

Educația medicală continuă - o necesitate absolută



*„Educația face din noi ceea ce suntem.
Ea ne permite să ne lărgim sfera
cunoștințelor noastre, să acumulăm
altele, stimulând spiritul nostru să atingă
noi orientări (Claude Helvetis)“*

Pentru medicii stomatologi continua îmbunătățire a cunoștințelor, după terminarea facultății, a devenit o necesitate, datorită apariției unor noi metode de diagnostic și tratament, a unor noi materiale etc.

Trebuie să recunoaștem că diplomele noastre nu sunt revelatoare în ceea ce privește cunoștințele câpătate o dată pentru totdeauna, ci sunt mai degrabă punctul de plecare pentru câștigarea altora.

Educația medicală continuă este singurul mod în care cunoștințele noastre pot evolua. Dar, pentru a avea eficiența necesară, ea trebuie foarte bine organizată.

Asociația noastră, în colaborare cu Colegiul Medicilor, a acordat atenția necesară Educației Medicale Continue. Numai în ultimele șase luni, la nivelul tuturor filialelor, s-au organizat peste 20 de cursuri susținute de cadre didactice din țară, dar și din străinătate.

Îmbucurător este faptul că multe din cursuri au fost

completate cu demonstrații practice.

Congresul al XI-lea al Asociației Medicilor Stomatologi cu Practică Privată din România, organizat împreună cu Societatea Română de Stomatologie, a constituit un real succes:

- peste 1.400 de participanți (cel mai mare număr de participanți la un Congres de Stomatologie organizat în România);
- peste 20 de conferențieri străini;
- 2 cursuri: Implantologie Orală și Protetică, fiecare cu peste 140 de participanți;
- lansare de carte;
- masa rotundă.

Congresul s-a remarcat și prin interesul participanților față de lucrările prezentate, sălile fiind mereu pline.

Revista „Viața Stomatologică“, creditată de Colegiul Medicilor din România, va prezenta,

începând cu acest număr, prin suplimentarea numărului de pagini consacrat Educației Medicale Continue, mai multe articole științifice de interes general ale unor autori români, dar și străini. Am inițiat rubrica „Caz Clinic“ unde inclusiv practicienii sunt invitați să publice.

Noul site al A.M.S.P.P.R. – www.dental.ro – care a fost accesat de peste 1500 de ori în ultimele 3 luni, oferă celor interesați informații despre activitățile de Educație Medicală Continuă, dar și prezentări de cazuri clinice și informații profesionale recente, etc.

Interesul manifestat de Dvs. față de acțiunile de Educație Medicală Continuă organizate de Departamentul Profesional - Științific ne stimulează în a organiza noi activități pe care sperăm să le considerați interesante și utile.

Dr. Liviu Zetu
Vicepreședinte A.M.S.P.P.R.
Departamentul Profesional - Științific



ASOCIATIA
MEDICILOR
STOMATOLOGI
CU PRACTICĂ PRIVATĂ DIN ROMÂNIA

Viata Stomatologică

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

Nr. 2 - 2002 Revista Asociației Medicilor Stomatologi cu Practică Privată din România

Ediția electronică: <http://www.dental.ro/>

E-mail: amsppr@dental.ro

Sediul central: Tel./Fax 01 327 41 19

COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE

Prof. dr. Emilian Hutu
Prof. dr. Sever Popa
Prof. dr. Mihai Nechifor
Conf. dr. Elena Antonescu
Prof. dr. Valeriu Cherlea
Conf. dr. Liviu Zetu

Redactor responsabil Dr. Horia Dascăl

COLEGIUL PROFESIONAL DE REDACȚIE

Biroul Permanent AMSPPR

- Dr. Rodica Aldica
- Dr. Delia Barbu
- Dr. Horia Dascăl
- Dr. Voicu David
- Dr. Dan Grigorescu
- Dr. Marton Pantel
- Dr. Dan Vasile
- Dr. Liviu Zetu

Tipar: **MUNTENIA s.r.l.** Constanta
Tel./fax: 041/63.55.21

Advertising & Publishing House
POLIMED 77 srl Constanta

Tel: 041 - 550891 • Mobil: 093/521.880

REVISTA ESTE CREDITATĂ CU 2,5 ORE DE E.M.C.

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.

Creditele A.M.S.P.P.R.

Abonament 1 an la „Viata Stomatologică“	2,5 ore EMC
Congresul al XI-lea la A.M.S.P.P.R. (6 - 9 martie 2002)	32 ore EMC
Cursul Implantologia Orală Modernă (8 martie 2002)	6 ore EMC
Cursul Reabilitarea Protetică și Biomaterialele (9 martie 2002)	7,5 ore EMC

E DITORIAL

Educația medicală continuă - o necesitate absolută

- Dr. Liviu Zetu

pag. 3

A CTUALITĂȚI

Al XI-lea Congres Internațional de Stomatologie A.M.S.P.P.R.

• Ceremonia de deschidere a Congresului

• Fragmente importante din luările de cuvânt ale invitaților

pag. 5

Profesorii participanți la Congres

pag. 8

Ziua Colgate 2002

Denta 2002

pag. 19

A SIGURĂRI

Masa Rotundă - Asigurările Sociale de Sănătate în Stomatologie

• Extrase din cele mai importante luări de cuvânt

pag. 10

T INERET

Cum să deschizi un cabinet stomatologic privat?

pag. 13

I NTERNAȚIONAL

Sesiunea plenară E.R.O.-F.D.I. la București

pag. 15

E DUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ

Edentatia unidentară rezolvată prin tehnica adezivă mixtă

Autori: Asist. Univ. dr. Bogdan OPREA

Prof. Univ. dr. Mircea MITARIU

Conf. Univ. dr. Voicu SEBESAN

Prep. Dr. Gabriela MITARIU

Stud. Bogdan VIGDOROVICI

UNIVERSITATEA „LUCIAN BLAGA” SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINĂ „VICTOR PAPILIAN”

Disciplinele: „Protetică dentară” și „Tehnologia

protezelor dentare

pag. 20

Controlul bolilor infecțioase în practica stomatologică

Prof. Dr. Ioannis Pantazoupoulos, ATENA

Director al Centrului Elen de Control al Bolilor Infecțioase

Traducere realizată de Dragoș ZETU

pag. 23

De la clasic la modern în edodontie

Dr. Gabriel Tulus - Germania

Conf. Dr. Liviu Zetu - UMF „Gr. T. Popa” Iași

Conf. Dr. Ioan Patrascu - UMF „Carol Davilla” București

Prof. Dr. Andrei Iliescu - UMF „Carol Davilla” București

pag. 25

Indicații și contraindicații ale intervențiilor chirurgicale

ajutătoare terapiei endodontice

Autor : student Iuliana Călin, anul V

- Universitatea „Titu Maiorescu”, București

Coordonator: Conf. Dr. Eugenia Ion-Ciobanu

- Universitatea „Titu Maiorescu”, București.

Premiul I la Sesiunea de Comunicări a Cercurilor

Științifice Studentești, București - 19 aprilie 2002

pag. 29

Particularitățile celei de-a XI-a perechi de nervi cranieni

Șt. Milicescu, T. Hârșovescu, Anda Grigorescu,

Eliza Grigorescu

Premiul special la Sesiunea de Comunicări a Cercurilor

Științifice Studentești, București - 19 aprilie 2002

pag. 31

Ce veți citi în numărul viitor?

- Uniunea Europeană evaluează stomatologia din România
dr. Horia Dascăl
- Sesiunea Plenară a ORE-FDI, 25-27 aprilie 2002 Dubrovnik, Croația
dr. Voicu A. David
- Grupul de Lucru ORE-FDI Integrare Europeană
dr. Rodica Aldica
- Grupul de Lucru ORE-FDI Practica Stomatologică Liberă în Europa
dr. Voicu A. David
- Grupul de Lucru ORE-FDI Practica Dentară
dr. Dan Grigorescu

În perioada 6 - 9 martie 2002 a avut loc al XI-lea Congres al A.M.S.P.P.R. în tandem cu al XVI-lea Congres al S.R.S. Prin buna colaborare cu ROMEXPO și Camera de Comerț și Industrie a României, în acest an Congresul a avut un număr record de participanți : cei peste 1.400 de medici stomatologi înscriși la Congres și cei peste 300 de participanți la cursuri au putut audia prezentările a 18 profesori și lectori din 8 țări cu tradiție în stomatologia mondială (Grecia, Franța, Germania, Italia, Israel, Japonia, Cehia, Republica Moldova), ca și prezentările a peste 20 de profesori și cadre universitare din facultăți de stomatologie de prestigiu din: București, Cluj-Napoca, Iași, Timisoara.

Programul Congresului a avut un caracter extrem de variat prin posibilitatea parcurgerii a două cursuri de mare interes (Implantologia Orală Modernă, Protetică și Biomateriale) ca și a două manifestări în premieră la noi în țară:

- Masa Rotundă „Asigurările Sociale de Sănătate în Stomatologie“

- Cursul „Cum deschideți un cabinet stomatologic privat“

Vom prezenta în acest număr o sinteză din cele mai importante momente ale Congresului



În sala Titulescu, la deschiderea Congresului

AL XI-LEA CONGRES INTERNATIONAL DE STOMATOLOGIE AL A.M.S.P.P.R.

CEREMONIA DE DESCHIDERE A CONGRESULUI

Fragmente importante din luările de cuvânt ale invitaților

❖ Dr. LUMINIȚA GHEORGHIU – Secretar de stat Ministerul Sănătății și Familiei



Lumea stomatologică reprezintă un exemplu de înțelegere și valorificare a mecanismului de piață. Este impresionant să urmărești dinamismul acestei branșe, care a știut să folosească rapid și eficient avantajele liberalizării economiei într-o perioadă în care suflul economiei românești a cunoscut și mai cunoaște încă sincop

inerente tranziției la economia de piață, firmele stomatologice înregistrând sensibile creșteri cantitative și calitative. Nu numai că stomatologia privată a continuat să existe dar, ceea ce este și mai îmbucurător, ea investeste în echipamente, modernizează și utilizează noi echipamente astfel încât calitatea serviciilor se ridică permanent. Remarcăm că multe din succesele stomatologiei românești sunt urmarea privatizării accelerate și spontane pe care a cunoscut-o acest sector al medicinei. Așa se explică de ce în stomatologie nu se înregistrează anumite disfuncționalități cu care se confruntă medicina de stat.

❖ Gen. Prof. Dr. AUGUSTIN MIHAI - Decanul Facultății de Stomatologie a U.M.F. „Carol Davila“ București



Expoziția și Congresul Internațional de Stomatologie sunt organizate bine și ceea ce este bun nu trebuie discutat prea mult, trebuie menținut, cultivat și îmbunătățit dacă se poate. A discuta prea mult despre un lucru bun și a omite neajunsurile înseamnă a pierde timpul. Noi toți din această sală și prin intermediul nostru ceilalți colegi doresc să practice o

medicină stomatologică de calitate, să asigure pacienților servicii stomatologice de calitate, dar mai doresc un singur lucru care mi se pare la fel de important, să câștige un ban cinstit la un nivel de calitate superior în sensul în care să ajungă să se

recunoască importanța socială a profesiei noastre, să ajungă să se recunoască că medicina stomatologică este o componentă de bază a societății românești.

Poate Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate să acopere costurile de sănătate din țară, eu vă spun că nu poate dar trebuie să aibă curajul să recunoască public că nu poate cu argumente clare. De ce? Pentru că lumea să înțeleagă că banii care se adună în acest sistem de asigurări de sănătate sunt atâți cât sunt, să ne spună cum sunt împărțiți și restul să știe fiecare pacient că trebuie să-și plătească suplimentar costul tratamentului nu să trăiască cu impresia că depune o sumă de bani la asigurările de sănătate și noi trebuie să-i facem aceste tratamente, iar Casa trebuie să compenseze sau să plătească aceste tratamente cum se face la ora actuală.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a stabilit o listă întreagă de afecțiuni stomatologice pe care le plătește și când să dea banii spune 1%. Cred că a sosit timpul să spunem adevărul și lucrurilor pe nume și să spunem cu curaj și cu răspundere și să ne asumăm aceste răspunderi. Anul trecut s-a dat 2%, acum vreo 2-3 ani 3%, apoi s-a revenit la 1%, pe urmă 1,40% și nici noi nu mai știm în funcție de ce criterii se alocă aceste fonduri.

Eu așa văd nivelul actual al stomatologiei, noi vrem să facem tratamente, facem tratamente bune dar trebuie să fim remunerați la valoarea tratamentelor pe care le facem.

❖ Ec. MARIANA DICIANU – Director Expoziții Specializate ROMEXPO



Medicina stomatologică va rămâne o artă și o relație deosebită între pacient și medic, relație pe care nimeni niciodată nu o va putea înlocui.

Dacă Dumneavoastră, specialiștii în stomatologie, sunteți, ca număr, limitat și mă refer la acei oameni cu mâna de aur stomatologii și tehnicienii dentari care execută acele lucrări superbe

pentru că noi toți oamenii avem nevoie de un zâmbet frumos,

În contrapartidă pacienții sunt limitați financiar pentru că de la primele luni ale vieții când apar primii dinți la copii, cu măseaua de minte și cu cariile și continuând cu cei care doresc să aibă o dantură superbă, există un număr mare de oameni care doresc să aibă o minimă fericire.

Vreau să precizez că, în prezent, la Guvern s-a propus o modificare a Legii 145/1997 privind Casele de Asigurări Sociale de Sănătate și se are în vedere adoptarea legii privind Casele Private de Asigurări de Sănătate. Sunt multe reglementări care sunt în curs de transformare, medicii stomatologi trebuie să fie siguri că Ministerul Sănătății și Familiei are deschidere pentru profesia lor.

Ministerul Sănătății și Familiei salută acest Congres Internațional fiind convins de beneficiile științifice din domeniu.

❖ Dr. CORIN PENCIUC – Senator - Comisia de Sănătate a Senatului României



Transmit salutul meu și al Comisiei de Sănătate participanților la Congresul Internațional de Stomatologie 2002.

Pentru mine fiecare participare la un Congres reprezintă un moment fericit în ciuda greutăților pe care le trăim în această nepermis de lungă tranziție. Tema Congresului - Dinamism și Interdisciplinaritate - cred că ne dă posibilitatea ca, odată cu derularea programului științific, la Masa Rotundă să discutăm cele mai importante și actuale probleme ce vizează zona legislativă a serviciilor medicale, ocazie cu care cred că o serie de elemente care vizează organizarea și finanțarea serviciilor medicale, legea asigurărilor sociale de sănătate, cea a Contractului Cadru reprezintă un interes major în momentul de față, ținând cont că aceste acte normative se află la nivelul Comisiei pentru a fi rediscutate, amendate și îmbunătățite problemele care vizează armonizarea activității instituționale a organizațiilor implicate în optimizarea deciziilor din domeniul sanitar.

Mă bucură faptul că lumea medicală a început să se aplece din ce în ce mai mult asupra a ceea ce înseamnă zona legislativă și să încerce soluții care să dea perspective de viitor atât pentru stomatologie cât și pentru serviciile medicale în general.

Având în vedere că toate aceste probleme vizează implicit activitatea Comisiei pentru Sănătate din Senatul României, mă simt onorat de invitația adresată și doresc să adresez succes deplin Congresului și Expoziției Denta 2002.

❖ Prof. Asociaz Dr. ION BERCIU – Președinte - Comisia Națională de Stomatologie a CMR



Președintele Colegiului Medicilor din România, Dl. Dr. Mircea Cintează m-a însărcinat să transmit salutul dânsului și al Colegiului pe care îl reprezintă și succes în derularea Congresului.

În mod deosebit mă voi referi la poziția asiguratului, la poziția pacientului, ce drepturi are din punct de vedere al asigurărilor stomatologice asiguratul român? Are un pachet foarte redus de acte stomatologice pe care Casa le compensează pentru anumite vârste în totalitate, pentru alte vârste parțial sau pentru alte acte deloc. Am înțeles că stomatologia nu poate să fie compensată în totalitate pentru toți asigurații pentru că materialele, aparatura, toate costă la prețuri exponențiale și trebuie să nu uităm un lucru, noi practicăm această

profesie cu materiale vestice, cu materiale foarte scumpe, cu materiale de ultimă oră, asigurând tratamente unor asigurați deosebit de săraci.

Un singur lucru nu s-a luat în vedere, cuantumul acestor acte stomatologice. Vreau să vă spun că de la 4% în primul Contract Cadru, semnat între Colegiul Medicilor din România și Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, s-a ajuns în anul 2002 la un procent de 1,2% acordat stomatologiei. Ceea ce s-a întâmplat în 2002 întrece orice imaginabil și anume tarifele au suferit, printr-un efort serios din partea Comisiei de Stomatologie, o creștere în jur de 33-35%. Plafonul pe primul trimestru 2002 nu a suferit însă nici o creștere sau uneori chiar o diminuare.

Marea bucurie pe care am avut-o când am semnat Contractul Cadru a fost că urgențele stomatologice ca și ortodontia și pedodontia se vor plăti la nivelul realizărilor, însă a fost iarăși o problemă teoretică, practic nu se plătesc așa. S-a stabilit un plafon de urgențe însă este inadmisibil să se pună plafon la urgențele medicale.

❖ Prof. Dr. ANDREI ILIESCU – Președinte - U.N.A.S.



Au trecut unsprezece ani de când s-a înființat Asociația Dumneavoastră profesională.

Este al XI-lea Congres al acestei Asociații și, cu timpul, a devenit un Congres Internațional.

Înaintarea stomatologiei românești pe calea privatizării, problematica ridicată de acordarea asistentei stomatologice au făcut ca practic, unele obiective ale asociațiilor noastre să se suprapună.

Aș vrea să spun că, din punctul nostru de vedere, al U.N.A.S.-ului, este bine pentru moment să ne fundamentăm acțiunile și mai ales agresivitatea în sensul benefic al acțiunilor noastre, coordonate sincronizat pentru două obiective.

Ar trebui să întreprindem acțiuni coerente foarte ordonate nu atât din punctul nostru de vedere ci în ideea de a lămurii atât pacienții cât și instituțiile de stat că noi stomatologii suntem cei care cunoaștem ce se întâmplă în acest sector și, în același timp, în mersul actual al democrației românești trebuie să cunoască și pacienții preocupările noastre. Informația nu este pertinentă pentru publicul larg, numai coordonarea acestor eforturi ale medicilor stomatologi și ale pacienților pot să ducă la lobby-ul de care avem nevoie. Din facultate, noi cei care am fost studenți și ulterior medici stomatologi sau cadre didactice, am fost periferizați în reprezentarea intereselor noastre și nu ni s-a acordat atenția necesară, nu nouă ca indivizi ci specialității.

❖ Prof. Dr. EMILIAN HUTU – Președinte al Societății Române de Stomatologie



Societatea Română de Stomatologie, cea mai veche societate de acest gen de la noi din țară, participă împreună cu această societate foarte tânără, dinamică și foarte bine organizată, Asociația Medicilor Stomatologi cu Practică Privată din România, la acest Congres de primăvară, având tema „Dinamism și interdisciplinaritate”.

Există în termenul dinamism și o teorie filozofică și anume dezvoltarea materială poate avea loc datorită unor forțe imanente deci forțe din interior. Din păcate, am ajuns cam în această situație, stomatologia se poate dezvolta numai prin ea însăși și iată că nu prea ne

mai ajută nimeni. Ar fi trebuit să ne ajute această Casă de Asigurări Sociale de Sănătate, însă un coleg cu umor zicea „Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate face totul pentru ca ceilalți să nu mai poată face nimic“. În calitate de cadru didactic îmi dau seama că viitorul studentimii în stomatologie este periclitat dacă nu se pune la punct legislația care să ne confere mari posibilități de activitate practică a acestor viitori colegi. Peste tot în lume am fost lăudați de această deosebit de bună acțiune de învățământ practic stomatologic. Majoritatea absolvenților noștri au trecut cu brio examenele în diverse alte țări, subliniind „am putut face acest lucru pentru că noi eram foarte bine învățați să lucrăm, să facem activitate practică desăvârșită“.

Aș vrea ca la acest Congres să găsim o sumedenie de căi pentru îndreptarea situației și să încercăm să o punem la punct.

❖ **Dr. CONSTANTIN GĂUCAN – Senator în Comisia de Sănătate a Senatului României, Fondator și Președinte de onoare al A.M.S.P.P.R.**



Stomatologia se află într-o profundă criză care a început mai demult, înainte de 1989, fază absolut critică, din care nu vom putea ieși dacă nu ne punem în față o oglindă și nu dorim, noi, membrii acestei profesii, să ieșim din această criză.

În 1994-1995 am fost cooptat în Comisia Ministerului Sănătății, se lucra la Legea Sanitară și a asigurărilor de sănătate și am avut runde nenumărate de discuții cu Dl. Prof. Oproiu. Dânsul mi-a zis „am trimis un specialist un an de zile în Germania să se specializeze în sistemul de asigurări de sănătate“, cel mai birocratic din Europa care, încă de la vremea aceea, dădea semnale de sufocare pentru că nu mai puteau să plătească serviciile stomatologice enorm de scumpe. M-a rugat să fac niste estimări de costuri la pachete de servicii pentru asigurările sociale de sănătate pentru gratuitate și pentru cei asigurați. I-am dat aceste pachete, când a văzut ce scumpe sunt a zis „nu se poate“, i-am replicat „nu o să puteți nici în cinsprezece nici în douăzeci de ani, la sărăcia la care se află România și indiferent cum va crește PIB-ul, să acoperiți mai mult de 1,5% din bugetul Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate pentru stomatologie, care este foarte scumpă; nu faceți promisiuni pe care nu le veți putea respecta deoarece în promisiuni batem toate sistemele de asigurări europene, americane și asiatică“.

Ca soluții ar fi o schimbare de mentalitate, societatea noastră trebuie să se întărească economic, medicii stomatologi care și-au luat soarta în mâinile lor sunt răspunzători în fața pacienților de modul în care practică meseria și de costurile ridicate la care sunt supuși pacienții.

❖ **Dr. RODICA ALDICA – Vicepreședinte A.M.S.P.P.R. - Departament Integrare Europeană, Secretar General O.R.E. - F.D.I.**



Încep prin a transmite mesajul de călduros salut și succes în derularea lucrărilor Congresului din partea Organizației Regionale Europene a Federației Dentare Internaționale.

Un Comitet Național Român pentru F.D.I. a fost constituit împreună cu SRS, având în vedere îndelungata și excelenta colaborare anuală pe care o avem cu această asociație. Deoarece de zece ani Europa Centrală și de Est au cunoscut o nouă

libertate politică, aceste țări au nevoie nu numai de un nou sistem social ci, în egală măsură, se simte nevoia unei organizări în stomatologie, a unei alinieri la normele europene a tuturor legislațiilor. Se pune problema în primul rând a acelor țări care doresc să intre în Uniunea Europeană. Aceste țări vor trebui să-și alinieze legislația la cea europeană, să respecte „numerus clausus“, să urmărească o egală repartitie a medicilor în localități, astfel ca și populația din zonele mai puțin aglomerate să beneficieze de aceeași asistență medicală ca și cea din orașe. Deci în câțiva ani se va constitui un control legislativ asupra numărului de studenți, asupra numărului de cabinete deschise la numărul populației, lucru pe care legea asigurărilor de sănătate încearcă să îl impună deja.

La ora actuală, la nivelul ORE-FDI funcționează mai multe grupuri de lucru: „Demografia“, „Femeia în stomatologie“, „Telematica“, „Practica dentară Liberală în Europa“, „Aderarea la Uniunea Europeană“, „Practica Dentară în Europa“.

Din cele 6 grupuri de lucru, A.M.S.P.P.R. are reprezentanți în patru dintre ele, ceea ce ne conferă posibilitatea de a ne informa și de a contribui la adoptarea în România a unei politici stomatologice în concordanță cu cerințele legislative actuale europene.

❖ **Dr. VOICU A. DAVID – Președinte al A.M.S.P.P.R.**



Necesitatea unei manifestări profesionale a medicilor stomatologi privați a apărut din conștientizarea unei cel puțin triple necesități: necesitatea profesională, de continuu contact cu noutățile științifice necesare pentru a crește calitatea actului medical; necesitatea patronală, de menținere a stăchetei valorice pe o piață concurențială acerbă și în același timp vie și stimulativă; necesitatea colegială și umană, de reîntâlnire periodică cu maestrul care ne-au format și, nu în ultimul rând, cu colegii și prietenii de generație.

Congresul nostru a început să devină o tradiție, și tradiție înseamnă mai ales responsabilitate, față de propria profesie și față de pacienții noștri. E.M.C.-ul nu este o invenție românească, ci una a civilizației medicale apusene, care a fost asumată de medicii români. E.M.C.-ul este doar o parte a activității noastre, alături de domeniul asigurărilor sociale de sănătate, a asigurărilor de malpraxis, al legislației medicale, financiare și organizatorice aferente cabinetelor, a orientării tinerilor absolvenți, a activităților internaționale etc.

Organizarea Congresului nostru în tandem cu cel al S.R.S. constituie o fericită simbioză anuală între practicieni și profesorii care i-au învățat. Practic, doar un procent infim dintre practicieni mai au energia, timpul și interesul de a face cercetare.

Medicul este un produs final al unei facultăți, al unor profesori, al unei anumite școli de gândire medicală. Pentru un practician care este asediat zilnic de cazuri din ce în ce mai dificile, este deosebit de important, în anumite momente ale carierei sale profesionale, de a primi un suflu nou. Acest lucru poate fi amorsat prin mai multe canale ale Educației Medicale Continue:

- articole științifice bine structurate, publicate în reviste profesionale de profil;
- audierea de cursuri și comunicări din alte centre universitare, diferite de cele de absolvire;
- audierea de cursuri și comunicări din alte colțuri ale lumii medicale stomatologice.

PROFESORII PARTICIPANȚI LA CONGRES

Lucrările Congresului au fost deschise de prof. dr. Dorin Bratu, la a cărui prelegere sala s-a dovedit neîncăpătoare



Prelegerea 1:

"Aspects of QOL (Quality of Life) in the institutionalized and free-living elderly"

Professor Shuichi Nomura, D.D.S., Ph. D.
Division of Oral Health in Aging and Fixed Prosthodontics,
Niigata University
Graduate School of Medical and Dental Sciences, JAPAN

Prelegerea 2:

"Research Topics in the Dental Biomaterial Science Division; with focus on metals in the organism and oral cavity"

Prof. Osamu Miyakawa B.E. Ph.D., Assoc.
Prof. Kouichi Watanabe B. Sc., Ph.D.

Division of dental Biomaterial Science, Niigata University
Graduate School of Medical and dental Sciences, JAPAN

(Vorbitorul a fost în acest caz Prof. Osamu Miyakawa, dar datele din cercetările prezentate au fost obținute în colaborare cu Conf. Kouichi Wayanabe)

Prelegerea 3:

"Usage of removable prostheses increases the amount of salivary secretion in partially and fully edentulous patients"

Assist. Prof. Akiko Nomura, D.D.S., Ph.D.,

Division of Removable Prosthodontics, Niigata University
Graduate School of Medical and dental Sciences, JAPAN

Prelegerea 4:

"Aspecte biomecanice ale protezării fixe pe implante"

Assist. univ. Dr. Roxana Stegăroiu, Ph.D.,
Assist. univ. Dr. Takahiro Sato, Ph.D.

Division of Oral Health in Aging and Fixed Prosthodontics,
Niigata University
Graduate School of Medical and dental Sciences, JAPAN

Dr. Gabriel Tulus

Conferința Dr. Gabriel Tulus (Dortmund, Germania) a reținut atenția unui mare număr de colegi. Pe baza unei bogate experiențe Dr. Tulus a subliniat că „Endodontia poate fi extrem

de spectaculoasă și ne poate produce satisfacții imense, dacă stăpânim metodele moderne de tratament și le aplicăm fără compromisuri"

„Vă mulțumesc încă o dată pentru invitația de a participa la Congresul Asociației Medicilor Stomatologi cu Practică Privată din România. Nu numai prin numărul deosebit de mare de participanți, ci și prin tematicile abordate și organizarea excelentă, Congresul a constituit, din punctul meu de vedere – un succes. Felicitări!„

Dr. Michel Carruba, secretar general al Societății Franceze de Implantologie, a demonstrat timp de 2 ore celor prezenți importanța realizării corecte a ghidului chirurgical și radiologic în implantologie.

Dr. Jean-Pierre Dumouchel

Dr. Jean-Pierre Dumouchel, de la Colegiul Mediteranean de Implantologie Orală din Marsilia a reținut atenția printr-o expunere de excepție cu privire la implantul „Novum”.

„Sunt pentru a treia oară în România. Ultima dată am ținut o conferință la Iași în 1993. Apreciez interesul manifestat de colegii care au asistat la Cursul de Implantologie. Sunt încântat de primirea făcută, de expoziția de materiale stomatologice și de numărul mare de participanți la Congres.”

Dr. Ioanis Pantazopoulos

Conferința Dr. Ioanis Pantazopoulos - Controlul bolilor infectioase în practica stomatologică – a fost urmărită cu interes de peste 600 de colegi. Ea a fost completată de conferința Dr. Petrea, care a prezentat situația unor afecțiuni ca SIDA, hepatita epidemică, în țara noastră.

„Mulțumesc pentru invitația de participa la Congresul Asociației Dvs. Am avut astfel un interesant schimb de idei cu colegii români, din Franța, Cehia, R. Moldova. Apreciez interesul colegilor români pentru pregătirea lor profesională, organizarea congresului și expoziția de materiale stomatologice. Felicitări!”

Dr. Sotiris Zissopoulos

Dr. Sotiris Zissopoulos de la Departamentul de Parodontologie al Facultății din Atena și membru în conducerea Societății Elene de Parodontologie a prezentat, pe baza ultimelor date din literatură, importanța sondajului pentru stabilirea diagnosticului și planului de tratament în parodontologie.

„Organizarea unui congres de o asemenea amploare necesită o muncă deosebită. Felicit organizatorii. Am vizitat puțin Bucureștiul și Brașovul și am rămas plăcut impresionat de ceea ce am văzut.”

De un deosebit interes s-a bucurat conferința Prof. Dr. Erwin Weiss de la Universitatea Hadasah (Israel). Desăvârșit practicant și un lector agreabil, Prof. Dr. Erwin Weiss a prezentat numeroase cazuri clinice, insistând pe tratamentul parodontal complex.



Rezumatul 1:

Aspecte ale Calității Vieții la persoanele din sanatorii și neinstituționalizate în cazul vârstei a III-a

Prof. Dr. Shuichi Nomura

Departamentul de Sănătate Orală (Gerontologie) și Protetică Fixă,
Universitatea Niigata

Facultatea de științe Medicale și Stomatologice, Japonia

Creșterea rapidă a numărului populației în vârstă este un factor de luat în considerare în terapia stomatologică a secolului 21. În anul 2020 se prevede că o pătrime din populația Japoniei va avea vârsta de 65 de ani și peste. O atenție deosebită trebuie acordată creșterii marcate a persoanelor de peste 75 de ani, care necesită îngrijiri speciale, deoarece de obicei aceștia sunt infirmi, cu probleme cognitive sau motorii.

Cercetarea noastră, care s-a făcut la o instituție specială de îngrijire a bătrânilor, ne-a arătat că îngrijitorii, cu cunoștințe limitate de anatomie și fiziologie a cavității orale, nu erau preocupați de pentru curățarea cavității orale și a protezelor persoanelor cu probleme psihice. Există metode și aparate care pot fi mânuite ușor și fără pericol de către îngrijitorii ocupați pentru a menține sănătatea orală a acestor persoane în vârstă.

În cazul bătrânilor hrănirea este o activitate de o importanță deosebită, de aceea funcția masticatorie influențează direct calitatea vieții. Multe studii au arătat relația dintre posibilitatea de a mesteca și obiceiurile alimentare la vârstnici. Totuși subiecții din aceste studii au fost în principal rezidenți ai sanatoriilor sau pacienți ai spitalelor pentru bătrâni.

Obiceiurile alimentare ale vârstnicilor care nu au dezabilități au fost studiate pentru a elucidă relația dintre funcția masticatorie și starea sănătății fizice. Participanților de la un câmin de bătrâni din prefectura Niigata li s-a cerut să răspundă la un chestionar despre condiția fizică, obiceiurile alimentare, funcția masticatorie, starea protezelor dentare și starea orală. Chiar și între bătrânii activi și independenți a fost relevată o tendință de scădere a varietății și cantității de alimente ingerate datorită modificărilor ocluzale în cadrul grupului ai cărui membri se considerau bolnavi. Importanța menținerii funcției masticatorii a fost reconfirmată ca un factor al prelungirii sănătății a grupului de persoane în vârstă.

• Studiul a fost susținut de un grant al Societății Japoneze pentru Promovarea Științei.

Rezumatul 2:

Probleme de cercetare în cadrul Departamentului de Știință a Biomaterialelor Dentare, în special metalele în organism și cavitatea bucală

Prof. Dr. Osamu Miyakawa**Conf. Dr. Kouichi Watanabe**

Departamentul de Știință a Biomaterialelor Dentare, Universitatea Niigata
Facultatea de Științe Medicale și Stomatologice, Japonia

Multe elemente metalice, deși în cantitate foarte mică, sunt cunoscute ca jucând un important rol în metabolism și funcțiile fiziologice. Au fost raportate leziuni datorator unor modificări ale cantității diferitor materiale. De asemenea, alergii determinate de diferite materiale fac probleme multor pacienți. Pentru diagnosticarea acestor afecțiuni este necesară identificarea metalelor în organism și cavitatea bucală și mai mult decât atât, măsurarea locală a cantităților. Microanalizatorul cu sondă electronică cu spectrometru (EPMA) cu dispersie a lungimii de undă este unul dintre cele mai potrivite instrumente pentru a obține distribuția elementelor în probe de mici dimensiuni. Motivul principal este acela că informațiile despre compoziție pot fi obținute cu o rezoluție spațială de ordinul unui micron. În plus el produce hărți ale elementelor, care arată distribuția cantitativă a elementelor în zona de interes.

În cadrul colaborării de cercetare cu laboratorul EPMA, departamentul nostru a raportat deja o îmbunătățire realizată prin mijloacele EPMA a tehnicii de analiză a elementelor, pentru secțiuni de țesut cu grosime de 2 microni. În cadrul acestor tehnici o piesă de carbon cu suprafață netedă joacă un rol important ca substrat de susținere a secțiunii. Piesa de carbon evită încălzirea excesivă a secțiunii datorită excelentei conductivități termice. În plus, deoarece carbonul este un element ușor, el emite raze X de intensitate foarte scăzută. Ca rezultat, un fascicol de electroni de 0,6 mA la 20 kV care este de 10 ori mai puternic decât fascicolul folosit obișnuit, poate fi folosit pentru iradierea secțiunilor de țesut, fără deteriorări termice importante și, în acest mod, suficiente semnale date de razele X pot fi obținute chiar și din partea simplor urme de atomi. Limita de detecție este de ordinul a 1×10^6 atomi/micron pătrat în comparație cu metoda tradițională impregnare metalică, vor fi prezentate câteva exemple incluzând secțiuni de ficat și rinichi de la pacienți cu boala Wilson și secțiuni de plămân.

Laboratorul EPMA a contribuit repetat la diagnosticarea clinică a alergiilor metalice dentare. Recent, o nouă metodă ce folosește un analizator de raze X cu fluorescență a fost dezvoltat pentru a identifica mai ușor și mai rapid metalele

din cavitatea bucală. Timpul necesar este de aproximativ 10 minute pentru completarea analizei tuturor probelor. Cantitatea necesară pentru analiză este de ordinul unui nano gram. Această metodă va fi comparată cu metoda tradițională folosind EPMA.

Rezumatul 3:

Folosirea protezelor amovibile crește cantitatea de secreție salivară la pacienții parțial sau total edentați

Conf. Dr. Akiko Nomura

Departamentului de Protetică Amovibilă, Universitatea Niigata
Facultatea de Științe Medicale și Stomatologice, Japonia

Impactul pozitiv al protezelor amovibile asupra unora din funcțiile orale este cunoscut, fiind însă neclar dacă secreția de salivă este îmbunătățită de utilizarea lor. De aceea acest studiu investighează schimbările cantității de salivă secretată, la pacienții parțial sau total edentați protezați.

1. 22 de pacienți care au proteze parțiale amovibile la Clinica Universitară Stomatologică cu 1 până la 20 de luni înainte de investigație au fost incluși într-un studiu. Am măsurat debitul de secreție salivară stimulată (grame/minut) și ciclurile masticatorii (număr/minut) în timpul mestecării de ceară cu și fără proteză. Forța ocluzală maximă a fost măsurată cu folii sensibile la presiune „Dental Prescale” și cu analizatorul computerizat “Occluser” (Fuji Photo Film Co.) Rezultatele au arătat că există o diferență semnificativă a debitului de secreție salivară stimulată ($p < 0,001$), ciclurile masticatorii cu ceară ($p < 0,005$) și a forței ocluzale ($p < 0,001$) cu și fără proteză amovibilă. Purtând proteza, debitul salivar și forța ocluzală a crescut, în timp ce numărul ciclurilor masticatorii au scăzut. Mai mult, acești parametri au fost similari la 5 pacienți din lotul de studiu.

2. Efectul reparării și schimbării protezei asupra secreției salivare a 3 pacienți (2 femei de 69 și 72 de ani și un bărbat de 82 de ani) a fost de asemenea evaluat. Debitul salivar nestimulat și cel stimulat (grame/minut) ca și forța ocluzală maximă au fost măsurate la interval de 15 – 44 de luni de la prima reparare. Rezultatele au arătat că atât debitul salivar cât și forța ocluzală au crescut.

În concluzie, purtatul protezelor îmbunătățește secreția salivară. Acest studiu, de asemenea, arată că susținerea ocluziei de către proteză influențează debitul salivar.

Rezumatul 4:

Aspecte biomecanice ale protezei fixe pe implante

Asist. Dr. Roxana Stegăroiu**Asist. Dr. Takahiro Sato**

Departamentul de Sănătate Orală (Gerontologie) și Protetică Fixă,
Universitatea Niigata
Facultatea de Științe Medicale și Stomatologice, Japonia

Absența ligamentelor parodontale în jurul implantelor dentare duce la transmiterea directă a forțelor ocluzale spre osul alveolar. De aceea, se încearcă atenuarea acestor forte prin diferite mijloace. La nivelul lucrărilor protetice fixe, tipul lor și materialele din care sunt fabricate sunt factori care ar putea influența valorile și distribuția stresului mecanic în osul din jurul implantelor. Vor fi prezentate rezultatele unor simulări pe computer care folosesc metoda analizei tridimensionale a elementelor finite în funcție de tipul lucrării protetice (coroane individuale solidarizate, punte cu sau fără extensie și materialele de pe suprafețele ocluzale, aliaje din aur, portelan, rășini acrilice sau compozite) susținute sau nu de un substrat metalic. Rezultatele vor fi discutate în funcție de direcția forțelor aplicate din punct de vedere biomecanic, dar și al aplicabilității clinice.

În toate situațiile, stresul osos, dar și cel din implant și bont au fost maxime sub acțiunea componentei vestibulo-linguale a forței ocluzale și minime sub acțiunea componentei axiale, deci, în stabilirea schemei ocluzale trebuie evitate pe cât posibil componentele laterale ale forței ocluzale.

Tipul protezei influențează marcat stresul osos, coroanele individuale solidarizate susținute de către un implant determinând stresuri minime, în timp ce puntea cu extensii duce la stresuri maxime. Materialul ocluzal influențează stresul dintre implant și bont (cu stresuri maxime pentru rășini, mai ales acrilice, și minime pentru aliaje din aur sau portelan) și aproape deloc stresul osos. Prezența unui substrat metalic în proteza fixă atenuază aceste diferențe. În concluzie, tipul protezei fixe trebuie ales cu grijă, încă dinainte de operația de plasare a implantelor, spre a permite o distribuție optimă și o minimalizare a stresurilor osoase. În ceea ce privește materialele protetice, la nivelul suprafeței ocluzale, rășinile trebuie pe cât posibil evitate pentru a proteja implantul și bontul.

Câteva cazuri clinice în care sunt aplicate aceste principii vor fi prezentate spre exemplificare.

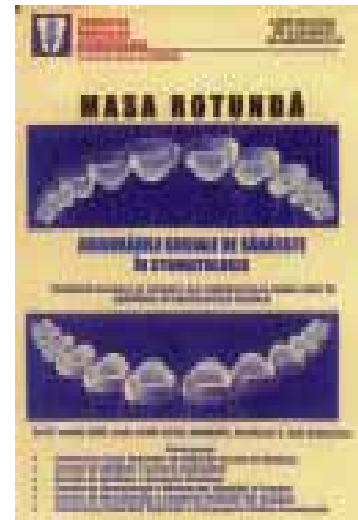
Traducere realizată de: Dr. Ciprian Lupu
Dragoș Zetu

Masa Rotundă - Asigurările Sociale de Sănătate în Stomatologie

Joi 7 martie 2002

Extrase din cele mai importante luări de cuvânt

Unul din principalele obiective ale A.M.S.P.P.R. este apărarea intereselor medicilor stomatologi contractanți ai asigurărilor sociale de sănătate. Deosebita semnificație a acestui subiect a fost subliniată de altfel și la deschiderea Congresului, în care aproape toți invitații la cuvânt au amintit grava criză care domină asigurările sociale de sănătate în stomatologie. Inițiată în premieră pe țară, **Masa rotundă „Asigurările Sociale de Sănătate în Stomatologie“**, desfășurată în cadrul Congresului, a avut ca invitați numeroși reprezentanți ai C.N.A.S.S., C.M.R., M.S.F., Senat, Camera Deputaților și F.N.P.M.F.R. Au răspuns invitației dr. Cristina Ștef - director Relații Publice a C.N.A.S.S., dr. Corin Penciu - senator, dr. Constantin Găucan - senator și președinte fondator al A.M.S.P.P.R., dr. Ion Berciu - C.M.R., dr. Mihai Ganea - F.N.P.M.F.R., membru în Consiliul de Administrație al C.N.A.S.S., Dr. Viorica Dumitrache - serviciul medical al C.N.A.S.S.. Un număr de 50 de mape ale A.M.S.P.P.R., din păcate insuficiente pentru numărul mare de participanți, conținând importante documente ale ERO-FDI, ale A.M.S.P.P.R. și ale C.M.R. au fost multiplicat și distribuite celor peste 150 de participanți.



Dr. Voicu A. David

În deschidere **dr. Voicu A. David, președinte A.M.S.P.P.R.**, a prezentat pe scurt evoluția și problemele globale ale asigurărilor de sănătate în Germania și România. Medicul stomatolog german a fost timp de decenii cel mai bine remunerat din Europa, pe fondul unui PIB record, al taxelor și impozitelor achitate disciplinat și fără arierate. Legea Bismarck acorda în jurul anilor 1900 asigurări sociale la 5% din

populația germană, fiind majorată în 1930 la 30% din populație, pentru ca în 1940 să acopere 80% din populație, mai puțin pătura socială înstărită care, și în prezent, poate opta pentru asigurări private concurențiale.

În România importul și adaptarea asigurărilor sociale germane s-a finalizat printr-un monopol public pe fondul unuia din cele mai scăzute PIB-uri din Europa, a indiscipliniei financiare care a dus la acumulări enorme de întârzieri de plăți din partea marilor agenți economici neprivatizați. La acestea s-au adăugat lipsa concurenței, interpretările personale ale legislației și instaurarea unei adevărate autarhii a conducerilor CASS Judetene, care aplică prevederile legale în mod diferit în fiecare județ, fapt care a transformat România într-o adevărată „republică federativă“.

O adevărată problemă a CNASS, CMR și a unor asociații profesionale este înțelegerea funcționării principiului solidarității. În asigurările sociale din stomatologie solidaritatea este fals înțeleasă și aplicată, majoritatea sănătoasă neexistând. În plus, grupele de vârstă tânără nu prezintă nici o situație favorabilă a sănătății orale pentru a sprijini grupele de vârstă înaintată, iar o majoritate formată dintr-o pătură socială înstărită, care să sprijine pe cei săraci, nu este încă formată.

O altă problemă care constituie de-a dreptul o anomalie europeană este derularea profilaxiei prin finanțare de la asigurările sociale, în toate țările civilizate această fiind finanțată de la buget. Controlul prevenției este de asemenea ignorat, deși ea, fiind cea mai ieftină, duce în timp la scăderea permanentă a costurilor tratamentelor curative.

În prezent asistăm în fapt la o criză a finanțării asigurărilor sociale în toată Europa, consensul ORE - FDI aprobat în unanimitate la Berna în 2001 subliniind faptul că doar tratamentele și profilaxia la copii și adolescenți

până la 18 ani derulându-se și fiind acoperite integral de asigurările sociale. La adult responsabilitatea individuală trebuie să preceadă solidaritatea, afecțiunile previzibile și evitabile (cariu și parodontopatia) nefiind recomandat a se finanța. Doar urgențele, tratamentul acestora și manifestările bucale ale maladiilor genetice, tumorilor și traumatismelor ar trebui să intre sub incidenta asigurărilor sociale. În oglindă față de acest context european a fost implementat în România din punct de vedere legislativ un dezechilibru major, finanțându-se în mod traditional și nejustificat din punct de vedere economic neglijența și lipsa de responsabilitate a pacientului. În acest context asigurările sociale de sănătate românești au fost depășite în scurt timp în stomatologie de dezechilibrul dintre cererea de servicii care este infinită și imprezvizibilă și sursa de finanțare care este în mod clar limitată. În acest moment de răscruce pentru supraviețuirea rețelei de stomatologie socială apare necesitatea redefinirii unui pachet de servicii de bază (sociale) și unui pachet de servicii opționale (libere). Aceste propuneri A.M.S.P.P.R. le-a făcut începând din 1998 în fiecare an, atât CNASS cât și CMR, fără ca aceste instituții să aibă voința de a le aplica în practică. Din aceste motive în acești ultimi 4 ani criza globală a finanțării stomatologiei sociale s-a adâncit, rezultând o creștere permanentă a nemulțumirii medicilor stomatologi contractanți cât și a pacienților asigurați.



Prezidiu - de la stânga la dreapta: **Dr. Constantin Găucan, Dr. Rodica Aldica, Dr. Mihai Ganea, Dr. Cristina Ștef, Dr. Ion Berciu, Dr. Delia Barbu, Dr. Corin Penciu, Dr. Viorica Dumitrache, Dr. Voicu A. David**



Dr. Delia Barbu

Dr. Delia Barbu, vicepresedinte A.M.S.P.P.R. Departament Asigurări a prezentat în continuare, în completare la aceste probleme globale, problemele concrete ale medicilor stomatologi furnizori de servicii, probleme legate de acreditare, raportări, plafoane, inițiind luări la cuvânt ale numeroși medici prezenți, reprezentând marea majoritate a practicienilor.

Nerespectarea plafoanelor trimestriale și lunare își are originea în fapt în lipsa intenționată de transparentă a situației fondurilor publice colectate de CJASS de la asigurați, procentul alocat stomatologiei în fiecare an neputând fi urmărit (dacă este respectat) prin necunoașterea valorii globale a sumei alocate asistenței medicale. În diferite județe, după criterii sociale, economice, politice și, în unele cazuri, chiar personale ale conducătorilor CJASS, plafoanele au valori ridicole, punând medicii în fața unor grave dileme morale și etice în relațiile lor cu pacienții. Alegerea unora sau altora dintre pacienții adulți și chiar copii pentru a beneficia de drepturile legale a dus în mii de cazuri la încălcarea de către medicii stomatologi români contractanți ai asigurărilor sociale a jurământului Hipocratic și a Codului Deontologic al CMR, transformând stomatologia ca profesie liberală în roata dintată a unui mecanism economic defect.

Un alt aspect care perturbă în mod major sistemul și conferă un caracter super-birocratic activității administrative a furnizorilor de servicii îl constituie mecanismul acreditării și reacreditării. În fiecare an apar noi și noi decizii de acreditare și reacreditare, decizii care sunt elaborate din punct de vedere lingvistic confuz, au un caracter contradictoriu de la un semestru la altul, permit interpretarea personală din partea comisiilor paritare, ducând la degingolada permanentă și repetată a unei proceduri simple și firești. Sesizări repetate ale A.M.S.P.P.R. la adresa CNASS, MSF și CMR, editoriale și articole în publicațiile A.M.S.P.P.R. și presa locală au reușit parțial deblocarea acestor fenomene.

Asigurarea de către CNASS și CMR a necesarului de asistență medicală stomatologică în teritoriu este de asemenea deficitară, prin supraaglomerarea zonelor urbane și rămânerea unui mare procent din zonele rurale neacoperite. Acest lucru duce la imposibilitatea asiguraților cu mari probleme financiare din zonele rurale de a beneficia de drepturile conferite de Legea 145 cât și la fenomene repetate de concurență neloială între furnizorii de servicii în zonele aglomerate.

Nerespectarea de către CASS Județene a textului Contractului Cadru 2002 publicat în Monitorul Oficial pune sub semnul întrebării competența departamentelor juridice și a conducătorilor caselor județene respective care aplică legea considerând fiecare județ a fi stat în stat. Nerespectarea excepției de la plafon pentru pedodontie și, mult mai grav, pentru urgențe ar putea conferi oricărui contractant dreptul de a acționa în instanță CASS Județeană cu care are contractul, acțiune din păcate fără precedent, explicabilă prin lipsa de unitate a contractanților în apărarea unor interese comune. Solicitarea din partea CJASS de competență în radiodiagnostic duce, de asemenea, la o deteriorare fără precedent a calității prestațiilor stomatologice.



Dr. Mihai Ganea

Dr. Mihai Ganea, președinte al Federației Naționale a Patronatului Medico-Farmaceutic Român a confirmat veridicitatea prezentărilor anterioare, arătând că aspectele globale și practice prezentate constituie, în același timp identificări ale unor probleme acute, cât și găsirea și inițierea unor soluții. FNPMFR își exprimă disponibilitatea de a promova și apăra interesele medicilor stomatologi

contractanți centralizate în documente sintetice și precise. Una din soluțiile propuse de FNPMFR ar fi înființarea legală a unui Colegiu al prestatorilor de servicii medicale, care să devină al patrulea partener social de dialog și de negociere al Contractului Cadru.



Dr. Corin Penciu

Dr. Corin Penciu, Senator, membru în Comisia de Sănătate a Senatului României, a arătat că există mai mulți actori în derularea asigurărilor sociale, MSF ca initiator și responsabil al politicilor de sănătate din România, CNASS ca reprezentant al intereselor asiguraților și, în același timp, administrator al fondurilor colectate de la aceștia, CMR ca reprezentant global

al corpului medical și asociațiile profesionale ca reprezentante specifice ale intereselor diferitelor specialități medicale. Din păcate, la ora actuală mulți dintre acești actori nu își îndeplinesc rolurile legale sau statutare, sau doresc să îndeplinească rolul celorlalți parteneri, fapt care perturbă întreaga funcționare a sistemului.

Criza globală a sistemului sanitar generată de întârzierea reformei la nivelul spitalelor cât și necesitatea alinierii legislației medicale românești la normele europene în vederea depunerii candidaturii pentru aderare, a dus la importante modificări în textul Legii 145 a asigurărilor sociale de sănătate. Printre aceste modificări sunt important de subliniat două: scoaterea fondurilor CNASS din cadrul general al fondurilor bugetare și identificarea de către fiecare specialitate medicală a unui pachet minimal de servicii, pachet social plătit de către CJASS.

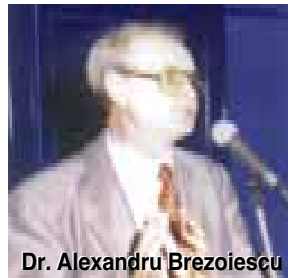


Dr. Constantin Găucan

Dr. Constantin Găucan, Senator, membru în Comisia de Sănătate a Senatului României, a subliniat intenția MSF de revenire ca organism cu drepturi depline de reglare și control și disfuncționalitățile din cadrul reformei sanitare.

Una din principalele probleme ale reformei din România este lipsa completă a vocii asiguraților, drepturile acestora fiind permanent ignorate și încălcate în ultimii 4 ani. Nerespectarea textului și spiritului Legii 145 conform căreia în cadrul conducătorilor CJASS o treime ar trebui să fie reprezentanți ai asiguraților (sindicatul) care contribuie cu 7% din salariu, o treime angajatorii (patronatul) care contribuie cu cealaltă 7% din salarii, și doar o treime persoane numite din partea prefecturilor, primăriilor și guvernului, toate acestea ducând la transformarea Consiliilor de Conducere ale CJASS în adevărate feude conduse de câteva persoane numite și nu alese.

Procentul scăzut alocat stomatologiei reprezintă o încălcarea și o nerecunoaștere a unui drept constituțional al cetățeanului, dreptul la o sănătate orală corespunzătoare.



Dr. Alexandru Brezoiescu

Dr. Alexandru Brezoiescu, Director Executiv al UNAS, a prezentat problemele deosebite legate de încadrarea în plafoane trimestriale, materializată printr-un adevărat conflict între generații care a apărut între medicii tineri, nedetinați încă a calificărilor profesionale de medic specialist sau medic primar, generație cu mare forță de muncă și generația

mai în vârstă care beneficiază de titluri profesionale ca și de o majorare procentuală a plafonului. Una din propunerile sale care ar putea avea efecte deosebit de benefice pentru drepturile asiguraților ar fi corelarea și transferarea plafonului nu per medici ci per număr de asigurați înscrși pe listă. În acest mod asigurații ar avea cu toții drepturi egale, la fel ca în cadrul fondului de medicamente, un medic cu mai mulți asigurați pe listă putând să le acopere acestora același număr de prestații ca și un medic cu mai puțini asigurați înscrși. Problema urmăririi pacientului din punct de vedere medical cât și al CNASS este, de asemenea, până în prezent nerezolvată, trebuind imaginate și aplicate soluții realiste și funcționale.



Dr. Ion Berciu

Dr. Ion Berciu, președintele Comisiei Naționale de Stomatologie a CMR, a convocat în cadrul Mesei Rotunde toți președinții de Comisii Judetene de stomatologie ale CMR, aceștia putând audia cu această ocazie nu doar opiniile din cadrul lucrărilor restrânse ale acestor comisii ci și problemele concrete zilnice ale contractanților asiguraților sociale. Cel

doi parteneri legali, CMR și CNASS, au și vor avea un rol important în negocierea Contractului Cadru, fiind neconstitucional și ilegal ca diferite Ordonanțe de Urgență ale Guvernului să modifice sau să anuleze prevederi ale unei legi organice cum este Legea 145 a asiguraților sociale de sănătate. Propunerile de modificare ale Legii 145 trebuie să aibă loc pe baza unor consultări competente a comisiilor de sănătate ale Camerei deputaților, Senatului, CMR și MSF.

Un studiu statistic populațional a arătat în mod definitiv incorecta și proasta gestionare a fondurilor asiguraților sociale care favorizează consumul necontrolat de fonduri din partea spitalelor în defavoarea asistenței medicale primare, de familie, stomatologie și medicina de specialitate.

În medicină dreptul asiguraților la o sănătate orală corespunzătoare este egal cu dreptul acestora la o sănătate generală corespunzătoare și de aceea stomatologia nu trebuie marginalizată. Un pachet minimal și plătilbil de servicii trebuie identificat și asigurat iar programele naționale de prevenție în stomatologie, promovate și controlate de MSF, nu trebuie să consume și să risipească în mod inutil fondurile CNASS.



Dr. Gheorghita Barna

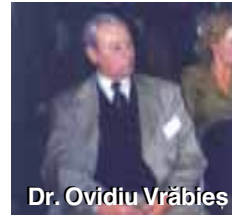
Dr. Gheorghita Barna, președintă Filiala Regională Banat a AMSPPR, a prezentat problemele deosebite legate de factorul timp în cadrul derulării Contractului Cadru. Apariția Contractului Cadru pe anul în curs în primele săptămâni din ianuarie și aducerea sa la cunoștința contractanților abia la începutul lui februarie, duce la funcționarea în ilegalitate și în ceată a sistemului de asigurări sociale la început de an. Este imperios necesar a avea Contractul Cadru aprobat și adus la cunoștința contractanților până cel târziu la mijlocul lunii decembrie, astfel ca, imediat după sărbătorile de iarnă, fiecare contractant și asigurat să cunoască obligațiile și drepturile care le revin, pentru evitarea aplicării ilegale retroactive a legii.

Stabilirea datei de decontare cu CJASS până în 25 ale lunii denotă necunoașterea completă de către conducătorii CNASS a termenului limită național și legal de 15 al lunii curente, dată până la care fiecare agent economic este obligat a-și achita taxele și contribuțiile pentru bugetul de stat. Rămânerea și în 2003 a datei de 25 ale lunii ca termen de decontare, va genera în continuare menținerea disfuncționalităților financiare ale cabinetelor medicale și chiar la obligarea implicită a nenumărați colegi de nerespectare a disciplinei financiar-contabile.

Lipsa completă a unei corespondente oficiale între CJASS și contractanți, corespondență numerotată și datată, și utilizarea avizierelor CJASS sub formă amatoristică de gazete de perete studentești duce la ilegalitatea comunicării deciziilor CJASS și chiar la posibilitatea nerespectării acestora de către medicii contractanți. Nerespectarea prevederilor legale referitoare la neplafonarea urgentelor și tratamentelor stomatologice la copii și adolescenți pune sub semnul întrebării rolul legal al Contractului Cadru și al semnificației publicării acestuia în Monitorul Oficial.

Estimările de activitate impuse de Contractul Cadru și de CJASS contractanților, au un caracter teatral și de carnaval având în vedere plafonul financiar trimestrial. Orice fel de estimare s-ar face, pe grupe de vârstă sau pe tip de prestații,

estimări referitoare la tipul de diagnostic sau la costurile de tratament nu au nici un fel de semnificație concretă și nu influențează cu nimic fondurile fixe alocate, constituind o activitate birocratică și inutilă în asistența stomatologică socială.



Dr. Ovidiu Vrabieș

Dr. Ovidiu Vrabieș, vicepreședinte Filiala Regională Crișana a AMSPPR: legislația românească este campioană europeană la capitolul confuzie. Dreptul medicului stomatolog de a comanda investigații paraclinice simple și firești cum ar fi: un timp de coagulare, un VSH, o antibiogramă, constituie o deficiență majoră a tuturor Contractelor Cadru existente până în prezent, deficiență care sperăm să fie eliminată în 2003.

Dreptul pacientului de a fi informat nu a fost respectat niciodată, broșurile de informare și educare a pacienților, nefiind realizate de către CNASS.

Prin similitudine cu toate sistemele de asigurare, CNASS ar avea obligația de a încheia contracte cu fiecare asigurat în parte, contracte care să stipuleze obligațiile și drepturile reciproce. Juridic corectă și inatacabilă, ideea de contract cu asiguratul este însă practic greu de realizat având în vedere cele peste 15 milioane de asigurați români.

Fondurile CNASS deținute și manipulate în prezent de Trezoreria statului, ar trebui transferate și gestionate direct de CNASS și nu blocate și utilizate de Ministerul de Finanțe în alte scopuri.



Dr. Rodica Aldica

Dr. Rodica Aldica, vicepreședinte AMSPPR - Departament Integre Europeeană, Secretar General ORE - FDI. În primul rând, înainte de a începe orice negociere, este recomandabil să i se solicite CJASS, verbal sau în scris (caz în care se va solicita și numărul de înregistrare a cererii), comunicarea sumei pe care aceasta o colectează lunar și anual.

Având în vedere că sunt bani publici, CJASS este obligată să ne pună la dispoziție aceste date. În cazul în care cererea se respinge, răspunsul va fi solicitat în scris.

Următoarea etapă constă în explicarea modului de repartizare a fondurilor, respectiv ce procent a fost destinat de către CJASS stomatologiei și în urma cărei decizii. Este important de aflat de asemenea cum a fost calculată suma.

Din suma lunară încasată, 25 % se virează la CNASS care apoi redistribuie o anumită sumă județului. Există județe cărora li se returnează mai mult de 25 % și altora probabil mai puțin. Din păcate, cu toate că la nivel național s-a stabilit un procent de 3 % pentru stomatologie, în toate județele procentul nu ajunge la 2 %.

Ori aceste fonduri nu există pentru că reforma în spitale nu se face și - în loc să scadă procentul alocat acestora - fondurile ce le-au fost destinate au continuat să fie de până la 57 % (treacând chiar peste propunerea de 45-50 %). Urmarea: procentele alocate medicinei primare și stomatologiei au fost diminuate.

În acest sens, suntem solidari cu medicii de familie în a susține protestul inițiat de CMR pentru a crește procentele la cotele stabilite la negocierile inițiale pe care ulterior CNASS nu le-a mai respectat. Acest protest este susținut și de Federația Națională a Patronatului Medico-Farmaceutic Român.



Dr. Cristina Ștef

LA TOATE ACESTE PROBLEME VITALE PENTRU ASIGURATII ROMÂNI ȘI MEDICII STOMATOLOGI ROMÂNI AȘTEPTĂM REACTIA ȘI RĂSPUNSUL CNASS

Cum să deschizi un cabinet stomatologic privat?



Cursul adresat proaspeților noștri colegi poate fi numit un succes dacă luăm în considerare numărul mare de participanți, în ciuda desfășurării acestuia în ultima zi și la ultima oră a congresului AMSPPR. Ideea organizării acestui curs îi aparține președintelui AMSPPR, Dr. Voicu A. David, iar audiența de care s-a bucurat demonstrează necesitatea unor astfel de prelegeri.

Chiar dacă au fost prezenți în auditoriu și medici cu vechi state în stomatologia privată, majoritatea au fost studenții din anii terminali și mai noii absolvenți ai Facultăților de stomatologie, adică grupul țintă al manifestării. Nici un curs nu poate să ofere soluții pentru întrebările fiecărui participant, însă am încercat să oferim o imagine de ansamblu asupra problematicei "cabinetului medical stomatologic privat".

Problematika abordată a fost variată, de la dinamica deschiderii cabinetelor private, la ternele avizări și paraavizări, de la bugetul previzional la forurile tutelare și de control, de la colaborarea cu asistenta și cu tehnicianul la cea cu DSP-ul și cu CASJ-ul, de la cheltuieli directe la cele indirecte, costuri, mijloace fixe, evidente, rate de profitabilitate, amortizări și până la retehnologizare și dezvoltare, abundența problematicei fiind limitată de cele două ore alocate.

Voi detalia o parte a subiectelor discutate cu ocazia acestei întâlniri.

Dinamica deschiderii cabinetelor private. Evoluție, perspective. Sunt multe cabinete stomatologice? Sunt prea mulți medici stomatologi? În discuțiile purtate de medicii stomatologi o problemă des ridicată este creșterea necontrolată a numărului de medici stomatologi. Statistic, la nivel național avem cea mai mică cifră de medici stomatologi raportat la numărul de locuitori (1 medic la 2750 de locuitori) din Europa. Problemele apar, însă, în orașele reședință de județ, unde cifra este mult mai mare decât în orașele din Europa occidentală, de exemplu în Arad, București, Cluj, Oradea cifra se apropie de un medic la 750 de locuitori. Și în continuare tendința este de a se

deschide cabinete în orașele reședință de județ, pe termen mediu fiind probabilă crearea unor tensiuni, această suprapopulare cu medici stomatologi având efecte nefavorabile asupra tuturor medicilor stomatologi.

Având în vedere datele pe care le detinem, pare iminentă introducerea unui control al numărului de cabinete stomatologice asociat cu un control al numărului de absolvenți. Rolul de filtru îl pot reprezenta Colegiile Medicilor, CJAS, și Direcțiile de Sănătate Publică. Numerus clausus este adoptat peste tot în UE și va deveni un subiect important și în discuțiile pentru preaderare, anul acesta începând negocierile și pentru asistenta medicală.

Pare deci recomandabilă deschiderea unui cabinet stomatologic în orașe de dimensiune medie sau în mediul rural, unde există un deficit semnificativ de medici stomatologi.

Strategia deschiderii. Forme organizatorice posibile, eficiente.

Sunteți pregătit să deschideți un cabinet stomatologic? Aveți suficiente fonduri, suficienți pacienți, suficientă experiență, suficient curaj și perseverență? Toate acestea sunt întrebări la care nu o să putem răspunde în locul dumneavoastră putem doar să vă spunem că într-un cabinet particular nu veți mai împărți cu nimeni veniturile provenite din munca depusă, însă de altă parte va trebui să faceți față singuri la toate problemele care decurg din deschiderea și funcționarea unui cabinet. **Merită?** Pentru unii da pentru alții ba. Unii într-adevăr au aptitudinile necesare pentru a administra și eficientiza un cabinet în timp ce pentru alții ar fi mult mai bine să negocieze niște condiții mai bune la cabinetul la care sunt angajați.

Din punct de vedere al **eficienței** forma optimă pentru un cabinet este un cabinet stomatologic cu două unituri (bineînțelese în două încăperi), unde lucrează doi medici stomatologi în contratură. Investiția care se face trebuie folosită la maximum, de aceea nu este permis ca aceasta să aibă perioade de neutilizare. O asociere, însă, chiar în cazul unei relații foarte strânse între parteneri este recomandabil să se facă cu consilierea unui jurist.

Formele organizatorice sunt precizate în legea 629/13 noiembrie privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale și amintesc aici **Cabinetul medical individual, Cabinetele medicale grupate, Cabinetele medicale asociate, Societatea civilă medicală, Unitățile medico-sanitare cu personalitate juridică.**

Avize, autorizații, aprobări. Foruri tutelare și de control.

Partea cea mai dureroasă este

bineînțelese partea de avizări care se referă atât la medic cât și la unitatea medicală pe care o gestionează.

CRITERII LEGALE DE AUTORIZARE

Sunt constituite din totalitatea autorizațiilor, aprobărilor și vizelor necesare activității, în conformitate cu reglementările în vigoare. Cu unele excepții, notate (*), aceste documente sunt deținute de toate cabinetele stomatologice private care funcționează.

- * Act de deținere a spațiului (contract de vânzare, închiriere, concesiune, comodat, certificat de moștenitor)
- * Schița-proiect cu plan de situație și releveu al spațiului deținut (*)
- * Diploma universitară obținută
- * Diplome de pregătire postuniversitară (*)
- * Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România
- * Certificat de avizare al cabinetului de către CMR
- * Autorizația de Liberă Practică Medicală, emisă de Ministerul Sănătății
- * Autorizație Sanitară de funcționare, emisă de Inspectoratul de Sănătate Publică
- * Autorizația de Deținere și Utilizare a Substanțelor Toxice (*)
- * Autorizația pt. Radiologie Stomatologică, CNCAN (*)
- * Autorizația de Protecție a Muncii
- * Autorizație de Protecție a Mediului
- * Autorizația de Funcționare de la Primărie
- * Avizul pt. Prevenirea și Stingerea Incendiilor
- * Avizul Special al Ministerului Sănătății pt. cadrul (cadrele) mediu angajat
- * Avizul special al Ministerului Sănătății pt. tehnicianul (tehnicienii) dentar angajat (*)
- * Buletinul de verificare periodică a recipientilor de presiune (ISCIR)
- * Buletinul de verificare periodică metrologică a instrumentelor de măsură și control
- * Buletinul de verificare periodică a electrosecurității aparaturii electrice
- * Buletinul de verificare tehnică periodică a aparaturii medicale din dotare
- * Certificatul de Înregistrare Fiscală la Finantele Publice
- * Certificatul de Înregistrare la Registrul Comerțului
- * Certificatul de Înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.
- * Contul Bancar al Liber Profesionistului (*)
- * Registrul Inventar cu Mijloace Fixe din dotare
- * Cartea de Muncă a medicului

stomatolog titular (*)

- * Cărți de muncă ale personalului angajat cu Contract de Muncă
- * Convenții civile ale personalului angajat cu Convenție de Prestări Servicii (*)
- * Contract de Asigurare Socială a medicului titular cu Direcția Muncii și Protecției Sociale
- * Contract de Asigurare de Răspundere Civilă pentru Riscuri Profesionale în stomatologie (mal-praxis)
- * Contracte de Asigurări private de persoane din firmă sau bunuri ale cabinetului (*)
- * Dovada de deținere de Copy-Right pentru limbajul informatic și programele utilizate pe PC (*)

Pentru fiecare din aceste acte trebuie depus bineînțeles un dosar care conține un alt set de acte, și bineînțeles în majoritatea situațiilor o taxă de avizare. Și aceasta este partea vizibilă a problemei deoarece partea dificilă este soluționarea acestor dosare, timpul și nervii consumați pentru a fi în limita legii. În momentul de față există deja numeroase firme de intermediari care se ocupă de avizări și pentru o taxă rezonabilă este recomandabil angajarea unei astfel de firme.

Relațiile interumane: personal, pacienți, colegi, furnizori.

Cum și când să angajezi o asistentă, să-i faci contract de muncă? Ți poți permite să ai o asistentă? Ți poți permite să lucrezi fără asistentă? Ce atribuțiuni trebuie să aibă această asistentă? Varianta optimă pentru angajarea unei asistente este interviul. Piața este suprasaturată de solicitări de locuri de muncă și acest fapt trebuie exploatat. Nu este recomandabil să mergem pe cunoștințe, cu o asistentă trebuie dezvoltată o relație de muncă bazată pe respect reciproc, astfel încât aceasta să usureze la maximum munca medicului.

Trebuie să fim conștienți că unei asistente îi sunt necesare cel puțin trei luni pentru a putea deveni utilă. Este o investiție care va da roade în timp, totuși este bine ca această colaborare să înceapă cu o perioadă de probă având ocazia în acest fel să vedem disponibilitatea pentru această muncă grea, de fapt, sau pur și simplu o eventuală nepotrivire de caracter. Pasul următor vizează forma contractuală de colaborare cu asistenta, recomandabil fiind contractul de colaborare pe o perioadă determinată. Timpul va decide în ce măsură alegerea făcută este justificată; o asistentă bine pregătită însă, care știe să creeze un climat plăcut la cabinet este un atu serios pentru un cabinet eficient. Asistenta trebuie și poate: pregăti totul pentru începerea programului de lucru, pregătește pacientul pentru tratament, completează fișa pacientului, stabilește o relație de încredere reciprocă cu pacientul, pregătește toate materialele necesare repede și fără ca medicul să se ridice de pe scaun, oferă instrumentarul adecvat, efectuează planificările, efectuează ședințe de profilaxie, curată instrumentarul, igienizează profesional cabinetul.

Cum să faci o echipă cu tehnicianul? Colaborarea cu tehnicianii

dentari a reprezentat și continuă să reprezinte o problemă care dă multe dureri de cap medicilor stomatologi. Aceste probleme pot fi soluționate doar cu foarte multă diplomatie. **Care ar fi aceste probleme?** Practica ilicită a tehnicienilor în cavitatea bucală, pretenții financiare exagerate, nerespectarea planului de tratament făcut de medic, utilizarea unor materiale neadecvate, respectiv nerespectarea instrucțiunilor de prelucrare a diverselor materiale.

Cel mai important lucru în soluționarea acestor probleme este o documentare corespunzătoare, o bună pregătire teoretică (care să nu permită tehnicianului să facă planuri de tratament) completată cu detalii tehnice privind utilizarea și prelucrarea materialelor trebuie să pună de la bun început la punct baza de pornire în colaborare. Pretențiile financiare ale tehnicienilor trebuie să fie în concordanță cu calitatea lucrărilor și cu dotarea tehnică a laboratorului.

Cum să te aprovizionezi? Merită să vii în târguri? Aprovizionarea cu materiale stomatologice este o problemă sensibilă atât timp cât lucrăm cu materiale stomatologice la preturi identice cu cele care sunt comercializate în occident, în timp ce tarifele practicate vizavi de pacient sunt adaptate pieței locale.

Cu toate acestea consider că târgurile sunt locul unde medicul trebuie să vină să vadă noutățile de pe piață, să achiziționeze accesoriile pe care nu le poate găsi la dealerii locali, să cunoască aparatul de ultimă oră. Cred însă că nu este locul unde să-și cumpere 5 kg de silicon de aditie, 3 truse de compozit doar fiindcă este la reducere (și nu fiindcă ar avea nevoie) etc. Să îți banii în materiale nu este o afacere, mult mai important mi se pare să dezvolti o colaborare strânsă cu unii din dealerii locali. O diferență de 5-10.000 lei nu ne va face mai bogați astfel că nu mi se pare utilă o vesnică oscilare între dealeri, aprovizionarea trebuind să fie făcută cu minim efort (timp+tel) și optim este să fie făcută de asistentă. Bineînțeles rămâne un 5 % din aprovizionare care trebuie să fie făcută de medic, esențial însă este ca medicul să lucreze, să fie eficient și nu să piardă timpul căutând o reducere nesemnificativă. E bine de luat în seamă marketingul direct făcut de diferitele firme, și unde putem afla de principalele acțiuni ale principalelor firme importatoare (putând face în cazul unor oferte interesante comenzi telefonice).

Relația cu colegii, fiind o relație concurențială, este dificilă, însă aceasta nu înseamnă că trebuie să vă desființați în orice mediu colegii de breaslă. Gândiți-vă că la fel pot proceda și ei. Într-un oraș de dimensiuni medii colegii se cunosc între ei, cu toții facem greșeli, și există colegi care fac mai multe greșeli și alții care fac mai puține decât noi. Important este să ne ținem remarcile la adresa confratrilor pentru noi. Este bine să întrebăm pacientul cine i-a fost medicul curant până atunci precum și motivul pentru care s-a adresat dumneavoastră (întâmplare, proximitate, recomandare pret, calitate, punctualitate etc.)

Registru sau fișa de consultație?

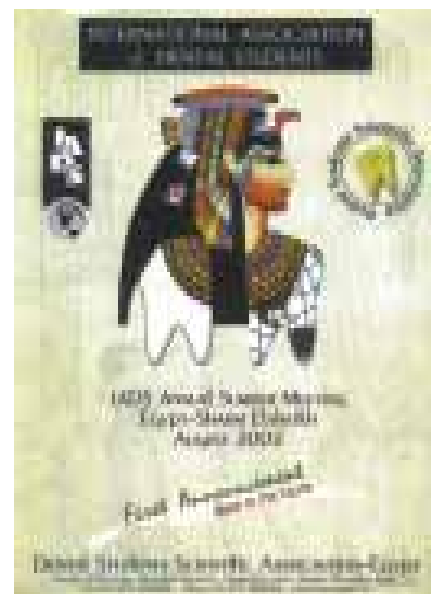
Computerul în stomatologie.

Registru împreună cu fișa de consultație sunt documente medicolegale de o deosebită importanță. Din discuțiile purtate cu mulți colegi reiese că un număr restrâns de medici țin o evidență corectă a pacienților, a manoperelor efectuate. Chiar dacă incomode de realizat, acestea pot să fie de un interes vital în momentele cele mai dificile. Numărul reclamațiilor făcute de pacienți este într-o continuă creștere, iar medicul, pentru a putea pleda nevinovat, trebuie să aibă în ordine fișele, registrul de consultații și radiografiile. Fără aceste elemente nu se poate construi nici o apărare viabilă. Evidența medicală ideală este dublă: pe hârtie și pe calculator.

Necesitatea de a aparține de o asociație profesională, de a beneficia de o "umbrelă", de un "ghid" în noianul problemelor ridicate de deschiderea și apoi functionarea unui cabinet stomatologic privat pare obligatorie. A trecut perioada în care fiecare se izola în cabinetul său și făcea abstracție de ceea ce-l înconjoară - colegi, profesori, importatori, reprezentanți ai pacienților, Colegiul Medicilor, DSP, CASJ, presa. Problematice ce apare este variată, și nu poate fi rezolvată solitar, nu se poate aștepta ca "cineva să rezolve", noi trebuie să soluționăm aceste probleme și nu este obligația mea mai mult decât a doctorului X de a asigura serviciul de urgență.

Am fost uluit să constat că există medici și nu mă refer la proaspeții absolvenți, care nu știu că trebuie să fie înscrși în Colegiul Medicilor, și sunt revoltati că nu le spune nimeni nimic. Nu acestor colegi se adresează asociația; asociația se adresează acelor colegi care doresc să fie în limita legalității, care doresc să afle la prima mână informațiile care privesc activitatea lor, asociația se adresează celor cărora le pasă.

Găsesc că apartenența la o asociație profesională reprezentativă este un motiv de mândrie pentru membrii ei, iar asociațiile profesionale liber consimțite au în plus profesionalismul obligatoriu unei bune funcționări.



ERO

**Europäische Regionale Organisation
der Fédération Dentaire Internationale**

PLENARY SESSION 2004 **BUCHAREST**

Following the both candidacies during the Plenary Sessions in **Prague**, Czech Republic, 2000 and **Bern**, Switzerland, 2001, it is with great pleasure that the Romanian Dental Association of Private Practitioners confirm its candidacy for the organization of the ERO-FDI Plenary Session in May, 2004, in Bucharest.

The Plenary Session is to be held in our capital, Bucharest Accomodation and meetings will be organized at an excellent hotel with modern audiovisual equipment and simultaneous translation for EU Languages. Plenty of after-meeting programmes and tours for accompanying persons and families will be organized.

For this moment event we have the whole support of the Romanian Government through the Ministry of Health - European Integration Department.

We look forward to see you in the Bucharest.

Dr. Rodica Aldica,
General Secretary of ERO-FDI

Dr. Voicu A. David,
President



**ROMANIAN
DENTAL
ASSOCIATION**
OF PRIVATE PRACTITIONERS'

3 Voronet Street, Bl. D4,
Sc. 1, Fl. 1, Sector 3
Zip 74122 - BUCHAREST:

Telephone and fax number + 40 3274119, Telephone number + 40 3239969 e-mail: amsppr@dental.ro
Präsident: Dr. E. Schmölker (Dänemark) • President-Elect: Dr. J. Font-Buxó (Spanien) • Generalsecretärin:
Dr. E. Aldica (Rumänien) • Vorstandsmitglieder: Dr. P. Hescot (Frankreich) • Prof. A. Mersel (Israel)







muștenia & leda

editura de la MADRE

www.muștenia.ro

editura de la MADRE

Muștenia & Leda, Editura de la MADRE, este o companie care se ocupă de distribuția de cărți și reviste în România și în străinătate. Compania este parte a grupului de edituri de la MADRE.

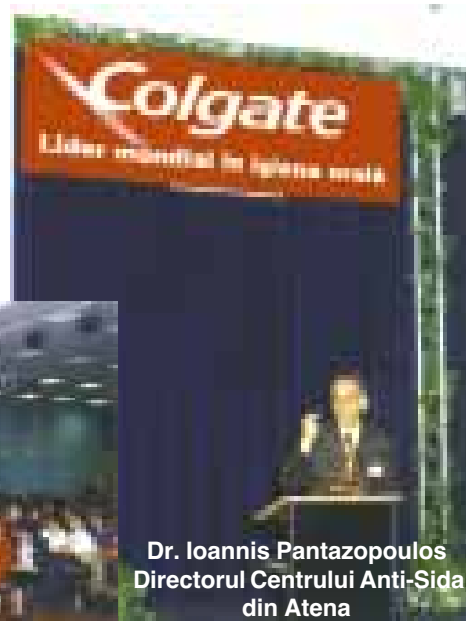
ZIUA COLGATE 2002

Joi, 7 martie, 2002 în Sala Titulescu a Complexului ROMEXPO s-a desfășurat, în organizarea AMSPPR, **Ziua Colgate**. O temă de mare interes pentru medicul practician stomatolog a fost prezentată de dr. Ioannis Pantazopoulos din Grecia, directorul Centrului ANTI SIDA din Atena.

Epidemiologia SIDA și măsurile de profilaxie adecvate constituie unul din obiectivele FDI care, după cum se știe, a adoptat o Declarație despre infecția cu HIV, publicată în numărul precedent al revistei noastre, declarație în care se specifică rolul deosebit al asociațiilor profesionale naționale de a promova măsurile profilactice cele mai adecvate. Sala s-a dovedit aproape neîncăpătoare pentru cei peste 600 de medici stomatologi participanți, care, în final, au primit tradiționalele cadouri promoționale de la liderul mondial în igiena orală.



O sală arhiplină și interesată



Dr. Ioannis Pantazopoulos
Directorul Centrului Anti-Sida
din Atena

DENTA 2002

CUVÂNTAREA DE DESCHIDERE



Tăierea panglicii inaugurale

De la stânga la dreapta:

Director Roxana Ionescu, Gen. Prof. Dr. Augustin Mihai,
Secretar de stat Luminița Gheorghiu, Ec. Mariana Dicianu

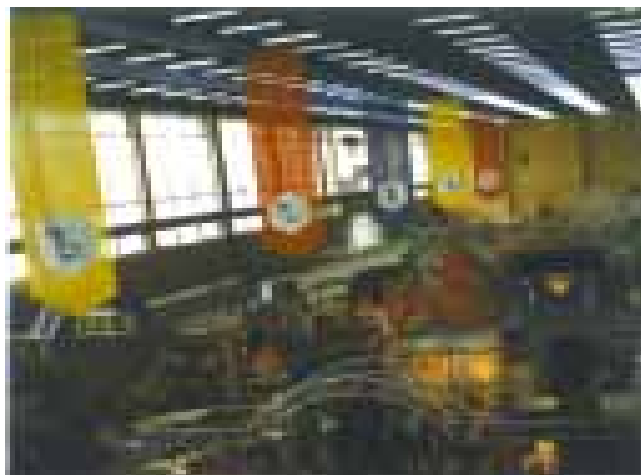
Inaugurăm această ediție de primăvară a **Salonului Denta** ca o manifestare devenită deja tradițională pentru lumea medicală, pentru medicii români cât și pentru producătorii de aparatură și materiale de specialitate din diverse colțuri ale lumii care acționează și pe piața noastră.

În această primăvară toți cei interesați în acest domeniu pot vizita standurile a 60 firme participante din Belgia, Cehia, Germania, Italia, Republica Moldova, Ungaria și România. Menționăm în plus un fapt remarcabil, firmele românești au devenit parteneri ai unor remarcabili producători din peste 20 de țări din întreaga lume.

Prin profilul său de echipamente, instrumentar, accesorii, materiale, produse chimice, farmaceutice de uz stomatologic **Salonul de primăvară Denta 2002** are menirea să stimuleze inițiativa de piață, să pună în valoare avantajele privatizării și să răspundă nevoii de tehnologii noi în acest domeniu. În acest context și noi, organizatorii, dorim să aducem o contribuție semnificativă la îmbunătățirea activității de profil din țara noastră, la intensificarea vieții economice în acest domeniu și la creșterea calității serviciilor oferite de stomatologii pacienților pentru că cei care ne vor călca pragul în această perioadă sunt beneficiarii finali ca și pacienții și dorim să aibă parte de servicii îmbunătățite.

MARIANA DICIANU - Director Expozitiilor Specializate ROMEXPO

DENTA 2002 VĂZUTĂ DE LA ETAJUL ȘTIINȚIFIC – CONGRESUL A.M.S.P.P.R. - S.R.S.



“Edentația unidentară rezolvată prin tehnica adezivă mixtă”

Autori: Asist. Univ. dr. Bogdan OPREA

Prof. Univ. dr. Mircea MIȚARIU

Conf. Univ. dr. Voicu SEBEȘAN

Prep. Dr. Gabriela MIȚARIU

Stud. Bogdan VIGDOROVICI.

UNIVERSITATEA “LUCIAN BLAGA” SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINĂ “VICTOR PAPILIAN”

Disciplinele: “Protetică dentară” și “Tehnologia protezelor dentare”

REZUMAT:

Edentația unidentară reprezintă un segment al patologiei stomatologice frecvent întâlnită la pacienții tineri (16-30 ani).

După o scurtă trecere în revistă a etiologiei edentației unidentare și a consecințelor nerezolvării ei, sunt analizate posibilitățile clasice și moderne de tratament.

Punându-se accent pe principiul conservării la maxim a structurilor dentare existente, autorii prezintă un sistem de realizarea a unor reconstrucții adezive mixte (Sistemul Composition: armătură metalică și material compozit fotopolimerizabil) într-o singură sedință, accesibil la nivelul oricărui cabinet stomatologic.

Metoda este susținută prin prezentarea detaliată a rezolvării unui caz clinic de edentație unidentară la nivelul molarului 2.6. Sunt prezentate succint încă câteva cazuri clinice din cazuistica personală precum și alte tipuri de situații clinice care pot fi rezolvate cu acest sistem (din cazuistica prezentată de producătorii sistemului Composition).

În final sunt prezentate concluziile referitoare la avantajele și dezavantajele acestei metode precum și limitele aplicabilității ei.

ABSTRACT:

Single edentation represents a segment of dentistry pathology frequently appears in young patients (16-30 years old).

After a brief summary of single edentation etiology and the consequence of it remaining unsolved, the classic and modern treatment possibilities are analyzed.

The principle of maximum conservation of the existent dental structure is stressed, the authors present a system that achieves combined adhesive reconstruction (The Composition System – metallic plating and light cure composite material), in a single sitting accessible to any dentist office.

This method is supported by the detailed presentation of the resolving of a clinical case of single edentation at the level of the 2.6 molar. Some other clinical cases from the personal casebook record and other types of clinical situation that can be resolved with this system (from the casebook record presented by the producers of the Composition system) are also presented.

Finally, the conclusions referring to the advantages and disadvantages of this method and the limitations of its application are presented.

Edentația unidentară reprezintă un segment al patologiei stomatologice frecvent întâlnită la pacienții tineri (16-30 ani). Etiologia acestui tip de edentație este variată: traumatisme, carii complicate, afecțiuni parodontale, anodontii, etc. Cel mai frecvent este întâlnită breșa unidentară la nivelul molarului de 6 ani. Posibilitățile de terapie a acestui tip de edentație sunt variate:

- * Puntea metalo-ceramică ce utilizează ca stâlpi dinții limitanți ai breșei: -este nesatisfăcătoare din punct de vedere biologic deoarece impune sacrificiu masiv de substanță dentară la nivelul dinților stâlpi și uneori poate fi necesară devitalizarea acestor dinți.
- * Puntea metalo-acrilică semifizionomică sau puntea metalică nefizionomică: impune un sacrificiu mai redus de substanță dentară la nivelul dinților stâlpi dar nu conferă pacientului satisfacție estetică.
- * Puntea adezivă fără suport metalic: oferă atât satisfacție estetică pacientului cât și protecție biologică a dinților limitanți ai breșei.
- * Implantul dentar: este o soluție bună deoarece nu afectează

dinții vecini iar biocompatibilitatea sa este foarte bună. Din păcate această soluție nu este aplicabilă în toate cazurile fie datorită situațiilor anatomice care nu oferă condiții optime pentru aplicare unui implant fie datorită pretului care este prohibitiv pentru majoritatea pacienților.

- * Proteză parțială mobilă: este o variantă teoretic posibil de aplicat dar ea nu-și găsește justificarea prin nenumăratele ei inconveniente.

Rezolvarea protetică a acestor situații clinice prin metode clasice prezintă anumite dezavantaje (financiare, estetice sau biologice) în cazul pacienților tineri.

Orientările stomatologiei moderne în secolul XXI au ca principale obiective:

- * estetica,
- * biocompatibilitatea materialelor,
- * sacrificiul minim de substanță dentară.

Una din metodele terapeutice ale edentației unidentare care respectă aceste criterii este reprezentată de punțile

adezive. Noile generații de punți adezive sunt reprezentate de punțile pe inlay-uri (metalo ceramice, total ceramice, punțile tip Targis Vectris- bazate pe fibre de ceromer care îmbină avantajele ceramicii cu cele ale compozitelor: estetică, durabilitate, rezistență la abraziune, etc). Din păcate aceste soluții terapeutice moderne nu sunt încă la îndemâna tuturor cabinetelor stomatologice datorită numărului redus de laboratoare care pot executa acest tip de lucrări și datorită pretului de cost relativ crescut.

Dorind să oferim o soluție care să fie la îndemâna oricărui medic stomatolog dar în același timp să se apropie cât mai mult de avantajele restaurărilor tip Targis Vectris, ne-am îndreptat atenția asupra sistemului de restaurare tip Composition. Acest sistem se bazează pe utilizarea unei armături metalice ca suport pentru realizarea unei restaurări adezive fizionomice din compozit fotopolimerizabil. Structura metalică îndeplinește toate normele biologice ale unui implant.

În cele ce urmează vom prezenta rezolvarea unui caz de edentație cu ajutorul sistemului Composition.



Fig. 1

Pacienta B.D.. în vîrstă de 28 de ani s-a prezentat cu o breșă unidentară la nivelul premolarului 2.5 rezolvată în urmă cu trei ani printr-o punte adezivă pe inlayuri metaloacrilică (fig.1). Pacienta acuza alterarea componentei fizionomice și descimentarea repetată a lucrării. A solicitat o

rezolvare a situației fără a se recurge la lucrare protetică clasică (punte dentară avînd ca elemente de agregare coroane de învelis). Deoarece cavitățile de cl.II existau deja s-a decis realizarea unei reconstituiri cu ajutorul sistemului Composition.

Pacienta se înscrie în tabloul general al pacientului pretendent la o asemenea construcție protetică:

- ✍ igienă buco-dentară foarte bună;
- ✍ parodontiu fără modificări,

Materialele folosite pentru acest tip de punte sunt:

- ✍ sistemul "Composition" (fig.2) din care alegem bara metalică specială de dimensiuni potrivite breșei edentate;
- ✍ trusa de compozite fotopolimerizabile pentru restaurări posterioare cu toate accesoriile necesare..



Fig. 2



Fig. 2a

✍ Trusa "Cimara" – Voco(fig.2a) – din care folosim pasta pentru opacizarea barei metalice în scopul îmbunătățirea esteticii reconstituirii (optional).

✍ Diga (s-a utilizat introkitul pentru diga de la firma KKD) care este

obligatorie pentru realizarea în condiții corecte a unei restaurări adezive (fig.2b).

Tehnica de realizare a punții colate cu sistemul "Composition":



Fig. 2b

1. Prepararea cavităților de clasa a-II-a (ocluzomezial pe 2.6 și ocluzodistal pe 2.4) – Cavitățile vor fi preparate conform normelor lui Black de preparare a unei cavități de clasa a II a în vederea realizării unei obturații. Cavitățile vor avea o profunzime de aproximativ 2mm iar pragul gingival va fi plasat la distanță de min. 1,5 mm de marginea gingivală pentru a putea realiza și o protecție parodontală. În cazul nostru cavitățile deja existau. S-a îndepărtat vechea lucrare. În cazul nostru cavitățile erau gata preparate de la vechea lucrare. În cazul premolarului 2.4 cu ocazia îndepărtării vechii lucrării s-a descoperit un proces carios pe fata mezială care a dus la realizarea unei cavități MOD pe 2.4



Fig. 3

2. Măsurarea dimensiunii breșei edentate cu compasul special din trusa "Composition".

3. Transpunerea dimensiunii breșei edentate pe bara metalică specială (fig.3).

4. Sectionarea tijei metalice la dimensiunea stabilită (fig.4). Pentru sectionare vor fi folosite discurile speciale livrate în cadrul trusei.



Fig. 4

5. Proba la nivelul breșei edentate – Se va verifica dacă dimensiunea barei în sens mezio-distal permite o inserare ușoară; dacă între bară și mucoasa gingivală există spațiu suficient pentru realizarea feței mucozale a reconstituirii; dacă în poziția de interscuspidare maximă există distanță suficientă între bară și antagoniști pentru realizarea feței ocluzale a dintelui reconstituit (fig.5)

6. Protecția pulpară la nivelul celor două cavități. Se va face tratamentul plăgii dentinare în mod clasic după care, pe peretele parapulpar se va aplica o peliculă subțire de material de protecție (în cazul nostru s-a folosit produsul Dyract Flow).



Fig. 5



Fig. 5a

7. Acoperirea barei metalice cu un strat de material de opacizare din trusa "Cimara" și fotopolimerizarea acestuia. (fig. 5a,6). Această manoperă va împiedica transparența metalului prin stratul de

material compozit și va îmbunătăți adeziunea compozitului de structura metalică.



Fig. 6



Fig. 7

8. Gravarea acidă a smaltului și condiționarea dentinei la nivelul celor două cavități (fig.7).



Fig. 8

10. Construcția cu compozit a corpului de punte (fig.8,9)

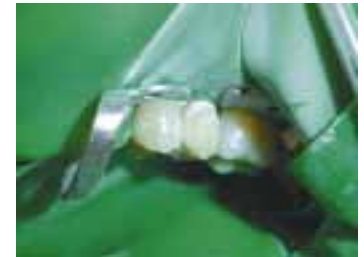


Fig. 9

11. Adaptare ocluzală și lustruirea construcției protetice (fig.10).



Fig. 10

12. Rezultatul final (fig.11)



Fig. 11

Concluzii:

- ✗ Acest tip de restaurare adezivă reprezintă o rezolvare provizorie de durată. Sistemul prezintă o serie de avantaje care îl recomandă pentru aceste cazuri clinice:
- ✗ Este o metodă accesibilă la nivelul tuturor cabinetelor stomatologice.
- ✗ Rezolvarea cazului se face într-o singură ședință ceea ce este avantajos atât pentru medic cât și pentru pacient.
- ✗ Nu este necesară implicarea laboratorului de tehnică dentară.
- ✗ Respectă principiile de estetică, biocompatibilitate și sacrificiu minim de substanță dentară.
- ✗ Este mult mai ieftin decât sistemele targis vectris sau cele ceramice.
- ✗ Ușor de reparat în caz de fracturi sau fisuri ale materialului compozit.
- ✗ Poate fi oricând înlocuit cu o lucrare protetică clasică.
- ✗ Poate fi aplicat la orice tip de breșă unidentară: frontală, laterală, superioară sau inferioară cu condiția să nu existe o alterare gravă a nivelului planului de ocluzie.

Singurul dezavantaj care poate fi identificat la acest moment este consumul relativ mare de material compozit fotopolimerizabil. Acest fapt ne-a îndreptat atenția asupra posibilității folosirii dinților din garniturile pentru proteze care vor fi adaptați la nivelul breșei edentate și vor fi fixați la nivelul armăturii metalice. Rezultatele obținute prin această metoda vor face obiectul unui articol viitor.

Prognosticul destul de bun al acestor tipuri de restaurări ne-a determinat să extindem studiul nostru la un număr cât mai mare și variat de cazuri și la dispensarizarea lor în timp pentru a putea face o determinare cât mai exactă a durabilității în timp a acestor restaurări.

Controlul bolilor infecțioase în practica stomatologică

Prof. Dr. Ioannis Pantazoupoulos, ATENA

Director al Centrului Elen de Control al Bolilor Infecțioase

Traducere realizată de Dragoș ZETU

REZUMAT:

O mare problemă a profesiei de stomatolog este posibilitatea infectării atât a altor pacienți, cât și a medicului, cu diferite bacterii, virusuri, etc, incluzând virusul HIV, virusurile hepatice și *Micobacterium tuberculosis*, cu un mod de transmisie variat (sânge, salivă, aerosoli, etc). De aceea trebuie urmat un protocol foarte strict pentru a preveni îmbolnăvirea prin curățare, dezinfectare și sterilizare – tehnici de control ale infecției.

Cuvinte cheie: managementul bolilor infecțioase, tehnici de control ale infecției

ABSTRACT:

One of the big problems of being a dentist is the possibility of getting infected (the patient and also the doctor) with different bacteria, viruses, etc, including HIV, HBV, HCV and *Micobacterium tuberculosis*. that have various ways of transmission (blood, saliva, airwaves, etc). That makes necessary a very strict protocol in order to prevent infection by infection control techniques – cleaning, disinfection, sterilization.

Keywords: communicable diseases management, infection control techniques

Stomatologii, la fel ca toți cei care lucrează în sănătate, au un rol important în prevenirea și tratarea bolilor contagioase. Potentialul de prevenire stă în abilitatea de a diagnostica primele semne ale bolii, în direcționarea bolnavului spre alte controale medicale, în educarea continuă și instruirea specialiștilor care lucrează în sănătate și în educația medicală a oamenilor. Abordarea bolilor contagioase se face cu echipament adecvat, în ceea ce privește tehnologia modernă de control a infecțiilor, prin implementarea unor precauții generale împotriva răspândirii infecțiilor în timpul tratamentului stomatologic, toate acestea împreună cu tratarea promptă a bolilor.

În anii '70 hepatita era o provocare științifică în ceea ce privește controlul infecției bolilor contagioase, în timp ce, în anii '80, lumea stomatologică a trecut printr-o perioadă de frământări din cauza infecțiilor cu HIV și SIDA. Chiar dacă riscurile de infecție – prin *Micobacterium tuberculosis*, de exemplu, *Herpes simplex* sau alte microorganisme erau cunoscute, posibilitatea infecției cu virus hepatitic B și HIV a schimbat practica stomatologică. Aceasta a avut ca urmare numeroase studii care căutau să determine rolul jucat de riscurile de infecție în stomatologie. Nevoia unui plan de control urgent al hepatitei B a dat un impuls decisiv studiilor despre găsirea unor tehnici de prevenire de către cei implicați în acest domeniu al sănătății (pacienți și personal calificat). Mai târziu, infecția cu HIV a ridicat o nouă problemă astfel încât a reprezentat un nou impuls important în ceea ce privește programul de control al infecției care fusese pregătit pentru hepatita B, care trebuia acum modificat pentru a fi util în lupta anti-SIDA.

Transmiterea bolii. Infecțiile se pot transmite prin contact direct sau indirect, prin sânge, salivă, instrumente contaminate, echipament operator și suprafețe, prin curenți din aer și aerosoli ai fluidelor contaminate din corp în timpul tratamentului stomatologic. Infecția prin una din modalitățile prezentate cere:

- o gazdă predispusă la infecții,
- un patogen de o virulență suficientă și un număr suficient pentru a cauza infecția,
- o cale de intrare pentru patogen.

Practica în ceea ce privește controlul infecției tinde să rupă acest lanț din 3 inele, pentru a evita infecția. Implementarea și reevaluarea precauțiilor generale formează unicul protocol care poate minimaliza riscurile de infecție și, prin urmare, să asigure un tratament fără posibilitatea unei infecții pentru pacienți, dar și pentru personalul calificat. O aproximare este necesară pentru a arăta adevăratele dimensiuni ale potențialelor infecții pentru expunerea parenterală, muco-cutanată, contaminarea pe calea aerului, prin aerosoli și

aerosolizare și potențialele infecțiile încrucișate transmise între personalul medical stomatologic și pacienții lor.

Expunerea ocupațională. Expunerea ocupațională include fiecare accident important parenteral / cutanat, contactul cu suprafețele mucozale (ochi, gură, nas) și plăgi sângerânde sau alte fluide posibil infectate. Personalul calificat, la fel ca și stomatologii, chirurgii, surorile medicale, medicii de urgență, etc sunt predispuși la riscuri mai mari de infecție, mai ales atunci când lucrează la intervenții cu risc mare. Stomatologii fac zilnic extracții, intervenții orale și parodontale, într-un mediu cu sânge și salivă. Mai mult decât atât, folosirea seringilor pentru anestezii locale și a instrumentelor ascuțite au ca rezultat posibile accidente cutanate și subcutanate a mâinilor, în ciuda folosirii mănușilor.

Prevenirea expunerii. Chiar dacă prevenirea are prioritate în ceea ce privește tratamentul simptomatic al bolii, un cadru adecvat împotriva infecției potențiale este necesar pentru a contribui în mod decisiv la împiedicarea răspândirii bolii. Prevenirea infecției ocupaționale este posibilă, dar depinde în mod decisiv de atitudinea pe care o are personalul în fața parametrilor care o fac efectivă. Folosirea corespunzătoare a echipamentului, urmarea pașilor corecți ai protocoalelor de procedură, implementarea solidă a precauțiilor generale și tehnici personale de evitare a infecției nu pot elimina total riscurile unei infecții. Politicile de prevenție prin vaccinare și tratamentul după expunere sunt factori paraleli importanți pentru lupta împotriva infecției.

• Toți stomatologii ar trebui să cunoască procedurile de urgență în ceea ce privește protocolul de după expunere,

• Toate spitalele sau clinicile ar trebui să fie pregătite pentru o confruntare continuă cu expunerea la bolile infecțioase,

• Secții și servicii speciale, responsabile cu protocolul post-expunere pentru HIV, sunt obligate să aplice imediat tratamentul la orice oră a celor afectați.

Seroconversia potențială după expunerea profesională la microorganisme patogene

	Hepatită B	Hepatită C	HIV
Infecție potențială prin expunere parenterală cu sânge printr-un ac sau un alt instrument ascuțit	2 – 40 % (rata medie 30 %)	3 – 10 %	0,3 %
Expunere mucozală sau contact cu plăgi cu sânge sau cu fluide corporale	E x p u n e r e documentată, mai degrabă în hepatita B decât în hepatita C sau HIV	Această expunere nu este documentată încă, considerată potențială	Această expunere este documentată pentru un risc de 0,1 %

Curățarea, dezinfectia și sterilizarea.

Obiectele ce se folosesc în cabinet constituie un câmp operațional crucial, majoritatea obiectelor fiind folosite pentru proceduri invazive, care la rândul lor, se caracterizează printr-un potențial transport al agenților infecțioși către pacienți, dacă tehnicile de prevenire nu sunt urmate. Transmiterea infecției prin intermediul instrumentelor este posibilă din momentul în care se găsește natura cauzală a microbilor în relație cu infecția. Dezinfectia, curățarea și sterilizarea sunt trei proceduri de neîncut, care îndepărtează patogenii detectați în mediul înconjurător, pe instrumente sau pe echipamentul folosit de stomatolog. Este important să elucidăm și să catalogăm procedurile necesare, pentru a putea de fiecare dată să o alegem pe cea potrivită.

Proceduri și tehnici de control a infecției. Gravitatea bolilor infecțioase (hepatită, SIDA) pune bazele reformulării principiilor de control a infecției, împreună cu obligativitatea de a respecta în mod constant aceste principii. Aceste tehnici de prevenire au nevoie de studii detaliate și comparative, pentru a alege procedurile necesare și eficiente pentru fiecare caz în parte. Controlul infecției include trei sectoare importante:

a. reducerea ponderii infecției fiecărei suprafețe implicate în tratament. Este o procedură care i s-a dat puțină atenție până acum. Implementarea curățării este crucială pentru pregătirea instrumentelor și a altor suprafețe.

b. Sterilizarea și dezinfectia – celelalte 2 sectoare ale controlului infecției, atunci când au loc după curățare și în combinație cu alte proceduri de îndepărtare a microbilor întregesc ciclul de combatere a infecției.

Curățarea. Curățarea instrumentelor infectate este primul și cel mai important pas ce trebuie făcut și are ca scop:

a. îndepărtarea substanțelor străine, praf, reziduuri de pe diferite suprafețe și de pe piele folosindu-se săpun și apă,
b. reducerea infecției ca prim pas spre eradicarea celei mai mari părți a patogenilor pentru a avea condiții sigure în timpul sterilizării și dezinfectiei.

Curățarea instrumentelor, echipamentelor și a suprafețelor este primul principiu de control al infecției care, din păcate, nu prea este urmat. Curățarea adecvată a instrumentelor direct implicate în tratarea pacienților reduce numărul microbilor cu 80 % și îndepărtează toate reziduurile organice (sânge, salivă și alte materiale), care îngreunează drastic contactul direct cu dezinfectantul și care tind spre:

îndepărtarea tuturor reziduurilor vizibile,
îndepărtarea tuturor reziduurilor invizibile, dacă se poate,
reducerea ponderii microbiene,
pregătirea suprafețelor pentru a se obține contactul direct cu dezinfectantul sau cu un agent de sterilizare,
asigurarea protecției pentru pacienți și personal.

Dezinfectia. Dezinfectia este acea procedură care distruge cel mai mare număr de patogeni (excepționând sporii bacterieni de pe instrumente sau suprafețe anorganice) de către agenții chimici la temperatura camerei. În practica stomatologică, un agent chimic dezinfectant (în afară de hipoclorit de sodiu) ar trebui să aibă același grad de dezinfectie ca cel utilizat într-un spital și ar trebui să fie tuberculoid. Dezinfectia aplicată instrumentelor curățate în prealabil are un câmp de acțiune între abilitatea sterilizării pe de o parte și simpla reducerii infecției, pe de altă parte.

Sterilizarea. Sterilizarea este procedura ireversibilă contra microorganismelor și a sporiilor bacterieni (microbi, viruși, fungi), detectate pe suprafețe după ce acestea au fost curățate. Depinzând de riscul de infecție, echipamentele și instrumentele sunt împărțite în 3 categorii: critice, semi-critice, non-critice. Clasificarea ajută la alegerea între dezinfectie și sterilizare (la fiecare caz în parte), amândouă fiind necesare pentru protecția pacientului și a stomatologului. Procedurile

de sterilizare au loc cu ajutorul unor factori naturali: căldură (umedă sau uscată), radiații, agenți chimici (formaldehidă, glutaraldehidă) și gaze (formalin și oxid de etilenă). Dezinfectanții chimici sunt evaluați ca agenți pentru sterilizarea chimică (sterilizarea la rece), dacă au capacitatea de a distruge sporii bacterieni, care are loc după un timp de expunere de 10 ore (ex. soluție de 2 % sau 3,2 % de glutaraldehidă). Dacă durează sub 10 ore ar trebui să fie considerată dezinfectie, nu sterilizare. Dacă este cazul să alegem între dezinfectie sau sterilizare, este preferabil să alegem sterilizarea pentru că este cea mai sigură procedură. Tehnicile obișnuite de sterilizare includ un autoclav și folosesc căldura uscată. Trebuie subliniat faptul că sterilitatea în cabinetul stomatologic nu diferă de cea din spitale. Condițiile anterioare sterilizării înseamnă folosirea indicatorilor chimici și biologici. Toate instrumentele trebuie curățate înainte de dezinfectie sau sterilizare pentru a obține o acțiune dezinfectantă sau sterilă.

Tehnici de control al infecției. Ultimele studii despre hepatită, HIV și tuberculoză impun, pentru prevenția transmiterii lor, implementarea unor mecanisme sigure de precauție. Prezența extinsă a bolilor latente, asimptomatice, ca hepatita B sau HIV, cu manifestări necunoscute pentru pacient, face ca diagnosticarea lor și prevenirea unei noi infecții să fie aproape imposibilă înaintea documentării bolii. Stomatologii sunt supuși la riscuri de infecție mai mari decât populația generală și alți lucrători din sănătate. Expunerea poate avea loc fie via unui contact direct cu sângele sau alte fluide orale, prin contact indirect cu instrumente contaminate, echipament și suprafețe înconjurătoare și via aerosolilor. Planul de control al infecției constituie o precauție universală și exprimă reguli de bază ce trebuie urmate de pacienți pentru eliminarea transmiterii patogenilor între personalul din sănătate și pacienți. Protocolul de control al infecției include:

- anamneza medicală
- clătirea gurii cu antiseptic
- spălarea pe mâini
- echipament de protecție – mănuși, mască, digă
- sterilizarea instrumentarului – piese de mână, piese ultrasonice pentru detartraj,
- piese pentru aer – apă (sterilizare, dezinfectie)
- sterilizarea echipamentului radiografic și a filmelor
- dezinfectarea protezelor și a amprentelor
- sistem de depozitare a deșeurilor.

Epilog. Dispariția riscurilor de infecție și controlul perfect al infecției, pe lângă precauțiile universale, sunt două țeluri nerealiste. A accepta că există un risc minim, la care suntem expuși toți, este un lucru normal. Personalul din sănătate și pacienții trebuie să realizeze că riscurile de infecție sunt foarte puțin probabile, când procedurile de control a infecției sunt urmate. Programele de informare ar trebui dezvoltate. Personalul din sănătate formează un grup țintă pentru aceste informații. Mai mult decât atât, informațiile despre infecția cu HIV, natura sa epidemică și gradul mare de mortalitate sunt o preocupare continuă. Organizațiile de sănătate responsabile cu prevenirea se ocupă cu egalizarea serviciilor de sănătate pentru toți pacienții fără discriminări, căci istoricul bolii, dar și analizele medicale obișnuite nu pot detecta toate microorganismele patogene, transmissibile prin sânge sau pacienții infestați cu HIV. Implementarea precauțiilor universale are ca scop sublinierea importanței egalității fără discriminare și a tratamentului pentru a evita și controla transmiterea bolilor infecțioase. Infecțarea cu HIV reprezintă cazul exemplar al tuturor priorităților impuse de controlul infecției. Este dată ca exemplu de boală cu importanță epidemiologică; este tratată pur și simplu prin simpla aplicare a precauțiilor universale, căci ea reprezintă de departe cea mai temută boală infecțioasă.

De la clasic la modern în endodontie

Dr. Gabriel Tulus – Germania

Conf. Dr. Liviu Zetu – UMF „Gr. T. Popa” Iași

Conf. Dr. Ioan Pătrașcu – UMF „Carol Davilla” București

Prof. Dr. Andrei Iliescu – UMF „Carol Davilla” București

Cunoștințele din domeniul științelor naturii și implicit și din domeniul medicinei și al stomatologiei sunt într-o continuă creștere, atât cantitativă cât și calitativă. Nici o teorie nu rămâne, practic, veșnic valabilă, sau cel puțin nu în forma ei inițială. Chiar teoriile care la “vremea lor” par infailibile, fie se modifică, fie sunt înlocuite cu altele – cel puțin aparent mai bune – odată cu trecerea anilor. Aceeași transformare, respectiv perfecționare este valabilă și în ceea ce privește evoluția metodelor de tratament și a aparatului și instrumentarului utilizate. Progresul neconținut este în mod plastic perfect simbolizat de celebra “Coloana Infinitului” a lui Brâncuși (fig. 1).



Fig. 1

Până către sfârșitul secolului XIX, dinții cu simptomatologie dureroasă, precum și cei care prezentau semne inflamatorii sau infecțioase erau inevitabil condamnați extracției. În acea perioadă se căutau, pe de o parte, explicații privitoare la cauza durerii de origine dentară cât și soluții pentru combaterea respectivei dureri. Dintre multiplele teorii vehiculate privitor la originea durerii, cea care este apropiată ca fond de ceea ce cunoaștem la ora actuală este “teoria viermelui dentar”, care datează încă din secolul XIII. Îndepărtarea durerii se realiza “prinuciderea viermelui”, utilizând pentru aceasta diverse substanțe mai mult sau mai puțin agresive (acid azotic, vapori de mășelariță, usturoi etc), rezultatele obținute fiind, bineînțeles, departe de așteptări,

astfel încât unica soluție viabilă rămânea în final extracția dentară. Originea durerii era explicată prin mișcarea viermelui, ca urmare a “supărării” lui. Practic cele două teorii nu sunt deloc departe de ceea ce știm noi în momentul de față; cu puțină imaginație putem asemui nervul

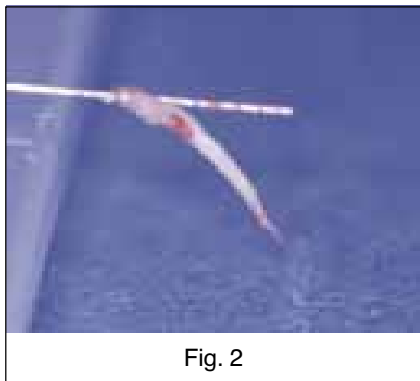


Fig. 2

pulpei radiculare cu un vierme (fig. 2), iar “supărarea” viermelui prin excitarea nervului datorită unei leziuni carioase profunde sau a unor materiale de obturație cu grad ridicat de toxicitate.

Cunoștințele de anatomie și patologie pulpară acumulate până la începutul secolului XIX au permis dezvoltarea endodontiei, însă din cauza lipsei instrumentarului adecvat, la început numai sub aspect teoretic. Astfel, în anul 1902

Eberly afirma că „de curățirea canalului radicular depinde păstrarea dintelui bolnav”, iar Pichler în anul 1930 postula “nu este atât de important ce se introduce în canalul radicular preparat, ci ce se îndepărtează din acesta”, ambele afirmații fiind perfect valabile și astăzi. Cu toate acestea, progresele din endodontie nu reușesc să țină pasul cu dezvoltarea altor specialități, dovada cea mai grăitoare fiind târzia recunoaștere a endodontiei ca specialitate stomatologică “independentă” (Tabelul 1).

Tabelul 1 – evoluția specialităților stomatologice în SUA

1930	Ortodontie
1946	Chirurgie orală și maxilofacială
1948	Protetica și patologie orală
1949	Pedodontie
1951	Stomatologie publică
1964	Patologie pulpară / Endodontie

Recunoașterea târzie a endodontiei ca disciplină de sine stătătoare poate fi interpretată pe de o parte ca o neglijare a acesteia, dar pe de altă parte arată că tocmai datorită dificultății deosebite pe care o ridică, progresele realizate în acest domeniu nu au putut fi atât de spectaculoase ca să o poată impune ca disciplină.

Tocmai datorită rezultatelor puțin spectaculoase comparativ cu alte discipline, coroborat cu binecunoscuta teorie a bolii de focar, endodontia a fost ani în șir – și este parțial și în momentul de față – vehement combătută. Inclusiv la nivel universitar, endodontia a fost denumită ani în șir ca fiind o “știință obsoletă”, însă practic numai pentru că pe de o parte rezultatele care se puteau obține erau departe de ceea ce trebuia obținut, iar pe de altă parte pentru că în cadrul tratamentelor endodontice erau utilizate substanțe citotoxice, în parte, cu potențial teratogen (ex. Paraformaldehida), care prin difuziune în spațiul periapical puteau compromite structurile peridentare. Chiar și în ziua de astăzi există păreri care susțin imposibilitatea efectuării tratamentelor endodontice, respectiv păstrarea dinților devitali, fără a aduce prejudicii organismului. Aceste păreri se bazează pe faptul că în mod practic este imposibilă eliminarea completă a microorganismelor din dinții tratați endodontic și că, chiar distrugerea acestor microorganisme poate conduce la formarea de endotoxine și exotoxine, nocive pentru organism. Ca dovadă pentru cele afirmate, se invocă de regulă rezultatele unor măsurători (ex.: electroacupunctura Voll, teste imunologice), care indică zone de inflamație cronică în jurul dinților tratați endodontic. Frecvent, în urma unor tratamente de canal incorecte, zonele de osteită periapicală decelabile radiologic sunt mai mari decât înaintea efectuării tratamentului. Sub acest aspect, desigur că oponentii endodontiei au dreptate, numai că acest lucru se datorează faptului că majoritatea tratamentelor endodontice – chiar și în prezent – sunt incorect efectuate. Pentru susținerea acestei afirmații, dăm ca exemplu două studii efectuate în Germania (1991 & 1998) pe un număr impresionant de cazuri, care concluzionează că peste 60% din tratamentele de canal

examinată prezintă obturații de canal nesatisfăcătoare din punct de vedere al lungimii obturației și al etanșeității acesteia. În cadrul acestor studii, dinții cu tratamente de canal au fost examinați numai radiologic, ceea ce nu permite decât evaluarea criteriilor mai sus menționate, nu și gradul de alezare a canalelor, gradul de curățire a acestora, sterilitatea canalelor în momentul obturării, localizarea exactă a apexului fiziologic sau prezența canalelor laterale. Așadar, rămâne practic un mare semn de întrebare, și anume, cât la sută din cele 40% din obturațiile de canal care apar ca fiind corecte din punct de vedere radiologic, sunt într-adevăr corecte (fig. 3)?



Fig. 3

Evoluția metodelor și a instrumentarului de tratament endodontic ne permit astăzi ca, în majoritatea cazurilor, să putem efectua tratamente endodontice corecte, respectiv cu eliminarea completă a microorganismelor din canalele radiculare (așa cum se putea întâmpla în trecut numai în cazul extracției dintelui), cu obturația etansă a acestora și practic menținerea "pe viață" a dintelui pe arcadă. Endodontia actuală reprezintă însă mult mai mult decât "a răzii puțin canalele, a spăla puțin canalele, și a le obtura cu puțină pastă și un con de gutapercă", respectiv ea nu reprezintă o "scormonire haotică" în canalul radicular, ci un act complex microchirurgical în interiorul organismului (Weine 1985). Un tratament endodontic corect efectuat, conduce, inclusiv,



Fig. 4

la vindecarea completă a leziunilor osteitice periapicale datorate parodontitei apicale cronice (fig. 4). Pornind de la premisa că în peste 85% din situațiile în care radiologic sunt decelabile zone de radiotransparență avem de-a face cu leziuni periapicale constituite ca urmare a parodontitei apicale cronice, în circa 6% din cazuri avem de-a face cu pseudochisturi și numai un procent de 6-9% din totalul acestor leziuni este reprezentat de chisturile radiculare propriu-zise (Block 1976, Nair 1995 – studii histologice), rezultă că peste 90% din aceste situații sunt rezolvabile prin terapie exclusiv endodontică (tabel 2).

Tabel 2 – Leziuni periapicale – incidenta diverselor tipuri de leziuni periapicale



Pentru efectuarea unor tratamente endodontice corecte, sunt necesare atât cunoștințe teoretice și experiență, cât și instrumentar, medicamente și materiale adecvate. Pe lângă

acestea, sunt necesare o mare doză de răbdare și o manualitate deosebită. Nu trebuie uitat că de multe ori diametrul inițial al canalelor radiculare nu depășește 0,06 mm. Numai îndeplinind aceste criterii este posibilă atingerea "perfectiunii" în endodontie. Fără a încerca să minimalizăm dificultatea și importanța celorlalte discipline stomatologice, afirmăm că endodontia este cea mai dificilă disciplină stomatologică și reprezintă viitorul stomatologiei moderne. La începutul mileniului III este anacronic ca endodontia să fie în continuare tratată ca o "cenușăreasă" a stomatologiei, numai datorită faptului că tratamentele endodontice sunt extrem de dificile, necesită o mare investiție de timp, răbdare, impun o deosebită competență profesională și sunt aparent lipsite de spectaculozitate. Endodontia modernă poate fi extrem de spectaculoasă și ne poate produce satisfacții imense, dacă stăpânim metodele moderne de tratament și le aplicăm fără compromisuri (fig. 5).



Fig. 5

Liniile directoare ("poruncile") endodontiei moderne sunt:

* Îndepărtează complet resturile pulpare și microorganismele din sistemul canalicular radicular (**curățirea și sterilizarea canalelor**)

* Pregătește canalul radicular conic, cu baza mare orientată coronal și baza mică la nivelul foramenului fiziologic, păstrând în același timp morfologia sa inițială (**forma canalului radicular alezat**)

* Obturează sistemul canalicular radicular complet etans, cu un material bactericid, biologic inert și neresorbabil (**obturația de canal**)

Practic aceste linii directoare nu reprezintă o noutate absolută în ceea ce privește tratamentul canalelor radiculare, numai că în momentul de față este posibilă respectarea lor cu strictete. Pentru aceasta, trebuie respectate și îndeplinite câteva condiții.

Una – dacă nu cumva chiar cea mai importantă – dintre condiții este perfectă cunoaștere a **anatomiei dinților** (Beer & Baumann 1994). Anatomia clasică a canalelor radiculare a fost descrisă de Hess încă din anul 1917, în urma unui studiu efectuat pe 2800 de dinți extrași. Hess a fost practic primul care a descris anatomia complexă a canalelor radiculare, demonstrând, printr-o metodă revoluționară la vremea aceea, existența ramificațiilor "canalelor principale". Studii mai recente, efectuate la microscopul electronic, precum și reconstrucții tridimensionale computerizate completează informațiile furnizate la începutul secolului trecut de către Hess. Camera pulpară poate prezenta diverticuli, zone de calcifiere precum și alte particularități, iar "canalul radicular" reprezintă de fapt un sistem complex de ramificații și canalicule laterale, care pot fi asemuite cu rădăcina unui copac. Numărul rădăcinilor și a canalelor radiculare ale fiecărei grupe de dinți în varianta "normală" și în diverse situații particulare precum și diversitatea posibilelor configurații ale canalelor radiculare au fost descrise în diverse forme în literatura de specialitate; important pentru stomatolog este că, pe lângă cunoașterea anatomiei "normale" și a celor mai frecvente variante anatomice ("în general nu se vede decât ceea ce se știe că există – Beer



Fig. 6



Fig. 7

1995), să se aștepte oricând la apariția unor situații extrem de complexe (fig. 6). Astfel nu trebuie să uităm că în peste 25% din cazuri, incisivii inferiori prezintă două canale radiculare, molarul I inferior prezintă în 56% din cazuri patru canale (două la nivelul rădăcinii distale – fig. 7) iar molarul I superior prezintă în peste 66% din cazuri patru canale radiculare (două canale la nivelul rădăcinii mezo-vestibulare). Până cu câțiva ani în urmă, în majoritatea lucrărilor despre anatomia dinților și a canalelor radiculare, aceste aspecte nu erau prezentate; molarilor li se atribuiau numai trei canale (în mod cu totul excepțional patru), iar incisivilor inferiori un singur canal radicular. Astfel nu trebuie să ne mire de ce testele de electroacupunctură după metoda Voll indică frecvent existența unor focare în zona periapicală a multor molari tratați endodontic sau de ce majoritatea leziunilor periapicale apărute la câțiva ani după tratamentele de canal efectuate la molari sunt localizate la nivelul rădăcinii mezo-vestibulare la primii molari superiori și la nivelul rădăcinii distale în cazul molarilor inferiori.

Examenul radiologic este practic indispensabil în cazul efectuării tratamentelor endodontice. Chiar dacă dinții – evident obiecte tridimensionale – sunt proiectați pe filmul radiologic numai bidimensional și nu pot fi redați în complexitatea lor, radiografia ne oferă totuși informații valoroase referitor la numărul rădăcinilor dintelui de tratat, numărul și lungimea canalelor radiculare precum și gradul de curbura în sens mezo-distal al canalelor radiculare. Există totuși și situații în care, datorită incidentei proiectiei, curbura canalelor nu poate fi decelată radiologic (*Herrmann 1998*), ca de exemplu curbura în sens vestibulo-oral a rădăcinii palatine a molarilor superiori. Acesta este un motiv suplimentar pentru buna cunoaștere a anatomiei dinților. Nu în ultimul rând, succesul tratamentelor în aceste situații depinde și de flerul și experiența medicului curant. În fig. 8 este ilustrat un caz în care radiografia efectuată înainte tratamentului de canal preîntâmpină “căutarea” celor trei-patru canale pe care în mod normal le are un molar inferior și astfel preîntâmpină exereza inutilă de substanță dentară sănătoasă.

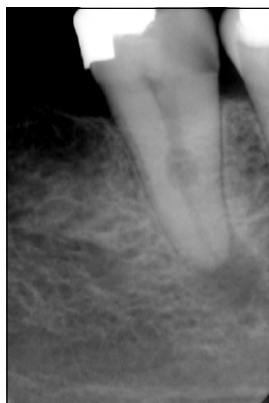


Fig. 8

Utilizarea **digii** este și ea indispensabilă în endodontia modernă. Prin utilizarea digii (fig. 9) reușim să asigurăm asepsia completă în timpul tratamentului endodontic și, în același timp, prevenim apariția unor accidente mai mult decât neplăcute care pot surveni în timpul acestui tratament

(aspiratia acelor, **c o n t a c t u l** s u b s t a n ț e l o r antiseptice utilizate pentru spălarea canalelor – ex: hipocloritul de sodiu 4-5% - cu mucoasa cavității bucale etc). Cu toate că aplicarea digii este relativ simplă și utilizarea ei nu prezintă decât avantaje, aceasta este utilizată surprinzător de puțin de către medicii stomatologi.

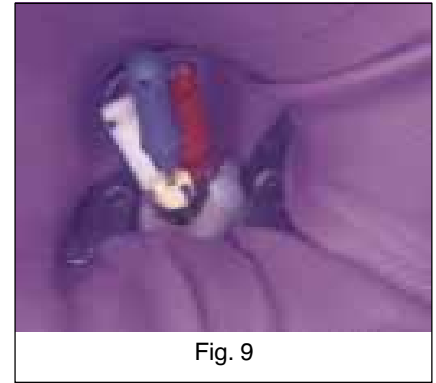


Fig. 9

În cadrul endontiei moderne, **tratamentul biomecanic** de canal este unul dintre cele mai importante aspecte. Datorită faptului că tratamentul mecanic “clasic” de canal, efectuat cu ajutorul instrumentelor de mână este nu numai dificil, ci necesită și foarte mult timp, este recomandabilă utilizarea instrumentarului rotativ modern, respectiv a acelor extrem de flexibile din aliaje de nichel-titan, montate la micromotoare speciale. Aceste micromotoare opresc rotația instrumentului în momentul în care forțele exercitate de către peretele canalului radicular asupra acestuia sunt atât de mari încât apare riscul fracturării lui. Datorită particularităților tratamentului utilizând aceste instrumente, este recomandabilă alezarea câtorva canale “in vitro” înainte de a se trece la alezarea “in vivo”. Pentru creșterea gradului de curățire a canalului radicular, se recomandă combinarea tratamentului exclusiv mecanic cu spălături abundente cu substanțe antiseptice (tratament chimic). Combinarea tratamentului mecanic cu cel chimic este denumit în literatura de specialitate “tratamentul biomecanic de canal”. Un aspect important legat de tratamentul biomecanic de canal este cel al formei canalului după instrumentarea sa completă. În afara formei conice mai sus amintite (gradul de conicitate trebuie ales în funcție de situația anatomo-clinică și de tipul obturației care urmează a fi efectuată), tratamentul biomecanic trebuie să nu denatureze morfologia canalului pe traiectul lui. Pentru realizarea acestui deziderat, utilizarea instrumentelor flexibile din nichel-titan prezintă un avantaj (fig. 10). Pentru ușurarea alezării și pentru preîntâmpinarea producerii de accidente (căi false, perforații ale peretelui radicular în cazul alezării unor canale curbe, transpoziția apexului sau denaturarea formei inițiale a canalului) este necesară utilizarea unor substanțe chelatoare și a unor lubrefianți. Cel mai utilizat agent chelator utilizat în practica endodontică este EDTA. Lubrifianții au rolul de a ușura alunecarea instrumentului endodontic de-a lungul canalului de instrumentat, reducând prin aceasta atât solicitarea la care este supus instrumentul și, implicit, uzura și riscul fracturării acestuia cât și pericolul împingerii spanurilor dentinare către apex și, astfel, o eventuală nedorită blocare a canalului radicular.



Fig. 10

Tratamentul medicamentos al canalelor radiculare infectate este recomandabil să se efectueze cu substanțe

bactericide, care să fie în același timp bine tolerate de țesuturile sănătoase. Cel mai indicat preparat pentru tratamentul medicamentos este hidroxidul de calciu (utilizat în stomatologie încă din anul 1930), a cărui acțiune bactericidă se datorează pH-ului său puternic alcalin (12-13), și care în același timp este foarte bine tolerat de țesuturile dure dentare și țesuturile peridentare. Un alt mare avantaj al hidroxidului de calciu este acela că poate neutraliza inclusiv endotoxinele bacteriene (contribuie la dezagregarea lipopolizaharidelor, care nu sunt practic altceva decât aceste endotoxine). Vindecarea leziunilor periapicale în urma tratamentelor endodontice corecte demonstrează exact dispariția lipopolizaharidelor, căci absența acestora împiedică secreția PG-E2, responsabile de procesele de osteoliză.



Fig. 11

Limita alezării și a obturării unui canal radicular este așa numitul foramen fiziologic (apex fiziologic). Determinarea exactă a acestui foramen fiziologic cu ajutorul tehnicilor radiologice este în general imposibilă. Pe baza datelor statistice, el se află la circa 1-1,5 mm de așa numitul apex radiologic. Sunt însă frecvente cazurile în care o obturație de canal care radiologic apare ca fiind perfectă, să depășească în realitate nivelul apexului fiziologic, astfel încât se impune ca determinarea lungimii efective "de lucru" să nu fie efectuată numai prin măsurători radiologice (ex: radiografia cu ace pe canal), ci și prin **odontometrie**, respectiv determinarea apexului fiziologic prin măsurători electrice.

Ultima etapă a tratamentului endodontic este reprezentată de **obturarea canalelor radiculare**. Există numeroase tratate care abordează numai aspectul obturației de canal. Cea mai bună definiție a obturației de canal ni se

pare cea a lui *Andre Schröder*: "obturația de canal are ca scop obliterarea completă a 'endodontului', respectiv transformarea rădăcinii într-un corp omogen unitar". Practic acest lucru înseamnă că obturația de canal trebuie să fie perfect etansă – atât de etansă încât să fie obturate inclusiv canalele laterale și eventual delta apicală - pe toată lungimea ei și să nu producă nici un fel de neajunsuri țesuturilor periradiculare (fig. 11). Tehnica clasică cu pastă de canal și un con de gutapercă calibrat – cu toate că este în continuare larg răspândită – nu mai corespunde de mult cerințelor endodontiei actuale. Tehnicile actuale de obturație de canal sunt cele bazate pe condensarea la cald sau la rece a gutapercii (condensare laterală sau verticală) sau cele bazate pe utilizarea gutapercii termoplastificate.

Tratamentele endodontice corecte asigură nu numai menținerea dinților tratați în cavitatea bucală într-o stare de "sănătate continuă", prevenirea apariției leziunilor periapicale sau a leziunilor combinate parodonto-periapicale sau vindecarea lor în cazul în care ele deja există (fig. 12 & fig. 13), ci reprezintă și fundamentul oricărei lucrări protetice care va fi efectuată pe bonturi ale unor dinți devitali. Orice lucrare protetică efectuată pe dinți incorect tratați endodontic nu poate fi comparată decât cu un așa numit "castel de nisip". Mai mult decât atât, leziunile periapicale sau pariapical-parodontale suprasolicită sistemul imun și duc în timp la apariția îmbolnăvirii altor organe (valve cardiace, rinichi, articulații).



Fig. 12



Fig. 13

Bibliografie selectivă

1. Beer R, Baumann M. Praktische Endodontie Urban & Schwarzenberg, 1994
2. Beer R, Baumann M. Endodontologie Thieme Verlag, 1997
3. Hülsmann M. Zur Geschichte der Wurzelkanalaufbereitung Endodontie 2, 97-112, 1996
4. Hülsmann M. Das Canal-Finder-System: Wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrung Endodontie 1, 45, 1992
5. Hülsmann M., Lorch V., Franz B. Untersuchung zur Häufigkeit und Qualität von Wurzelfüllungen – eine Auswertung von OPG DZZ 46, 296, 1991
6. Ketterl W. Zahnerhaltung II, Praxis der Zahnheilkunde 3, 3. Auflage Urban & Schwarzenberg 1993
7. Roane J. C., Sabala C.L., Duncanson M.G. The "balanced force" concept for instrumentation of curved canals J. Endodont. 11, 203-211, 1985
8. Sailer H, Pajarola G. Orale Chirurgie Thieme Verlag, 1997
9. Schulz-Bongert U. Behandlung endodontischer Mißerfolge Zahnheilkunde ZMH, 1996, Spitta Verlag
10. Schwarze T., Geurtsen W. Comparative qualitative SEM study of automated vs. hand instrumentation of root canals Deutsche Zahnärztliche Zeit. 1996, Heft 4
11. Tulus G., Jovanovici S. Endo versus Wurzelspitzenresektion 1. KHI-Studiengruppentag, Düsseldorf 2000
12. Weine F. S. Endodontic Therapy, 5. ed. Mosby-Year Book Ink., St. Louis 1996

Indicații și contraindicații ale intervențiilor chirurgicale ajutătoare terapiei endodontice

**Autor : student Iuliana Călin,
anul V – Universitatea “Titu Maiorescu”, București
Coordonator: Conf. Dr. Eugenia Ion-Ciobanu –
Universitatea “Titu Maiorescu”, București.**

**Premiul I la Sesiunea de Comunicări a Cercurilor Științifice Studentești,
București - 19 aprilie 2002**

REZUMAT:

În cazul eșecurilor tratamentelor endodontice, tehnicile chirurgicale ajutătoare terapiei endodontice reprezintă o alternativă în încercarea de a menține dintele pe arcadă.

Alegerea uneia din aceste tehnici aparține medicului stomatolog și nu poate fi făcută după un algoritm dat, ci trebuie adaptată de la caz la caz.

În studiu sunt demonstrate unele aspecte ce necesită individualizarea metodelor chirurgicale.

Atunci când ne confruntăm cu eșecul sau imposibilitatea efectuării tratamentului endodontic, intervențiile chirurgicale ajutătoare terapiei endodontice sunt de un real ajutor în tentativa de păstrare a dintelui pe arcadă.

Cu excepția osteotomiei transmaxilare care reprezintă drenajul transosos ca prim timp al terapiei endodontice, chiuretajul periapical este singura metodă indicată în procesele acute survenite în urma obturațiilor de canal cu depășirea apexului, celelalte intervenții având loc după stingerea procesului supurativ.

Lucrarea de față își propune discuția unor cazuri care pot pune probleme atât în privința indicațiilor sau contraindicațiilor cât și a posibilelor eșecuri ale acestor metode chirurgicale.



Fig. 1 – 41- obturație de canal cu depășire și proces osteitic întins.



Fig. 2 – imaginea radiologică după intervenție.

Așa cum spuneam mai sus, chiuretajul periapical este indicat în obturații de canal cu depășirea apexului, însă în acest caz (fig. 1), observăm un proces de osteită foarte întins care cuprinde și mentonul. Având în vedere vechimea suferinței s-a preferat o tehnică hibrid de rezecție apicală și

ABSTRACT:

In case of failure of the endodontic treatment, the auxiliary surgical techniques of the endodontic therapy represent an alternative in the attempt of maintaining the tooth on the arch.

The dentist has the alternative of one of these techniques and he hadn't to do this depending on a certain algorithm but one must adapt it from case to case.

The study reveals some new aspects that need the individualization of these specific surgical techniques.

chiuretaj periapical.

Una dintre indicațiile rezecției apicale se referă la procesele periapicale limitate ca, de exemplu, un granulom chistic periapical întâlnit la nivelul unui rest radicular (fig. 3). Datorită faptului că, în urma unei intervenții obișnuite de rezecție apicală rădăcina restantă ar fi fost prea scurtă și

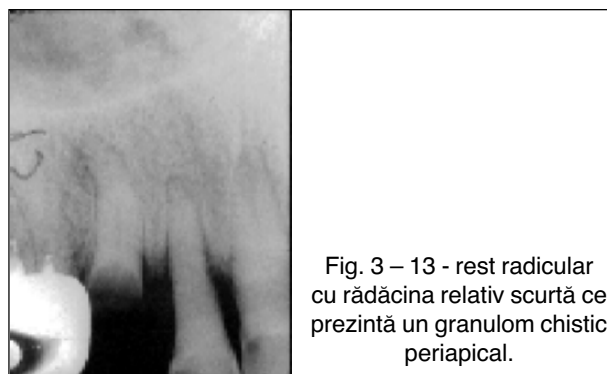


Fig. 3 – 13 - rest radicular cu rădăcina relativ scurtă ce prezintă un granulom chistic periapical.

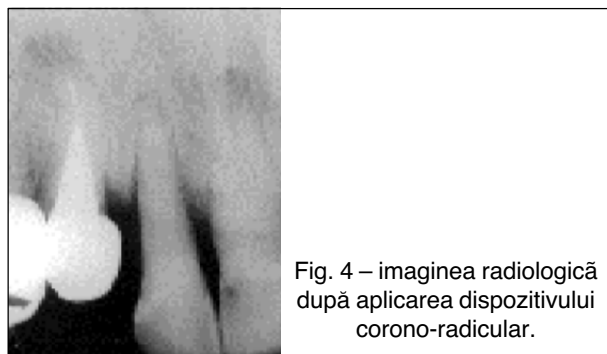


Fig. 4 – imaginea radiologică după aplicarea dispozitivului corono-radicular.

datorită afectării parodontiului marginal, ne-am decis pentru o rezecție apicală cu scurtarea minimă a rădăcinii și chiuretaj periapical. S-a aplicat intraoperator un dispozitiv corono-radicular (fig. 4) cu ajutorul căruia s-au restabilit rapoartele ocluzale armonioase, lucru care va contribui la

stagnarea afecțiunii parodontale.

O altă indicație a rezecției apicale ține de imposibilitatea

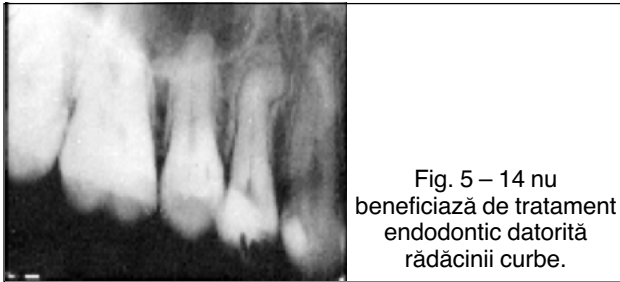


Fig. 5 – 14 nu beneficiază de tratament endodontic datorită rădăcinii curbe.

efectuării tratamentului endodontic, așa cum observăm în cazul primului premolar superior din (fig. 5) care prezintă o rădăcină curbă. Aproximarea de sinusul maxilar face însă dificilă identificarea vârfului rădăcinii, ceea ce ne obligă la

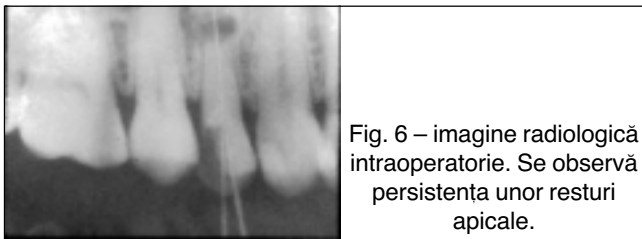


Fig. 6 – imagine radiologică intraoperatorie. Se observă persistența unor resturi apicale.

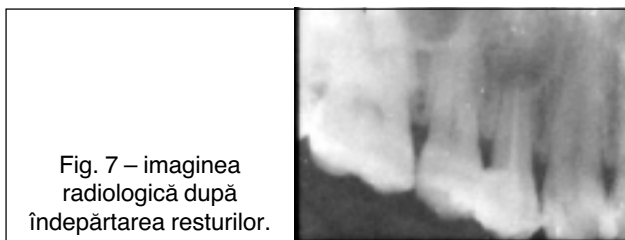


Fig. 7 – imaginea radiologică după îndepărtarea resturilor.

sectionarea sub nivelul apexului, motiv pentru care se constată radiologic intraoperator persistența unor resturi apicale (fig. 6) care vor fi îndepărtate (fig. 7).

Spre deosebire de leziunile periapicale limitate, în cazul celor întinse, situate la nivelul dinților pluriradiculari, afectând o singură rădăcină, se recomandă amputația radiculară.



Fig. 8 – 18 prezintă un proces osteitic întins la nivelul rădăcinii mezo-vestibulare.

Un astfel de caz este reprezentat de molarul de minte superior din fig. 8 a cărui rădăcină mezo-vestibulară este înconjurată de un important proces osteitic, rădăcina disto-vestibulară fiind relativ bine implantată în os sănătos. La explorarea cu sonda dentară (fig. 9), aceasta pătrunde în



Fig. 9 – pătrunderea cu sonda dentară în procesul osteitic până în regiunea supraapexiană.

procesul osteitic până în regiunea supraapexiană. Atât întinderea procesului osteitic cât și situarea sa topografică la nivelul molarului de minte, constituie o contraindicație pentru amputația radiculară. S-a efectuat totuși intervenția în încercarea de a obține un stâlp de punte distal. După 6 luni de la intervenție se observă (fig. 10) refacerea osoasă



Fig. 10 – imaginea radiologică după 6 luni de la efectuarea intervenției. Se observă refacerea osoasă prin neosteogeneză.

prin neosteogeneză. Dintele este inclus într-o punte totală care durează de 8 ani.

În concluzie, opțiunea pentru una din aceste tehnici chirurgicale aparține medicului stomatolog și trebuie adaptată și individualizată pentru fiecare caz în parte, bazându-se în special pe experiența acumulată.

Bibliografie:

1. Burlibașa C. și col. – “Chirurgie orală și maxilo-facială”, Editura Medicală, București 1999;
2. Eugenia Ion-Ciobanu – Note de curs;
3. Gănuță N. – “Chirurgie orală”, Editura Didactică și Pedagogică, București 1997;
4. Popescu V., Burlibașa C. – “Tehnici curente de chirurgie stomatologică”, Editura Medicală, București 1961;
5. Timoșca G., Burlibașa C. – “Chirurgie buco-maxilo-facială”, Editura Didactică și Pedagogică, București 1983.

Particularitățile celei de-a XI-a perechi de nervi cranieni

Șt. Milicescu¹, T. Hârșovescu², Anda Grigorescu³, Eliza Grigorescu³
Premiul Special la Sesiunea de Comunicări a Cercurilor Științifice Studentești,
București - 19 aprilie 2002

¹ - Prof. univ. dr. șef catedră Anatomie Universitatea „Titu Maiorescu“ • ² - Asist. univ. dr. Conducător de lucrare • ³ - Studenți: prezentator lucrare

Denumirea completă a perechii a XI-a de nervi cranieni este "nerv spinal accesoriu", indicând caracterul dual al originii și distribuției fibrelor sale. Rădăcina spinală, continuată ca ram extern, este formată din fibre somato-eferente generale destinate mușchilor sternocleidomastoidian și trapez, conținând și fibre senzitive proprioceptive de la nivelul acestora. Rădăcina craniană, continuată ca ram intern, este formată din fibre viscero-eferente speciale destinate derivatelor arcului VI branhial. Trunchiul nervului, format intracranian prin unirea celor două rădăcini, părăsește craniul prin gaura jugulară, fiind cel mai scurt traiect al unui nerv cranian, împărțindu-se rapid în cele două ramuri terminale.

Patologia fibrelor trunchiului și ramurii interne a nervului spinal accesoriu (în special a nervului laringeu recurent), asociată sau nu lezării nervilor vag, glosfaringian, hipoglos este complexă, interesând sfera clinică neurologică, oto-rinolaringologică, noi considerând că ar trebui să facă obiectul unei comunicări aparte. De aceea vom insista asupra patologiei ramului extern, mai puțin cunoscută, deși importantă.

Materiale și metode: pentru realizarea acestei lucrări, după aprofundarea datelor din literatura de specialitate, am continuat cu partea practică, respectiv studiul nervului spinal accesoriu prin disecție și examinarea preparatelor anatomice deja existente. Rezultatele părții practice se regăsesc în materialul iconografic ce însoțește lucrarea.

Denumirea: încă mai provoacă confuzie. Numele de nerv accesoriu derivă din sintagma "nervul accesoriu al n. vag". Vechea nomenclatură anatomică românească, de origine preponderent francofonă, folosea denumirea de "nerv spinal", ce evidențiază participarea fibrelor nervoase de sorginte medulară.

Pentru eliminarea acestor probleme, literatura anglo-saxonă modernă tinde să utilizeze larg denumirea "Spinal Accessory Nerve", eliminând astfel posibilele confuzii și accentuând asupra originii fibrilare duale, medulo-bulbare a acestui nerv.

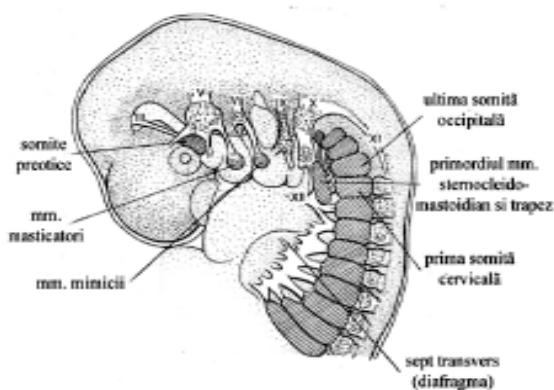


Fig.1 - Dezvoltarea musculaturii extremității cefalice și nervii motori corespunzători

The complete name of the eleventh pair of cranial nerves is Spinal Accessory Nerve, indicating the quite separate origin and distribution of its fibers. The spinal root (the external ramus) can be considered as a general somatic efferent nerve, supplying the sternocleidomastoid and trapezius muscles, also containing proprioceptive fibres from those muscles. The cranial root (the internal ramus), which joins the vagus, has been considered to be a branchial or special visceral efferent nerve which innervates the structures derived from the sixth pharyngeal arch. The spinal accessory has the shortest trunk among the cranial nerves, after traversing the jugular foramen dividing in terminal branches.

The lesions of the trunk and the internal ramus (especially of the recurrent laryngeal nerve), either or not coexisting with lesions of ninth, tenth and twelfth cranial nerves being of a large clinical interest, are to be subject of sole-standing article. Though less known, the injuries of the external ramus we present are of great clinical importance.

Componenta fibrilară și originea reală. Deși nervul spinal accesoriu este unicul nerv cranian care conține fibre cu originea în măduva spinării, atât Nomina Anatomica cât și Terminologia Anatomica continuă să clasifice cele două porțiuni (rădăcini) ale nervului, pars vagalis și pars spinalis, în categoria nervilor cranieni. Motivul este participarea mezenchimului ultimelor două arcuri branhiale la edificarea primordiei embriologice comune mușchilor sternocleidomastoidian și trapez. (RANGA, 1993; CLARA, 1940). Totuși contribuția porțiunii hipaxiale a mioamelor somitelor cervicale nu ar trebui anulată printr-o clasificare atât de strictă.

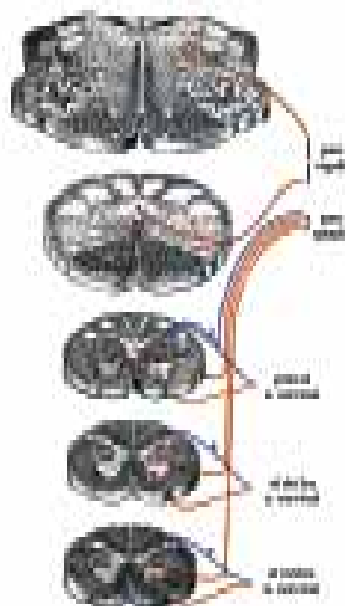


Fig.2 - Fibrele senzitive și motorii din rădăcinile n. spinal accesoriu

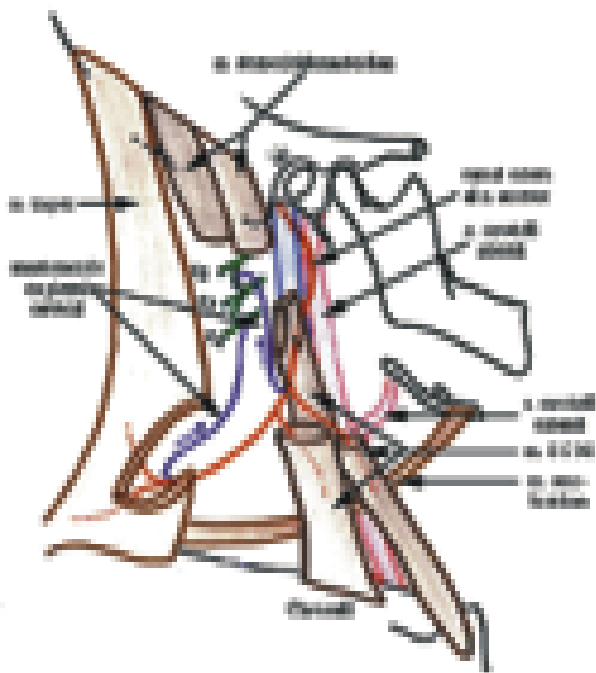


Fig.3 - Anastomozele prin care fibrele proprioceptive ajung în plexul cervical

Rădăcina spinală (pars spinalis), continuată ca ram extern al nervului, este descrisă în mod clasic ca fiind formată din fibre somato-eferente generale destinate mușchilor sternocleidomastoidian și trapez. Originea reală are forma unei coloane neuronale întinsă de la limita cu bulbul rahidian până la mielomerul C6 (ULLAH și SALMAN, 1986). Această coloană se află în partea laterală a cornului anterior medular, dar există controverse legate de apartenența acesteia, unii autori incluzând-o în grupul nuclear central, alții plasând-o în porțiunea laterală a măduvei (lama Rexed VII) iar alții susținând că este omoloaga coloanei ventro-laterale din regiunea intumescențelor medulare (prezumție bazată pe criteriile embriologice - mușchiul trapez este unul din mușchii migrați ai spatelui și pe criteriile filogenetice - porțiunea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian derivă din mușchiul brahio-cefalic al vertebratelor). În mod particular, nucleul medular de origine al nervului spinal accesoriu conține singurii neuroni medulari pe care se termină direct (fără intermediari din lama VIII REXED) fibre de tip extra-piramidal: fibrele ale tractului vestibulo-spinal ventral (provenite predominant din nucleul vestibular inferior ROLLER), care iau calea fasciculului longitudinal medial (CEZAR NICULESCU, 1999) - lucru confirmat și de apartenența teritoriului muscular nugal și latero-cervical la grupul oculo-cefalo-gir.

Ramul extern al n. spinal accesoriu, în porțiunea situată inferior de trigonul carotic, conține fibre senzitive de tip proprioceptiv. FITZGERALD (1982) a demonstrat existența acestor fibre proprioceptive, care însă părăsesc ramul extern al nervului pentru a se alătura plexului cervical, pătrunzând în măduva spinării prin rădăcinile posterioare ale nervilor cervicali 2, 3, 4. Acest lucru nu este neobișnuit, unul dintre exemplele clasice fiind inervația proprioceptivă a mușchilor mimicii (derivate mezenchimale ale celui de-al doilea arc branhiat) ce este asigurată de nervul trigemen, al cărui teritoriu motor cuprinde derivatele arcului I branhiat. Cu toate acestea, PEARSON (1938), citat în "Gray's Anatomy", studiind embrioni umani, a descoperit microganglioni senzitivi de-a lungul acestei rădăcini (și nu în porțiunea terminală). Semnificația acestora rămâne încă neclară.

Rădăcina craniană (pars vagalis), continuată ca ram intern, este descrisă în mod clasic ca fiind formată din fibre viscero-eferente speciale, branhiomotorii, destinate derivatelor arcului VI branhiat. Însă legătura acestei rădăcini cu nervul vag (căruia îi cedează în întregime fibrele) este mult mai strânsă. La mamifere, rădăcina craniană conține în mod normal fibre parasimpatice preganglionare; (din cauza studiilor efectuate pe animale, preponderent pe porc, CLAUDE BERNARD și contemporanii săi au ajuns la concluzia greșită că doar teritoriul senzitiv visceral extins până la limita mezenteron - metenteron aparține nervului vag, în timp ce distribuția motorie este asigurată de nervul spinal accesoriu). La om, în unele cazuri, KITAMURA (1989) a pus în evidență existența unor rădăcini suplimentare cu originea în nucleul dorsal al vagului care se alătură rădăcinii craniene a nervului spinal accesoriu și care conțin fibre parasimpatice. Originea reală a fibrelor rădăcinii craniene este porțiunea inferioară a nucleului ambiguu, ce conține neuronii ce inervează musculatura vălului palatin și musculatura laringelui (cu excepțiile mușchilor tensor al vălului palatin, derivat din arcul I branhiat și cricotiroidian, derivat din arcul IV). Tinem să subliniem neconcordanța dintre topografia populațiilor neuronale ale nucleului ambiguu comparativ cu plasarea spațială a mușchilor inervați, motoneuronii musculaturii vălului palatin găsindu-se inferior de neuronii destinați laringelui, dar fiind continuați în jos de neuronii ce inervează porțiunea superioară, striată, a tunicii musculare esofagiene.

Originea aparentă: cea a rădăcinii bulbare se găsește în partea inferioară a șantului retro-olivar, sub cea a nervului vag. Fibrele rădăcinii spinale emerg din cordonul lateral al măduvei spinării, în vecinătatea rădăcinii posterioare a nervilor spinali.

Traiectul și teritoriul de distribuție. Traiectul trunchiului nervului spinal accesoriu este cel mai scurt traiect al unui nerv cranian. Trunchiul se formează intracranian prin unirea celor două rădăcini. În timp ce rădăcina craniană este scurtă, rădăcina spinală are aproximativ 5 cm și urcă prin canalul vertebral, fiind una dintre formațiunile care străbat gaura occipitală mare. Trunchiul n. accesoriu împarte aceeași teacă durală cu nervul vag (amprenta filogenetică rămâne!), cei doi nervi fiind despărțiți doar de un pliu arahnoidian. Părăsește craniul prin gaura jugulară și se împarte rapid în cele două ramuri terminale.



Fig.4 - Raporturile intracraniene ale trunchiului n. spinal accesoriu. Trunchiul bazilar, n. vagi și hipogloși au fost secționati. Se remarcă raporturile cu ramurile desprinse din aa. vertebrale.

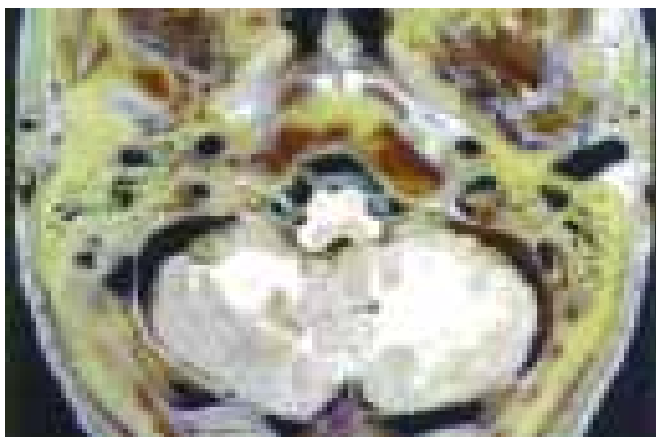


Fig.5 - Angajarea n. spinal accesoriu în gaura jugulară.

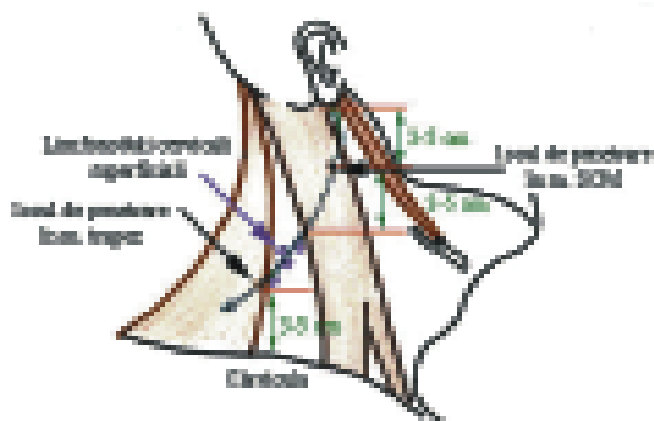


Fig.6 - Prezentare schematică a proiectiei traiectului ramului extern al nervului spinal accesoriu.

Ramul intern pătrunde în ganglionul inferior al nervului vag (celelalte anastomoze amintite în literatură, destinate mai ales ganglionului superior al nervului vag, conțin fibre aberante cu originea în nucleul dorsal al vagului) formând anastomoza descrisă clasic de LÖBSTEIN. Astfel, fibrele din nucleul ambiguu vor ajunge la destinație prin intermediul ramurilor faringiene și nervului laringeu recurent, desprinse din nervul vag.

Ramul extern continuă traiectul trunchiului, continuând să coboare prin porțiunea retrostiliană a spațiului latero-faringic, depărtându-se progresiv de nervul vag și artera carotidă internă care rămân medial, nervul glosofaringian ce se îndreaptă spre anterior, respectiv nervul hipoglos și ganglionul cervical superior, situați posterior. Ulterior ocolește vena jugulară internă (fie anterior, fie posterior) și încrucișează procesul transvers al atlasului, fiind încrucișat la rândul său de artera occipitală care are traiect spre posterior. Continuă să coboare oblic, medial de procesul stiloid, mușchiul și ligamentul stilohipoidian și pânțelele posterior al digastricului. Pătrunde în mușchiul sternocleidomastoidian la unirea treimii superioare cu cea medie, la aproximativ două laturi de deget inferior de vârful mastoidei. În momentul traversării tecii mușchiului (formată prin dedublarea fasciei cervicale superficiale), ramul extern este cuprins într-un tunel fibros, descris de FARABEU.

La acest nivel primește prima anastomoză de la plexul cervical profund. Nervul spinal accesoriu este singurul dintre nervii cranieni care, efectiv, schimbă fibre cu nervii spinali cervicali (reamintim că în cazul ansei cervicale - ansa hipoglosului - este vorba doar despre un traiect comun al celor două tipuri de fibre). Acest schimb justifică denumirea de "plex accesoriu-cervical" dată de RIGA (1958) porțiunii terminale a ramului extern al nervului spinal accesoriu. Prima anastomoză cu plexul cervical aduce fibrele motorii destinate porțiunii mușchiului sternocleidomastoidian derivată din somitele cervicale. Fibrele medulare pot proveni fie din rădăcina C2 a plexului, fie din rădăcina C3, fie din ambele, caz în care se formează o ansă care dublează "ansa axisului" din plexul cervical, deasupra originii mușchiului ridicător al scapulei, descrisă clasic sub denumirea de ansa lui MAUBRAC.



Fig. 7 - Emergența nn. occipital mic și auricular mare la marginea posterioară a m. SCM, în regiunea punctului nervos Erb.



Fig. 8 - Adenopatie la nivelul grupului ganglionar limfatic al ramului extern al n. spinal accesoriu.

Cel mai frecvent ramul extern al nervului spinal accesoriu străbate fasciculul sternomastoidian și iese la marginea posterioară a mușchiului, la 6 - 8 cm inferior de mastoidă, deasupra punctului nervos ERB. Coborâre oblic spre inferior și lateral, străbătând trigonul omotrapezian al regiunii laterale

a gâtului, însoțit de câțiva limfonoduli cervicali superficiali, cunoscuți în clinică sub numele de grupul ganglionar al nervului accesoriu (neomologat de Nomină).

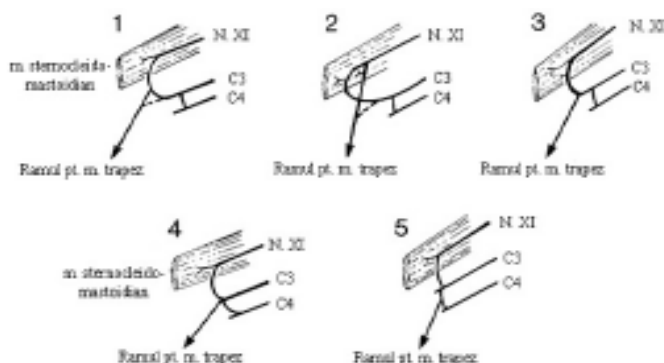


Fig. 9 - Variantele porțiunii terminale din ramul extern.

În regiunea laterală a gâtului primește aproape constant fibre ale rădăcinilor C3 și C4 ale plexului cervical, fibrele motorii destinate 2/3 inferioare a mușchiului trapez fiind prezente în aproximativ 75% din cazuri, conform KRAUSE și colab., 1991. Modalitatea de realizare a acestor anastomoze este extrem de variată (TESTUT și LATARJET, 1949). În final pătrunde sub mușchiul trapez la aproximativ 5 cm superior de claviculă, terminându-se în grosimea acestui mușchi.

Patologia ramului extern al nervului spinal accesoriu, deși importantă, este mai puțin cunoscută. Lezarea superior de mușchiul sternocleidomastoidian (dar și superior de primirea fibrelor din plexul cervical) poate provoca fie paralizia sternocleidomastoidianului, fie torticolisul. Pareza sternocleidomastoidiană se caracterizează prin flectarea capului de partea sănătoasă cu ștergerea reliefului muscular al gâtului de partea afectată. Pareza bilaterală, excepțională, este caracterizată printr-o hiperextensie permanentă a capului, la care se adaugă dificultatea de rotație. Torticolisul, contractură spastică a mușchiului sternocleidomastoidian, determină flexia cu rotația capului de partea bolnavă, presupune frecvent o leziune de tip obstetrical, cu afectarea mușchiului ori nervului; etiologia poate fi și o adenopatie specifică sau nespecifică a grupului ganglionar limfatic al nervului spinal accesoriu.

O leziune a nervului în regiunea laterală a gâtului duce la pareza (parțială sau totală) a mușchiului trapez, caracterizată prin căderea umărului și adâncirea fosei supraclaviculare mari, clavicula proeminând anterior. Mișcarea de ridicare a bratului peste 90° (bascularea scapulei) este imposibil de efectuat, la fel și ridicarea în coate, din clinostatism.

Din păcate, frecvent leziunea este de origine iatrogenă, nervul fiind sectionat accidental în cursul biopsiilor efectuate în scopul diagnosticării unei adenopatii latero-cervicale. Pe world-wide-web sunt citate lezări iatrogene de acest tip; de exemplu, un tribunal din New Jersey a pronunțat o sentință prin care se condamnă societatea de asigurare contra mal praxis-ului la plata sumei de 2,75 milioane dolari.

Altă posibilitate de lezare apare în accidente de mașină, când centura de siguranță poate produce compresiunea traumatică sau chiar sectionarea ramului extern al nervului accesoriu cu paralizie consecutivă a mușchiului trapez.

În concluzie, toate datele prezentate demonstrează o strânsă legătură morfologică și funcțională între structurile nervoase (periferice și centrale) medulare și bulbare. Cauzele sunt atât de ordin filogenetic cât și ontogenetic, procesul de înglobare a structurilor cervicale în craniu prin creșterea volumului maselor telencefalice ducând la apariția unor primordii embriologice în regiunea posterioară a capului ce înglobează atât material somitic cât și mezoderm de tip branhal.

Bibliografie:

1. Clara M 1940 Das Nerven System des Menschen. Georg Thieme: Leipzig
2. De Toledo J C, David N J 2001 Innervation of the sternocleidomastoid and trapezius muscles by the accessory nucleus. J Neuroophthalmol. 2001 Sep; 21(3):214-6.
3. Fitzgerald M J T, Comerford P T, Tuffery A R 1982 Sources of innervation of the neuromuscular spindles in sternomastoid and trapezius. J Anat 134: 471-490
4. Kitamura S, Nishiguchi T, Ogatu K, Sakai A 1989 Neurons of origin of the internal ramus of the accessory nerve: localisation in the dorsal nucleus of the vagus nerve and the nucleus retroambigualis. Anat Rec 224: 541-549
5. Kitamura S, Okubo J, Ogata K, Sakai A 1987 Fibers supplying the laryngeal musculature in the cranial root of the rabbit accessory nerve: nucleus of origin, peripheral course, and innervated muscles. Exp Neuro 97: 592-606
6. Krause H R, Bremerich A, Herrmann M 1991 The innervation of the trapezius muscle in connection with radical neck-dissection-an anatomical study. J Cranio-Maxillo-Facial Surg 12: 87-89
7. Legent F, Perlemuter L, Quere M 1979 Nerfs craniens et organes correspondantes. Masson: Paris
8. Niculescu C Th și colab. 1999 Sistemul nervos central. Centrii nervoși și conexiunile lor funcționale. București
9. Ranga V 1993 Tratat de anatomia omului. Ed. Medicală: București
10. Riga T și colab. 1958 Anatomie topografică. Regiunile gâtului. București
11. Testut, Latarjet 1949 Anatomie Topographique. Masson: Paris
12. Ullah M, Salman S S 1986 Localisation of the spinal nucleus of the accessory nerve in the rabbit. J Anat 145: 97-107
13. Williams P L, Warwick R, Dyson M, Bannister L H (eds) 1989 Gray's anatomy. 37th edition. Churchill Livingstone: Edinburgh