19.06

SHOWROOM MOBILĂ

Expoziție permanentă de mobilă

15.06-15.08

BIFE-SIM (www.bife-sim.ro)

Târg internațional de mobilă, echipamente și accesorii

14-18.09

ANTIQUÉ MARKET II (www.antiquemarket.ro)

Târg de obiecte de artă și antichități

14-18.09

TÂRG DE PRODUSE TRADIȚIONALE IV (www.targprodusetraditionale.ro)

Târg de produse cu specific românesc

14-18.09

ECO FEST

Festival dedicat comunității eco-bio din România

23-25.09

COSMETICS BEAUTY HAIR (www.expocosmetics.ro)

Expoziție internațională de produse și echipamente pentru cosmetică, îngrijire corporală și coafură

29.09-02.10

MODEXPO (www.modexpo.ro)

Expoziție internațională de țesături textile, îmbrăcăminte, pielărie, blănărie, încălțăminte și marochinărie, accesorii

29.09-02.10

TÂRG DE PRODUSE TRADIȚIONALE V (www.targprodusetraditionale.ro)

Târg de produse cu specific românesc

29.09-02.10

TIB (www.tib.ro)

Târgul Tehnic Internațional București

12-15.10

EXPOENERGIE (www.eee-expo.ro)

Târg internațional de energie regenerabilă, energie convențională, echipamente și tehnologii pentru industria de petrol și gaze naturale

12-15.10

INVENTIKA (www.expoinventika.ro)

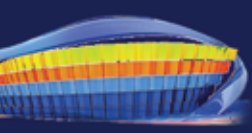
Salon de invenții și inovații

12-15.10

TÂRG DE PRODUSE TRADIȚIONALE VI (www.targprodusetraditionale.ro)

Târg de produse cu specific românesc

12-15.10



DENTA II (www.denta.ro) Expoziție internațională de produse și echipamente pentru medicină și tehnică dentară	20-22.10
INDAGRA (www.indagra.ro) Târg internațional de produse și echipamente din domeniul agriculturii, horticulturii, viticulturii și zootehniei	02-06.11
INDAGRA FOOD (www.indagra-food.ro) Târg internațional pentru industria alimentară	02-06.11
ALLPACK (www.all-pack.ro) Expoziție internațională pentru ambalaje, materiale, mașini și echipamente specifice	02-06.11
EXPO DRINK & WINE (www.targdevinuri.ro) Târg de vinuri, băuturi alcoolice și non-alcoolice	02-06.11
TÂRG DE PRODUSE TRADIȚIONALE VII (www.targprodusetraditionale.ro) Târg de produse cu specific românesc	02-06.11
TTR II (www.targuldeturism.ro) Târgul de Turism al României	17-20.11
ROMHOTEL (www.romhotel.ro) Expoziție internațională de echipamente, mobilier și dotări pentru hoteluri și restaurante	17-20.11
FOOD INTERNATIONAL Salon internațional de gastronomie în cadrul Romhotel	17-20.11
TÂRG DE PRODUSE TRADIȚIONALE VIII (www.targprodusetraditionale.ro) Târg de produse cu specific românesc	16-20.11
TÂRGUL CADOURILOR DE CRĂCIUN Târg de cadouri, decorațiuni și suveniruri	01-11.12
YABBA DABA DOO Festival dedicat familiei și copiilor	09-10.12
REVELION 2017	31.12

AMSPPR vă urează să aveți Sărbători fericite!

VĂ AȘTEPTĂM LA:

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

detalii pe: www.dental.ro



Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

SPONSORI AMSPPR

The Colgate logo, featuring the word "Colgate" in white, italicized, sans-serif font on a red, slanted rectangular background. A registered trademark symbol (®) is located at the top right of the red background.



WRIGLEY
Oral Healthcare
Program

CRITERII DE PUBLICARE ÎN REVISTĂ

Revista AMSPPR având o tradiție a unei apariții regulate de peste 18 ani, îmbracă haine noi începând cu anul 2013. Începând cu numărul 3 / 2013 revista Viața Stomatologică este DENTALIFE.

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

DATE TEHNICE DESPRE REVISTĂ

Tradiție:

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

Distribuție:

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

Conținut:

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

Piața țintă:

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

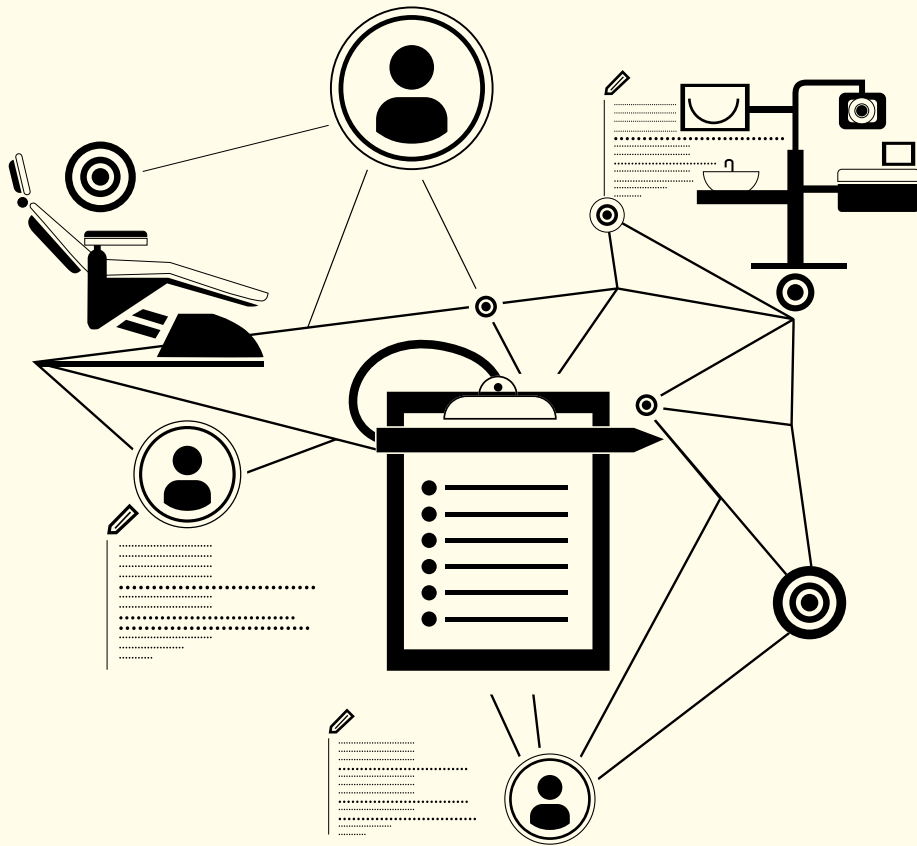
CARACTERISTICI TEHNICE ALE MATERIALELOR TRIMISE:

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

b FOTOGRAFIILE

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



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

Practica profesională specifică medicului dentist există numai în corelare cu relaționarea directă medic dentist - pacient, ceea ce presupune înainte de orice abordare pur medicală comunicarea directă cu pacientul.

În opinia noastră relaționarea eficientă medic - pacient este atunci când relația socio-profesională în cauză se finalizează cu un bilanț de tip win - win, în care pacientul este beneficiarul unui act medical de calitate iar medicul este profesionistul care, de regulă în schimbul unui onorariu, a furnizat servicii medicale de calitate care îi conturează cu succes aria de expertiză.

La baza relaționării eficiente stau două componente indispensabile: o comunicare reală și adecvată și cunoașterea și exercitarea drepturilor conferite prin lege medicului dentist, așadar premise legale, care corect utilizate pot asigura actului medical corolarul win - win.

În prezentul articol parcurgem aspecte esențiale privind premisele legale pentru o relaționare eficientă medic dentist - pacient.



Av. Luciana Mihai

PREMISE LEGALE PENTRU O RELAȚIONARE EFICIENTĂ MEDIC DENTIST - PACIENT

Un act medical de calitate poate exista numai în condițiile unei comunicări adecvate cu pacientul, premisă implicită pentru o relaționare eficientă medic - pacient.

Relația medic dentist - pacient presupune și o componentă juridică, întocmai ca o veritabilă relație contractuală, bazată pe un raport juridic în care fiecare dintre părți este titular de drepturi și obligații.

Medicul este titular de drepturi și obligații specifice în relația cu pacientul.

Cunoașterea obligațiilor legale și deontologice ce îi revin este impusă prin norme legale și de reglementare internă stabilită de ordinul profesional.

Cunoașterea drepturilor este o opțiune personală, o metodă de prevenție, care asigură medicului dentist o conduită corectă și adecvată, o premisă a relaționării eficiente cu pacienții săi.

În baza art. 481 alin. 1 din L. nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **independența profesională conferă medicului dentist dreptul de inițiativă și decizie în exercitarea actului medico-dentar și deplina răspundere a acestuia.**

În exercitarea profesiei medicul dentist trebuie să dovedească disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană, iar prin natura umanitară și liberală a profesiei sale se distinge caracterul de a nu putea fi considerat funcționar public.

Codul deontologic al medicului dentist (art. 5 alin. 2) stipulează că medicul dentist are libertatea alegerii in-

vestigățiilor, manoperelor de diagnostic și tratament și a prescripțiilor medicale pe care urmează să le aplice pacientului.

Conținutul acestui drept este limitat numai de componenta științifică a cunoștințelor de specialitate și de consimțământul pacientului la aplicarea unei metode de diagnostic, prevenție și tratament.

În ceea ce privește componenta științifică avem în vedere ghidurile și protocoalele de practică medico-dentară, atunci când există, și standardele ce rezultă din literatura de specialitate, în lipsa unor ghiduri adoptate și asumate la nivel de autoritate de stat.

Aceste limitări de ordin științific ale conținutului dreptului medicului la independență profesională cu consecințele ce rezultă sunt stipulate în art. 666 din L. nr. 95 / 2006 republicată, care prevede obligația aplicării standardelor terapeutice stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național, sau în lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective.

În ceea ce privește consimțământul pacientului trebuie să avem în vedere atât prevederile art. 13 din L. nr. 46 / 2003, legea drepturilor pacientului, care conferă pacientului dreptul de a refuza o intervenție medicală dar și obligația de a-și asuma în scris răspunderea pentru decizia sa, cât și prevederile art. 660 din L. nr. 95 / 2006, republicată, în baza cărora medicul dentist trebuie să îi solicite acordul scris pacientului pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament cu potențial de risc.

În exercițiul acestui drept medicul dentist trebuie să acționeze cu tact în explicațiile pe care le oferă pacientului, în special cu privire la diagnostic și metodele de tratament la care urmează a fi supus, la riscurile și beneficiile

aplicării acelei metode de tratament, la alternativele de tratament, dacă acestea există, cu riscurile și beneficiile respective, folosind un limbaj care să se adreseze gradului de înțelegere a pacientului.

În situația în care pacientul nu este de acord cu planul terapeutic indicat de către medicul dentist, luând act de riscurile la care se supune prin neaplicarea tratamentului, are dreptul de a refuza acea conduită terapeutică. Situație în care medicul dentist are dreptul să îi ceară ca acest refuz să fie consemnat în scris, în sensul asumării răspunderii pentru acest refuz.

Nicio culpă nu poate fi reținută în sarcina medicului dentist în această împrejurare, care de altfel semnifică și încetarea raportului medic-pacient, cel puțin cu privire la actul medical față de a cărei aplicare pacientul înțelege să nu consimtă.

La polul opus se află situația în care, la cererea pacientului medicul își modifică conduita terapeutică, în sensul că acceptă o altă variantă de tratament decât cele propuse de el, pe considerentul că „așa dorește pacientul.”

Dreptul legal la independență profesională presupune asumarea răspunderii pentru o anumită conduită terapeutică pe care pacientul o acceptă sau nu, ori acceptă una dintre opțiunile acordate de medicul curant. Odată ce medicul dentist acceptă variante de tratament „construite” de pacient împotriva propriilor prescripții se face un prim dar esențial pas către o posibilă culpă medicală.

Aceeași situație apare și când medicul dentist cedează presiunilor pacientului de a efectua tratamentul cât mai repede, pe motiv că are un eveniment la care urmează să participe ori alte cauze similare. Factorul „timp” poate fi variabil până la limita punerii în pericol a calității actului medical și nicidecum pe considerente de alte natură.

În măsura în care se solicită efectuarea de urgență a unei operațiuni medicul este responsabil în a stabili planificarea ședințelor. Faptul că pacientul solicită (chiar și în scris) efectuarea unui act terapeutic în timp scurt nu exonerează medicul de răspundere nici pentru rezultatul efectiv, nici pentru eventuale complicații ce ar surveni.

Așadar medicul dentist are drept de decizie în exercitarea actului medico-dentar iar pacientul are drept de opțiune: acceptă sau refuză.

Dacă dreptul pacientului de a-și alege medicul și de a obține a altă opinie este de notorietate, mult mai restrânsă este sfera de cunoștere a **dreptului medicului de a accepta o persoană ca pacient.**

Ceea ce se cunoaște este faptul că medicul este obligat să acorde îngrijiri medicale atunci când i se solicită.

Trebuie să facem distincția între solicitarea care provine de la un pacient și cea care provine de la un potențial pacient, pe de o parte iar pe de altă parte trebuie să facem distincția între îngrijiri de urgență și îngrijiri care nu presupun urgența intervenției.

Cadrul legal al dreptului medicului de a accepta sau nu un pacient este dat de prevederile art. 663 din L. nr. 95 / 2006 republicată coroborat cu art. 10 din Norma metodologică 2007 – de aplicare a titlului XV „**Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice din Legea nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății,**”- pe care o vom numi în continuare **Norma metodologică 2007.**

În baza acestora, medicul dentist are obligația să acorde asistența medicală unei persoane doar dacă a acceptat-o în prealabil ca pacient.

PAGINI JURIDICE

Un pacient nu poate fi refuzat pe criteriile etnice, religioase, de orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise prin lege.

Decizia de acceptare a unui pacient trebuie să se bazeze pe criteriile de acceptare stabilite în **Norma metodologică 2007** și anume:

a) metoda de prevenție, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea / competența medicului dentist;

b) persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medicul dentist de acordare a asistenței medicale, solicitarea fiind păstrată alături de celelalte documente de evidență primară;

Această solicitare nu este cerută în situația în care persoana este lipsită de discernământ sau în situații de urgență medico-chirurgicală, situație în care solicitarea va fi formulată de reprezentantul legal al persoanei, ori de către însoțitor și după cum se reține sau nu situația de urgență.

c) aprecierea medicului dentist că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei care solicită acordarea asistenței medico-dentare.

Se specifică în terminis că aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

Pe cale de consecință rezultă că un medic dentist poate să nu accepte ca o persoană care solicită îngrijiri medicale să devină pacientul său pe motive care țin de propria sa competență / specializare, respectiv pe considerente subiective legate direct de cazul medical.

Rezultă și faptul că dacă persoana care se adresează medicului dentist nu înțelege să formuleze în scris o solicitare în acest sens, medicul are dreptul de a nu îl accepta ca pacient. În practică, este vorba despre situația în care pacientul refuză să completeze formularul de luare în evidență ori să furnizeze datele cerute.

Din momentul în care persoana a fost acceptată ca pacient, medicul dentist este ținut de obligațiile ce derivă din raportul juridic medic-pacient.

Chiar și în această situație **medicul dentist are dreptul să întrerupă relația medic-pacient dar numai în cazurile și cu respectarea condițiilor prevăzute expres de lege.**

Art. 664 din L. nr. 95 / 2006 coroborat cu art. 11 din **Norma metodologică 2007** stabilesc că relația medic – pacient poate fi întreruptă:

a) odată cu vindecarea bolii;

b) de către pacient;

c) de către medic.

Dacă pacientul poate întrerupe această relație oricând și fără nicio condiție de formă ce ar trebui îndeplinită în prealabil, medicul dentist poate întrerupe relația cu pacientul numai în următoarele situații:

1) când pacientul este trimis altui medic, furnizând toate datele medicale obținute ce justifică asistența altui medic cu competențe sporite;

2) când pacientul manifestă o atitudine ostilă și / sau reverențioasă față de medic.

Subliniem că și în situația în care pacientul a întrerupt relația cu medicul dentist, acesta din urmă va consemna în fișa medicală situația de fapt (pacientul nu s-a prezentat la control etc.) iar în situația în care pacientul se prezintă la medic și anunță că nu mai dorește ca acesta să îl trateze este recomandat ca pacientul să primească o scrisoare medicală cu recomandările ce se impun, conținând mai ales riscurile la care se supune dacă nu se conformează prescripțiilor într-un anumit timp. Desigur un exemplar al acestui document comunicat pacientului se va atașa dosarului său medical.

Când medicul este îndrituit să întrerupă relația medic – pacient, acesta va notifica pacientului dorința terminării relației, înainte cu minimum 5 zile, pentru ca pacientul să găsească o alternativă, în măsura în care acest fapt nu pune în pericol starea sănătății pacientului.

În concret, notificarea își produce efectele în limita asigurării îngrijirilor medicale de urgență.

Pentru a defini noțiunea de urgență în medicina dentară ne raportăm la dispozițiile art. 12 alin. 3 din Codul deontologic al medicului dentist, în baza căruia se consideră urgență medico-dentară situația în care pacientul are nevoie de îngrijiri medicale imediate pentru controlul durerii, infecției sau sângerării.

Atragem atenția asupra faptului că în cazul în care este incidentă o situație de urgență pentru că pacientul acuză durere, odată notificată dorința de a întrerupe relația cu pacientul, medicul poate efectua numai acele acte terapeutice ce vizează controlul durerii, pentru care are drept de decizie și inițiativă, și pentru care răspunde în condițiile legii. Nici în acest caz nu trebuie să se ajungă în situația în care pacientul impune o anumită conduită terapeutică.

Dreptul medicului dentist de a refuza un pacient este stipulat și în art. 12 alin. 2 din Codul deontologic al medicului dentist. Deși formularea din acest act normativ este mai permisivă ("cu excepția cazurilor de urgență, medicul dentist are dreptul de a refuza un pacient din motive profesionale ori personale") atragem atenția că, în baza principiului ierarhiei actelor normative, prin reglementări interne adoptate de ordinul profesional nu se poate adăuga la lege.

Prin urmare motivele profesionale și personale nu sunt altele decât cele prevăzute expres și limitativ de art. 664 din L. nr. 95 / 2006, republicată, adică lipsa de competență ori competența insuficientă a medicului dentist și atitudinea ostilă / ireverențioasă a pacientului.

Drepturilor pacientului, astfel cum sunt stipulate în L. nr. 46 / 2003, le corespund o serie de drepturi ale medicului, inclusiv ale medicului dentist.

În baza art. 20 din L. nr. 46 / 2003 pacientul poate fi **fotografiat sau filmat, fără a i se cere consimțământul în acest scop, numai în cazul în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării sus-**

pectării unei culpe medicale.

Limita acestui drept constă în respectarea scopului în care poate fi exercitat și pe cale de consecință imaginile obținute nu pot fi utilizate decât în scopul instituit de lege.

În baza art. 23 din L. nr. 46 / 2003 **medicul poate furniza informații cu caracter confidențial altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, fără a fi necesar consimțământul expres al acestuia.**

Cum termenul "acreditați" nu este definit în lege, apreciem că aplicarea în practică este dificilă, prin riscul de a nu putea fi desemnate care sunt persoanele cărora le poate fi furnizată o informație confidențială.

În baza art. 25 alin. 2 din L. nr. 46 / 2003 și **medicul dentist are un drept de imixtiune asupra vieții private, familiale a pacientului numai când pacientul prezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.**

În baza prevederilor atragem atenția asupra **importanței reglementărilor interne proprii ale furnizorului de servicii medico-dentare**, reglementări care la rândul lor trebuie să fie edictate cu respectarea actelor normative incidente, trebuie afișate astfel încât să fie aduse la cunoștința pacienților și trebuie respectate de personalul medical.

Un subiect delicat pentru medicul dentist se referă la **dreptul de a reține documentele medicale și / sau radiografiile atunci când un pacient solicită returnarea acestora.**

Trebuie subliniat că legea nu prevede expres acest drept al medicului. Legea prevede în schimb dreptul pacientului de a avea acces la datele medicale personale (art. 24 din L. nr. 46 / 2003, art. 9 din Norma de aplicare a Legii drepturilor pacientului).

Pe de altă parte reglementări specifice domeniului medico-legal obligă furnizorul de servicii medicale să pună la dispoziția autorității de medicină legală copii certificate de pe întreaga documentație medicală.

În prezent, după adoptarea noului Cod deontologic al medicului dentist, s-a stipulat expres obligația medicului dentist de a întocmi pentru fiecare pacient documente de evidență primară, care trebuie păstrate timp de 5 ani (art. 20 alin. 1 și 2). O copie a acestor documente se poate elibera conform prevederilor legale în vigoare, mai dispune art. 20 alin. 2 din Codul deontologic.

Așadar putem conchide că **medicul are obligația de a păstra toate documentele de evidență primară iar la cererea pacientului este obligat să îi furnizeze o copie de pe acestea.**

În ceea ce privește radiografiile, reglementările în vigoare nu conțin dispoziții exprese dar apreciem că **fiecare dintre părțile implicate este îndrituit să dețină un exemplar al radiografiei.**

În opinia noastră orice solicitare în acest sens trebuie consemnată în scris, ca și rezultatul respectivei solicitări (faptul de a fi primit documentul solicitat); un exemplar trebuie să rămână la dosarul medical al pacientului.

Cunoașterea propriilor drepturi și obligații, ca și cunoșterea drepturilor și obligațiilor pacientului, de către medicul dentist este o condiție fundamentală pentru o relaționare eficientă cu pacientul, care să conducă la o finalitate de tip *win - win* a actului medico-dentar.

Cu adevărat o evoluție!

Profitați de
ofertele actuale!*

Acum și
ca Flow!



PRIMA CERAMICĂ PENTRU RESTAURĂRI DIRECTE

- Primul material restaurativ din lume bazat exclusiv pe ceramică
- Cea mai mică contracție de polimerizare (1,25 % din volum) și un nivel deosebit de redus al stresului indus de contracția de polimerizare*
- Inert, deci cu înaltă biocompatibilitate și rezistență extrem de crescută la modificări de culoare
- Îndeplinește cele mai înalte cerințe atât în zona anterioară cât și posterioară
- Manipulare excelentă, proceduri de lustruire simple ce asigură un luciu de suprafață deosebit cuplat cu o mare duritate de suprafață, garantând rezultate excepționale pe termen lung
- Compatibil cu toate sistemele adezive convenționale

* Pentru ofertele curente vă rugăm să contactați reprezentantul VOCO zonal.

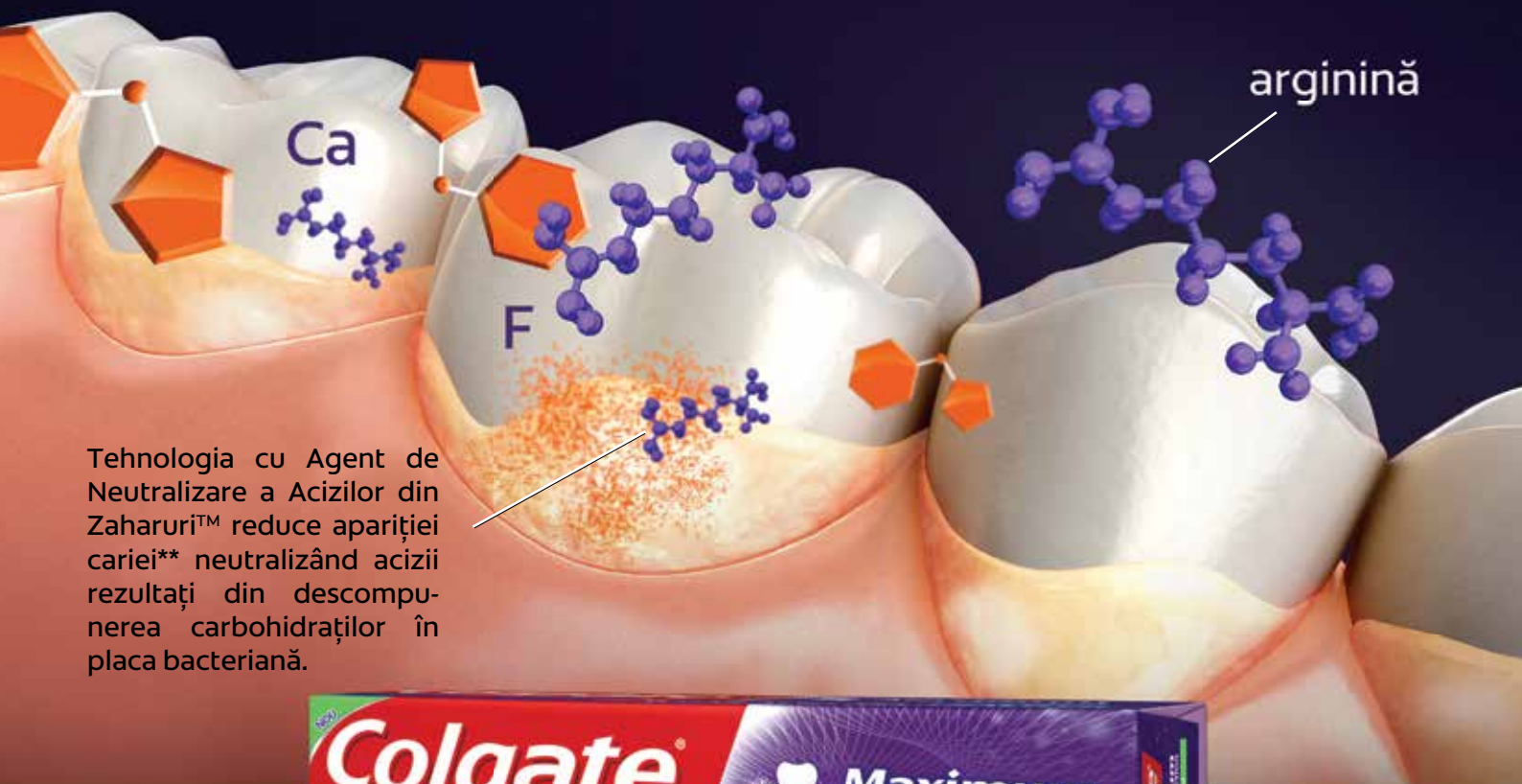
** În comparație cu toate materialele restaurative compozite convenționale

Admira Fusion



VOCO
THE DENTALISTS

REDUCE APARIȚIA CARIEI DENTARE** PRIN NEUTRALIZAREA ACIZILOR DIN PLACA BACTERIANĂ



Tehnologia cu Agent de Neutralizare a Acizilor din Zaharuri™ reduce apariția cariei** neutralizând acizii rezultați din descompunerea carbohidraților în placa bacteriană.



NOUL STANDARD ÎN PROTECȚIA ÎMPOTRIVA CARIEI DENTARE**

Prima și singura pastă de dinți cu Agent de Neutralizare a Acizilor din Zaharuri™, care reduce incidența cariei cu până la 20%**, oferind protecție superioară, dovedit clinic.

Colgate®

Marca NR. 1 recomandată și utilizată de medicii dentiști din România*

* Conform studiilor din 2005, 2007, 2009, 2011, 2012 și 2014

**Studii clinice efectuate în comparație cu o pastă de dinți obișnuită, ce conține doar fluor în aceeași concentrație, 1450 ppm; Caries Res 2013; 47:582-590; Journal of Clinical Dentistry 2015; 26:7-12