



EDITORIAL

La acest sfarsit de an 2012, cred ca se impune un scurt bilant al activitatii desfasurate in cadrul asociatiei, bilant care s-a dovedit pozitiv in ciuda crizei care ne musca din toate partile. Tocmai din cauza acesteia, activitatile desfasurate s-au regandit pentru a supravietui in conditiile concurentei tot mai crescute.

Cu toate ca Buletinul Informativ a suferit anul acesta o reducere substantiala in ce priveste numarul de aparitii (pentru economii), am compensate prin postarea pe site a informatiilor legate de activitatile EMC desfasurate precum si anunturi. Acest aspect, nu a diminuat numarul membrilor fideli, lucru care s-a materializat prin participarea la evenimentele organizate. Pentru acesti membri am scos aceasta editie, de sarbatori, cu urari de mai bine, sanatate, prosperitate si noroc in anul care bate la usa, un an 2013 pe care-l asteptam cu speranta .

Atasam mai jos lista evenimentelor de educatie medicala continua, desfasurate in perioada sept. 2011- nov. 2012

PERIOADA	TIP EVENIMENT	LOCATIE	DENUMIRE	LECTOR
29. IX - 01. X 2011	congres	Cluj-Napoca	<i>Clasic si modern in medicina dentara.</i>	Lectori din tara si strainatate.
29. X 2011	curs in colaborare cu firma G.C.	Cluj-Napoca	<i>Ionomerii din sticla-granita dintre materialele bioactive si cele biometrice. Proceduri simplificate pentru rezultate clinice de succes cu materialele compozite.</i>	Conf. univ. dr. Mugur Popescu George
2011 - 2012	curs in colaborare cu U.M.F. Gr.T. Popa, Iasi	Iasi	<i>Curs de competenta in implantologie.</i>	Prof. univ. dr. Norina Forna
02. XI – 05. XI 2011	curs	Bucuresti	<i>Modulul III, Parodontologie si Implantologie.</i>	Dr. Paul Mattout, dr. Cristina Vaida Franta
16. II – 18. II 2012	simpozion	Baia-Mare	<i>Maramedica</i>	Lectori din tara.
04. IV – 06. IV 2012	congres	Bucuresti	<i>Profesionalism, arta si competenta in medicina dentara.</i>	Lectori din tara si strainatate.
10. V – 11. V 2012	curs	Bucuresti, ROMEXPO	<i>Curs international de chirurgie si protetica pe implanturi.</i>	Prof. dr Gabriel Ceausu, prof. dr Joseph Nissan, ISRAEL
23. VI 2012	curs in colaborare cu CMD Bistrita	Bistrita	<i>Fatete ceramice-solutie estetica de exceptie.</i>	Dr. Smaranda Buduru
02. XI – 03 XI 2012	simpozion	Cluj-Napoca	<i>Clasic si modern in medicina dentara.</i>	Lectori romani si invitati straini.

* Dr. Rodica Aldica- presedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord



ADUNAREA GENERALA NATIONALA A A.M.S.P.P.R. ARDEAL NORD

La inceputul lunii noiembrie 2012, s-a desfasurat la Cluj-Napoca, **Adunarea Generala Nationala a A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord** la care au participat delegatii din judetele in care avem membri: Cluj, Alba, Bistrita, Sibiu, Salaj, Maramures, Timis, Satu-Mare, Mures. In cadrul A.G.N. s-au desfasurat alegeri, asadar dupa prezentarea darii de seama si a raportului financiar s-a trecut la votul celor prezenti; centralizarea voturilor a desemnat statutul de presedinte, vicepresedinte, si cenzori, in persoana urmatoarelor candidati:

Presedinte:
Dr. Rodica Aldica

Vicepresedinti:
Dr. Marius Nicolae Pop
Dr. Alina Claudia Marginean

Cenzori:
Dr. Elena Pop
Dr. Ramona Amina Popovici

O activitate prodigioasa se inregistreaza la Bistrita unde echipa formata din dr. Maria Rusu si dr. Marius Nicolae Pop au muncit peste puteri si nu numai ca au mentinut aceasta filiala, dar au facut-o sa devina un reper si un exemplu de urmat. La fel si la Medias, dr.Cristina Andron mentine flacara vie prin activitatile organizate.

***Dr. Rodica Aldica- presedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



Din pacate, in acest an ne-a parasit unul din membrii fondatori ai asociatiei dr.Andrei Fabian (Turda) precum si alti dragi colegi: dr.Mihaela Gruita, dr.Gheorghe Ghidrai, pentru care propunem un moment de reculegere.



CONGRESUL A.D.F, Paris 2012



Ca in fiecare an, se desfasoara la Palatul Congreselor din Paris cel mai mare eveniment profesional din Franta, dedicat medicilor stomatologi, manifestare la care se inscriu peste 10.000 de participanti. Pe langa aportul stiintific, acest eveniment confera si creditele anuale obligatorii precum si posibilitatea vizitarii unei expozitii cu sute de firme dispusa pe 4 etaje. Dupa cum se vede, colegiul medicilor dentisti din Franta, nu interzice asocierea manifestarilor E.M.C creditate cu targuri si expozitii, asa cum, din pacate NU s-a intamplat la noi in ultimul an.

Programul stiintific s-a desfasurat in peste 20 de sali paralele cu teme pe toate gusturile, atat gratuite cat si contra-cost.

Cateva titluri dintre tematicile prezente in programul congresului: “Succes si esec-factori predictibili ai rezultatului tratamentului endodontic”, “Saliva-aspecte biologice si modificari survenite odata cu varsta”, “Diferitele aspecte ale uzurii dentare”, “Planificarea peri-implantara”, “Mentinerea zambetului cu o proteza mobila estetica si confortabila”, Chirurgia parodontala regenerativa”, “Ce trebuie sa stim in endodontie pentru reusita tratamentului initial”, “Cum sa va organizati cabinetul ca sa corespunda normelor din 2012”, “Noi concepte in restaurarea dintilor posteriori vitali si devitalizati” (aceasta enumerare, nu reprezinta decat o parte din temele prezentate in decursul primei zile de congres).

Sigur ca, in spatiul expozitional si la cursuri se intra pe baza de ecuson. Pe langa cursurile teoretice prezentate au avut loc si lucrari practice: “Totul despre lipirea fatetelor ceramice”, “Prevenirea tulburarilor sistemului musculo- scheletic al practicianului”, “Cavitatea de acces si punerea in evidenta a canalelor radiculare”.



(foto: una din salile de conferinta)

In ultima perioada, practica implantologica a luat un mare avant, mai ales in tarile vestice unde populatia dispune de posibilitati financiare care sa permita un asemenea tratament.

Un curs de specialitate la Paris costa in jur de 3.500 euro, dureaza o saptamana, distributia timpului alocat teoriei si practicii facandu-se in urmtorul raport: 1 ½ zi teorie, 5 ½ zile practica pe model si pe pacient pus la dispozitie de catre organizator, cu posibilitatea de a vedea pe ecran interventiile live, ale celorlalti colegi.

Pentru cei interesati putem oferi informatii la sediul A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord.

Desemenea, va informam ca, in anul urmator Congresul F.D.I. se va desfasura la ISTANBUL, iar inscrierile au inceput de cateva zile.

Istanbul – point de rencontre		Istanbul – point de rencontre	
Vision	<p>La santé bucco-dentaire au carrefour des continents</p> <p>Du 28 au 31 août 2013 Istanbul, Turquie Istanbul Congress Center</p> <p>Submission des résumés pour les communications libres jusqu'au 29 mars 2013</p> <p>Tarif d'inscription professionnel jusqu'au 31 mai 2013</p> <p>La Fédération Dentaire Internationale est membre de l'ADA CERP Les délégués membres du congrès bénéficieront de certains privilèges réservés en participant aux sessions www.fdiworlddental.org/2013congress</p> <p>ADA CERP Continuing Education International Dental Congress</p>	Contacts	
Diversité		Culture	
Histoire		Education	
Convivialité		Hospitalité	
Compétence		Business	

***Dr. Rodica Aldica- presedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



C.A.S.



In luna octombrie 2012, C.A.S. Cluj, ca urmare a incetarii sau suspendarii unor contracte de prestari servicii medicale, sau datorita existentei unor sume de bani ne-consumate in unele contracte, a luat decizia modificarii plafonului lunar dupa cum urmeaza:

• **MEDIC DENTIST**

- mediul urban: 21.60 Ron (sume ne-consumate)
80.00 Ron (incetari contracte)
- mediul rural: 32.40 Ron
120.00 Ron

• **MEDIC SPECIALIST DENTIST**

- mediul urban: 27.00 Ron
100.00 Ron
- mediul rural: 40.50 Ron
150.00 Ron

• **MEDIC PRIMAR DENTIST**

- mediul urban: 32.40 Ron
120.00 Ron
- mediul rural: 48.60 Ron
180.00 Ron

Sumele rezultate in decursul anilor trecuti din rectificarea bugetara, in acest an nu au mai aparut (nu s-a mai aplicat rectificarea bugetara de la finalul anului).

***Dr. Alina Claudia Marginean- vicepresedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



PENTRU CEI CARE DORESC SA LUCREZE IN FRANTA

Un lucru important de stiut este faptul ca obtinerea certificatului de conformitate (document obligatoriu la dosar) dureaza intre 6-8 luni.

Dupa intocmirea dosarului cu actele necesare, medicul trebuie sa isi aleaga un cabinet pe teritoriul Frantei, iar apoi sa depuna actele la colegiul medicilor dentisti din departamentul in a carui zona se afla cabinetul stomatologic ales. Dupa ce medicul stomatolog intra in posesia certificatului de membru in colegiul medicilor dentisti din Franta, poate lucra ca si colaborator sau proprietar de cabinet.

La cumpararea unui cabinet trebuie sa se tina seama ca cifra de afaceri (pe care o prezinta vanzatorul), nu coincide cu banii ramasi in mana, respectiv profitul. Asadar, la o cifra de afaceri de 10.000 euro se ramane in mana cu o suma de 3.000 euro. Din acesti bani trebuie acoperite cheltuielile de baza: chiria (intre 500-800 euro), incalzirea (poate ajunge la 500 euro), apa, curentul (cca. 200 euro), telefon (cca. 100 euro) plus cheltuielile pentru hrana si imbracaminte.

Atunci cand se cumpara clientela, este recomandat sa se tina seama de urmatorul aspect timporal: medicul stomatolog francez care a vandut cabinetul, ar trebui sa plece din cabinet in maxim doua luni de zile, altfel exista

riscul clientelei (cumparate) care ii urmeaza in locatia unde acesta isi va continua activitatea. Este posibil ca din clientela cumparata sa ramana jumatate sau chiar mai putin. Mai exista aspectul pacientilor francezi, care nu doresc sa fie tratati de medici straini (sau romani).

Trebuie tinut seama de distributia si numarul cabinetelor de stomatologie care mai exista in zona (raportul numar cabinete/numar pacienti care locuiesc in zona).

Este preferabil ca pozitionarea cabinetului sa nu fie la etaj, sau daca este asa, e important sa existe in imobil un lift si rampa pentru handicapati.

In general, pentru medicii romani se dau avize mai usor pentru cabinetele din provincie, unde medicii francezi nu doresc sa mearga.

Au existat cazuri in care colegiul medicilor a refuzat avizul in orase pentru medicii romani.

Toti medicii lucreaza cu casa de asigurari de sanatate, intrucat toate tratamentele sunt rambursate (obturatii, extractii, detartraje). Protetica e rambursata partial: o parte de catre casa de asigurari de sanatate, alta parte de catre companiile de asigurare private.

Implanturile si tratamentele parodontale nu sunt compensate.

Pacientul plateste medicului stomatolog suma integrala a tratamentului (numerar, cec, card bancar) iar casa/compania de asigurare ii vireaza ulterior pacientului banii in cont.

E important sa se cunoasca limba franceza cat mai bine, pentru ca altfel se intampina dificultati in comunicarea cu pacientul, de cele mai multe ori, daca in cabinet exista o asistenta frantuzoaica poate sa nu fie dispusa sa faca servicii de translator. Astfel, o buna parte a medicilor stomatologi romani, si-au concediat asistenta pentru atitudinea de superioritate si chiar impertinenta de care a dat dovada.

E bine sa preluati cabinetul fara asistenta, intrucat o concediere poate ajunge sa va coste pana la 6.000 euro!!! Asistenta poate fi preluata, recomandabil cu contract de munca pe o perioada determinata, care se poate prelungi daca colaborarea este buna. Salariul net al unei asistente este intre 1.100-1.500 euro, iar contributiile la stat pe care trebuie sa le virati sunt dublul salariului net.

Firmele care intermediaza intre aplicanti si cabinetele medicale din Franta si care va asigura ca veti primi imediat un imprumut bancar ca sa cumparati cabinetul, nu sunt tocmai bine informate. Bancile nu dau imprumuturi fara ipoteca sau fara un acot din partea dumneavoastra.

Dupa un an, cand puteti dovedi o cifra de afaceri este mai simplu.

In rest, success celor temerari!



(foto: harta regiunilor din Franta)

Dent	Code	Nature de l'acte	Cotation	Montant	Base Sécu.	Rembours Sécu.	Rembours Mutuelle
25		INTER CERAMIQUE	SPR	30,00	490,00	64,50	45,15
		bridge provisoire	HN	360,00			
				5130,00	924,50	647,15	
(A la charge du patient: 4482,85 €)				Total à payer: 5130,00 €			
SPR 430/ HN 0/							
Praticien				Patient			

NB: Les soins ne sont pas compris dans ce devis.

***Dr. Rodica Aldica- presedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



C.M.D.R. - DECIZII LEGISLATIVE

In data de 30 iunie 2012, Colegiul Medicilor Dentisti Cluj a fost gazda sedintei Consiliului National al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania, pe a carei ordine de zi s-au regasit mai multe proiecte legislative cu implicatii asupra activitatii medicale din domeniu.

S-au luat o serie de decizii cu privire la competentele medicului dentist, inclusiv ale medicului specialist si ale medicului primar in stomatologie generala:

- potrivit Deciziei C.M.D.R. nr. 49/30.06.2012 publicata in M.of. nr. 482/13.07.2012, competentele medicului specialist si ale medicului primar in chirurgie dento-alveolara;
- potrivit Deciziei 50/30.06.2012, publicata in M.of. nr. 482/13.07.2012, competentele medicului specialist si ale medicului primar in chirurgia oro-maxilo-faciala cu dubla licenta (medicina dentara si medicina generala) sau absolventi ai facultatilor de medicina dentara;
- potrivit Deciziei C.M.D.R. nr. 52/30.06.2012 publicata in M.of. nr. 482/13.07.2012 s-au stabilit competentele medicului specialist si ale medicului primar in ortodontie si ortopedie dento-faciala.
- potrivit Deciziei C.M.D.R. nr. 53/30.06.2012, publicata in M.of. nr. 490/17.07.2012, au fost stabilite competentele medicului specialist si ale medicului primar in parodontologie;
- potrivit Deciziei C.M.D.R. nr. 54/30.06.2012, publicata in M.of. nr. 490/17.07.2012 sunt stabilite competentele medicului specialist si ale medicului primar in endodontie
- potrivit Deciziei C.M.D.R. nr. 57/30.06.2012, publicata in M.of. nr. 507/24.07.2012 sunt stabilite competentele medicului specialist si ale medicului primar in protetica dentara.

In aceeasi sedinta din 30 iunie 2012, conform Deciziei C.M.D.R. nr. 55/30.06.2012 s-a stabilit continutul minim al trusei de urgenta pentru cabinetul de medicina dentara.

***Dr. Alina Claudia Marginean- vicepresedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



MEDICINA DENTARA – PROVOCARI VIITOARE!

O dilema produsa de evolutia patogeniei si tratamentelor in medicina dentara in viitor, va fi atitudinea medicilor dentisti in raport cu diferitele categorii ale populatiei universale: tineri, adulti, varstnici.

Progresele din sfera etiopatogeniei, diagnosticului, tratamentelor si prognosticului bolilor bucodentare, facute din cele mai vechi timpuri si pana in prezent, au fost foarte mari, uneori chiar surprinzatoare. Aceasta evolutie progresiva nu ar fi fost posibila fara solicitarile tot mai pretentioase ale pacientilor si fara raspunsurile cercetatorilor i medicilor la aceste cerinte.



(foto: aparat radiologie dentara)

Explorari sofisticate in domeniul etiopatogeniei si evolutiei bolilor bucodentare au provocat raspunsuri pe masura din partea medicilor stomatologi, privind tehnicile, materialele restauratoare si aparatele- progresiv tot mai performante, realizate in colaborare cu biochimisti, histopatologi, chimisti, ingineri si electronisti de prestigiu.

Rezultatele privind ameliorarea, reconstituirea sau vindecarea afectiunilor bucodentare, se vad in prezent cu prisosinta: materiale si aparaturi performante, tehnici operatorii indraznete si cel mai important factor- prezenta specialistilor de inalta clasa in medicina dentara.

Aceste fenomene ne sunt deja foarte cunoscute, cu referinta in special la populatiile tinere si adulte. Dar, referindu-ne la toate categoriile de populatie se naste intrebarea: este medicina dentara astazi, pe deplin in folosul celui pentru care s-au facut toate aceste progrese, adica in folosul Mariei Sale PACIENTUL?!



(foto: activitati de cercetare in laborator)

Constatarile celor mai demne studii de luat in seama facute de catre specialistii O.N.U., in domeniul evolutiei populatiilor Terrei, au condus la o simpla si unanima constatare: numarul persoanelor care ating o varsta in jur de 65 de ani in tarile industrial si cultural evolute, a sporit foarte mult!

Concomitent a crescut si speranta mediei de viata a populatiilor de la 45 de ani in jurul anilor 1900, la 75-78 de ani in prezent. In consecinta, aceasta categorie de populatie de varsta a III-a isi solicita pretentiile firesti din partea specialistilor in privinta conservarii si protejarii dintilor naturali, a esteticii si confortului functional al aparatului dentomaxilar.

Astfel, contributia remarcabila a medicilor stomatologi se remarca prin faptul ca trei sferturi din aceasta categorie de populatie poate fi considerata d.p.d.v. functional, in mai mica masura dependenta de tratamente restauratoare sau corectoare laborioase gratie masurilor profilactice ferme si eforturilor terapeutice pertinente, folosite in scopul mentinerii starii de sanatate functionala si estetica a structurilor bucodentare.

O alta categorie a populatiei de varsta a III-a, aproximativ 18-25% este considerata fragila (cei care si-au pierdut partial independenta comportamentala, dar pot avea o viata sociala, daca beneficiaza de unele servicii sociale de suport).

In sfarsit, restul populatiilor varstnice (aproximativ 7-8%), sunt persoane dependente functional. Acestia nu pot trai independenti; ei au nevoie de asistenta fie la domiciliu, fie in plasamente institutionalizate. Ei au o evolutie nefavorabila a starii de sanatate bucala in tarile mai putin dezvoltate d.p.d.v. economic, unde serviciile si mijloacele terapeutice sunt mai greu accesibile. Pe de alta parte, este de inteles ca procentajul populatiilor varstnice din zone mai dezvoltate economic este in crestere. Aceste realitati constituie o provocare pentru medicii dentisti in viitor, sub cel putin doua aspecte.

In primul rand aceasta categorie de populatie va fi diferita de cea actuala prin prisma numarului mai mare de dinti restanti functionali. In cel de-al doilea rand, concomitent creste si riscul imbolnavirilor bucodentare favorizat de inaintarea in varsta, simultan cu scaderea abilitatii de control a placii dentare la aceste persoane, prin carii dentare si parodontopatii. In plus, mai trebuie luata in considerare si sporirea infirmitatilor, tot o cauza a inaintarii in varsta. Fragilitatea starii de sanatate impune folosirea a cel putin trei tipuri de medicamente zilnic. Acestea pot influenta fluxul salivar, sporind riscul de imbolnavire prin carii dentare sau parodontopatii, orientandu-ne atentia spre o mai mare importanta acordata mijloacelor profilactice prin intermediul persoanelor specializate in controlul igienei bucodentare, a prevenirii infectiilor si durerilor.

In cazul persoanelor in varsta purtatoare de proteze mobilizabile, masurile profilactice sunt mai simple. Ele vizeaza in special evitarea aparitiei stomatitelor protetice si candidozelor, in paralel cu masurile de re-adaptare a vechilor proteze.



(foto: proteza totala acrilica)

Din punct de vedere estetic, la pacientii actuali si cu siguranta, in mai mare masura la cei viitori, se constata o sporire a pretentiilor estetice si de confort functional, deoarece acestia au deja idei noi despre proteze- estetica si confortul acestora. Aceste solicitari se pot realiza mai usor cu pacientii cooperanti. In cazurile pacientilor cu stari patologice avansate care necesita extractii multiple, urmate de protezari extinse, situatia devine dilematica. Daca temporizam tratamentul, s-ar putea ca pacientii sa nu poata tolera protezele sau modificarile ulterioare ale acestora.

In fata unor astfel de dileme, sarcina medicului dentist este de a respecta riguros principiul deontologic esential in medicina dentara: alegerea si aplicarea celui mai simplu tratament (pe cat posibil conservativ) care sa satisfaca dorintele, conditiile igienice, confortul, functionalitatea si estetica. In cazul pacientilor cu stare de sanatate fragila sau a celor dependenti va trebui sa aplicam in primul rand, masuri de oprire sau temporizare a evolutiei bolii si de a intelege simptomele dominante. Exemplu: o lucrare protetica anterioara cu care pacientul s-a obisnuit, nu trebuie neaparat inlocuita ci doar ajustata, daca prezinta doar instabilitate sau produce decubitusuri marginale, deoarece nu exista o satisfactie mai mare in profesia noastra decat aceea de ai ajuta pe cei care nu se pot ajuta singuri, aceasta in acord cu principiul inaintasilor nostri in ale medicinei: NIHIL NON NOCERE!

* Prof. univ. dr. Sever Popa- U.M.F. „Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca



DESPRE UTILIZAREA LASERULUI TERAPEUTIC IN STOMATOLOGIE

Primele tentative de utilizare ale *radiatiilor de tip laser* dateaza din anii '70. Atunci s-a observat, dupa prealabile testari pe sobolani, faptul ca *radiatiile laser* aplicate pe un proces carois in evolutie la om, nu afecteaza pulpa dentara. Este vorba despre *radiatia rosie* a laserului terapeutic.



(foto: laser terapeutic-radiatie rosie)

Explicatia consta in faptul ca, fasciculul rosu traverseaza cu usurinta smaltul si dentina sanatoasa, in timp ce dentina alterata, modificata la culoare, estompeaza pasajul radiatiei laser.

Aparatele laser moderne folosite de catre stomatologi, implicit si cel pe care-l detin, se pot utiliza cu usurinta si in anumite afectiuni dermatologice, ginecologice, O.R.L., si pentru detectarea punctelor in acupunctura. Este vorba despre o radiatie laser non-invaziva, rosie, pana la 30 mW si focalizata pe un teritoriu de maximum 1cm², profunzimea actiunii fiind de cca. 2-3 mm. Focalizare se face cu ajutorul unui ghid special, care se amplaseaza in zona unde este nevoie.

Dupa o experienta de 8 ani, pot afirma ca sunt multumit de aparatele benefice ale acestui aparat asupra tesuturilor a caror afectiuni le-am tratat. Sub actiunea radiatiei laser se produce o stimulare a schimburilor biochimice la nivel celular, o accelerare a microcirculatiei, o mai buna oxigenare, activarea fagocitozei si o desensibilizare a terminatiilor nervoase din caniculele dentinare, reducandu-se astfel considerabil si durerea pe langa efectele antiflogistic, antiinflamator, antiedematos, antibacterian, antiviral, cicatrizant-epitelizant, usor homeostatic.

Exemplificand, in terapia aftelor bucale, inca de la prima expunere (cca. 50 secunde), dispare senzatia de usturime provocata de condimente. Dupa alte 3-4 sedinte consecutive (in decursul unei saptamani) sau cel mult continuate si in saptamana urmatoare, afectiunea se vindeca mai repede cu 2-3 zile decat in cazul tratamentului medicamentos clasic.

Am observat ca la unii pacienti, in urma iradierii, leziunea herpetica (herpes recidivant) nu a mai aparut in acelasi loc sau chiar deloc.

In tulburarile A.T.M., cu dureri superioare la deschiderea gurii, fara alta medicatie, dupa cca. 8 sedinte (2 saptamani), durerea a cedat, pacientul putand mobiliza mandibula in mod corespunzator.

Efectul hemostatic si antibacterian al laserului este benefic post-extractiional si post-operator, caz in care ghidul se introduce in alveola sau plaga, unde actioneaza cca. 2 ½ - 3 minute, timp in care distruge microbii si grabeste hemostaza. In leziunile carioase, dupa efectuarea toaletei dentinare, putem iradia zona cca. 2 minute, dupa care putem continua cu tratamentul clasic.

Gingivitele cronice si parodontitele cronice marginale, superficiale si profunde, beneficiaza si ele de acest tratament cca. 3-4 saptamani, implicand cate 3-4 iradiieri consecutive (in decursul unei saptamani), complementar tratamentului clasic adecvat tipului de afectiune. Efectele se observa prin reducerea edemului, diminuarea secretiilor din pungile parodontale si oprirea sangerarilor din timpul periajului.

Pe langa aceste avantaje ale tratamentului cu laser terapeutic, exista si cateva contraindicatii si precautii in cazul: epilepsiei, leziunilor premaligne, proceselor tumorale. Folosirea unor ochelari speciali oferiti de catre medicul stomatolog, protejeaza ochii pacientului de radiatia care poate produce afectarea retinei.

Un ultim avantaj pe care as dori sa-l mentionez, ar fi aparatul tip laser terapeutic portabil.



(foto: aparate laser terapeutice portabile)

* **Dr. Marius Nicolae Pop- vicepresedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



RELATIA: PLACA BACTERIANA – CARIE DENTARA = FENOMEN ECOLOGIC

Studiile epidemiologice au aratat ca leziunile odontale prin carie dateaza de milenii, dar raspandirea lor deosebita in ultimele decenii a determinat specialistii sa o considere o boala a civilizatiei moderne. În mod paradoxal, deși medicina dentara a inregistrat progrese evidente nu poate inca, sa raspunda la o serie de intrebari venite din partea pacientilor: „De ce bunicul meu nu a avut nici o carie, desi nu s-a spalat niciodată pe dinți?”

„Am o igienă orală corecta, de ce dintii mei se cariază?”

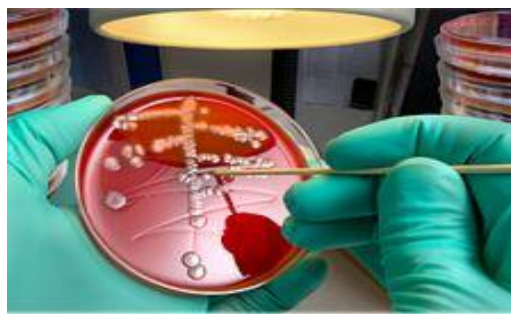
De-alungul anilor s-au formulat diverse raspunsuri, dar nici unul satisfăcător. Drept explicatie, credem ca poate servi insasi **etiopatogenia cariei dentare**.

Pe suprafata dintilor se acumulează un material moale, translucid si aderent numit peliculă dentară. Pentru ca, pe această peliculă aderă bacterii si in final este compusă din microorganisme si produsele lor, a fost numita placa bacteriana. “Acumularea placii bacteriene pe dinti reprezinta un fenomen de o inalta organizare care se produce intr-o ordine secventionala bine stabilita.”

Dezvoltarea si cresterea placii bacteriene pe dinti este un fenomen normal, iar structura placii bacteriene este supusa unor succesiuni de modificari in perioada cresterii sale. Aceste modificari influenteaza semnificativ metabolismul si alte caracteristici ale placii bacteriene. Modificarile structurale din placa bacteriana sunt predictibile si guvernate de principiile generale ale ecologiei, stiinta care studiaza interactiunea dintre un organism si mediul sau inconjurator.



(foto: placa dentara)



(foto: bacterii)

Cresterea necontrolata a placii bacteriene realizeaza conditii de mediu inconjurator care favorizeaza acumularea selectiva de specii bacteriene patogene. Aceste cunostiinte noi au dus la modificarea opticii legate de placa bacteriana denumind-o biofilm dentar, care este definit “ca o retea sofisticata de microorganisme care poseda ventilatie, canale de comunicare, posibilitati de nutritie si traiecte de deplasare foarte bine organizate”.

Biofilmul dentar este modul predominant al dezvoltarii bacteriilor in natura si o comunitate complexa de microorganisme care adera la o suprafata inerta sau vie.

Toate aceste cunostiinte recente au condus la elaborarea unei noi ipoteze despre etiopatogenia cariei dentare: “**ipoteza placii bacteriene ecologice**”. Atitudinea terapeutica prin viziunea acestei ipoteze, pare sa de-a raspunsuri credibile la intrebarile de mai sus.

* Prof. univ. dr. Virgil Carligeriu



AMALGAMUL DENTAR

Amalgamul dentar este un material pentru restaurari dentare utilizat in domeniul stomatologie, inca din sec. Al XIX-lea, si reprezinta un aliaj de 43 - 57 % mercur si unul (sau mai multe) din urmatoarele metale: cupru, argint, staniu, zinc.

De ani de zile se discuta la diverse conferinte, argumentul interzicerii utilizarii **amalgamului de argint.**, sau nu!

Cu toate ca, diferite entitati "interesate" au incercat sa dovedeasca toxicitatea acestuia pentru organism din cauza mercurului, in realitate, dupa 20 de ani, nu s-a putut demonstra faptul ca amalgamul de argint este periculos pentru sanatate.

Mercurul este un metal foarte toxic, putand sa provoace afectiuni neurologice si renale, insa studiile efectuate demonstreaza ca obturatiile cu amalgam nu prezinta niciun pericol pentru sanatatea pacientilor. Mercurul se elimina din obturatie sub forma de vapori in cantitati minime, ca urmare ar fi necesare 450 pana la 530 de obturatii din amalgam la un singur pacient, pentru ca acesta sa atinga pragul concentratiei de mercur in urina stabilit de catre Organizatia Mondiala a Sanatatii.

S-a dovedit ca nici un alt material care-l substituie nu da nici securitatea, nici durabilitatea acestui material.

Iata ca ar fi avantajele utilizarii lui: este cel mai ieftin tip de restauratie dentara, tehnica de lucru nu este pretentioasa, este singurul material ce poate fi utilizat in mediu umed, rata uzurii este aproximativ egala cu cea a smaltului dentar, rezistenta mecanica excelenta (cea mai indelungata rezistenta), obturatia cu amalgam se autosigileaza, contractia este minima sau inexistentă si este rezistenta la infiltratii, obturatia se realizeaza rapid si intr-o singura sedinta la stomatolog.

Se pot numi si cateva dezantaje: aspectul inestetic, poate fi dificil de indepartat in momentul in care se doreste schimbarea obturatiilor vechi, se dilata si contracta la caldura, frig si muscatura (astfel, obturatia vulnerabila la fracturi), dupa aplicarea obturatiei poate aparea durere sau sensibilitatea temporara la rece si fierbinte, este instabil si poate coroda masiv, provocand fracturarea marginilor obturatiei, fata de obturatiile fizionomice, cele din amalgam nu pot fi reparate. Preparatia cavitatii pentru obturatia cu amalgam este de tip retentiv, ceea ce inseamna ca necesita indepartarea unei cantitati de tesut dentar (chiar sanatos) mai mare decat in cazul obturatiilor fizionomice. Cavitatea trebuie sa aiba o deschidere mica si planseul mai mare, astfel incat amalgamul sa nu cada.

La Bruxelles, diferite grupuri de interes incearca sa impuna interzicerea folosirii amalgamului de argint, argumentand in favoarea deciziei lor, protectia mediului inconjurator; uniturile dentare inasa, sunt prevazute cu vase colectoare ale deseurilor de amalgam de argint, astfel mediul este protejat.



(foto: plombe din amalgam)



(foto: testarea rezistenteti amalgamului)

In anul 2008, un studiu al Comisiei Stiintifice de riscuri sanitare a ajuns la concluzia ca riscul asupra sanatatii organismului uman este inofensiv; argumentul vizat, ramanand mediul inconjurator. Pentru moment, numai **Danemarca si Suedia** au cerut **interzicerea toatala** a folosirii acestui produs. Pana la urma, problema se pune din punct de vedere economic si anume, pretul!

Inca nu s-a descoperit un material la fel de ieftin si rezistent, precum acesta. Studiile efectuate de catre comisia europeana au relevat faptul ca anual sunt eliminate in mediul inconjurator in jur de 3- 5 tone de mercur care polueaza mediul. Problema legata de influenta asupra mediului e rezolvata prin existenta colectoarele de amalgam care aduc profituri uriase firmelor colectoare; acestea recupereaza mercurul, argintul si alte materiale pe care ulterior, le valorifica prin vanzare.

Asadar, la ultimul congres A.D.F. de la Paris s-a recunsocut faptul ca in anumite cazuri de hipersensibilitate la compozit pe dintii laterali, acesta a fost inlocuit cu succes, cu amalgam de argint!

* **Dr. Rodica Aldica- presedinte A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord**



SISTEMUL TRAINER

1. Medic primar ortodont, medic primar stomatologie generală, doctor în științe medicale, șef lucrări, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara
2. Medic specialist ortodont, doctor în științe medicale, Practică privată GM Clinic, Timișoara

La ora actuală, pe plan mondial câștigă foarte mult teren elastodontia, terapie realizată cu ajutorul gutierelor elastice. Ele sunt produse relativ ieftine, ușor de purtat de către copii și produc rezultate foarte bune.

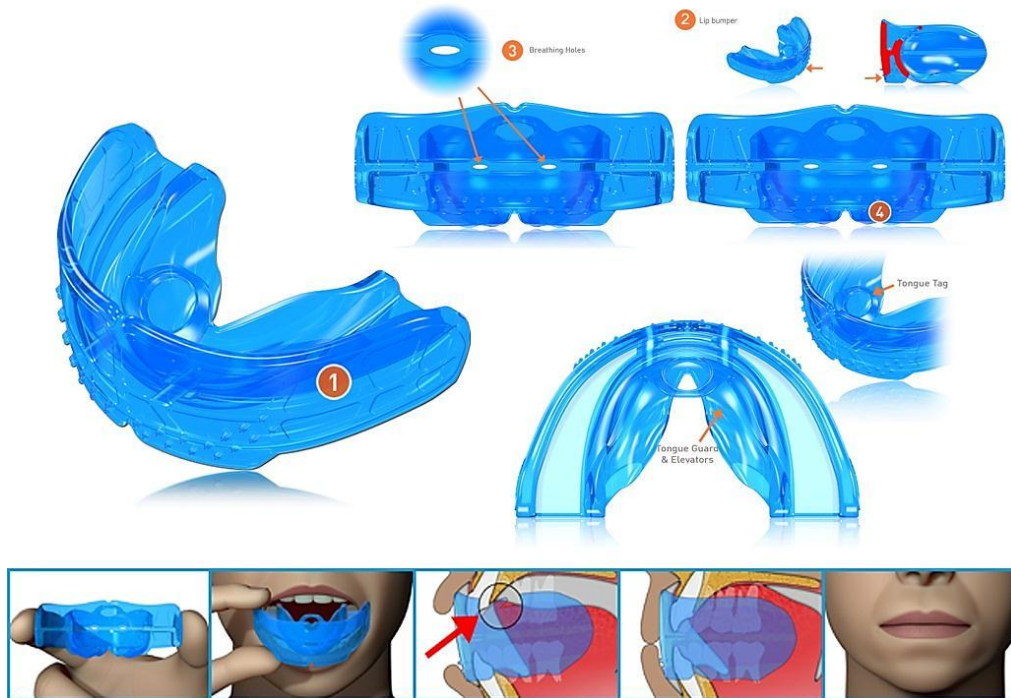


fig.1 Trainer-ul Preortodontic (firma myofunctional research co):
1 – scutul vestibular; 2 – lip bumper; 3 – orificiul pentru respirație; 4 – scutul lingual [2].

Gutierele elastice sunt fabricate din latex hibrid sau silicon. Ele folosesc în scop terapeutic forțele musculare din timpul actelor funcționale: stimulează musculatura cranio-facială și respirația nazală, având și rol de deconținere a obiceiurilor vicioase. [1]

Cercetările efectuate în Australia și Japonia, timp de peste 30 de ani, au demonstrat eficiența acestor aparate. [1,2] Autorii japonezi sugerează ca gutierele elastice să fie folosite la toți copiii cu vârsta cuprinsă între 3-6 ani, pentru a stimula dezvoltarea armonioasă a aparatului dento-maxilar.

În anomaliile scheletale grave, copiii vor fi încurajați să poarte aparatul noaptea, iar în timpul zilei să execute 30 minute de exerciții mio-funcționale. Producătorii susțin că, [1] atunci când problemele ortodontice sunt de gravitate redusă, purtarea gutierelor timp de 4 minute zilnic ajută la stimularea dezvoltării corecte a aparatului dento-maxilar și la alinierea grupului frontal.

Firma "Myofunctional Research Company" [1,2,3] din Australia a lansat sistemul Trainer de gutiere elastice pentru terapia ortodontică interceptivă.

Conceptul de tratament precoce al problemelor ortodontice la copilul aflat în perioada creștere, este practicat mai bine de un secol, în special în Europa. "Aparatul funcțional" este utilizat pentru redirectionarea creșterii și, combinat cu arcuri de expansiune, a fost o alegere populară pentru majoritatea cazurilor de malocluzie. Adoptarea pe scară largă a acestei tehnici, în mod special în America de Nord, a fost limitată din cauza dezavantajelor inerente și criticilor aduse asupra aparatelor funcționale [2].

- *Avantajele aparatelor funcționale* sunt: tratamentul precoce al malocluziilor, efectele ortopedice asupra osului pentru a permite corectarea malocluziilor scheletale, ceea ce nu este posibil cu ajutorul aparatele dentare fixe.
- *Dezavantajele generale* sunt lipsa capacității de a alinia dinții, plus construcții complexe și costisitoare. Cu cât aparatul funcțional este încărcat mai mult cu elemente mecanice pentru a-i îmbunătăți performanța, cu atât este mai predispus la rupere și la o complianță slabă. În plus, în ciuda denumirii lor, câteva aparate funcționale nu au efecte importante asupra țesuturilor moi, și anume: corectarea deglutiției infantile, obiceiurilor orale vicioase și respirației orale, iar acestea s-au dovedit că influențează foarte mult creșterea și alinierea dentară. [2,3].

Trainer-ul pre-ortodontic reprezintă o modalitate de tratament ortodontic precoce pentru copiii aflați în perioada dentiției mixte - vârsta la care aparatele funcționale au cel mai bun efect. Intenția a fost de a produce un aparat prefabricat ușor de utilizat cu efecte ortopedice similare cu cele ale aparatelor funcționale clasice. Trainer-ul mai are inclus și un sistem de ghidare a dinților (în perioada de erupție), plus o caracteristică unică de aparat mio-funcțional. Acest produs nu presupune confecționarea în laboratorul de tehnică dentară. Este confecționat într-o dimensiune universală pentru toți copiii cu vârsta cuprinsă între 6-11 ani (stadiul dentiției mixte). Acest lucru permite ca tratamentul ortodontic să fie aplicat mai devreme și la un cost mult mai redus.

Trainer-ul pentru copii prezintă următoarele caracteristici [1]:

- Ghidarea dinților, efect mio-funcțional, două etape soft și hard, o singură dimensiune.
- T4K este mai gros pentru o mai bună durabilitate și dezvoltare a arcadelor dentare.
- Arcurile de compensație superior și inferior sporesc relația molară.
- Zona butonului lingual este modificată pentru o mai bună plasare a limbii.
- Arcurile de compensație superior și inferior sunt adaptate la clasa I-a.

Trainer-ul pre-ortodontic (T4K) are o singură dimensiune, aparat dentar prefabricat proiectat să încorporeze caracteristici mio-funcționale și de poziționare a dinților. Fiind prefabricat, acesta nu necesită amprentare, și poate fi aplicat la copii începând cu vârsta de 6 ani. T4K este utilizat în mod special în faza dentiției mixte, în timp ce dinții permanenți erup, iar copilul este într-o continuă creștere. [1,2]



fig.2 T4K ETAPA I-a [1]

ETAPA I-a: T4K de început, eliminarea problemelor mio-funcționale. T4K de început (albastru sau verde) este moale, cu o complianță și flexibilitate maximă pentru a se adapta la cele mai severe înghesuirii dentare. Copilului îi este indicat butonul unde se plasează limba. Limba trebuie să se afle în această poziție când aparatul se află în cavitatea orală. Copilul trebuie să își introducă singur aparatul în cavitatea orală. Acesta trebuie să fie utilizat în fiecare zi timp de 1 oră, plus în timpul somnului. T4K de început se utilizează pentru 6 - 8 luni. Pacientul este chemat la control odată pe lună. [1,2].



fig.3 T4K ETAPA II-a [1]

ETAPA a II-a: T4K de final, corectarea alinierii dinților. Odată ce alinierea dentară se îmbunătățește, se folosește T4K dur (roz sau roșu). Acesta este mult mai rigid (este bazat pe același principiu ca arcurile ortodontice). În timp ce dinții se alinează, se pot folosi forțe mai mari. Caracteristicile mio-funcționale sunt aceleași ca și la T4K de început. T4K se utilizează timp de 6-12 luni. Utilizarea după această perioadă depinde de rezultatul obținut și de următoarea fază a tratamentului ortodontic. [1,2].

Ortodonția mio-funcțională a pus în valoare ca principală cauză a malocluziilor *disfuncția musculară*. Încă de la o vârstă fragedă, majoritatea copiilor pot prezenta următoarele problem mio-funcționale: respirație orală, deglutiție de tip infantil, sugerea policelui. Drept urmare, aceștia au un potențial ridicat de a dezvolta în timp o malocluzie. Prin eliminarea acestor obiceiuri disfuncționale, se realizează în primul rând un echilibru la nivelul mușchilor orofaciali, se poate ameliora malocluzia (dacă se surprinde timpuriu), cel mai mare avantaj fiind dirijarea într-o direcție favorabilă a procesului de creștere și dezvoltare dento-facială a pacientului. [3,4] Prin tratarea copiilor aflați în stadiul de creștere (între 5 – 8 ani), utilizând tehnici ortodontice mio-funcționale, se poate ajunge la o ameliorare semnificativă a malocluziei urmând ca ulterior prin tratamentul ortodontic mecanic, să se realizeze aliniamentul final dentar și stabilizarea relației de intercuspidare interdentară. Rezultatul final de această dată va fi mult mai stabil, mai ușor de realizat iar *perioada de purtare a bracket-urilor se poate chiar înjumătăți*. [5] De asemenea, trebuie să recunoaștem că tratamentul ortodontic realizat doar prin brackets-uri poate asigura un rezultat de scurtă durată, fără o conținție fixă sau mobilă de lungă durată. ***Ortodonția mio-funcțională nu se ocupă doar de alinierea dinților!***

– *Obiectivul primar* al ortodonției mio-funcționale este de a determina un spațiu suficient pentru ca limba să fie amplasată pe maxilar, respectiv pe bolta palatină și în acest fel să influențeze dezvoltarea armonioasă a acesteia.

– *Obiectivul secundar* este acela de a determina ca pacientul să respire pe nas, iar gura să fie închisă, obținându-se în acest fel competență labială.

Dacă pacientul nu respiră pe nas, nu se poate realiza o dezvoltare corectă a arcadelor dento-alveolare. În cazul pacienților care nu doresc să își corecteze propria disfuncție (de exemplu respiratorii orali cronici), dezvoltarea arcadelor și alinierea dinților este posibilă, doar dacă aceștia sunt dispuși să accepte arcuri și ciment / compozit pe tot parcursul vieții. Ocazional, acest lucru este acceptat, și astfel, câteodată aparatele de conținție sunt amplasate sub îndrumarea pacientului sau părintelui. Trebuie să recunoaștem însă faptul că, chiar dacă se aplică conținția fixă iar problema mio-funcțională nu a fost soluționată, anomalia va recidiva!

Rolul nostru ca practicați ortodonți este de a motiva și educa pacientul și de asemenea de a implementa acest lucru în practica de zi cu zi. În acest fel ne vom bucura de rezultate optime și stabile în timp, care cei drept vin cu pași mărunți dar siguri.

Referințe

1. Chris Farrell. T4K™ (the Trainer for Kids) pre-orthodontic trainer. 2003 Copyright Myofunctional Research Co.
2. Appliance catalogue. Copyright Myofunctional Research Co. www.myoresearch.com
3. Chris Farrell. T4B™ the Trainer for Braces. 2003 Copyright Myofunctional Research Co.
4. Chris Farrell. T4A™ the Trainer for Alignment. 2003 Copyright Myofunctional Research Co.
5. Ramirez-Yañez GO, Farrel C. Soft tissue dysfunction: a missing clue when treating malocclusions. Ortop Rev Int Ortop Func 2005; 1(5/6):483-94.

*** Dr. Ramona Amina Popovici – cenzor A.M.S.P.P.R. Ardeal Nord, Dr. Marcel Mojse**



DESPRE SOCUL ANAFILACTIC

Semne clinice:

- senzatie de moarte iminenta;
- ameteli cu sau fara pierderea cunostintei;
- puls slab, accelerat, greu perceptibil;
- tensiunea arteriala prabusita;
- frison: tegumente reci, umede, uneori cianotice;
- uneori eruptie urticariana, edem, prurit;
- bronhospasm, cu sau fara respiratie suieratoare.

Tratament:

- se pozitioneaza pacientul la orizontala, cu picioarele deasupra nivelului capului;
- permeabilizarea cailor respiratorii superioare;
- relaxarea accesoriilor de imbracaminte strimte, capul rotit lateral;
- oxigen pe masca, sau canula nazala;
- linie venoasa periferica si perfuzie, ser fiziologic.

Solicitare ambulanta:

- daca TA sistolicaeste mai mica de 70 - 80mm Hg, adrenalina 0,3mg intravenos, intralingual, sau subcutanat;
- hemisuccinat de hidrocortizon 200 de mg intravenos;
- adrenalina se repeta la 5 minute, daca tensiunea arteriala nu creste peste 80 mmHg;
- antihistaminice: Clemastin 2-4mg, intravenos, sau intralingual, Cimetidina, sau Ranitidina.

* Material semnat de catre dr. Cristina Andron-medic specialist stomatolog (din- *Indrumarul de urgenta in cabinetul stomatologic*)



POVESTEA BRADULUI DE CRACIUN

Potrivit traditiei crestine, bradul se impodobește in *Ajunul Crăciunului*, adica in seara de 24 spre 25 decembrie. V-ati intrebat vreodata de unde vine acest obicei sau cum si cu ce impodobeau stramosii nostri pomul de Craciun? Ei bine, acest obicei este foarte vechi si provine inca din vremurile vechilor egipteni (acestia isi impodobeau casele cu frunze de palmier, in ziua solstitiului de iarna).

Obiceiul a fost imprumutat si modificat de catre romani, care au inceput sa foloseasca in locul frunzelor de palmier, brazii. Aceasta traditie s-a regasit si in teritoriile din nordul Europei, unde oamenii isi impodobeau casele cu ramuri de brad si de vasc. Se mai spune ca, prin secolul al VII-lea, un calugar misionar din Devonshire strabatea teritoriul actual al Germaniei, cu scopul de a raspandi cuvantul Domnului, simbolizand Sfanta Treime prin forma triunghiulara a bradului. Podoabele cu care se decoreaza bradul de Craciun au evoluat si ele de-a lungul timpului.

De exemplu, in locul modernelor instalatii de iluminat, cu beculute in tot felul de forme, care mai de care mai colorate si mai complexe, s-au folosit pentru prima data, abia pe la inceputul secolului al XVI-lea, de catre Martin Luther, lumanari asezate in inele din lemn, pentru a sugera copiilor sclipirile stelelor de pe cer. In locul globurilor viu colorate si stralucitoare se foloseau în trecut, merele sau nucile, figurinele cu diverse forme si culori, facute din aluat si coapte de brutari, acadele, margele si fasii din hartie colorata. Beteala, care a fost inventata in Germania, la inceputul secolului al XVII-lea, era pe atunci chiar din argint. Abia in secolul trecut s-a dezvoltat acest obicei.

Acest lucru datorandu-se salturilor tehnologice ale societatii. Din anul 1930, autoritatile publice au inceput sa amplaseze in principalele piete din orase brazii de mari dimensiuni, decorati cat mai special. Pe la mijlocul anilor '60 noul val modernist, dar si curentele ecologiste, contribuie la aparitia brazilor artificiali, din aluminiu argintiu. In acea perioada, acestia au fost importati din America masiv.

In anii '70 au aparut, la cererea publicului, brazii artificiali din plastic cu aspect realist, care puteau fi impodobiti in mod clasic. In zilele noastre nu mai exista nevoia de a ne supune tendintelor, ci doar posibilitatea de a alege. Indiferent că optam pentru un brad natural sau artificial, pentru a lumina spiritul sarbatorilor, trebuie sa tinem cont de incarcatura simbolica- pom al paradisului, al belsugului, al cunoasterii si al inocentei- pe care acesta o poarta! **Craciun Fericit!**

* Sursa articolului: <http://www.curentul.ro>



(foto: brad impodobit)

“Minunatele nopti ale Craciunului, colindelor si datinilor stramosesti sa va gaseasca la ceas de bucurie alaturi de oaspetii cei dragi. Va dorim tot binele, gandurile bune si curate sa va insoteasca pretutindeni, fericirea si succesul sa va fie mereu alaturi!”

