

dentalife

VIAȚA STOMATOLOGICĂ • ANUL XXI | NR. 104 | NR. 2 - IULIE 2019

Surgical and Prosthetic Management of a Challenging Case

Dr. Mihai Săndulescu
Dr. Cristian Rotaru

Er:YAG Laser-Assisted Apicectomy of Endodontically Compromised Central Incisor

Dr. Georgi Tomov
Dr. Bogdan Krastev

Dental Ergonomics – The Solved Paradigm

Sanna Hakala,
M.Sc. physiotherapist

**Noi acte normative în domeniul stomatologiei
Tematică și conținut**

Av. Luciana Mihaï

A scenic view of the Golden Gate Bridge in San Francisco, California, spanning across the blue water. Two white sailboats are visible on the water in the foreground. The sky is clear and blue.

**Be a part
of something
extraordinary.**

www.viastomatologica.ro



**WORLD DENTAL CONGRESS
SAN FRANCISCO 2019**

4–8 September 2019
Moscone Convention Center

CUM SĂ-I ÎNVĂȚĂM PE COPII

DESPRE IGIENA ORALĂ?

Tehnici de abordare a pacientului pediatric în cabinetul de medicină dentară.

13 septembrie 2019

Sfântu Gheorghe, jud Covasna
Sala de conferințe a Restaurantului Șugaș



Dr. Loredana Dumitrașcu



Psihopedagog Dr. Antalka Ágota



Dr. Consuela Iencea

LECTORI:

- **Dr. Loredana Dumitrașcu PhD**, Oral Health Liaison Coordinator, Colgate România
Mijloace audio-vizuale în educația pentru sănătate oro-dentară a copiilor școlari.
- **Psihopedagog Dr. Antalka Ágota PhD**, Cadru Didactic Asociat Universitar UBB,
Domeniul de cercetare: Psihologie și Științele ale Educației
Teama de stomatolog și rolul prevenției în combaterea acesteia
- **Dr. Consuela Iencea**, coordonatorul programului de profilaxie al AMSPPR în 2020.
Despre pregătirea ZMSO 2020 / Workshop.



486 de milioane

de copii prezintă carii
la dinții temporari



MAI MULT DE
50 de milioane
de ore de școală sunt pierdute
în fiecare an din cauza
igienei deficitare



71% din
părinți

sunt de acord
că ar trebui
implementate
programe de
profilaxie dentară
în școli



Ziua Mondială a
Sanatatiei Orale
20 Martie

Proiectele desfășurate cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății Orale
ajută copiii din întreaga lume să înțeleagă importanța unei igiene
dentare riguroase și impactul acesteia asupra sănătății întregului organism.

PARTICIPANȚI: Membrii și partenerii AMSPPR implicați în programul de profilaxie al AMSPPR

INFORMAȚII: amsppr@dental.ro / 0722 365 753

PREMII ACORDATE:

- participantilor la ZMSO 2019
 - participarea la cursul "Realitatea clinică - realitatea tehnică", Sfântu Gheorghe - 14 septembrie 2019
- participantilor la ZMSO 2020 (prin tragere la sorți)
 - 1 participare gratuită la congresul AMSPPR din 2020
 - 1 participare gratuită la o manifestare a ADOM din 2020



Ziua Mondială a
Sanatatiei Orale
20 Martie





Dr. Vlad Cristian DEAC
Redactor șef AMSPPR

Corecția economică **Provocare sau eșec**

Atât presa de specialitate, cât și analiștii financiari titrați de la noi, susțin argumentat faptul că perioada următoare va reprezenta o provocare pentru toți actorii economici. Se așteaptă o corecție economică cel puțin în zona Uniunii Europene. Amploarea acestei corecții nu poate nimeni să o aprecieze, dar semnalele sunt clare: economia Italiei a intrat în recesiune tehnică, gigantul german Deutsche Bank a început restructurări masive în toată lumea, iar în Germania se așteaptă scăderi consecutive pe trimestrele al doilea și al treilea. Urmărind toate acestea, inevitabil ne punem întrebările: pe noi ne va afecta? Ne putem pune la adăpost? Cum o putem face?

Primul lucru ar fi că trebuie să înțelegem o dată pentru totdeauna faptul că activitatea noastră medicală face parte, așa cum o prestăm noi către populație, din servicii economice oferite pe piața liberă. Așadar, cu bune, cu rele, ne supunem legilor economice. Toată evoluția economiei (pozitivă sau negativă) ne influențează activitatea.

Punem bani "pentru zile negre". Încercați, prin instrumentele financiare avute la îndemână, să puneți deoparte bani. Toată lumea știe că cea mai bună perioadă de investiție e criza. Pregatiți-vă bani pentru investiții.

Evitați să vă hazardați să luați credite ce nu aduc un beneficiu direct în afacerea dumneavoastră. Adică, nu investiți banii pe care

nu-i aveți decât pentru dezvoltarea afacerii.

Optimizați-vă cheltuielile. Atât cele de cabinet, cât și cele personale. Cheltuiala se reflectă în preț (prin creșterea lui) și în profit (prin scăderea lui).

Eficientizați-vă programările. Un program eficient, în care să nu aveți timpi morți, vă va aduce doar beneficii.

Investiți în dezvoltarea afacerii, a personalului angajat, a dumneavoastră. Toate aceste investiții vă vor putea aduce un plus pe perioada în care lucrurile nu funcționează la capacitate maximă. Investiția într-o mașină luxoasă, luată pe credit, cu excepția situației în care vă ocupați de transport de persoane, este – spre exemplu – o investiție, să-i spunem, neinspirată.

Corecțiile economice sunt firești. Ultima corecție severă prin care am trecut în urmă cu 10 ani a pus pe alte coordonate multe dintre afacerile care se desfășoară în România și nu numai. Cine a tras învățăminte din acestea a supraviețuit și s-a dezvoltat. Vă propun împreună să înțelegem domeniul economic și să ne punem la adăpost pe noi, afacerile noastre și familiile.

Mult succes!

Dr. Vlad Cristian DEAC

CUPRINS

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

SURGICAL AND PROSTHETIC MANAGEMENT
OF A CHALLENGING CASE
Mihai Săndulescu, Cristian Rotaru 6

ER:YAG LASER-ASSISTED APICECTOMY OF
ENDODONTICALLY COMPROMISED CENTRAL INCISOR
Georgi Tomov 19

DENTAL ERGONOMICS – THE SOLVED PARADIGM
Sanna Hakala 23

PAGINA ERO - FDI

ȘEDINȚA PLENARĂ ORE A FDI 37

PAGINA FDI

CARII (PROFUNDE) ALE DENTINEI ȘI ÎNGRIJIREA
RESTAURATIVĂ 42

POLITICA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE CU INCLUDEREA
SĂNĂTĂȚII ORALE 43

EDUCAȚIE PENTRU PACIENȚI

DE CE SĂ MERGEM LA DOCTOR ÎN LOC
SĂ CĂUTĂM PE GOOGLE?
Dr. Vlad Cristian Deac 44

PAGINI JURIDICE

NOI ACTE NORMATIVE ÎN DOMENIUL STOMATOLOGIEI
TEMATICĂ ȘI CONȚINUT
Av. Luciana Mihai 48

INFORMAȚII IMPORTANTE

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

IMPORTANT • Precizare juridică:

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

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

anul XXI | nr. 104 | IULIE 2019

ISSN: 1454 - 5772

COLEGIUL REDACȚIONAL
Dr. Pantel Marton Gyorgy
Dr. Bogdan Popescu
Dr. Radu Tepordei
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
Prof. Dr. Ștefan-Ioan Stratul
Șef. lucrări Dr. Liviu Zetu
Prof. Dr. Irina Zetu

REDACTOR ȘEF
Dr. Vlad Cristian Deac

SECRETARIAT REDACȚIE
e-mail: redactie@dental.ro
www.viatastomatologica.ro

SEDIUL CENTRAL AL AMSPPR:

Mobil: 0722.365.753
e-mail: amsprr@dental.ro
www.dental.ro
www.facebook.com/amsppr.sediucentral

TIPAR:
Tipografia Inbox Design
Șos. Odăii nr. 9, sector 1, București, 013601
0749 268 704
office@inboxdesign.ro
http://www.inboxdesign.ro

DTP
Flucuş Silvana-Lavinia
silvanaart85@gmail.com
Mobil: 0724 374 457

Redactare afișe și editare imagini:
Tomos Kinga
http://www.davidsign.com



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

CURS

Realitatea clinică - realitatea tehnică

14 septembrie 2019

ora 10⁰⁰

**Sala de conferințe a Restaurantului Șugaș,
Sfântu Gheorghe, Covasna**

*Creditare CMDR: 8 credite de EMC
Conform aviz nr 1351/01.08.2019*



Conf. dr. Ligia-Stanca Muntianu

A absolvit Facultatea de Stomatologie UMF Carol Davila în anul 1994. Își desfășoară activitatea profesională în cadrul universității de Medicină și Farmacie Carol Davila București Disciplina de Protezare Totală și în particular în cabinetul propriu. Medic specialist în Protetica Dentară. Susține prezentări și conferințe pe tema diferitelor modalități de reabilitări protetice, a aspectelor lor particulare și a diferitelor protocoale de abordare a tratamentului, în sistem privat cu sau fără acordarea de credite EMC. Activitatea publicistică este extinsă și în reviste incluse.

Pentru ca articulatorul să poată simula în laborator cu adevărat situația clinică, modelele maxilar și mandibular trebuie să fie montate față de axa balama a articulaturii la fel cum maxilarul și mandibula sunt poziționate spațial față de ATM. Doar folosind transferul cu arc facial se poate obține acest lucru. Programarea articulaturii cu ajutorul înregistrărilor transmise de medicul stomatolog este o altă etapă ce oferă tehnicianului dentar contextul în care poate realiza lucrări protetice funcționale.

CURS TEORETIC:

- Arc facial
- Planuri protetice de referință
- Articulate

DEMONSTRAȚIE PRACTICĂ

- Cum folosim arcul facial
- Ce date transmitem
- Cum montăm modelele
- Reglajul articulaturii



CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE:

100 lei - membrii AMSPPR și membrii Elite pe DentalEventsCalendar.com

120 lei - nemembri

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE SE ACHITĂ:

• online: <http://dental.ro/plata-online/>

• prin transfer bancar: AMSPPR, cod fiscal 5330891, IBAN RO31 RNCB 0074 0292 1527 0001 deschis la BCR Sector 3

Înscrieri și informații suplimentare: curs@dental.ro; 0722 365 753

Surgical and prosthetic management of a challenging case

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ



Mihai Săndulescu



Cristian Rotaru

Mihai Săndulescu^{1,2}, Cristian Rotaru²

1 – Lecturer, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Faculty of Dental Medicine, Department of Implant Prosthetic Therapy, Bucharest, Romania

2 – Private practice, Dental Concept Studio, Bucharest, Romania

INTRODUCTION

Almost every day we face new challenges in our practice, and each case is unique in its own way. However, the perception of the difficulty of a case differs widely between individuals, colleagues, regions of the country, and it may even change with time in ourselves. For example, a full arch restoration may seem an impossible task when we are in our first years of practice, or, in the exact opposite way, a case we used to treat somewhat superficial because of the lack of experience may change our perception of a particular pathology.

Treatment planning is the key factor which contributes to the success or failure of a treatment. Combining all clinical elements in a coherent sequence of planning may prove challenging, and even clinicians with many years of experience don't always achieve 100% success. But this is exactly what should drive us forward, striving to achieve perfection, and never settling with anything less than that.

The planning should always start and be centred on the patient – what are his needs, and what are his expectations from our treatment [1]. During the initial visits we must understand what is his perception on the aesthetic outcome, and what are his expectations regarding the length of the treatment, the post-op recovery time and of course the financial burden.

The present case report highlights the surgical and prosthetic management of a complex case, and the difficulties we encountered throughout the treatment.

CASE REPORT

A 48-years-old male patient presented to our clinic back in 2016 referred by his wife for dental treatment. His main complaint was inability to eat properly, due to the failing dental restorations (Figure 1).

The upper porcelain fused to metal bridges were loose, and the patient had to use denture adhesive to fix them in place several times a day. He told us he used to have no diastema, but it probably formed in time due to tooth migration. In the lower arch he had a porcelain fused to metal restoration on the frontal teeth – 4.3 to 3.4, and some implants in the posterior regions, currently unrestored. The crowns on the lower right premolars were missing, and the natural abutments migrated vertically (Figure 2, Figure 3, Figure 4, Figure 5).

Even though the patient did not have a stable occlusion, the upper restoration was loose and it moved buccally when he closed in maximum intercuspitation, there were no signs of TMJ disorder.

At this point, our main questions were how did the patient get in this situation, how long has he been in this situation, and how did he manage to survive like this. It was clear that he needed a complex full mouth restoration, but we weren't sure he was going to accept such a lengthy treatment plan. Also, we had concerns about the patient's adherence to the treatment sequence. At the same time, the patient was aware he was in urgent need of treatment, but he was afraid of the pain involved and the time he needed to spend in the dental office. He also mentioned

he suffers from an exaggerated gag reflex, and all previous prosthetic work had been very difficult for him.

Initially, we decided to take it one step at a time, and to see if the upper front teeth were restorable. We tried to clean the abutments, we performed root canal treatment (RCT) on teeth 1.1 and 2.1 which were necrotic, and we prepared tooth 2.1 for a cast metal restoration (Figure 6). The initial plan was to restore the lateral parts of the arch with implant supported restorations, while on the front teeth we could make a provisional restoration for the duration of the treatment.

We relined the metal ceramic bridges with self-curing acrylic resin, to improve their retention until the provisional restoration was manufactured. Maybe this is the reason why after the initial 2 appointments, the patient did not return to the clinic for approximately one year. This time, the upper left premolars had fractured, and the patient was in pain. He was determined to start the treatment, and he promised we would stick to the schedule.

Since another year had passed, with the upper "fixed" restorations glued in by the patient with denture adhesive 3-4 times a day, all teeth had become non-restorable, so the treatment plan was shifted to a full implant supported restoration.

As part of the treatment planning, we took impressions of both arches and we did a diagnostic waxup, in order to get a better idea of the tooth proportions and placement, since we were going to close the diastema (Figure 7). This waxup also helped us identify another problem



Figure 1. Initial situation.



Figure 2. Maxillo-mandibular relationship.



Figure 3. Initial ortopantomography.



Figure 4. Intraoral view of the remaining maxillary teeth, after removing the bridges.



Figure 5. Mirror view of the maxillary arch after removing the bridges. Notice the denture adhesive still present on some abutment.

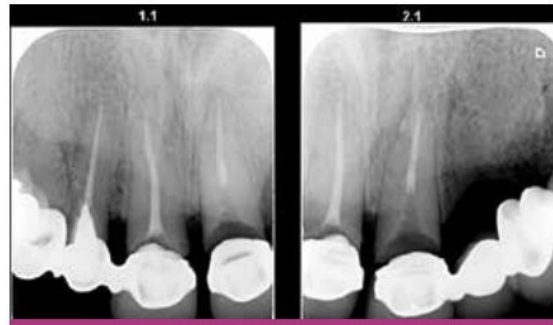


Figure 6. Periapical radiographs post RCT.

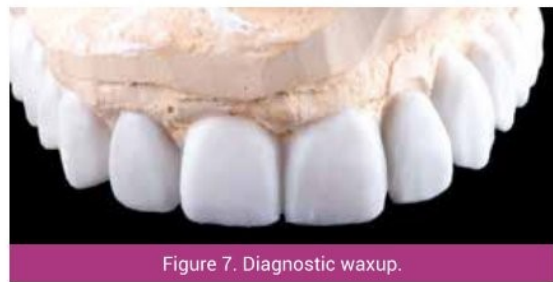


Figure 7. Diagnostic waxup.



Figure 8. Detail view of the waxup in the upper left region. Notice the teeth axis caused by the resorption of the buccal plate in the canine and lateral incisor area.



Figure 9. Try-in of the thermoformed splint. Midline, occlusal relationship and tooth proportions of the initial porcelain fused to metal bridges were corrected.

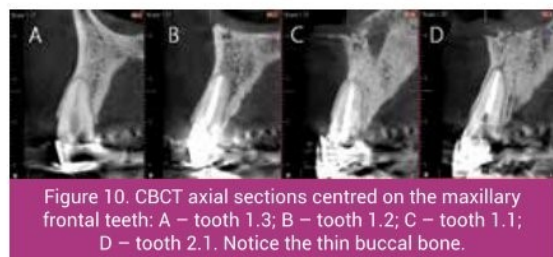


Figure 10. CBCT axial sections centred on the maxillary frontal teeth: A – tooth 1.3; B – tooth 1.2; C – tooth 1.1; D – tooth 2.1. Notice the thin buccal bone.

we were going to encounter in the prosthetic phase – the severe bone loss in the left lateral incisor and canine area, which will force the artificial teeth to have unusual axes unless corrected with a tissue and/or bone graft. (Figure 8). The model with the waxup was duplicated, and the dental technician provided us with a thermoformed splint, which we used as a template for the implant placement and for the immediate provisional restoration (Figure 9).

In full maxilla cases, the protocol in our clinic includes in the first stage a single surgical appointment, in which we extract all unrestorable teeth, insert the implants and make an immediate provisional restoration for the first 2 months. The second stage in our protocol involves a second provisional restoration and any additional surgical procedures, like connective tissue grafts or free gingival grafts to improve the soft tissue architecture, and in the third stage we copy the shape of the second provisional restoration and deliver the final restoration.

The key positions for inserting the implants are usually the central incisor, canine, first or second premolar and first molar. While treatment concepts like "All-on-four" [2] and its variations may be suitable for some patients, in young patients with fixed restorations on natural teeth or implants on the opposing arch we always prefer to place the implants in prosthetically driven positions and angulations, so that masticatory forces are transmitted in the long axis of the implant. Also, as a general rule, we prefer to place 8 implants in the maxilla and 6 implants in the mandible.

After studying the preoperative Cone Beam Computed Tomography (CBCT) scan, we noticed that the remaining frontal teeth (1.3, 1.2, 1.1 and 2.1) had long roots with thin buccal plates and no periapical pathology (Figure 10). Looking at the horizontal CBCT sections, we noticed the bone resorption pattern in the lateral edentulous areas of the maxilla, where most likely the buccal plate was lost after the extractions, with a significant change in the ridge architecture (Figure 11). This is why we decided to try to conserve as much as possible of the alveolar process, and after we discussed this treatment option with the patient we decided to apply the Partial Extraction Therapy (PET) with the Socket Shield (SS) technique for the implant placement. SS has proved in the last period to be a valuable technique, with consistent results [3], and in our experience the changes in the peri-implant soft tissues following the extraction are almost inexistent.

Also as a part of our protocol for full arch cases, we always place the Multiunit Abutments (or Octa abutments from Megagen, as in this case) immediately after implant insertion, in order to make an immediate fixed, screw-retained restoration. Even if we decide not to load an implant due to inadequate primary stability, we still place the Octa abutment on it, in order to preserve all crestal bone [4], which otherwise can be lost if the uncovering is done at a later time. In this particular case, we decided not to load the implant placed in the position of tooth 1.6, so we screwed in the Octa abutment and we covered it with the flap.

The first surgical procedure was performed under local anaesthesia, enhanced with intravenous sedation for anxiolysis. We started with the frontal teeth, which were sectioned mesio-distally, and the palatal fragment was extracted atraumatically, taking care not to put pressure on the buccal fragment (Figure 12 - A). The buccal fragment of the roots was then prepared, by reducing it to the bone level and bevelling the internal part, in order to obtain a semilunar shape – the shield, as thin as possi-

ble without affecting its strength – approximately 1mm thickness (Figure 12 - B). Then we prepared the implant sites in a palatal position, taking into consideration the chosen implant diameter, so that when the implant is fully seated it's not putting any pressure on the shield [5]. Implant axis were checked with the template, which was previously perforated (Figure 12 - C). Finally, the implants were inserted (AnyOne, Megagen) and were torqued down to around 50-55 Ncm (Figure 12 - D).

After inserting the frontal implants, we moved on to the lateral sides. In order to avoid any unnecessary bone resorption, we opted for a flapless approach for the frontal implants, and we only raised flaps on the lateral sides (Figure 13). Also, trying not to risk any dehiscence near the implants, we decided to extract the upper second molars at a later time. Immediately after the implants were inserted, we screwed in the Octa abutments, and torqued them down to 35 Ncm, as per the manufacturer instructions.

Next, we placed the temporary cylinders on the Octa abutments, and we made the necessary adjustments to the prosthetic template, in order to gain access to each screw (Figure 14). The template was then filled with a self-curing composite for provisional restorations (Protemp 4, 3M Espe – Figure 15), and it was seated on the temporary cylinders. After the setting time, we unscrewed all temporary cylinder fixation screws and we removed the provisional restoration. We needed to add flowable composite at the gingival margins, in order to support the implant emergence profile, and we removed material in the subgingival areas, trying to obtain an "S-line" profile for each implant emergence profile [5]. After all adjustments were made, we polished the provisional restoration with rubber disks and cotton disks, we cleaned it with the steamer and we screwed it back on the Octa abutments (Figure 16).

The patient returned 12 days later to remove the sutures. Periimplant tissues were looking good, so we instructed the patient to return in 60 days, to begin manufacturing the second provisional restoration (Figure 17, Figure 18).

The patient did return to the clinic, but only 4 months later, and only because the provisional restoration had broken in 2 pieces. He had managed to glue it back together several times using SuperGlue, but now he had problems managing this situation, so he asked for our help (Figure 19). Fortunately, the periimplant soft tissue was in good shape, and the initial emergence profile was conserved (Figure 20).

At this point we decided to take the next step in our protocol – the production of the second provisional restoration. Since the Octa abutments had been inserted at the time of implant placement, in order not to disrupt the periimplant tissues we took the impression at the abutment level – gingiva level impression – and not at the implant level. On each Octa abutment we mounted an impression coping, and then we splinted the copings using self-curing acrylic resin (Pattern Resin, GC – Figure 21).

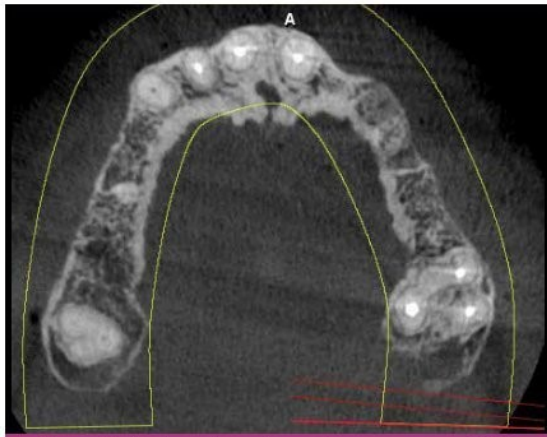


Figure 11. Horizontal section on the preoperative CBCT, showing the difference in the bone volume in the area with the remaining roots, compared to the edentulous ridges. Notice the important defect in the position of tooth 2.2.



Figure 12. A - The roots were sectioned mesio-distally, and the palatal fragments were carefully extracted; B - aspect of the shields;



Figure 12. A - C - checking the axis of the implant osteotomies on the prosthetic template; D - frontal implants seated.



Figure 13. Mirror view of the maxilla. All implants seated, with the Octa abutments screwed in.



Figure 14. The prosthetic template is adapted in order to have access to the temporary cylinders fixation screws.



Figure 15. The prosthetic template is filled with self-curing composite (Protemp 4, 3M Espe).



Figure 16. The immediate provisional screw-retained restoration, at the end of the surgery.



Figure 17. Intraoral aspect, 12 days after the surgery.



Figure 18. Post-op orthopantomography.



Figure 19. The patient tried to glue back in a piece of the provisional restoration, but failed.

The impression was sent to the dental laboratory, and we asked the technician to send the model back to the office, in order to check the emergence profiles of the implants. As it can be seen in Figure 22, because mounting each impression coping on the implants and splinting them with Pattern Resin is a time consuming process, the peri-implant tissues collapsed, and the model does not have a correct emergence profile on the implants. This is why we used a scalpel blade to sculpt each emergence profile on the model, so that the dental technician can copy that shape on the provisional restoration (Figure 22).

The dental technician scanned the models, and based on the information we provided he redesigned the restoration, in order to achieve better proportions of the central incisors, close to 80% (Figure 23, Figure 24).

With the new provisional restoration in place we could observe the good outcome of the SS technique: the profile of the alveolar process did not change after the root extraction and implant placement, as it can be seen in Figures 25 and 26.

At this point we asked the patient to return in 4 weeks, to start shaping the final emergence profiles. We wanted to try to lower the contact points, to allow more soft tissue to occupy the papilla space [6, 7]. Unfortunately, the patient only returned 10 months later, and only after we insisted. Again, a very busy schedule at work and the fear of lengthy and uncomfortable appointments demotivated our patient to improve the treatment outcome. He also refused the second surgical intervention for the enhancement of the soft tissue architecture around teeth 2.2 and 2.3. For this reason, we decided to copy the current shape of the provisional, which the patient grew to enjoy very much, and move on with the final restoration. The soft tissue was stable around the provisional (Figure 27), and upon removal we noticed we managed to obtain a satisfactory emergence profile, and even some papillae (Figure 28). But the shape of the periimplant soft tissue is never stable for too long without the prosthetic restoration. Also, the shape we managed to obtain (Figure 29) had to be transferred to the dental laboratory, and the impression material, regardless it is A-silicone or polyether, is unable to record all these details before they collapse [8]. This is why we used a special method to copy the emergence profile we created.

In order to obtain a final impression with as much information as possible, we started by taking an alginate impression over the provisional restoration, after we removed the fixation screws. This way, we performed a pick-up impression, with the provisional bridge remaining in the alginate (Figure 30). Then we placed Octa implant analogs on each temporary cylinder, and we injected a silicone material (Silicone Die, Voco) around the analogs, taking care to cover all the gingival surface of the provisional restoration (Figure 31). We added more silicone material, until we obtained a silicone model with Octa analogs inside (Figure 32). This model copied exactly the gingival surface of the provisional restoration, which corresponded to the emergence profile we created (Figure 33). Then, we inserted the open tray transfer abutments on each implant analog (Figure 34), and we started adding Pattern Resin to the silicone model, achieving two goals at the same time: to splint the transfer abutments and to copy the emergence profile in a non-deformable material (Figure 35, Figure 36, Figure 37). However, we could not be sure the transfer abutments were splinted in the perfect position, since the silicone model was somewhat flexible. So we separated each transfer abutment using

a fine diamond disk (Figure 38), and then we removed them from the model one by one and we placed them on the corresponding implant in the mouth (Figure 39). We tightened each transfer abutment to 15 Ncm, and then we added just a drop of Pattern Resin in liquid state, to splint the transfers again, this time in the correct position. For the final impression we used a polyvinylsiloxane material (Honigum Pro, DMG), light body and putty in a single time (Figure 40). However, in this case the silicone material only acts as a support for the Pattern Resin frame, since everything else is recorded by the transfer abutments and the Pattern Resin.

The dental technician poured the stone casts and he sent them back to the office (Figure 41). As it can be seen in Figure 41, all details of the emergence profile have been transferred to the working model, thanks to the impression method used.

In full arch cases we always prefer to articulate the models ourselves in the dental office. This way, we can use the provisional restoration on which we already tested the occlusion, esthetics and phonetics. For this, first we take a facebow registration over the provisional restoration (Figure 42), so we can position the maxillary model in relationship to the hinge axis. Next, we register the occlusion, using either a bite registration material or Pattern Resin, and then we remove the provisional restoration and we screw it on the working model, in the implant analogs. We place it on the facebow transfer table (Figure 43), and we articulate it using articulating plaster. After the plaster setting time we turn the articulator upside down and we position the mandibular model on the maxillary provisional using the bite registrations, and then we add articulating plaster on the mandibular model. The dental laboratory receives in this way the models already articulated, and they can begin working on the prosthetic phase.

For this case we opted for a zirconia frame, with ceramic layered on the buccal, and full zirconia on the occlusal and palatal (Figure 44). The zirconia frame was cemented on titanium bases (EasyPost for Octa, Megagen) (Figure 45, Figure 46). An accurate working model allows the dental technician to copy the emergence profile shape on the prosthetic restoration, thus maintaining the soft tissue architecture we have developed with the provisional restoration (Figure 47). The long term restoration copies the teeth proportions, shapes and position from the provisional restoration, but the dental technician improves the transition lines, the angles and the axes and gives the final touch with the surface texture (Figure 48, Figure 49, Figure 50). When the final restoration is seated on the implants, the lack of blanching of the periimplant soft tissue shows the emergence profile has been adequately copied (Figure 51).

Our patient opted for a slightly brighter shade than on the provisional restoration (Figure 52), and in the end he was happy with the result (Figure 53), promising he would very soon start with the lower arch.



Figure 20. Intraoral aspect of the periimplant soft tissue, at the time of the first removal of the provisional restoration.



Figure 21. Open tray impression copings were mounted on the Octa abutments and then splinted with self-curing resin (Pattern Resin, GC).



Figure 22. Working model. On the left, the way it came back from the dental laboratory. On the right, we sculpted the gingiva to create a more natural emergence for each implant.



Figure 23. PMMA screw-retained restoration. The technician tried to cover the horizontal defect on teeth 22 and 23, but this was going to have a negative impact on the soft tissue, so we modified that area, as it can be seen in the next figure.



Figure 24. Intraoral photograph with the new provisional restoration. Notice the good aspect of the soft tissue around the implants corresponding to 1.3-2.1.



Figure 25. Natural aspect of the alveolar process.



Figure 26. Natural aspect of the soft tissue around the implant supported restorations.



Figure 27. Intraoral aspect of the second provisional restoration, 10 months after we delivered it. Undoubtedly, we could have done so much more for the soft tissue here.



Figure 28. Intraoral aspect of the periimplant soft tissue, shaped with the provisional restoration.



Figure 29. Full arch view.



Figure 30. Alginate pic-up impression of the prosthetic restoration.

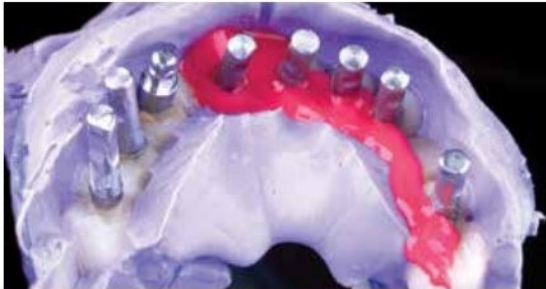


Figure 31. Implant analogs are mounted on the temporary cylinders inside the provisional restoration, and silicone material (Silicone die, Voco) is slowly added in order to cover the emergence profile.



Figure 34. The transfer abutments are placed on the implant analogs inside the silicone model. Notice the perfect reproduction of the emergence profile.

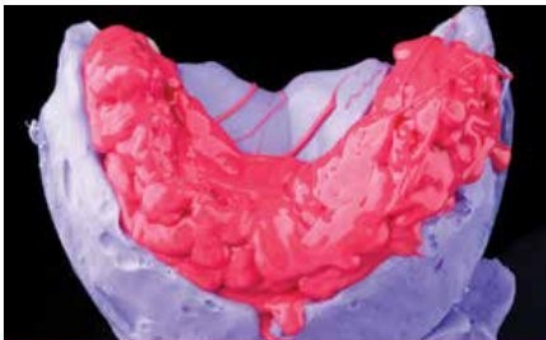


Figure 32. The implant analogs are completely covered with silicone material.



Figure 35. After all transfer abutments are placed, fluid self-curing acrylic resin (Pattern resin, GC) is slowly added, in order to completely cover the periimplant tissue.



Figure 33. After the silicone setting time, it is carefully removed from the alginate impression, resulting an immediate model with implant analogs inside.



Figure 36. More acrylic is added, in order to splint the transfer abutments.



Figure 37. Where the implants are more far apart, we added a support for the acrylic resin to stay on – in this case the plastic handle of a bonding applicator.



Figure 41. Working models, with the emergence profile accurately reproduced.

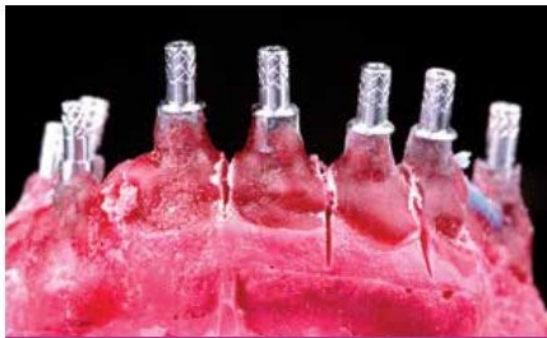


Figure 38. After all transfer abutments are completely splinted, we use a fine disk to separate them, in order to reduce the tension.



Figure 42. Facebow registration. Both the dental office and the dental laboratory must use equipments from the same manufacturer – in this case we used Amman Girschbach Artex facebow and articulators with Splitex system.



Figure 39. The transfer abutments are carefully placed on the corresponding implants, making sure the mucosal part of the acrylic resin is in the right position. No blanching should be apparent at this stage. After all transfers are in place, we add just a drop of Pattern resin between each transfer, so they become splinted again, this time in a correct position.



Figure 43. The provisional restoration is screwed in the implant analogs on the working model, and then placed on the facebow transfer table for articulating.



Figure 40. Final impression – note that the emergence profile is entirely registered by the acrylic resin, and the silicone only acts as a holder for the acrylic frame.



Figure 44. Zirconia framework of the final restoration. Favourable implants positioning allowed us to make 4 separate prosthetic parts.



Figure 45. Final restoration. The subgingival part follows closely the created emergence profile, and the zirconia in this region is only manually polished, without ceramic glazing, for a better soft tissue response.



Figure 46. Pink ceramic has been added to the left lateral incisor and canine, to fill the defect in the alveolar process.



Figure 49. Final restoration – second quadrant appearance.



Figure 47. Final restoration on the working model. Note the perfect adaptation to the soft tissue profile.



Figure 50. The final touch of the dental technician – the surface texture gives a natural appearance to the restoration.



Figure 48. Final restoration – first quadrant appearance.



Figure 51. When the restoration is screwed in on the implants, no blanching should be seen on the soft tissue, as a sign of a perfect gingival adaptation.



Figure 52. Final aspect of the maxillary arch, in high contrast with the mandibular restorations.



Figure 53. A smile at the end of the treatment.

CONCLUSIONS

This case shows one of the biggest problems we come by in our everyday practice, and one we still can't always find a solution for – patient adherence to the treatment. Even though the planning was done correctly, the fact that the patient for various reasons did not comply with the treatment schedule affected our end result. Also, we have some serious concerns regarding the resistance in time of our treatment in the maxilla. If the patient will disappear again and will not start soon with the mandibular restoration, this result may become unstable.

Hopefully, the patient will soon see the advantages of a correct long term restoration, and will find the courage for the surgical interventions in the mandible.

Acknowledgement: We would like to thank Dental Technician Alexandru Albert for the final prosthetic restoration, and for his invaluable help with the esthetic design.

REFERENCES

1. Allen PF, McMillan AS, Walshaw D. Patient expectations of oral implant-retained prostheses in a UK dental hospital. *British Dental Journal* 1999;186(2):80-4
2. Patzelt SB, Bahat O, Reynolds MA, Strub JR. The all-on-four treatment concept: a systematic review. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2014;16(6):836-55.
3. Gluckman H, Salama M, Du Toit J. A retrospective evaluation of 128 socket-shield cases in the esthetic zone and posterior sites: Partial extraction therapy with up to 4 years follow-up. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2018;20(2):122-129
4. Wang QQ, Rai R, Cao CY, Fang H, Han M, Li QL. One-time versus repeated abutment connection for platform-switched implant: A systematic review. *PLoS One* 2017;12(10): e0186385
5. Gluckman H, Nagy K, Du Toit J. Prosthetic management of implants placed with the socket-shield technique. *Journal of Prosthetic Dentistry* 2018. pii: S0022-3913(18)30562-6
6. Tarnow D, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *Journal of Periodontology* 1992;63(12):995-6
7. Tarnow D, Elian N, Fletcher P, et al. Vertical distance from the crest of the bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *Journal of Periodontology* 2003;74(12):1785-8
8. Grizas E, Kourtis S, Andrikopoulou E, Romanos GE. A detailed decision tree to create, preserve, transfer, and support the emergence profile in anterior maxillary implants using custom abutments. *Quintessence International* 2018;49(5):349-364

SPONSOR AMSPPR:



Noul elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL cu tehnologia PRO-ARGIN



Calmarea **imediată*** și **de durată** a durerii din sensibilitatea dentară^{1,2}



- În contact cu saliva, se formează un strat bogat în calciu, care obturează instant^{1,*} tubulii dentinari deschiși
- Stratul rămâne intact în timp, chiar după expunerea la acizi, asigurând calmarea de durată a durerii din sensibilitatea dentară^{2,3}

93% dintre pacienți confirmă calmarea durerii din sensibilitatea dentară⁴

93%
dintre pacienți

confirmă reducerea
hipersensibilității dentinare⁴

91%
dintre pacienți

apreciază recomandarea
medicului stomatolog⁴



Calmarea imediată* a durerii
din sensibilitatea dentară¹



Calmarea imediată* și de durată începe cu recomandarea dumneavoastră**

*Pentru calmare imediată, aplicați direct cu degetul pe dintele sensibil și masați ușor pentru 1 minut;

**Doar în legătură cu pasta de dinți

Referințe: 1. Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):123 -130; 2. Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss): 17- 22.; 3. Report Deon Hines-0003, 2016; 4. Studiu Ipsos cu privire la utilizarea produsului elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Repair & Prevent, efectuat în Polonia, rezultate după 2 săptămâni de utilizare, cu 325 de participanți (2017).

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL realizează obturarea superioară a tubulilor dentinari în comparație cu tehnologiile concurente^{1,2,*}

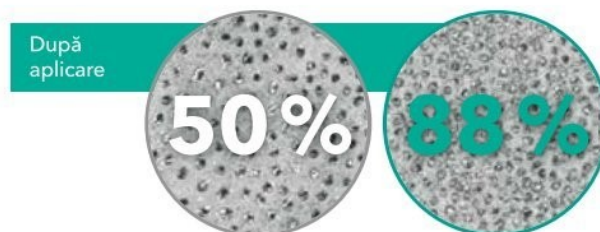
Studiul 11.*

Tehnologia cu fluorură de staniu/ fluorură de sodiu Tehnologia PRO-ARGIN



Studiul 22.*

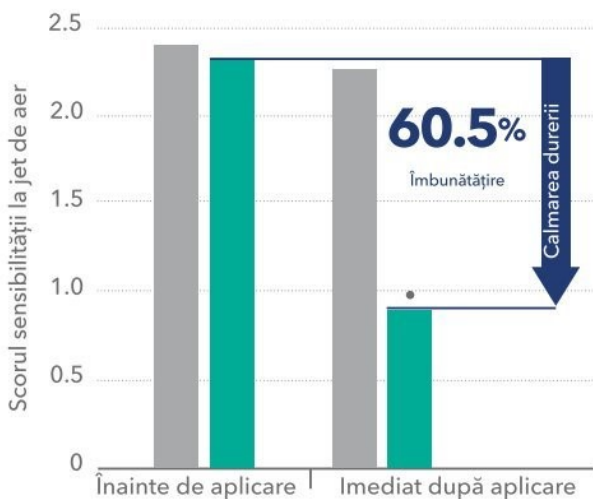
Tehnologia Novamin/ fluorură de sodiu Tehnologia PRO-ARGIN



elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL oferă calmare semnificativă imediată** și de durată a durerii din sensibilitatea dentară^{3,4}

Calmarea semnificativă a durerii din sensibilitatea dentară instant^{3,†,**}

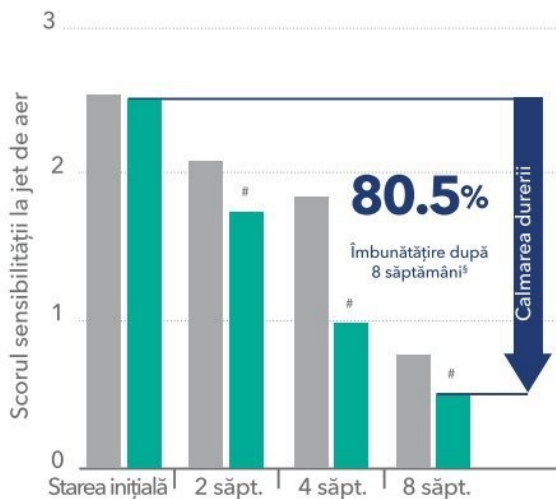
TEHNOLOGIA PRO-ARGIN CU 8% ARGININĂ ȘI CARBONAT DE CALCIU
Control pozitiv: pastă de dinți cu nitrat de potasiu 5%



† În comparație cu starea inițială (sunt prezentate doar datele relevante)
• Semnificativ statistic ($p < 0,001$)

Calmarea semnificativă de lungă durată a durerii din sensibilitatea dentară după 2, 4, și 8 săptămâni de utilizare^{4,5,&}

Tehnologia PRO-ARGIN cu 8% arginină și carbonat de calciu
Control pozitiv: pastă de dinți cu ioni de potasiu 2%



‡ În comparație cu starea inițială
& În comparație cu o pastă de dinți comercială desensibilizantă, ce conține 2% ioni de potasiu și 1450 ppm de fluor (NaF)
Semnificativ statistic ($p < 0,05$)

*Studiu in vitro, imagini reale de microscopie confocală după 5 aplicări ($p < 0,05\%$);
**Pentru calmarea imediată aplicați direct pe suprafața sensibilă și masați ușor cu vârful degetului timp de 1 minut.
Referințe: 1. Hines D, et al. Poster acceptat, July 2018 IADR. Colgate- Palmolive Company 2018.; 2. Hines D, et al. Poster #0742, March 2018 AADR. Colgate-Palmolive Company 2018.; 3. Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):123-130;
4. Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009; 20(Spec Iss): 17- 22.

elmex®
SENSITIVE PROFESSIONAL

**Echipe din recepții transformate în consilieri,
manageri certificați și idei de succes!**
Fii și tu parte din Comunitatea ADOM!

Front Desk Officer Medical

Ediția VI, 25 – 26 Octombrie 2019

Program de formare dedicat recepțiilor medicale din România. Eficientizează activitatea din Front Desk și oferă-le pacienților cele mai frumoase experiențe!

Pachetul de participare conține:

- materiale livrabile cu implementare imediată în activitatea recepției;
- strategii de fidelizare a pacienților;
- protocoale de eficientizare a activității din clinică și de îmbunătățire a comunicării cu pacienții;
- workshop - cele mai comune provocări ale echipei din recepție;
- networking dedicat pe teme de interes;
- instrumente de perfecționare, organizare și dezvoltare a echipei din recepție.



Școala Dental Office Managers

Ediția XVI, octombrie-noiembrie 2019

Școala DOM este singurul program din România dedicat pregătirii în managementul cabinetului și clinicilor dentare.

Structură program:

- 8 săptămâni pentru 3 Module care însumează 7 zile de cursuri intensive și livrează cursanților informații constant actualizate și adaptate pieței;
- pachet cu 30 de materiale mostre livrabile cu implementare imediată;
- proiect ce simulează în timp real dezvoltarea, eficientizarea și perfecționarea unei clinici dentare;
- workshop și mese rotunde;
- networking cu specialiști ai domeniului.

ADOM te ajută să implementezi schimbările de care businessul tău medical are nevoie.

Mihaela Airinei
Community Manager

Participarea la programele ADOM și statutul de membru activ al Comunității ADOM reprezintă faptul că:

- vrei să oferi pacienților siguranță și eficiență;
- investești în profesionalismul asumat;
- îți menții echipa motivată constant;
- dezvoltarea stomatologiei este unul dintre obiectivele tale;
- dezvoltarea profesională a echipei este prioritară pentru tine.



ADOM

Detalii și înscrieri la:

0755 222 040

www.dentalmanagers.ro

 /ADOMRomania

Er:YAG Laser-Assisted Apicectomy of Endodontically Compromised Central Incisor

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ



Georgi Tomov

Georgi Tomov¹, Bogdan Krastev²

¹Department of Periodontology, Division of Oral Pathology, Faculty of Dental Medicine, Medical University of Plovdiv, Bulgaria

² Department of Operative Dentistry and Endodontics, Faculty of Dental Medicine, Medical University of Plovdiv, Bulgaria

The purpose of this article is to present the Er:YAG laser-assisted surgical removal of a broken endodontic instrument from the periapical region of the maxillary central incisor.

Keywords: Fractured endodontic instrument, maxillary incisor, Er:YAG laser, periapical surgery

INTRODUCTION

Fracture of root canal instruments is one of the most troublesome incidents in endodontic therapy. It is reported that the prevalence of broken instruments ranges from 0.5% to 5%.⁽¹⁾ Endodontic instruments rarely separate beyond the apical foramen. The fractured segment is a foreign object and might cause inflammation.⁽¹⁾ Moreover, patients often regard the fractured segment as "a broken needle" and suffer psychologically. Therefore, an attempt to remove the segment from such cases with a surgical approach is often necessary. ⁽¹⁾

The apicectomy is a kind of surgical endodontic therapy alternative aimed at removing periapical inflammatory tissue followed by apical resection and retro-filling of the root canal. Such procedures are performed through a trans-osseous approach. The rate of success with the apicectomy procedure is over 91% ⁽²⁾, and many new techniques are introduced, including using of Er:YAG lasers ^(3, 4).

It is important to recall the principles of endodontic surgery that dictate treatment. The prime considerations may be summarised as follows ⁽⁴⁾:

- A thorough appreciation of surgical anatomy is of primary importance in order to effect a well-performed procedure and appropriate radiographic investigation must precede any surgical approach in order to properly assess the lesion and associated anatomical structures. ⁽⁴⁾
- Surgical access – the preferred muco-periosteal access is through a semi- lunar incision, which must always be positioned above the lesion and never through the lesion. ⁽⁴⁾
- Operator experience and good surgical technique. ⁽⁴⁾
- Thorough removal of associated granulation tissue or more organised peri- apical pathology. ⁽⁴⁾
- Appropriate resection of the root apex, to eradicate the apical tip and any accessory root canals in this region. Wherever possible, the resection level should be coincident with the buccal or labial alveolar bone level. ⁽⁴⁾
- Retrograde obturation – it is considered appropriate that a retrograde root canal filling should be performed routinely during apical surgery. The purpose of the retrograde filling is to seal the exposed root canal and prevent leakage of pathogens into the peri-apical area. Isolation of the root area is vital during this procedure and will enhance the successful outcome. ⁽⁴⁾

New techniques, materials and technologies have been used to increase the already high success rate of peri-apical surgery. Amongst them Er:YAG lasers demonstrate many advantages. ^(3, 4, 5, 6)

Using the Er:YAG Laser in Apicectomy Surgery

The following are features of Er:YAG laser-assisted surgery with specific regard to apicectomy procedures ⁽⁴⁾:

- The Er:YAG laser has a wavelength of 2940nm. The prime chromophore of this laser wavelength is water, which makes it appropriate for ablating both hard and soft oral tissues.
- The Er:YAG laser can perform incision for flap lifting, such as a crestal incision, an intrasulcular or vertical release incision or semilunar incision. The laser produces a wet incision (some bleeding).



Figure 1: Irretrievable separated instruments in the root canal. The separated instrument only requires surgical intervention because the tooth is symptomatic. At presentation – radiolucency area near the separated instrument at the apex of tooth #21.

Figure 2: Semilunar incision with the Er:YAG laser (in contact mode!).

- Ablation of granulation tissue after raising a flap is efficient with the Er:YAG laser, offering a lower risk of overheating the bone.
- Detoxification of the infected site by lasing directly on the bone – studies have shown that Er:YAG laser energy effects on bone include bacterial reduction.
- Ablation of alveolar bone tissue with the Er:YAG laser – remodelling, shaping and ablation of necrotic bone.
- Root apex resection using the Er:YAG laser in contact mode and preparation of the apex cavity for retrograde.
- Although studies into the use of the Er:YAG laser in clinical bone surgery procedures have reported inconclusive subjective advantages in terms of time required, post-operative pain levels or ease of access, histological investigations have demonstrated better levels of early healing of the bone when the laser is compared to the surgical bur and piezo-surgery.

The aim of this article is to present a case where an Er:YAG laser is used successfully to remove endodontic instrument fractured beyond apical foramen.

CASE REPORT

A 28 year old female presented complaining of periodical episodes of pain associated with the upper right central incisor. The patient's general medical history was uneventful and she was taking no medication. On examination, the tooth had been restored with porcelain fused to metal crown. The general level of oral health was considered good, with evidence of adequate oral hygiene; the periodontal condition was good with no pocketing or bleeding on probing.

Periapical X-ray examination showed a fractured instrument (lentulo) outside the root canal and radiolucent area around the apical portion of the root canal (Figure 1). A diagnosis of peri-apical granuloma due to failure of the orthograde root filling complicated with fractured instrument beyond apical foramen was made and treatment indicated surgical curettage of the area and apicectomy procedure.

TREATMENT PROTOCOL

A fiberless laser system with operating wavelengths of 2940nm (LiteTouch, Lite Instruments, Israel) was employed for this procedure, following protocol described previously by Dr. A. Reyhanian (4). Treatment alternatives could consist of traditional scalpel, curettes, and rotary instruments.

The laser operating parameters employed for the various surgical stages were as follows:

- Release Incision of the flap. Contact mode - 200 mJ/35 Hz; 0.4x17 mm tip
- Bone removal to expand entrance to Apex. Non contact mode - 300 mJ/35 Hz; 1.3x19 mm tip
- Granulation tissue ablation: Non contact mode - 400 mJ/15-20 Hz; 1.3x19 mm tip
- Resection of tooth apex: Non contact mode - 400 mJ/20 Hz; 0.8x14 mm tip
- Retrograde cavity preparation: Non contact mode - 400 mJ/20 Hz; 0.8x14 mm tip.

A semilunar incision was made after infiltrative anaesthesia. The incision extended from a point approximate to

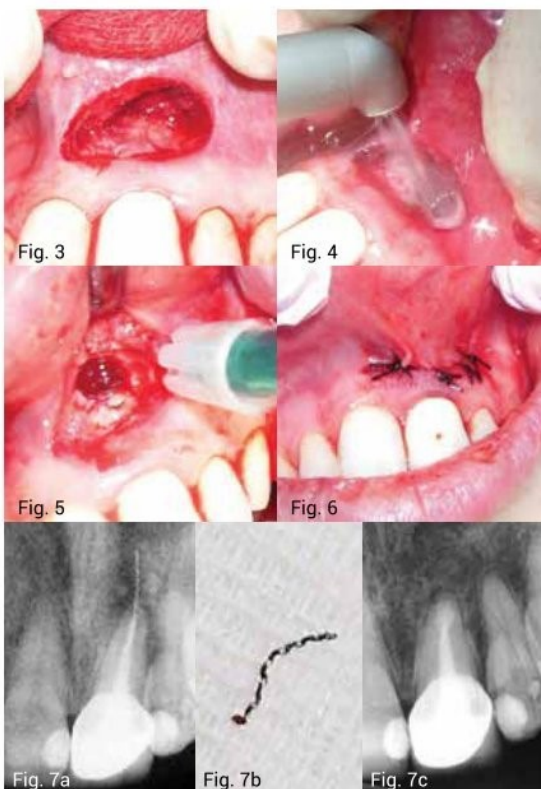


Figure 3: Raising the flap.

Figure 4: Expanding the entrance to the lesion with the Er:YAG laser in non-contact mode. After removal of the compact bone the fractured instrument is exposed and can be removed easily. The next step is granulation tissue removal and bone cavity disinfection.

Figure 5: Using the Er:YAG laser to cut the apex and to prepare the apex cavity for retrograde filling (in non-contact mode).

Figure 6: Primary closure.

Figure 7: X-ray (a) before treatment and one year post-op, following removal of the separated instrument (b) and resection of root apex. X-ray (c) after one year revealed completely healed bone defect with no signs of bone resorption.

the distal area of the upper right lateral incisor to the distal of the upper left central incisor (Figure 2) and the flap was elevated (Figure 3). A small fenestration of the labial bone was made and surrounding bone was ablated in order to expand the entrance to the defect. After removal of the compact bone, the fractured instrument was exposed and was removed easily. A large quantity of granulation tissue was ablated in non contact mode. (Figure 4).

Following the fractured instrument removal, the root apex was sectioned. The Er:YAG laser energy produced a smooth, clean resection without visible signs of thermal damage. At the same power setting the cavity of the apex was prepared for retrograde obturation. Finally the bone defect was shaped and remodelled. The retrograde cavity was sealed with MTA (Figure 5). MTA has been recommended for root-end filling during endodontic therapy and presents advantages such as ease of placement, hydrophilic nature, lack of toxicity and low solubility. The flap was sutured with 3-0 silk with careful attention being paid to good primary closure (Figure 6).

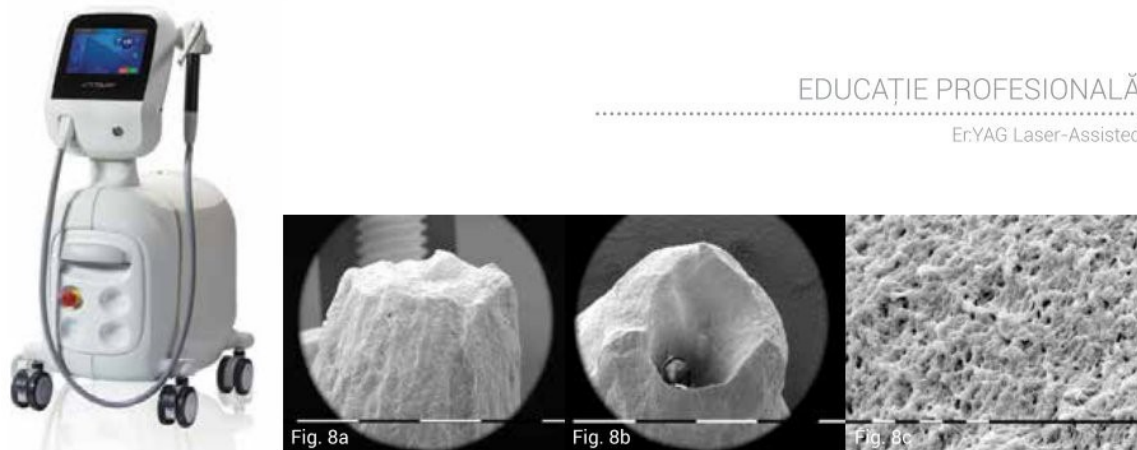


Figure 8: SEM evaluation at different magnification revealed root apex cut with Er:YAG laser (a), retrograde cavity prepared (b) and root dentin inside the cavity with absence of smear layer and cracks (c).

Patient was prescribed Amoxicillin 500 mg/8 h for 7 days and Ibuprofen 600 mg/8 h for 3 days. After 7 days, the patient was recalled for suture removal. The swelling had resolved and healing was progressing well. After six weeks the soft tissue was completely healed without complications. The X-ray examination after one year revealed completely healed bone defect with no signs of resorption. The prognosis was considered excellent. (Figure 7).

DISCUSSION

This case describes the use of an Er:YAG laser for apicectomy procedure emphasizing on the advantages of this laser wavelength in performing apicectomy versus conventional methods.

The use of the Er:YAG 2940nm laser has been demonstrated to be effective in the surgical ablation of tooth tissue and bone (3, 4). Advantages of this modality over conventional rotary instrumentation may include precision, bacterial decontamination, less collateral damage and tactile stimulation (3, 4). In addition, although studies have been equivocal, the use of this laser in surgical procedures may result in less operator fatigue and greater patient acceptance (3, 4, 6). What has been demonstrated is the enhanced early healing response in bone tissue and a lesser level of post-operative complications (6).

Additionally to these clinical observations we have studied the apical surface characteristics and presence of dental cracks in extracted human single-rooted incisors, resected 3.5 mm from the root apex, using the Er:YAG laser, stainless steel bur, and diamond-coated ultrasound tip, by scanning electron microscopy (SEM). (Non published study of G. Tomov)

The SEM images showed that stainless steel bur produced significantly smoother resected root surfaces than the diamond-coated tip and Er:YAG laser. There was no statistically significant difference between the Er:YAG and diamond-coated tip groups. However the analysis of scores obtained for the cut quality by the Kruskal-Wallis test revealed no significant differences among the groups. What is more important, in our study Er:YAG

treated teeth had no cracks after the apical resection, compared with other two groups. Photomicrographs from the Er:YAG laser group revealed exposed dentinal tubules after resection in contrast with stainless steel bur (heavy smear layer) and diamond-coated ultrasound tip (thin smear layer). In summary, it can be stated that Er:YAG laser produces better apical root surfaces than the ultrasound diamond-coated tip and stainless steel bur. Within the limitations of this in vitro study, we can also conclude that the diamond-coated tip provokes a larger number of cracks when compared to the Er:YAG laser.

CONCLUSION

The outcome of this clinical case indicates that the use of the Er:YAG laser should be considered an alternative, suitable and useful method for performing apicectomy and has been shown to be effective and safe.

References:

- Spili P, Parashos P, Messer HH. The impact of instrument fracture on outcome of endodontic treatment. *J Endod.* 2005;31(12):845–50.
- Kim S, Kratchman S, "Modern endodontic surgery concepts and practice: a review", *J Endod.* 2006 Jul;32(7):601-23. Epub 2006 May 6. Review
- Komori T., K. Yokoyama, T. Takato, K. Matsumoto, "Clinical application of the erbium: YAG laser for apicoectomy", *J Endod*, Volume 23, Issue 12, Pages 748-750
- Reyhanian A., S. Parker and J. Moshonov. The use of the erbium yttrium aluminium garnet (2,940 nm) in a laser-assisted apicectomy procedure. *British Dental Journal* 205, 319 - 323 (2008)
- Karlovic Z, Pezelj-Ribaric S, Miletic I, Jukic S, Grgurevic J, Anic I, "Erbium:YAG laser versus ultrasonic in preparation of root-end cavities", *J Endod.* 2005 Nov;31(11):821-3
- Gouw-Soares S, Tanji E, Haypek P, Cardoso W, Eduardo, "The use of Er:YAG, Nd:YAG and Ga-Al-As lasers in periapical surgery: a 3-year clinical study", *J Clin Laser Med Surg.* 2001 Aug;19(4):193-8



Benefits of standing while sitting



 www.medidentexim.ro
 contact@medidentexim.ro
 0268-315.544 | 0268-312.202 | 0735.513.160
 Brasov, 500 332, str. Traian 109



DENTAL ERGONOMICS – THE SOLVED PARADIGM

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Sanna Hakala, M.Sc., physiotherapist

It has been both scientifically proven and experimentally shown that dental work is ergonomically challenging. Yet, the ergonomics can be at high level, if attention is paid on the environment and how the environment is used.

Dental workers often suffer from musculoskeletal disorders (MSD), and 90% of the early retirements caused by MSDs are work-related. Awkward postures, which are typically static and long lasting, are the main reasons of painful conditions.

Taking ergonomics to a better level is not rocket science, but it does require re-considering of the way of working, and taking responsibility of one's own well-being. Everyone needs to think the way the body should be positioned, as there are no solutions that are both healthy and passive. It's like wanting to get fit or to lose weight: the exercises need to be done by oneself, and the salad needs to be chosen instead of fast food.

When it comes to ergonomics, it is most important to remember that it is highly beneficial to avoid bending over the patient and rotating the body. Many dentists are used to work from beside the patient, which forces the body to an extremely uncomfortable position. Therefore working at the 12 o'clock position, so that the patient is right in front of the dentist, would be recommended whenever reasonable. If the work needs to be done from the side, to minimize the bending and rotating, the head of the patient can be rotated towards the dentist. Although the position is not comfortable to maintain for long periods of time, it should be kept in mind that the patient is just visiting. The dentist needs to be in that position all day long, patient after patient.

The posture of a body while working is a combination of body awareness, equipment in the environment, and task related requirements. As most of the dentists sit while working, the attention should be paid on sitting ergonomics, because having a good posture in the upper body requires the correct setting of pelvis. That can be demonstrated by thinking of a tower; if some of the floors collapse, the whole tower from that floor up is out of balance. So if the pelvis is not positioned correctly, having good posture in the upper body is impossible.

The unbalanced posture stresses all the tissues in our body, as muscles, bones and ligaments are working all the time outside their comfort zone. That is the reason for pain that occurs during the work day. As mentioned before, the basis of our sitting posture is the position of our pelvis. Maintaining the good position of the pelvis while keeping the feet in front would require more strength from the hip flexor muscles than they are capable of producing. Further, the bony structure of hip joints makes that position impossible. As a conclusion, sitting feet in front disables correct positioning of pelvis, and forces the body to slouch.



Working at the 12 o'clock position prevents the bending over, and rotation of the body, and is therefore recommended when possible.

CARTILAGES START TO AGE ALREADY IN OUR 20S

Other musculoskeletal conditions that result from long term passive sitting, not that much highlighted, are joint problems. A cartilage, that covers the bony surfaces of the joint as a protection, doesn't have sufficient blood circulation. Instead, the metabolism of joints is based on "sponge-effect": when the joint is loaded, the nutritional liquids squeeze out from the cartilage, and when unloaded the liquids squeeze in. When the joint is either unloaded or loaded in stable position for long periods of time, the metabolism decreases, which fastens the process of degeneration. Degenerative actions start at the age of 20 in every cartilage of the body, so it is reasonable to take care of the joints already at young age.

OTHER SITTING-RELATED DISORDERS, MORE OR LESS HARMFUL

Other problems in sitting are less familiar but more fatal than MSDs. Flexed hip joints compress the groin area, in which are the big circulation channels for blood and lymph. That disturbs blood circulation, especially in the veins that take the blood back up from the distal parts of the lower limbs. Disturbed flow in the lymph channels causes swelling. Together these two increase the risk of embolism that is the reason for many fatal conditions.

The slouched position of the upper body also disturbs the digestive system because it inhibits peristalsis by compressing the intestine. Slouching disturbs also breathing, as the flexed thoracic spine blocks the costal ribcage, and prevents lungs from enlarging while inhaling. Reduced oxygen intake causes tiredness, a phenomenon that can be experienced every time we spend time in a poorly ventilated space.

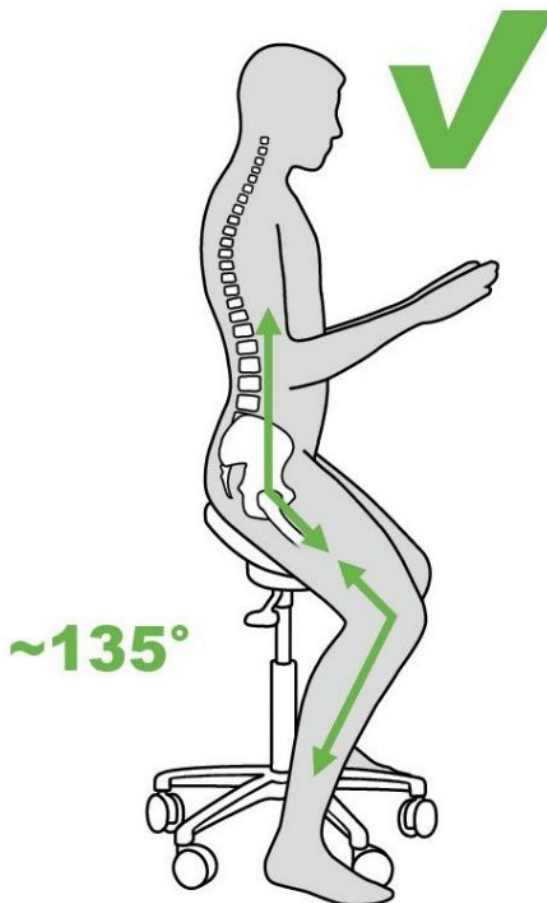
In addition, sitting holds in a problem that is considered more or less as a taboo. Constant pressure to the pelvic area disturbs blood circulation and compresses nerves, causing numbness that may result in problems in the intimate life of both men and women, because of the decreased sensation in the genital area. Because of the pressure it causes, sitting has been proven to be a risk for prostate problems, such as cancer. Also incontinence can be considered as a sitting-related disorder.

ACTIVE SITTING ON A SADDLE CHAIR PROVIDES GOOD POSTURE, HEALTH AND ENERGY

Rethinking the way of sitting has an enormous effect on wellbeing, quality of life, and also the life expectancy. Thinking outside the box provides a solution that solves the problems of sitting. Sitting higher to open the circulation channels, loading the joints to promote joint health, positioning the pelvis in a way that the spinal curves are neutral, and having no pressure on the pelvic floor, are all enabled by a saddle chair with a divided seat. In dental care, saddle-type sitting enables working closer to the assistant or dentist, when the feet are at the sides and not taking space in the front. Also, the saddle chair enables working closer to the patient, so there is no need to bend over.

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Dental ergonomics



Saddle chair with a divided seat enables the correct setting of pelvis, which automatically results in a good posture. In addition, hip and knee flexion angles of 135 degrees are proven to be optimal for joint health.

Sitting feet on the side rather than in front of the body allows the pelvis to be set up correctly. It is essential that the saddle chair has a gap in the middle, so that the seat is divided, otherwise the correct position of the pelvis is too uncomfortable to get and maintain. The gap is there to prevent pressure on the most sensitive part in our body.

As the pelvis is slightly rotated forward on a saddle chair, the spine automatically has its neutral curves, discs are evenly loaded which prevents prolapses, and the big muscles don't need to work to maintain the balance. When the big muscles are not working, the core muscles have space to activate. All in all, as the whole back is not stressed everyday by an unhealthy load, it is safe to use the body in every way without the risk of damages in spinal area.

CHOOSE ENERGY AND WELLBEING INSTEAD OF HEALTH RISKS

Higher sitting position opens the hip and knee joints to 135 degrees, which is proven to be optimal for the joint health and also enables the correct setting of pelvis. In addition, when sitting on a saddle chair, the important sponge-effect helps the joints to maintain metabolism in a good level. The joints are not stiff even after long periods of sitting on a saddle chair. The wide angle of hip joints also allows circulation to flow freely. The lower limbs are not swollen at the end of the day, and the risk of a fatal embolism has decreased.

Good position of the upper body allows the digestive system to work properly, and breathing becomes easier as the costal ribcage doesn't block the lungs and they have space to enlarge. Well-functioning digestion and free breathing mean a more energetic feeling without headaches or constipation.

Equipment that enable the good position of a body together with the engagement to improve the ergonomic way of doing the work simply removes the physiological reason for pain. Feel more energetic and enjoy life to its fullest. The paradigm of ergonomics in dentistry has been solved.



Good sitting promotes efficacy at work and quality of life.

Societatea Română de Științe Dentare
PREZINTĂ
 A XI-A EDIȚIE A CONGRESULUI
IMPLANTS CONNECTED TO NATURE



7-8-9 NOIEMBRIE 2019 CLUJ - NAPOCA Hotel Grand Italia

WORKSHOP BREDENT
09:00 - 13:00

WORKSHOP SITEA - THEORY
10:00 - 13:00

WORKSHOP SITEA - HANDS ON
14:30 - 17:30

WORKSHOP ARTIS BIO
09:00 - 13:00

WORKSHOP ETHOSS DENTAL
14:30 - 19:00

WORKSHOP LANT DENTAL
14:30 - 18:00

WORKSHOP ICX PREMIUM
09:00 - 13:00

WORKSHOP MIS IMPLANTS
14:30 - 19:00

WORKSHOP AB DENTAL
09:00 - 13:00

WORKSHOP MEGADEN
14:30 - 19:00

DAY 1
THURSDAY 2019.11.07

1

CONGRESS OPENING
09:00 - 09:30

LUNCH BREAK
13:30 - 14:30

LECT. DR. MARIUS LEBETTER (RO)
17:00 - 17:50

PROF. DR. EDGARD EL CHAAR (USA)
09:30 - 11:30

DR. FLORIN COFAR (RO)
14:30 - 19:30

LECT. DR. HORATIU ROTARU (RO)
17:50 - 18:40

COFFEE BREAK / MEET THE SPEAKERS
11:30 - 12:00

PROF. DR. EMANUEL BRATU (RO)
15:30 - 16:30

DISCUSSIONS
18:40 - 19:10

PROF. DR. KONSTANTINOS VALAVANIS (GR)
12:00 - 13:30

COFFEE BREAK / MEET THE SPEAKERS
16:30 - 17:00

GALA DINNER & PARTY
20:00 - 24:00

DAY 2
FRIDAY 2019.11.08

2

LECT. DR. FRANK MAJES (DE)
09:30 - 10:30

LUNCH BREAK
14:00 - 15:00

DR. GUSTAVO GIORDANI (BR)
10:30 - 11:30

DR. RADU POP (RO)
15:00 - 16:00

COFFEE BREAK / MEET THE SPEAKERS
11:30 - 12:00

DR. SEBASTIAN ȘOICU (RO)
16:00 - 17:00

PROF. DR. MASSIMO SIMION (IT)
12:00 - 14:00

DISCUSSION / CLOSING CEREMONY
17:20 - 18:00

DAY 3
SATURDAY 2019.11.09

3



In cooperation with



Înscrieri și detalii pe WWW.ICTN.RO


Congresul de Paro-Protetică al AMSPPR în imagini

București, 28 februarie - 2 martie 2019

.....
EVENIMENTE AMSPPR

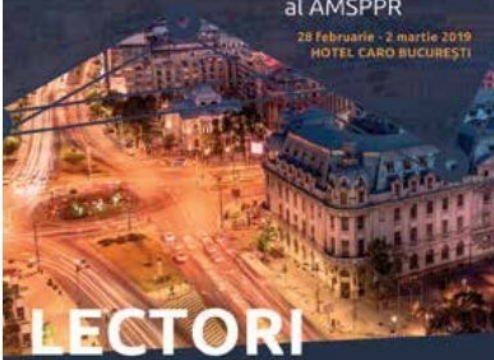
Congresul "Elitele parodontice ale AMSPPR" ediția XIV
Face parte din Programul de Educație Continuă
#PeșteriiMedicilorInterdisciplinari (PDI)

CONFERINȚE /
WORKSHOP-URI /
ACTUALITĂȚI LEGISLATIVE /
COMUNICĂRI



Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

28 februarie - 2 martie 2019
HOTEL CARO BUCUREȘTI



LECTORI

CĂTĂLIN BALOG BELLU	ANNA MARINIELLO
DANIELE BORDONALI	ALEXANDRE MERSEL
VASILE CIRIMPEI	LUCIANA MIHAI
CODRUȚA CIURESCU	LIGIA MUNTIANU
FLORIN COFAR	ROBERTO SORRENTINO
LUIGI COLOMBO	ȘTEFAN-IOAN STRATUL
FABIO COZZOLINO	RUXANDRA NICOLETTE
VLAD CRISTIAN DEAC	VOINEA-GEORGESCU
DRAGOȘ EPISTATU	IRINA ZETU
MARCO MAIOLINO	LIVIU ZETU

AMSPPR fdi

Manifestare acreditată de CMBR conform articolului nr. 86/15.03.2019 cu 24 credite de EMC

28 februarie - 2 martie 2019
HOTEL CARO BUCUREȘTI

Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

parteneri oficiali

AMSPPR fdi

parteneri oficiali

Colgate

parteneri oficiali

GURSK psk

parteneri oficiali

dcl MEGA GEN

PHILIPS AERODENT

BIOBASE VIA/NT

NEMO IQ IC MED

parteneri oficiali

HYBENX

parteneri oficiali

DEC DentalEventsCalendar

COMITETUL DE ORGANIZARE

Dr. Pavel Mărton György
președintele comitetului de organizare
Prof. Dr. Alexandre Mersel
Narcisa Carmen Șorop
Dr. Aneta Bozgan
Dr. Aurelian Cârstea
Dr. Vlad-Cristian Deac
Dr. George Mihai
Dr. Bogdan Popescu
Dr. Horia-Radu Teperdel
Dr. Mihai-Horia Tostevanu

HOTEL CARO Club
"Peșterii de medici"

Hotel Caro, str. Barbu Văcărescu, nr. 164
www.hotelcaro.ro





Dr. Panțel Marton-György
Președinte AMSPPR

EVENIMENTE AMSPPR

Congresul de Paro-Protecție



Antibioticele îmbunătățesc eficacitatea tratamentului parodontal?
Șef. lucr. Dr. Liviu Zetu



Dr. Vlad-Cristian Deac
Vicepresedinte AMSPPR



Transitional or Immediate Dentures
Prof. Dr. Alexander Mersel



Transitional or Immediate Dentures
Prof. Dr. Alexander Mersel



Arhitectura tratamentului în stomatologia digitală
Dr. Florin Cofar



Dinamica mandibulară și contactele ocluzale în supraprotezarea pe implanturi
Conf. Dr. Ligia Muntianu



Noi abordări terapeutice în ortodonție la copii și adulți
Prof. Dr. Irina Zetu



3 metode pentru a-ți dubla profitul clinicii sau laboratorului tău dentar
Dr. Cătălin Balog Bellu

De ce educație economică continuă?
Dr. Vlad-Cristian Deac



Cum prevenim malpraxisul în stomatologie? Prelucrarea datelor personale ale pacientului și managementul informațiilor confidențiale. Legal Training & more... - Av. Luciana Mihai



Întâlnirea dintre boala inflamatorie avansată și patologia muco-gingivală severă: provocarea supremă în parodontologie
Prof. Dr. Ștefan-Ioan Stratul, Conf. Dr. Darian Rusu

EVENIMENTE AMSPPR

Congresul de Paro-Protetică



Interdisciplinary Approach to the Treatment Plan: From the Orthodontic and Surgical Preparation to the Prosthetic Finalization
Prof. Dr. Roberto Sorrentino, Dr. Anna Mariniello, Dr. Fabio Cozzolino, Italia



Graficul de risc al implanturilor postextractionale și încărcării imediate)
Sef lucr Dr. Epistatu Dragoș, As. Dr. Dogioiu Florian Constantin, Dr. Cezar Trascu, Dr. Diego Toffanin



Tehnologie modernă: fibră de carbon în suprastructurile cu sprijin implantar
Tehn. Luigi Colombo, Italia



Detailed Anatomy of a Vertical Preparation
Dr. Marco Maiolino, Italia



Restorative-Periodontal Interferences with Vertical Preparation
Dr. Vasile Cirimpei, Republica Moldova



Veneers with Vertical Approach in Aesthetics Cases, Perio and Laboratory Approach
Dr. Daniele Bordonali, Italia



Parodontologie pe doua lungimi de unda
Dr. Codruta Ciurescu



Asist Univ Dr George Mihai



Dr. Sorin Penta

Dr.Ovidiu Rădescu



EVENIMENTE AMSPPR

Congresul de Paro-Protetică



Dr. Corina Pantel



Dr. Adela Toia



Dr. Gradinaru Irina



Workshop: More Inventive Less Invasive Surgery
Aplicații ale piezochirurgiei în stomatologia modernă
Lector Dr. Dima Cosmin



Workshop: Suport juridic și bazele economice pentru antreprenoriat eficient în stomatologie.
Av. Luciana Mihai, Dr Deac Vlad Cristian



Workshop-ul: Vertiprep, prepararea verticală a dinților stâlpi. Când, unde și cum?
prezentarea tehnicii, prezentare cazuri, discuții libere
Dr. Vasile Cîrîmpei, Republica Moldova



Pauze active



PARTENERII CONGRESULUI



PARTENERII CONGRESULUI



PARTENERII CONGRESULUI



Punct. Și de la capăt anul viitor.
Vă așteptăm la congresul AMSPPR 2020!

În perioada 26-28 aprilie s-a desfășurat ședința de primăvară ORE a FDI la Frankfurt.

Discuțiile desfășurate au fost atât în grupuri de lucru, cât și în plen. De asemenea, s-au desfășurat alegeri.

Din partea României au fost 2 delegați și 2 observatori. Astfel, delegația SRS a fost formată din Prof. Dr. Paula Perlea (decan al Facultății de Stomatologie a UMF Carol Davila București) – delegat și Prof. Dr. Marian Constantinescu – observator. Delegația AMSPPR a fost formată din dr. Vlad-Cristian Deac – delegat și Prof. Dr. Norina Forna (decan al Facultății de Stomatologie a UMF Gr.T.Popa Iași) – observator.

Am participat la lucrările a două grupuri de lucru: educație medicală continuă și integrare, lucrările mai multor grupuri de lucru desfășurându-se în paralel.

Începând cu întâlnirea de la Frankfurt, președinte în exercițiu a ORE este dr. Michael

Frank (Germania) care a preluat mandatul de la dr. Anna Lella (Polonia). Președinte ales (pentru următorul mandat) este dr. Simona Dianiskova (Slovacia).

De asemenea, Prof. Taner Yücel a fost ales ca Secretar General, iar Dr. Oliver Zeyer și Dr. Edoardo Cavallé membri în consiliul de conducere al ORE.

Întâlnirea de toamnă a ORE se va desfășura în cadrul Congresului FDI la San Francisco.

Următoarele două sesiuni plenare de primăvară se vor desfășura în 2020 la Almaty (fosta Alma-Ata Kazahstan) și 2021 București (meritul pentru aceasta o are delegația SRS care a făcut lobby).

Dr. Vlad-Cristian DEAC



Simpozionul de stomatologie în imagini

Sibiu, 29-30 martie 2019

EVENIMENTE AMSPPR



EVENIMENTE AMSPPR

Simpozionul AMSPPR în imagini



Cazuri complexe și eșecuri în implantologie - modalități de abordare
Prof. Dr. Horia Barbu



Importanța irigației în atingerea obiectivelor tratamentului endodontic
Dr. Mihai Caba



Identificarea potențialilor factori de eșec în planificarea terapiei implanto-protetice
Prof. Dr. Nicolae Vasile



Dinamica mandibulară și contactele ocluzale în supraprotezarea pe implanturi
Conf. Dr. Ligia Muntianu



Cum prevenim malpraxisul în stomatologie? Managementul practicii medicale din perspectiva confidențialității. Legal Training & more
Av Luciana Mihai

Planul de afaceri: moft sau necesitate?
Dr. Vlad-Cristian Deac



Pauze active

WORKSHOPURI

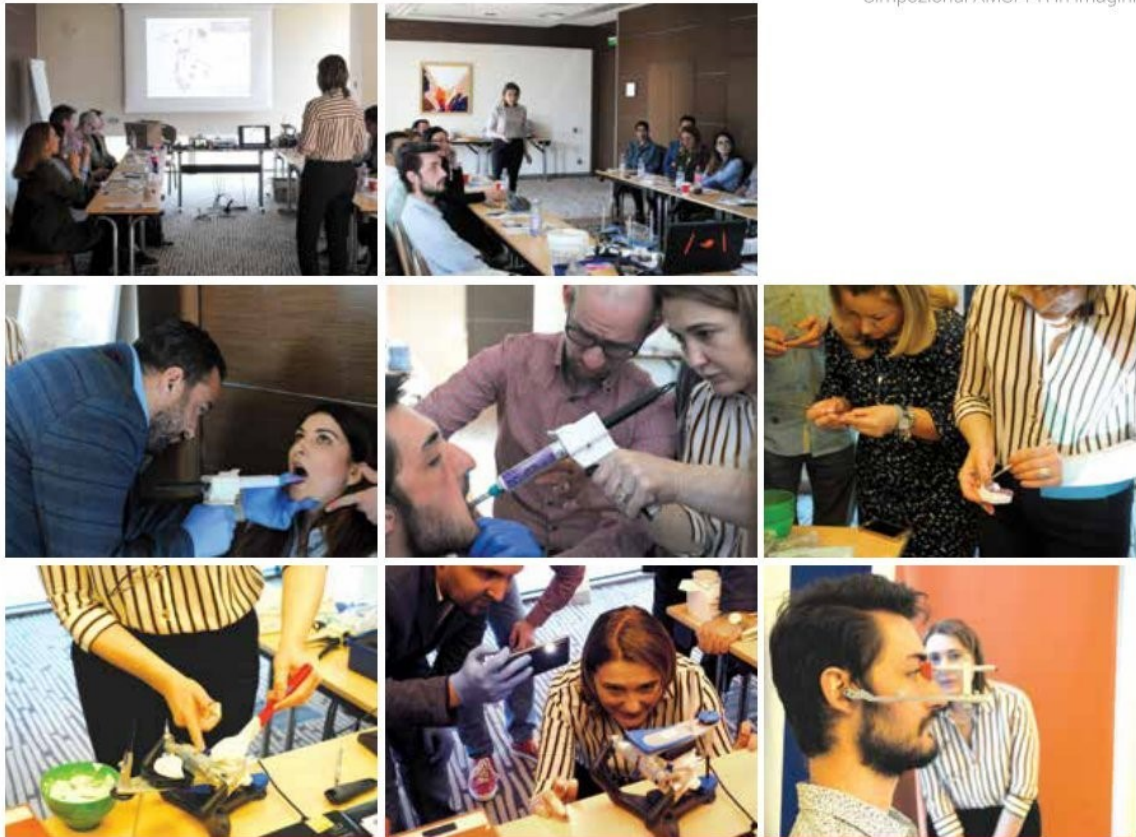
MIHAI CABA
VLAD CRISTIAN DEAC
LUCIANA MIHAI
LIGIA MUNTIANU



Workshop: Tehnici moderne de instrumentare endodontică.
Dr. Mihai Caba

EVENIMENTE AMSPPR

Simpozionul AMSPPR în imagini



Workshop: Protocol clinico-tehnic de utilizare a arcului facial și a articulatorului semiadaptabil.
Conf. Dr. Ligia Muntianu



Workshop: Suport juridic și bazele economice pentru antreprenoriat eficient în stomatologie.
av. Luciana Mihai, Dr. Vlad-Cristian Deac

Carii (Profunde) ale Dentinei și Îngrijirea Restaurativă

Adoptată de Adunarea Generală a FDI:
9 septembrie 2018, Buenos Aires, Argentina

PAGINA FDI

Declarația de politică a FDI

CONTEXT

Principiile actuale ale cariologiei recomandă nivelul de duritate al dentinei carioase demineralizate rămase ca și criteriu pentru îndepărtarea țesutului carios din cavitățile dentinei, în principal pentru menținerea sănătății pulpei dentare¹. Cu toate acestea, metoda de îndepărtare completă a dentinei demineralizate și decolorate, dezvoltată de G.V. Black acum 150 de ani², este încă predată într-un număr mare de școli dentare și practică de un număr foarte mare de stomatologi din lume. Acest lucru reflectă faptul că dovezile științifice recente privind extracția cariilor și pregătirea cavității nu sunt bine traduse în cadrul educației dentare și a practicii clinice, ceea ce duce la eliminarea inutilă a substanței dentare.

OBIECTIV/ DOMENIU

Această declarație de politică sprijină tratamentele contemporane ale dentinei carioase, dezvoltate în baza rezultatelor cercetării bazate pe dovezi și a recomandărilor internaționale de consens cu scopul de a menține vitalitatea pulpei dentare în cavitățile (profunde) și, în consecință, de a crește longevitatea dinților^{1,3}.

DEFINIȚII

Carii dentare: o boală care rezultă dintr-o schimbare ecologică în biofilmul dentar de la o populație echilibrată la una cariogenă de microorganisme, menținută prin consumul frecvent de carbohidrați dietetici fermentabili, rezultând în pierderea minerală a țesutului dentar dur; semnul și simptomul fiind o leziune carioasă⁴.

Cavitatea dentinei: o deteriorare structurală în smalț și în cadrul dentinei, care are ca rezultat o cavitate.

PRINCIPII

În conformitate cu principiile etice, gestionarea leziunilor carioase ar trebui să implice abordarea cea mai puțin invazivă, capabilă să prevină dezvoltarea bolii, stopând progresia acesteia și motivând pacientul să-și îmbunătățească și să-și mențină sănătatea orală⁵.

POLITICĂ

FDI sprijină următoarele linii directoare clinice recomandate pentru eliminarea țesutului carios din cavitățile dentinei și dinții fără simptome¹:

- Păstrarea dentinei nedemineralizată și remineralizabilă.
- Realizarea unei acoperiri adecvate prin plasarea restabilirii periferice pe dentina sănătoasă și/sau smalț, controlând astfel leziunea carioasă și inactivând bacteriile rămase.
- Reducerea disconfortului/durii și a anxietății dentare.
- Menținerea sănătății pulpei dentare prin păstrarea dentinei reziduale și prevenirea expunerii pulpei, adică a se lăsa dentina moale afectată în apropierea pulpei, dacă este necesar.
- Maximizarea longevității restaurării prin îndepărtarea unei cantități suficiente de dentină moale pentru a plasa o restaurare durabilă cu volum și rezistență suficiente și pentru a asigura o etanșare corespunzătoare.

FDI recomandă asociațiilor dentare naționale, universităților și școlilor dentare:

- să-și încurajeze membrii să aplice rezultatele cercetării bazate pe dovezi în practica zilnică;
- să-și descurajeze membrii să folosească metode de tratament invaziv care îndepărtează în mod complet țesutul carios din apropierea pulpei;
- să susțină metodele de excavare mai puțin invazive și de conservare a dinților recomandate de International Caries Consensus Cooperation (ICCC/ Asociația internațională a consensului asupra cariilor), cum ar fi îndepărtarea selectivă a țesutului carios la dentina moale, fermă și tare, excavări în trepte, Hall Technique/ Tehnica Hall, Atraumatic Restorative Treatment/ Tratamentul Restaurator Non-traumatic (ART) și metode de control non-restauratoare a cariilor, cum ar fi diamina fluorurată de argint atunci când este indicat¹.

CUVINTE CHEIE

Îndepărtarea țesuturilor carioase, carii, tratamentul de restaurare, cavitatea dentinei, procedură de tratament minim invazivă.

DECLARAȚIE DE DECLINARE

Informațiile din cadrul acestei Declarații de Politică au fost bazate pe cele mai bune dovezi științifice disponibile la momentul respectiv. Aceasta poate fi interpretată astfel încât să reflecte sensibilitățile culturale și constrângerile socio-economice predominante.

REFERINȚE

1. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, Van Landuyt K, Banerjee A, Campus G, Doméjean S, Fontana M, Leal S, Lo E, Machiulskiene V, Schulte A, Splieth C, Zandona AF, Innes NP. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal/ Gestionarea leziunilor carioase: Recomandări de consens privind eliminarea țesuturilor carioase. *Adv Dent Res.* 2016 Mai ;28(2):58-67.
2. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Meta-analysis/ Praguri de restaurare pentru leziuni carioase: revizuire sistematică și meta-analiză. *J Dent Res.* 2017 Mai; 96(5):501-508.
3. Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration/ Cât de „curată” trebuie să fie o cavitate înainte de restaurare? *Caries Res* 2004 Mai-Iun;38(3):305-13.
4. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EA. Pathology of dental caries/ Patologia cariilor dentare. În: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd EA (eds). *Dental caries: the disease and its clinical management/ Cariile dentare: boala și managementul său clinic.* 3rd ed/ a 3-a ediție. Oxford (UK): Wiley Blackwell, 2015; p 7-9.
5. Caries Prevention and Management Chairside Guide/ Prevenirea cariilor și ghid de management pentru cabinete. Geneva, FDI World Dental Federation/ FDI Federația Dentară Mondială, 2017. Disponibilă la: <https://www.fdiworlddental.org/resources/toolkits/caries-prevention-and-management-chairside-guide>.

Politica Națională de Sănătate cu Includerea Sănătății Orale

Adoptată de Adunarea Generală a FDI:
1998, Barcelona, Spania

PAGINA FDI

Declarația de politică a FDI

Versiune revizuită adoptată de Adunarea Generală a FDI:
septembrie 2018, Buenos Aires, Argentina

CONTEXT

Noua definiție a sănătății orale¹ adoptată de Adunarea Generală a FDI Federației Mondiale Stomatologice din 2016 a stabilit cadrul care să permită profesiei să reflecteze asupra a ceea ce cuprinde sănătatea orală și implicarea acesteia în politicile naționale de sănătate orală. Mai mult, această definiție, aprobată prin consens de constituții FDI, favorizează includerea sănătății orale în toate politicile legate de sănătate².

OBIECTIV/ DOMENIU

Politica națională în domeniul sănătății trebuie să reflecte faptul că sănătatea orală este un drept fundamental al omului și este inseparabilă de sănătatea generală. Politica națională în domeniul sănătății trebuie să faciliteze includerea sănătății orale în toate politicile legate de sănătate³.

DEFINIȚII

Politica de sănătate se referă la deciziile, planurile și acțiunile întreprinse pentru a atinge obiectivele de sănătate în cadrul unei societăți care include sănătatea orală. Sănătatea orală a fost definită de FDI ca fiind multi-fațetată și include abilitatea de a vorbi, zâmbi, mirosi, gusta, simți, mesteca, înghiți și transmite o serie de emoții prin expresii faciale cu încredere și fără durere, disconfort sau vreo boală a complexului craniofacial⁴. Prin formarea unei politici de sănătate concise, o viziune clară asupra viitorului poate fi stabilită cu obiective și puncte de referință pe termen scurt și mediu. În plus, o politică explicită de sănătate permite evidențierea priorităților cu rolurile așteptate ale diferitelor părți interesate, construirea concomitentă a consensului și informarea oamenilor⁵.

PRINCIPII

Membrii Asociațiilor Stomatologice Naționale (NDA) ar trebui să se implice în toate procesele și deciziile politice și legislative în materie de sănătate orală, sănătate sistemică legate de sănătatea orală, promovare, prevenire și îngrijire. Utilizând o definiție comună a sănătății orale, părțile interesate pot fi reunite pentru a influența și modela parametrii sistemelor de sănătate (politici, modele de cercetare, educație și rambursare) și pentru a modela viitorul profesiei stomatologice.

POLITICĂ

FDI sprijină toate deciziile profesionale, politice, legislative și strategice de îmbunătățire a sănătății orale în toate politicile.

Părțile interesate și autoritățile publice din domeniul sănătății împreună cu NDA membre:

- ar trebui să ofere consultanță și sprijin în ceea ce privește planificarea sănătății orale și a măsurilor conexe;
- pot contribui la promovarea, în cadrul sistemului lor național de siguranță, a principiului furnizării asistenței medicale orale de bază ca fiind absolut necesar și un drept fundamental al omului;
- ar trebui să promoveze o relație mai strânsă între dentiști și pacienți pe baza alegerii libere a practicienilor;
- ar trebui să vizeze libertatea de diagnosticare și cea terapeutică ca aspect principal al practicii dentare, unde sunt alese măsuri clinice necesare și având ca suport dovezi

bazate pe nevoile, cerințele și cerințele individuale ale pacienților, fără influență exterioară;

- ar trebui să vizeze prevenirea înființării de corporații/entități orientate spre profit care să nu permită practica independentă și de natură etică a propriei profesii stomatologice;
- ar trebui să promoveze principiul confidențialității și protecției datelor, în special în ceea ce privește tehnologia modernă de comunicare a informațiilor și schimbul de informații la nivel mondial;
- ar trebui să promoveze sau să stabilească sisteme de colectare a datelor cu metode consecvente pentru supravegherea stării de sănătate orală;
- ar trebui să acționeze pentru a îmbunătăți distribuția forței de muncă pentru sănătatea orală în mediul urban-rural;
- vor promova și va asigura disponibilitatea forței de muncă pentru sănătatea orală la toate nivelurile de setări micro/macro legate de sănătate. Analiza barierelor potențiale la adresa politicilor naționale de sănătate este esențială.

CUVINTE CHEIE

Definiția sănătății orale; politica națională de sănătate; legislație; sănătate

DECLARAȚIE DE DECLINARE

Informațiile din cadrul acestei Declarații de Politică au fost bazate pe cele mai bune dovezi științifice disponibile la momentul respectiv. Aceasta poate fi interpretată astfel încât să reflecte sensibilitățile culturale și constrângerile socio-economice predominante.

REFERINȚE

1. Glick M et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health/ O nouă definiție pentru sănătatea orală dezvoltată de FDI Federația Mondială Dentară FDI deschide ușa unei definiții universale a sănătății orale. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod 2017 151: 229–231.

2. Glick M et al. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health/ Viziunea FDI 2020: modelarea viitorului sănătății orale. Int Dent J 2012 62: 278–291.

3. FDI World Dental Federation. FDI Vision 2020: a blueprint for the profession/ Viziunea FDI 2020: un plan pentru profesie. Geneva, FDI World Dental Federation, 2017. Disponibil la: <http://www.fdiworlddental.org/resources/journal-articles/fdi-vision-2020-a-blueprint-for-the-profession>. Accesat la 15 ianuarie 2018.

4. FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health/ Definiția FDI a sănătății orale. Geneva: FDI World Dental Federation, 2016. Disponibil la: <https://www.fdiworlddental.org/resources/journalarticles/fdi-vision-2020-a-blueprint-for-the-profession>. Accesat la 15 ianuarie 2018.

5. World Health Organization. WHO | Health policy. Geneva, World Health Organization, 2013/ Organizația Mondială a Sănătății. OMS Politică în domeniul sănătății. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2013. Disponibil la: http://www.who.int/topics/health_policy/en/. Accesat la 15 ianuarie 2018.

De ce să mergem la doctor în loc să căutăm pe Google?

EDUCAȚIE PENTRU PACIENȚI

Voi continua seria de texte despre profilaxie, deoarece nu întotdeauna ne găsim cuvintele pentru a argumenta pacienților ceea ce trebuie să știe sau, după caz, ca să nu fim surprinși de anumite întrebări pe care aceștia le pot pune.

Suntem în era internetului, într-o evoluție extrem de rapidă a felurilor de a comunica, și chiar – aș îndrăzni să spun – ne îndreptăm spre un nou model social. Așadar, avem tentația să dăm căutare pe Google la toate problemele vieții noastre. De la „ce cafea bem?” până la „diagnostic medical”. Așa cum noi căutăm informații, și pacienții noștri o fac.

În momentul în care aceștia își pun un diagnostic „de pe net”, ei sunt, categoric, subiectivi. În cel mai bun caz cunosc un pic de anatomie, restul disciplinelor care se studiază în facultatea de medicină sau specializările conexe (undeva în jur de 15 materii/semestru, x6 ani... destul de multe, nu?) nefiindu-le cunoscute sau poate că nici măcar nu le știu pronunța numele.

Pentru a pune un diagnostic corect, un medic trebuie să aibă experiență teoretică și practică. Cu toate acestea, apar în permanență provocări noi (spre exemplu, diversele viroze respiratorii care dau complicații majore fără a avea un debut specific).

Pentru a putea fi la curent cu ultimele noutăți atât în domeniul declanșării bolilor, al evoluției bolilor, cât și în tratamentul sau ameliorarea lor, medicul trebuie toată viața să studieze. Și nu de pe Google. Abonamente la reviste de specialitate, cursuri și conferințe, specializări postuniversitare etc.

Un aspect important când mergem la medic să ne pună un diagnostic este așa-zisul „diagnostic diferențial”, pe care îl poate face doar medicul. Ce înseamnă asta? Deși, spre exemplu, aproape toate virozele evoluează la fel, cu febră și frisoane, alte mici caracteristici diferențiază fiecare boală în parte și o face recognoscibilă (adică o poate recunoaște) pentru medic. Pacienții nu au cum să facă acest diagnostic diferențial.

„Mi-a dat doctorul un medicament pentru inimă și i-am zis și la vecinu' să ia că lui nu i-a fost bun medicamentul lui. Săracu' a și venit salvarea după el...”. Vă este cunoscut? Pacienții trebuie să înțeleagă faptul că doar mersul pe la doctori nu rezolvă problema. După ce au fost la un medic este important să ia tratamentul prescris de medic, fără să ajusteze doza sau să introducă alte medicamente în schema de tratament fără acordul medicului. De ce? Pentru că medicamentul pe care îl ia pentru inimă este contraindicat să se ia în combinație cu al vecinului pentru că provoacă stop cardiac. Și vecinul are probleme cu inima, dar la inimă sunt 320 de boli care pot exista și atât pacientul nostru, cât și vecinul său au 2 boli diferite, cu 2 tratamente diferite, cu 2 prognosticuri diferite, cu 2 riscuri vitale diferite etc. Dacă pacientul consideră că apar probleme din cauza tratamentului, obligatoriu trebuie să cunoască că trebuie să se adreseze din nou medicului. Dacă pacientul nu este mulțumit, poate consulta și alt specialist pe domeniul respectiv (se numește „a doua opinie” și are dreptul legal la ea).

Necunoscând toate disciplinele medicale, pacientul nu știe cui să se adreseze. Așa că dacă sunt probleme, trebuie să știe că merge la medicul de familie sau la dentist, aceștia urmând să îl trimită mai departe la medicul specialist, după caz.

Nu este program la cabinet? Există centre de permanență sau cabinete cu program de urgență în fiecare zonă a țării, astfel încât pacienții să se poată adresa acestora, având program non-stop.



Nu se pot deplasa, sângerează, durerea este insuportabilă – apelează la serviciul de urgență 112, unde la dispercerat, pe lângă datele personale, se va trece printr-un scurt chestionar medical. Scopul acestuia este ca din momentul apelului până în momentul sosirii echipajului, medicul să știe despre ce este posibil să fie vorba, și, de asemenea, pacientul să primească consiliere telefonică. Adică, vi se va spune ce trebuie să faceți până apare echipajul medical.

Punându-și diagnostic de pe net nu riscă doar să greșească sau să își pună viața în pericol – atât a lui, cât și a apropiaților –, dar este îngreunată mult și intervenția medicală. De ce? Tocmai pentru că anumite medicamente au anumite efecte pe care pacienții nu au de unde să le cunoască, iar după ce au fost administrate, manifestările bolii pot fi schimbate, medicul neputând pune un diagnostic corect.

Un alt aspect de care Google nu ține cont este anamneza, adică exact ceea ce va particulariza cazul, și apoi tratamentul. Anamneza reprezintă istoricul personal, al bolii, al motivelor pentru care v-ați adresat cabinetului. Anamneza este cea care ajută foarte mult în stabilirea unui diagnostic. Aici, pentru a vă putea pune un diagnostic, trebuie să știți ce semne au diferite boli, ce răspunsuri ghidează medicul și spre ce, astfel încât să știți ce întrebări să vă puneți. Medicul le va ști.

La medic „se vine dezbrăcat”. Adică, odată început procesul de diagnoză, medicul nu poate fi mințit. Nu poate fi mințit pentru că semnele majorității bolilor și comportamentul pacienților în care apar acestea sunt atât de clare, încât în momentul în care pacientul ascunde sau minte, doctorul va recunoaște minciuna sau, după caz, va pune un diagnostic greșit. În ambele cazuri, nu va fi de folos situația.

La telefon: are puii la dinți... Posibil. Veniți la cabinet să vedem. În cabinet constatăm că de fapt erupe un nou dinte, iar ceea ce vedem noi umflat pe gingie e proaspătul dinte care vrea să iasă, nu o pungă de puroi. Un diagnostic de pe Google va spune orice boală de la puroi la cancer.

Prin acest material am trecut și un pic prin comportamentul pacientului, și un pic prin etica și deontologia profesională. Este important ca noi, ca medici, să fim integri, răbdători și aplecați rezolvării problemelor pacienților. Provocarea noastră este tehnica modernă de comunicare, tehnică ce ne face foarte vulnerabili în fața pacienților. De aceea este esențial să ne autoeducăm. Să fim mâine medici mai buni decât azi.

Dr. Vlad Cristian DEAC



Summer Party Edition!

THE OF FUTURE DENTISTRY

NYOTA HOTEL | 30-31 AUG. 2019 | MAMAIA - BLACK SEA
CONSTANTA - ROMANIA

COVERING 360° OF MINIMALLY INVAZIVE DENTISTRY

CAD-CAM / 3D PRINTING
3D SCANNING
PERIODONTOLOGY
SURGERY
IMPLANTOLOGY
PEDIATRIC DENTISTRY
PERIIMPLANTITIS
COSMETIC DENTISTRY
PAIN THERAY
ENDODONTICS
LASERS

SPONSORS

BIOLASE
Advancing Dentistry.

DENTA DEALS
Value Innovation in Dentistry

BEACH PARTY!

LOFT



www.arsmi.ro/symposium2019

CONTACT: +40760.428.712 | contact@arsmi.ro

In memoriam Dr. Fronius Câmpeanu

IN MEMORIAM



În drumul nostru prin viață, avem uneori norocul de a întâlni oameni deosebiți... prieteni, colegi, mentori. Pentru cei care l-am cunoscut, mai ales în AMSPPR Filiala Regională Dobrogea, Domnul Doctor Fronius Câmpeanu a fost câte puțin din toate.

Deși copleșiți de tristețe, în loc de ADIO, vă urăm DRUM BUN, DOMNULE DOCTOR! ... pentru că, așa cum spunea O. Paler, "A muri înseamnă a te muta într-o stea".

A fost o onoare să vă avem alături!

Dr. Bogdan Șerbănescu

ȘCOALA INTERNAȚIONALĂ DE VARĂ DE PARODONTOLOGIE 15-20 IULIE TIMIȘOARA



SOCIETATEA ROMÂNĂ DE
MICROSCOPIE DENTARĂ



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE VICTOR BABEȘ
DIN TIMIȘOARA

Directorii Școlii: Holger Jentsch (Germania) & Ștefan-Ioan Stratul (România)
Director executiv: Darian Rusu (România)

PROGRAMUL ȘTIINȚIFIC:

LUNI, 15.07.2019

Sesiune plenară - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

09⁰⁰ - 09³⁰ Înscrierea participanților
09³⁰ - 10⁰⁰ Deschiderea oficială a Școlii de Vară

10⁰⁰ - 11⁰⁰ **CURS 1** - Trends in Non-surgical Periodontal Treatment
A. Kasaj (Germania)

11⁰⁰ - 11¹⁵ Pauză cafea

11¹⁵ - 12¹⁵ **CURS 2** - A Clinical Update on Reconstructive Periodontal Surgery
A. Kasaj (Germania)

12³⁰ - 14⁰⁰ Prânz (oferit de către organizatori - Restaurant Atlantic, Hotel Continental)

Schimbare locație - Centrul de Microchirurgie Pius Brânzeu
Sesiune hands-on - Centrul de Microchirurgie Pius Brânzeu

14⁰⁰ - 16⁰⁰ **Hands-on 1** - Recesie izolată tratată prin tehnica lamboului re poziționat coronar plus matrice colagenică tridimensională MUCODERM (Botiss)
A. Kasaj (Germania)

16⁰⁰ - 16³⁰ Schimbare locație - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

16³⁰ - 17³⁰ **CURS 3** - Cause-related Periodontal and Peri-implant Non-Surgical Approach, Monitoring the Clinical Outcomes in Deep (≥ 6 mm) Pockets
M. Roncati (Italia)

17³⁰ - 17⁴⁵ Pauză cafea

17⁴⁵ - 18⁴⁵ **CURS 4** - Evaluarea adâncimilor de sondaj în diagnosticul bolii parodontale: clasic sau modern?
D. Rusu (România)

Program social

19⁰⁰ - 21⁰⁰ Cina de bun-venit (oferită de organizatori - Restaurantul Curtea Berarilor)

MĂRTI, 16.07.2019

Program social

09⁰⁰ - 11³⁰ „Capitala Culturală Europeană 2021 într-o dimineață frumoasă de vară”
Tur de oraș ghidat. Partea I: Comori de arhitectură medievală și barocă.

Sesiune plenară - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

11³⁰ - 13³⁰ **CURS 5** - Planul de tratament parodontal. Ce se ascunde în spatele lui și cui folosește?
H. Jentsch (Germania)

13³⁰ - 14¹⁵ Prânz (oferit de către organizatori - Restaurant Atlantic, Hotel Continental)

14¹⁵ - 15⁰⁰ **CURS 6** - Porphyromonas gingivalis - a Cause of Alzheimer's Disease?
S. Eick (Elveția)

15⁰⁰ - 15¹⁵ Pauză de cafea

15¹⁵ - 16⁰⁰ **CURS 7** - Antibiotic resistance - is that of relevance for the dentist?
S. Eick (Elveția)

16⁰⁰ - 17¹⁵ **CURS 8** - Soluții inovatoare în regenerarea osoasă și tisulară ghidată în parodontologie
C. Berechet (România)

17¹⁵ - 17³⁰ Pauză de cafea

17³⁰ - 18³⁰ **CURS 9** - Noua clasificare a bolilor și stărilor parodontului - WWC 2017. Scurtă prezentare a noutăților
Ș.-I. Stratul (România)

MIERCURI, 17.07.2019

Program social

09⁰⁰ - 11³⁰ „Capitala Culturală Europeană 2021 într-o dimineață frumoasă de vară”
Tur de oraș ghidat.
Partea a II-a: comori de arhitectură secesion & neoclasică, noile centre financiare și comerciale, parcuri și promenade celebre

Sesiune plenară - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

11³⁰ - 13³⁰ **CURS 10** - Periimplantitele: de ce noi, parodontologii, știm mai multe decât implantologii?
H. Călniceanu (România), Ș.-I. Stratul (România)

13³⁰ - 14¹⁵ Prânz (oferit de către organizatori Restaurant Atlantic, Hotel Continental)

14¹⁵ - 15⁴⁵ **CURS 11** - Ortodonție - parodontologie: o simbioză perfectă
A. Ogodescu (România)

15⁴⁵ - 16⁰⁰ Pauză de cafea

Sesiune hands-on - Sediul Disciplinei de Parodontologie

16⁰⁰ - 18³⁰ **Hands-on 2** - Tehnici uzuale de imobilizare a dinților parodontotici
H. Călniceanu (România)

JOI, 18.07.2019

Sesiune plenară - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

09⁰⁰ - 10³⁰ **CURS 12** - Noul Ghid terapeutic pentru Parodontologie în Germania: oare este interesant și pentru România?
H. Jentsch (Germania)

10³⁰ - 10⁴⁵ Pauză de cafea

10⁴⁵ - 12¹⁵ **CURS 13** - Chirurgia parodontală convențională dintr-o privire
Ș.-I. Stratul (România)

12¹⁵ - 13⁴⁵ Prânz (oferit de către organizatori - Restaurant Atlantic, Hotel Continental)

13⁴⁵ - 14⁴⁵ **CURS 14** - Terapia cu celule stem în parodontologie: mit sau realitate?
A. Roman (România)

14⁴⁵ - 15⁰⁰ Pauză de cafea

15⁰⁰ - 16⁰⁰ **CURS 15** - Parodontitele rapid-progresive: entități definite în practica clinică?
A. Roman (România)

Program social

16⁰⁰ - 18⁰⁰ O plimbare cu "Titanicul" pe râul Bega

VINERI, 19.07.2019

Ziua invitatului special - Prof. Dr. Jamal STEIN

Clinica de Stomatologie Conservativă, Parodontologie și Prevenție din Aachen, Germania -

Terapia parodontală în anul 2019: antiinfecțioasă, regenerativă sau rezectivă?

(Prezentări susținute în limba engleză)

Sesiune plenară - Amfiteatrul Dimitrie Nedelcu al Facultății de Medicină Dentară

09⁰⁰ - 09⁴⁵ Știința parodontologică de la baza unui concept terapeutic integral
09⁴⁵ - 10⁴⁵ Terapia parodontală non-chirurgicală antiinfecțioasă. Ce este nou? Ce este relevant? Antibioterapia - când și ce anume? Protocolul Full Mouth Desinfection

10⁴⁵ - 11⁰⁰ Pauză de cafea

11⁰⁰ - 12¹⁵ Introducere în terapia parodontală chirurgicală. Chirurgia regenerativă - partea I

12¹⁵ - 13³⁰ Prânz (oferit de către organizatori - Restaurant Atlantic, Hotel Continental)

13³⁰ - 14¹⁵ Chirurgia regenerativă - partea a II-a

14¹⁵ - 15⁰⁰ Terapia corectoare chirurgicală. Chirurgia rezectivă

15⁰⁰ - 15³⁰ Pauză de cafea

Schimbare locație - Centrul de Microchirurgie Pius Brânzeu

Sesiune hands-on - Centrul de Microchirurgie Pius Brânzeu

15³⁰ - 16⁴⁵ **Hands-on 3** - Terapia regenerativă: preservare papilară, GTR, materiale de substituție osoasă, EMD
16⁴⁵ - 18⁰⁰ **Hands-on 4** - Terapia rezectivă; lamboul re poziționat apical

18⁰⁰ - 18³⁰ Discuții & concluzii

Program social

19⁰⁰ - 21⁰⁰ Cina de rămas-bun (oferită de către organizatori - Pensiunea Vanilla)

SĂMBĂTĂ, 20.07.2019

Sesiune Live-OP, Sediul SRMD

09⁰⁰ - 11¹⁵ **Live OP 1** - Excelență la limitele parodontologiei: gingivoformarea într-un singur pas în implantarea imediată
D. Rusu (România), Ș.-I. Stratul (România)

11¹⁵ - 11³⁰ Prânz (oferit de către organizatori)

11³⁰ - 13³⁰ **Live OP 2** - Recesiiile multiple. Sesiune Live-Op interactivă: alegerea între două tehnici operatorii echivalente pentru acoperirea recesiilor multiple
Ș.-I. Stratul (România)

13³⁰ - 14⁰⁰ Masă rotundă, discuții, concluzii și încheiere

Informații și înscrieri - email : office@srmd.ro, Tel: 0040-724-479352 (Kristina Csikos)

Taxa de înscriere	Până la 31 mai 2019	01 - 30 iunie 2019	După 01 iulie 2019
Participare completă (taxa include participarea la toate cursurile teoretice din sesiunile plenare, exercițiile hands-on, live-OP, participarea la toate evenimentele sociale și participarea la toate mesele conform programului) - maxim 20 de locuri.	1.250 € (avans 750€ se achită în momentul înscrierii, restul de plată se achită până la 01 iunie 2019)	1.300 € (avans 800€ se achită în momentul înscrierii, restul de plată se achită până la 01 iunie 2019)	1.350 € (se achită integral în momentul înscrierii)
Participare parțială - teorie (taxa include participarea la toate cursurile teoretice din sesiunile plenare și participarea la toate mesele de prânz conform programului) - maxim 40 de locuri.	800 € (avans 500€ se achită în momentul înscrierii, restul de plată se achită până la 01 iunie 2019)	850 € (avans 550€ se achită în momentul înscrierii, restul de plată se achită până la 01 iunie 2019)	900 € (se achită integral în momentul înscrierii)

În cazul anulării participării, avansul se consideră a fi reținut pentru cheltuieli administrative și nu va fi returnat.





AR-MEDICA® ro

Târg internațional de medicină

EDIȚIA XXVI

7 - 9 noiembrie 2019

EXPO ARAD

Contact: Camera de Comerț, Industrie și Agricultură a Județului Arad
Telefon: 0257.208.800, Fax: 0257.254.200 E-mail: ccia@ccia-arad.ro

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 plastifiate I.S.S.N.: 1454-5772.

Distribuție:

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

Conținut:

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

Piața țintă:

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

CARACTERISTICI TEHNICE ALE MATERIALELOR TRIMISE:

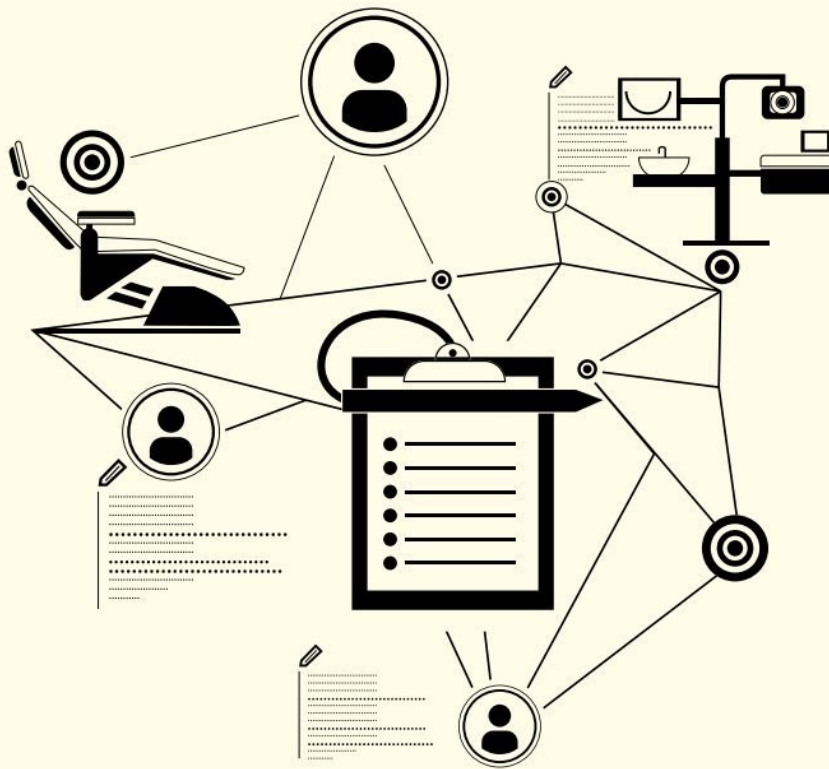
a TEXTUL

1. Textul să fie redactat și salvat sub formă de document Word
2. Textul redactat să aibă diacriticele trecute (ă, ș, ț, â, î) și 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 problematicei și imaginilor incluse în studiu
6. Este necesar acordul scris al pacienților cu privire la publicarea cazurilor în cazul în care aceștia pot fi identificați.
7. Este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor preluați sau traduși.
8. Prin trimiterea articolului spre publicare, autorul își asumă în întregime responsabilitatea conținutului acestuia. Revista 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@dental.ro

PAGINI JURIDICE



Prezentul articol se înscrie în demersul de a informa medicii dentiști cititori ai revistei asupra actelor normative emise de CMDR (devenit CMSR), dar și asupra actelor adoptate la nivel european.

Decizia CMSR nr. 3 / 2019 aduce modificări și completări Regulamentului de organizare și funcționare a CMSR, act normativ fundamental în organizarea și structura ordinului profesional (CMSR), dar care se reflectă profund și în gradul de reprezentativitate a acestuia în raport cu propriii săi membri.

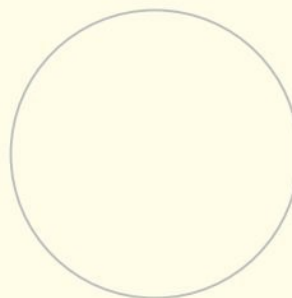
Noul act normativ adoptat de CMSR aduce o acuratețe juridică din punct de vedere formal, clarificări de semantică necesare, dar și reglementări care schimbă complet bazele democratice ale organizării cu privire la reprezentativitate și număr nelimitat de mandate pentru organele de conducere de la orice nivel, teritorial ori național.

„Cele mai multe dezbinări se ivesc în cetăți din cauza ambiției” a spus Aristotel cândva și astăzi îl citez în agora stomatologiei, încrezătoare fiind că ... excelența morală este un rezultat al felului în care trăim. Devenim corecți făcând fapte corecte, devenim temperați comportându-ne temperat și devenim curajoși făcând acte curajoase.

După cum spunea tot Aristotel... gândesc eu, în agora stomatologiei de astăzi, în tăcere!

În materia actelor adoptate la nivel european cu relevanță în stomatologie avem în vedere Regulamentul UE 2017 / 852 privind mercurul și de abrogare a Regulamentului CE 1102 / 2008, care impune reguli noi în utilizarea și gestionarea amalgamului dentar.

Chiar dacă în România amalgamul dentar este mult mai puțin utilizat decât în alte state ale Uniunii Europene, mai ales la nivel urban unde multe cabinete private au ales să nu utilizeze amalgamul dentar chiar de la momentul înființării, de peste 20 de ani, reglementările în materie sunt opozabile tuturor.



Av. Luciana Mihai

În plus, acest regulament european ne dă speranța că vor lua măsuri și autoritățile naționale de reglementare, în speță Ministerul Sănătății, pentru a armoniza normele interne cu cele europene.

Am în vedere Anexa nr. 2 la OMSF nr. 153 / 2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, care stabilește dotarea minimă pt. cabinete și care este cel puțin desuetă de mulți ani!

Poate vor înțelege și autoritățile noastre că nu lampa de fotopolimerizare are caracter opțional, ci amalgamul dentar, cu condiția să fie încapsulat, altfel nu mai este permisă deținerea sa în cabinet.

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.

Noi acte normative în domeniul stomatologiei Tematică și conținut

Decizia CMSR nr. 3 / 2019 privind modificarea și completarea Regulamentului de organizare și funcționare a CMSR

Decizia CMSR nr. 3 / 2019 privind modificarea și completarea Regulamentului de organizare și funcționare a CMSR, publicată în M. Of. P. I nr. 397 / 21.05.2019, a intrat în vigoare și aduce următoarele modificări și completări Regulamentului de organizare și funcționare a CMDR:

- se modifică sintagma Colegiul Medicilor Dentiști din România în Colegiul Medicilor Stomatologi din România, respectiv abrevierea CMDR devine CMSR;
- se înlocuiește sintagma **medic dentist** cu sintagma **medic stomatolog**;
- se modifică emblema cu sigla CMSR, fiind cea prevăzută în Anexa nr. 1 la Regulament;
- se renunță la sintagma **probleme** de la art. 7 lit. h, păstrându-se doar **socioeconomic, financiar-contabil și administrativ**,

cu referire la principalele domenii de activitate – de fapt suntem în prezența unei rectificări aici;

- se modifică norma de reprezentare în Adunarea generală națională la 1 / 200 membri înscriși în fiecare colegiu teritorial la data organizării alegerilor, cel puțin un reprezentant pentru un colegiu teritorial și o proporție de 30 % pt. membrii supleanți. Această modificare în materia reprezentării prevăzută de art. 21 din ROF al CMSR reiterează modificarea deja adoptată prin L. nr. 45 / 2019, care modifica deja în acest sens L. nr. 95 / 2006 rep. cu modificările și completările ulterioare.
- a fost eliminată sintagma **delegat** care era utilizată în art. 22 pt. noțiunea de **reprezentant**;
- s-a păstrat cvorumul legal calificat pt.

modificarea Codului deontologic sau Regulamentului de organizare și funcționare (prezența a cel puțin 2/3 din numărul reprezentanților aleși) și cворumul simplu pt. adoptarea celorlate decizii (prezența a cel puțin 1/3 din numărul reprezentațiilor aleși);

- în cadrul ședințelor Adunării generale și Consiliului național se înlocuiește consemnarea pe proces-verbal cu cea prin stenograme, iar deciziile vor fi transmise colegiilor teritoriale, spre informare;
- termenele de convocare a membrilor Consiliului național se modifică la 7 zile, cu excepția ședințelor extraordinare care vor putea fi convocate în același termen de minimum 5 zile;
- în ceea ce privește atribuțiile Consiliului național prevăzute de art. 35 din ROF se înlocuiește prerogativa alegerii membrilor Comisiei superioare de disciplină cu votarea membrilor acestei comisii, în componența propusă de Biroul executiv național;
- comisiile de lucru de la nivel local adoptă o organizare similară cu cea de la nivel național;
- atribuțiile Biroului executiv național prevăzute de art. 43 din ROF au rămas aceleași pe fond, deși au intervenit modificări la cele prevăzute la lit. c) și g), dar sensul aplicării normelor nu se schimbă, modificările fiind de natură formală;
- același comentariu este valabil și pt. modificările aduse art. 71, nu se modifică organele de conducere ale colegiilor teritoriale, ci doar denumirea lor este clarificată;
- componența consiliilor colegiilor teritoriale a păstrat aceeași cotă, modificarea art. 73 alin. (1) vizează doar denumirea de *stomatolog*;

- biroul executiv, ales de consiliul colegiului teritorial, păstrează aceeași structură pe funcții pt. cei 5 membri: președinte, doi vicepreședinți, un secretar și un trezorerier;
- modificările aduse prevederilor art. 106 - 107 din ROF cu privire la reguli de procedură în cadrul procedurii disciplinare sunt numai de ordin semantic;
- tot de ordin semantic este și completarea art. 127 alin. (3);
- astfel cum s-a dispus înlocuirea sintagmei dentist cu stomatolog, se modifică și se înlocuiesc anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din regulamentul, adică se modifică și se înlocuiește sigla CMSR și se modifică corespunzător denumirea colegiilor teritoriale;
- elementul de maximă noutate constă în introducerea în ROF a art. 118¹ care prevede că numărul de mandate în structurile și funcțiile de conducere de la nivel național și/sau teritorial este nelimitat.

Reamintim că până la momentul abrogării art. 118 din ROF prin Decizia CMDR nr. 3 / 2015, numărul de mandate era limitat la două, care puteau fi și consecutive.

Regulamentul UE 852 / 2017 al Parlamentului european și al Consiliului privind mercurul și de abrogare a Regulamentului 1102 / 2008

Art. 10 din Regulamentul UE 852 / 2017 al Parlamentului european și al Consiliului privind mercurul și de abrogare a Regulamentului 1102 / 2008 instituie noi reglementări cu privire la **amalgamul dentar**, valabile pentru toate statele Uniunii Europene.

În principal trebuie să avem în vedere următoarele:

- începând cu data de 1 ianuarie 2019, amalgamul dentar se utilizează numai sub formă încapsulată predozată, fiind interzisă utilizarea de către medicii dentiști a mercurului în vrac;
- încă din data de 1 iulie 2018, amalgamul dentar nu se mai folosește în tratamentele dinților de lapte la copiii sub 15 ani și la femeile însărcinate sau care alăptează, decât dacă acest lucru este considerat strict necesar de către medicul dentist din motive legate de nevoile medicale specifice ale

pacientului;

- până la data de 1 iulie 2019, statele membre elaborează un plan național privind măsurile pe care intenționează să le pună în aplicare pentru a reduce treptat utilizarea amalgamului dentar;
- începând cu data de 1 ianuarie 2019, operatorii cabinetelor stomatologice în care se utilizează amalgam dentar sau care îndepărtează plombe dentare pe bază de amalgam dentar sau extrag dinți care conțin astfel de plombe se asigură că unitățile sunt dotate cu separatoare de amalgam care să rețină și să colecteze particulele de amalgam, inclusiv cele din apa uzată;
- cabinetele stomatologice trebuie să se asigure că până la data de 1 ianuarie 2021 toate separatoarele de amalgam puse în funcțiune trebuie să furnizeze un nivel de

retenție de minimum 95 % a particulelor de amalgam;

- medicii dentiști trebuie să se asigure că deșeurile de amalgam, inclusiv reziduurile de amalgam, particulele și plombele ori dinții sau părți ale acestora, contaminate cu amalgam dentar, sunt manipulate și colectate de o unitate autorizată de gestionare a deșeurilor;
- deșeurile de amalgam nu trebuie să fie evacuate în mediu, în niciun caz, direct sau indirect.

Eliminarea deșeurilor de mercur face obiectul unui capitol separat, prevăzut de art. 11 - 14 din Regulamentul UE 2017 / 852 și trasează reguli stricte operatorilor economici care își desfășoară activitatea în domeniul eliminării deșeurilor și a deșeurilor de mercur.

În acest context european, atragem atenția că în prezent **dotarea minimă** obligatorie a cabinetelor stomatologice este tot cea prevăzută de OMSF nr. 153 / 2003, care în Anexa nr. 2 prevede următoarea dotare minimă:

Dotare:

- unit dentar cu cel puțin două piese terminale;
- fotoliu dentar;
- tensiometru și stetoscop;
- **opțional: lampă de fotopolimerizare**, aparat de detartraj cu ultrasunete.

Instrumentar și materiale:

- ace Reamers, Hedstrom, Lentullo, Miller, tirre-nerf, Kerr;
- freze Beutelrock scurte și lungi;
- bisturii pentru mucoasă;
- clești pentru extracție (maxilarul superior și maxilarul inferior);
- clește crampon;
- chiurete tip Volkman – drepte și curbe;
- elevatoare drepte și curbe;
- foarfece chirurgicale drepte și curbe;
- canule metalice și de unică folosință pentru aspirație;
- oglinzi dentare;
- sonde dentare;
- pense dentare;
- spatule bucale metalice;
- excavatoare duble de diferite mărimi;
- pense Pean;
- lampă de spirt sau arzător de gaze;
- linguri metalice pentru amprente și/sau masă plastică (de unică folosință sau sterilizabile);
- matrice, portmatrice Ivory;
- matrice, portmatrice circulare;
- separatoare de dinți Ivory;
- mandrine piesă dreaptă și unghi;
- seringă uniject cu ace;
- ace chirurgicale atraumatice (de unică folosință);
- mandrine pentru piesă dreaptă și unghi;
- instrumentar de detartraj de diferite forme;
- freze pentru turbină din oțel și diamantate;
- freze din oțel și diamantate pentru piesa

dreaptă și unghi;

- gume, perii, pufuri pentru lustruit obturații fizionomice și de **amalgam de Ag**;
- bol de cauciuc;
- spatulă pentru malaxat gips;
- cuțit pentru ceară;
- materiale pentru amprentarea arcadelor alveolodentare;
- materiale auxiliare pentru curățarea mecanică;
- materiale termoplastice;
- materiale pentru coafaj pulpar;
- materiale pentru obturații provizorii;
- materiale pentru obturații fizionomice;
- **aliaj de Ag + Hg**;
- cimenturi dentare diferite;
- materiale pentru terapia endodontică;
- soluții și pulberi: Walkkoff, clorură de zinc, tricrezol, eugenol, iodoform;
- substanțe anestezice injectabile și de contact;
- echipament de protecție (halat, mască, mănuși, ochelari).

Totuși, regulamentul european interzice utilizarea amalgamului vrac.

Actul normativ intern încă îl impune în dotarea minimă.

Quo vadis?

Totuși, regulamentul european prevalează, adică se aplică obligatoriu și cu prioritate. Iar autoritățile în domeniul sănătății, respectiv stomatologiei, nu sunt mandatate pe termen nelimitat să mențină confuzie prin norme desuete, confuzie care în cele din urmă poate avea consecințe nefaste nu doar în dificultatea de gestionare a cabinetelor de către managerii lor, ci asupra siguranței pacienților.

MINIIMPLANTURI VERSUS IMPLANTURI CLASICE ÎN TERAPIA EDENTAȚIEI TOTALE 2019

Sâmbătă, 21 Septembrie 2019

Lector: **Conf. Dr. Marius Leretter**
- U.M.F. Victor Babeș Timișoara
Locație: **Hotel Unirea Iași**



Conf. Dr. Marius Leretter

PROGRAM CURS

- 09:00 - 13:00 - Curs teoretic
- 13:00 - 14:00 - Pauză de masă
- 14:00 - 17:00 - Curs practic

Cine este conf Dr. Marius Leretter?

Pregătire profesională

- Absolvent al Facultății de Stomatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara, promoția 1989;
- Medic Primar Stomatologie Generală - 1996;
- Doctor în Științe Medicale - 2000, în domeniul terapiei cu laser în medicina dentară;
- Competență în Implantologie Dentară - 2006
- Conferențiar Universitar Protetică Dentară - Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara;
- Medic Primar Protetică Dentară.

Ce învățăm la curs?

Utilizând miniimplanturile dentare MDI pentru stabilizarea protezelor totale puteți oferi pacienților dumneavoastră o soluție de tratament cu rezultate validate în timp. Această tehnică se adresează în special pacienților care în trecut au refuzat un tratament din motive de frică sau costuri. Miniimplanturile se aplică minim invaziv și în majoritatea cazurilor pot fi încărcate imediat.

Curs teoretic și practic:

- evaluare clinică și paraclinică
- prezentarea kit-ului de miniimplanturi MDI
- inserarea de către cursanți a miniimplanturilor MDI în os animal
- căptușirea elastică și rigidă a protezelor dentare
- inserarea pe os animal, cu sau fără lambou
- inserarea a 4 implanturi pe model printat

TAXA DE PARTICIPARE:

Pentru membrii AMSPPR și membrii Elite
pe DentalEventsCalendar.com
Teorie: 250 lei
Teorie și Practică: 900 lei

Pentru nemembri:

Teorie: 375 lei
Teorie și Practică: 1200 lei

Informații:

Rezervarea locului se face doar telefonic.
Radu Alexandra - 0751 24 79 87
E-mail: amsppr.moldova@dental.ro

* Materialele și instrumentele sunt asigurate de organizator.

* Pauzele de masă și pauzele de cafea sunt incluse în prețul cursului.

Plata se poate face fie la sediul asociației din Bd Carol I nr 4, Clădirea Habitat Proiect Copou, fie în contul RO25 BTRL 0240 1205 M 93453 XX, cod fiscal 13480091 deschis la Banca Transilvania Iași.

CONDITII DE INSCRIERE:

!Notă: Numărul de participanți la partea practică este limitat.

- Rezervarea locului se face numai în momentul plății unei taxe de avans în valoare de 50%;
- Plata diferenței se face cel târziu cu 7 zile înainte de data de începere a cursului;
- Renunțarea la curs se poate face cu minim 14 zile față de data de începere a cursului. Nerespectarea acestei perioade duce la pierderea taxei achitate.

Descoperiți elmex®.

Specialistul de încredere în îngrijire orală.



*Sondaj telefonic reprezentativ privind recomandările de pastă de dinți, organizat de Ipsos pe un eșantion de 300 de stomatologi, în ian-feb 2018.

elmex®
Healthy teeth for life.

