

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Romanian Edition

VOL.5, nr.2

APRILIE 2008

15 EURO

EDITORIAL

Demonstrație

Medicii, alături de arhitecți și avocați sunt singurii care după absolvirea studiilor își adaugă la semnătură litere ce le definesc profesia. Este un indicator al vocației și un simbol al responsabilității asumate în societate.

Relațiile pe care le dezvoltă medicul pe parcursul vieții sunt construite mai întotdeauna de pe poziția unei persoane cu studii solide în domeniul profesional, cunoștințe dobândite în urma unei preocupări continue pentru asimilarea de informație.

Preocuparea medicilor și în mod special a stomatologilor români pentru perfecționare este recunoscută în întreaga lume și acest merit nu este atribuit doar talentului ci mai cu seama unei școli foarte bune. Grija pentru înalta calitate a actului formator a fost întotdeauna punctul forte al administratorilor școlii românești de stomatologie.

Au fost scrise multe articole omagiale adresate profesorilor și cu

tot respectul pentru cei ce au creat bunul renume al școlii românești de stomatologie, rândurile de față se doresc mai mult un semnal de alarmă sau mai bine zis o zgâlțâială înspre trezirea celor care se gândesc că își pot trăi viața consumând din renumele creat de înaintașii lor.

Multitudinea de informații disponibile pentru informarea unui medic azi face imposibilă administrarea formării numai de către o singură instituție - facultatea.

Astfel este normal ca la absolvire proaspătul medic să își fi format doar deprinderea de a învăța și algoritmi de căutare a informației. Asta în cazul fericit în care perioada de studenție să fi fost folosită la maximum.

Nimeni nu mai crede că facultatea formează medici cu competențe complete, poate numai studenții cu permis de a începe să învețe serios [de atunci înainte] în timp ce aplică in vivo anumite gesturi terapeutice. Toți absolvenții ar trebui să

înțeleagă și să ia în serios faptul că obținerea diplomei de medic stomatolog înseamnă ... sfârșitul începutului acumulării de informație și nu licența pentru un șir lung de greșeli, incompetențe și gesturi iatrogene, ascunse de lipsa de informare a pacienților și bunăvoința prost înțeleasă a unor colegi erijați în comisii de malpraxis.

Chiar dacă m-am referit până aici numai la noii colegi, afirmațiile rămân valabile pentru orice membru al comunității noastre stomatologice. Orice vârstă am avea și oricât de mult timp am petrecut în cabinet, dacă nu se înțelege că a fi la curent cu toate tratamentele valabile astăzi în lume și cu tot ce înseamnă nou și calitativ în medicina dentară, cu toții vom sfârși inevitabil în a epuiza imaginea de medici buni creată de înaintașii noștri și a ne pierde cu desăvârșire credibilitatea.

Învățământul continuu nu este deloc o altă oportunitate pentru nuliță să discrediteze actul formator și nu este nici pe departe

Informații Practice



Întâlnirile de personal: de la monotonicitate și plictisală la dinamism și eficiență

Ședințele de personal - toate echipele stomatologice au mare nevoie de ele, însă unele le disprețuiesc. Instruirea relevă ceva de genul: toată lumea se adună la ora stabilită. Ei bine, majoritatea întârzie 5-10 min. Își caută un loc unde să se așeze.

► pagina 2

Tendințe & Aplicații



Tratamentul denudațiilor radiculare: interese clinice pentru țesutul conjunctiv îngropat

Denudațiile radiculare, în mod uzual numite "recesiuni gingivale", pot fi localizate sau generalizate. Acesta constituie unul dintre motivele principale pentru programări, făcute de către pacienți care "își văd gingia migrând".

► pagina 4

nișa în care se pot ascunde cei ce nu știu să spună nimic și nici nu au nimic de spus.

Educația Medicală Continuă este unicul instrument viabil de formare postuniversitară prin care informația valoroasă ajunge la cei ce poartă întreaga responsabilitate a actului medical.

Când vă veți afla în fața pacienților, analizați-vă conștiința. Aveți în mâinile voastre o viață. Sunteți pregătiți să o îngrijiți? Știți să o prețuiți la justa valoare? Sunteți destul de responsabili să depășiți

măcar cu un pic "...primum non nocere!"?

Dacă nu sunteți foarte siguri că "da" atunci numai învățământul medical continuu este soluția. Sigur că avem nevoie de puncte pentru avizul de liberă practică însă sunt tot atât de sigur că știți și voi că fără informație medicală de calitate nu există practică liberă.

QED

Dr. Andrei Ungar
Redactor Șef. Dental Tribune
versiunea românească

Google rivalizează cu Microsoft printr-un nou serviciu de fișe medicale personale

REUTERS

Orlando: Google a dezvoltat un nou plan pentru pacienții care vor să aibă control asupra fișelor medicale proprii. La Conferința Anuală a Societății Sistemelor de Informație și Management Medical 2008, din Florida, SUA, directorul executiv, Eric Schmidt, a declarat că Google a semnat înțelegeri cu spitale de renume și companii medicale din Statele Unite, printre care: Aetna Inc și Walmart Stores Inc Pharmacies, pentru a le ajuta în transmiterea sigură a informațiilor sensibile despre sănătate.

Schmidt a afirmat că, cel mai probabil, va mai dura câteva luni până când Google Health va fi

disponibil la scară largă. Serviciul web protejat de parole va stoca fișe medicale pe calculatoare Google, împreună cu un registru al serviciilor medicale, care permite utilizatorilor să importe fișele medicilor, istoricul medicamentelor prescrise și rezultatele analizelor.

Scopul Google este de a contribui la dezvoltarea sistemului de transmitere a informațiilor între aceste servicii, păstrând în același timp controlul în mâinile pacienților, permițându-le să facă programări sau să poată lua o nouă rețetă pentru medicamente deja prescrise.

Schmidt a declarat că Google nu are nici un plan de a vinde reclame pentru noul serviciu și țintește să facă profit indirect, atunci când utilizatorii vor căuta alte materiale informative medicale. Anul acesta, cu ceva timp în urmă, Google a anunțat că va face echipă cu o clinică universitară de cercetare medicală de renume, Cleveland Clinic, pentru a testa un schimb de informații care va permite pacienților controlul asupra fișelor medicale.

Multe alte companii - cum ar fi IBM, Oracle Corp și Siemens - au lucrat deja la o astfel de digitalizare, iar rivalul cel mai puternic al lui Google, Microsoft, a lansat de

curând HealthVault, un hub de colectare, stocare și transmitere a informațiilor medicale personale pe Internet. În timp ce furnizorii medicali sunt acoperiți de legile de confidențialitate valabile în Statele Unite, puține lucruri stau

în calea standardelor stabilite în ceea ce privește confidențialitatea, securitatea și folosirea informațiilor, pentru fișele medicale personale în format electronic. Compania Google este pregătită pentru a rezista acțiunilor

avocaților porniți la vânătoare pentru a chema în instanță fișele medicale personale stocate pe Google Health.

Anul trecut au fost în instanță pentru a infrânge un efort al Departamentului de Justiție al Statelor Unite de a solicita niște rapoarte de căutare. "Am abordat o poziție destul de agresivă, într-o manieră pro-consumator în Statele Unite, dar vreau să vă asigur că ne supunem legilor americane", a declarat Schimdt.

AD



2nd Pan-European Dental Congress

ISTAMBUL 4-5 July 2008

10 clinical simposiums!

A unique chance for each European dentist, for each guest from outside of Europe. Feel yourself the member of united Dental Europe. East and West - there is only one Europe!

Organizer:
International Association of Dental Promotion
IADP

Management by:
INEP Europe

Under aegis
ERO **fdi**

Information management by:
DENTAL TRIBUNE

Quantity of tickets is limited.
Contact us via telephone in Turkey: +90 (212) 219-66-45
Or via internet www.pedc2008.com

Întâlnirile de personal: de la monotonie și plictiseală la dinamism și eficiență (adevărat!)

Sally McKenzie, S.U.A.

Ședințele de personal - toate echipele stomatologice au mare nevoie de ele, însă unele le disprețuiesc. Instruirea relevă ceva de genul: toată lumea se adună la ora stabilită. Ei bine, majoritatea întârzie 5-10 min. Își caută un loc unde să se așeze. Purtând carnetele și pixuri, dau impresia că sunt pregătiți să-și ofere atenția totală. Mica șaradă durează aproximativ 3 sau 4 minute.



După aceea, dacă-ți rotești privirea prin cameră vei vedea brațe încrucișate pe piept, o persoană fixează tavanul, alta își înăbușă un căscat, o a patra fixează pata de pe haina medicului întrebându-se cum poate ea să recomande coordonatorului de program să treacă prin testul Rorschach. De fapt fiecare se întreabă când va începe doctorul să vorbească odată despre ceva important, spre exemplu despre creșterile salariale sau vacanțe.

A, da, ședința de personal, un exercițiu lunar inutil, care are ca rezultat pierderea timpului productiv și venituri scăzute. Doctorii se lamentează, cam așa: "Am încercat să renunț la aceste întâlniri pentru că toți așteaptă totul de la mine." La rândul lor, membrii echipei afirmă: "Noi avem idei, dar nimic nu se schimbă." Practic, în toate cazurile întâlnirile nu pot avea rezultate satisfăcătoare deoarece nu există un sistem sau un standard stabilit. Mai există și îndoiala că aceste întâlniri sunt neplăcute în aceeași măsură pentru stomatologi cât și pentru echipelor lor.

Din păcate, întâlnirile cu personalul sunt adesea plictisitoare, monotone și lungi. Mai rău, rar au o contribuție vădită la succesul practicii. E timpul să renunțăm la acest ritual obositor, nu-i așa? Nu, de fapt vă recomand să investiți un pic mai multă energie și efort în ele. De ce? Deoarece cele mai multe decizii critice referitoare la afacere se iau la aceste întâlniri.

Așa se întâmplă când e vorba despre stomatologie ca afacere. Întâlnirile sunt acelea în care echipa identifică și rezolvă problemele, examinează zonele de responsabilitate în sistem, stabilește strategii, prezintă informații, se motivează și se educă

Pregătire sau pierdere

Întâlnirile lunare trebuie să aibă o ordine de zi care să cuprindă subiecte standard prin care practica este monitorizată continuu. Fără aceasta, tu și echipa ta veți rătați fără scop, lucru incredibil de frustrant pentru oricine, fără a aminti totala ineficiență. În mod specific, doriți să analizați toate domeniile care afectează profitul / succesul practicii. De exemplu, numărul noilor pacienți, pacienții anulați, tratamentele acceptate, producția, bilanțul, unitățile de timp neprogramate ale doctorului și igienistei, veniturile din asigurări neștrânse de peste 60 de zile, cheltuielile de regie, etc.

O persoană, diferită de stomatolog, are responsabilitatea de a completa și distribui agenda doctorului și personalului înaintea ședinței. Totuși această persoană nu este angajată să dezvolte întreaga ordine de zi. Această sarcină revine întregii echipe.

Plasați agenda în birou sau în altă zonă la îndemâna personalului pentru a putea completa noile probleme care apar pe parcursul lunii. Problemele care apar constant în practica de zi cu zi, dar care necesită o analiză amănunțită trebuie puse pe agenda întâlnirii lunare.

În plus față de sistemele practicii, care pot fi cele standard pe agenda lunară, gândiți-vă să luați în considerație teme, cum ar fi îmbunătățirea mediului de lucru, examinarea experienței pacienților în detaliu, comunicarea cu pacientul.

Când finalizați ordinea de zi, afișați cele mai critice aspecte la începutul listei, asigurându-vă că este timpul potrivit să le discutați. Apreciați cât timp este necesar pentru analizarea fiecărei probleme, evitând subiectele care nu au relevanță și insistați că membrii echipei să vină pregătiți pentru discutarea problemelor afișate.

Deschide drumul

Desemnați un coordonator - altul decât medicul - "să îndrume" grupul în timpul discuțiilor. Analizați numai punctele din ordinea de zi. Asigurați-vă că dețineți cheia sistemelor. Lunar, membrii echipei raportează individual, de pe poziția în care activează.

De exemplu, coordonatorul programărilor va raporta conform indicatorilor cheie, în cadrul sistemelor de programare, cuprinzând:

- numărul pacienților programați în luna respectivă
- numărul pacienților noi consultați de medic sau/și de igienist
- numărul pacienților veniți în urgență
- numărul pacienților veniți în urgență și tratați în luna curentă
- numărul pacienților planificați pentru evaluare
- suma în dolari pentru orele peste program din luna respectivă
- numărul de pacienți fără programare

Acum, deoarece toți cunosc cifrele, echipa poate discuta dacă practica

este asigurată efectiv, cuprinzând țelurile stabilite. Există bariere specifice care îl împiedică pe coordonatorul de programări și implicit practica să-și atingă țelurile? Folosiți-vă priceperea colectivă pentru soluționarea problemelor, dezvoltând strategii care se adresează acestor limite și vă va ajuta să identificați soluțiile problemelor care pot apărea în sistemul stabilit.

Bun venit opiniilor, punctelor de vedere și neînțelegerilor

Căutați contribuția fiecăruia și nu vă temeți de părerile antagonice. De fapt încurajați-le. Când membrii echipei își exprimă îngrijorarea, aduc în discuție probleme și fapte, dau ocazia întregului grup să exploreze avantajele și dezavantajele (plusurile și minusurile) unei anumite probleme și se concentrează să se adreseze în speța acestora. Dacă în problemele majore se ajunge la un consens prea repede, este foarte posibil ca membrii echipei să nu împărtășească deschis și sincer părerile lor. Vor aștepta să murmure după întâlnire. Deși efortul de a ajunge la un consens este bun, nu este întotdeauna pozitiv să ajungi la el. De fapt echipa are nevoie să accepte că deși indivizii pot avea opinii diferite în timpul discuției, toți vor suporta decizia finală, care aparține doctorului.

Pentru încurajarea discuțiilor, moderatorul ar trebui să pună întrebări de genul: "Ce părere aveți

→ [DTI](#) pagina 3

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International		Publisher Torsten Oemus		Distribuție <ul style="list-style-type: none"> • Dental Tribune Romanian Edition este distribuit aleator gratuit medicilor stomatologi și laboratoarelor de tehnică dentară din România și Republica Moldova. • Pentru a primi sistematic Dental Tribune Romanian Edition, este necesară abonarea. • Pentru varianta online accesați www.dental-tribune.ro • Pentru detalii contactați Redacția la Tel: +40 722 579826, Fax: +40 722 111900 E-mail: dtromania@gmail.com
Group Editor/Managing Editor DT Asia Pacific Daniel Zimmermann newsroom@dental-tribune.com +49 541 48 474 107	Editorial Assistants Claudia Salwiczek c.salwiczek@dental-tribune.com Anke Schiemann a.schiemann@dental-tribune.com	Copy editors Robin Goodman Hans Motschmann Peter Witteczek Dan Wunderlich	Idea Manager A.C.Dr.Dr. Mihnea Ioan Nicolescu	
Managing Editor German Publications Jeannette Enders j.enders@dental-tribune.com	International Editorial Board Dr Nasser Barghi, Ceramics, USA Dr Karl Behr, Endodontics, Germany Dr George Freedman, Esthetics, Canada Dr Howard Glazer, Cariology, USA Prof Dr I. Krejci, Conservative Dentistry, Switzerland Dr Edward Lynch, Restorative, Ireland Dr Ziv Mazor, Implantology, Israel Prof Dr Georg Meyer, Restorative, Germany Prof Dr Rudolph Slavicek, Function, Austria Dr Marius Steigmann, Implantology, Germany	President/CEO Director of Finance and Controlling Marketing & Sales Services License Inquiries Accounting Product Manager Executive Producer Ad Production Designer		
DENTAL TRIBUNE <small>The World's Dental Newspaper - Romanian Edition</small>		Regional Offices Europe Daniela Zierke Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany Tel.: +49 541 4 84 74 502 Fax: +49 541 4 84 74 173 Internet: www.dti-publishing.com E-mail: info@dental-tribune.com		Tehnoredactare computerizată Marius Ban E-mail: maban@securities.com
Dental Tribune Romania © 2008, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.		Romania Dr. Andrei Ungar 58-42 Johannes K. Kepler, 020546 Bucharest Tel.: +40 722 579826. Fax: +40 722 111900 E-mail: dtromania@gmail.com www.dental-tribune.ro	Tipar Sothis Print Tel./Fax: +40 021 519 48.57, +40 021 519 48.52 +40 051 405.87.51, +40 051 405 87.52 E-mail: office@sothis.ro www.sothis.ro	
Dental Tribune depune tot efortul pentru a aduce în atenția cititorilor informații exacte din clinica stomatologică și noutăți din industria de profil, însă nu își poate asuma responsabilitatea asupra validității pretențiilor proprietății ale produselor sau erorilor de tipar. Editorul, de asemenea, nu își asumă responsabilitatea asupra numelor produselor sau afirmațiilor făcute de proprietarii reclamelor. Opiniile exprimate de autori aparțin acestora și nu reflectă în nici un fel ideile Dental Tribune International.				

←  pagina 2

despre aceasta? Care este părerea dvs referitor la aceasta? Care ar fi reacția dvs ca pacient? Care sunt avantajele acestei abordări? Care sunt potențialele dezavantaje?”

Participarea echipei este esențială atât la întâlnirea de lucru cât și la implementarea recomandărilor care rezultă din discuții.

Dezvoltați planul de acțiune

Delegați responsabilități și stabiliți termene pentru împlinirea sarcinilor apărute pe parcursul întâlnirii cu personalul. De exemplu, dacă amănările tratamentului igienistului sunt mari și grupul a dezvoltat un plan pentru reducerea amănărilor, persoana responsabilă, probabil coordonatorul igienist-trebuie să știe că el/ea răspunde de implementarea schimbărilor și să fie gata să raporteze despre efectele datorate acelor schimbări la următoarea întâlnire lunară.

Odată ce sistemele sunt raportate, timpul rămas poate fi utilizat pentru a acoperi alte puncte de pe ordinea de zi, cuprinzând instruirea și educația personalului.

De exemplu, unii membri ai echipei participă în mod constant la programele educaționale; se așteaptă ca ei să împărtășească cu restul echipei din programe, precum și tehnicile și strategiile specifice pe care le consideră folositoare pentru implementarea lor în practică.

Dacă se oferă un nou serviciu sau program, întâlnirea personalului este o ocazie grozavă pentru a instrui echipa în legătura cu problemele, de a răspunde la orice întrebare și de a se asigura că fiecare angajat este capabil să dea răspunsuri pacienților.

Dacă doctorul propune un tratament nou, cum ar fi implanturile, el/ea trebuie să programeze un timp alocat informării și educării întregii echipe în legătură cu noua procedură în timpul întâlnirii.

Grupul poate discuta despre vânzarea noii proceduri, cum să se adreseze pacienților, cum să răspundă la întrebări, unde pot găsi informații suplimentare.

Țineți cont de mediu

Pe cât posibil, întâlnirea lunară de 2 ore cu personalul ar trebui să se țină în afara clinicii, într-o sală de conferințe, la o masă rotundă și fără întreruperi din afară. Fiți în consens cu personalul în ceea ce privește alegerea timpului cel mai bun pentru întâlnire și

amintiți-vă că aceste întâlniri în afara programului trebuie plătite.

Evaluați-vă calitatea întâlnirilor de afaceri lunare răspunzând la următoarele întrebări:

- sunt cunoscute temele de discuție înaintea întâlnirii?
- au avut asociații ocazia să participe la întâlnire?
- locul unde va avea loc întâlnirea este confortabil?
- întâlnirea a început și s-a terminat la timp?

AD

**Dacă aveți întrebări,
accesați pagina
noastră de web
www.dental-tribune.hk
și scrieți un e-mail
pentru Sally!**

Contact Info



Sally McKenzie, Consultant managerial certificat, este un binecunoscut lector și autor. Este CEO al McKenzie Management, care oferă servicii manageriale de succes pentru stomatologie încă din 1980.

McKenzie Management oferă o linie completă de produse educaționale și de management, care sunt puse la dispoziție pe site-ul www.mckenziemgmt.com. În plus, compania oferă o gamă variată de programe pentru îmbunătățirea practicii și pentru pregătirea echipei.


D-na McKenzie este editorul newsletter-ului e-Management și a celui din Dentist's Network trimis complementar clinicilor din lumea întreagă.

Pentru a vă înscrie vizitați www.mckenziemgmt.com și www.thedentistsnetwork.net.

D-na Mc Kenzie așteaptă întrebările dumneavoastră și poate fi sunată fără taxă la :+1-877-777-6151 sau la sallymck@mckenziemgmt.com

FDI Annual World Dental Congress
24-27 September 2008
Stockholm, Sweden

info@fdiworldental.org
www.fdiworldental.org

fdi 
STOCKHOLM 2008

Tratamentul denudărilor radiculare: interese clinice pentru țesutul conjunctiv îngropat

Raphaël Serfaty, Franța

Denudările radiculare, în mod uzual numite "recesiuni gingivale", pot fi localizate sau generalizate. Acesta constituie unul dintre motivele principale pentru programări, făcute de către pacienți care "își văd gingia migrând" și care sunt îngrijorați cu privire la rezultatele acestei retrageri și eventuale pierderi dentare. Denudările radiculare pot fi localizate lingual vestibular și la papile.

TABELUL 1

Metode - Începând cu 1956, diverse metode de acoperire denudările radiculare au fost propuse:	
1962 Pentru prima dată, Norberg introduce lamboul poziționat coronar pentru a corecta problemele cauzate de recesiune gingivală.	59-70% acoperire previzibilă (conform autorului).
1956 Grupe și Warren propun un lambou dizlocat lateral. Această metodă este valabilă dacă zona donatoare poate oferi țesut gingival adecvat și are țesut osos gros (lăsat descoperit). Există un risc ridicat de a crea un defect în zona donatoare.	1976 Matter propune o extensie: acest ultim pas completează evoluția tratamentelor în acoperirea recesiunilor.
1964 Robinson și Corn folosesc o creastă edentată ca zonă donoare datorită unui lambou pediculat de grosime parțială. Staffileno utilizează un lambou de grosime totală.	1977 Rubelman aduce o îmbunătățire în prognosticul papilei duble.
1966 Grupe modifică tehnica din 1956 pentru a nu lăsa os neacoperit.	1980 Tenenbaum și col. tratează recesiunile gingivale cu un lambou poziționat coronar.
1967 Hattler folosește gingia keratinizată din papilă pentru a acoperi rădăcinile denudate.	1982 Miller combină grefa gingivală cu tratamentul suprafeței radiculare cu acid citric.
1968 Sullivan și Atkins utilizează grefa gingivală ("liberă") pentru a încerca să acopere denudările radiculare, dar cu rezultate limitate. Sunt urmați de: Sugarman1969 Hawley și Staffileno1970 Corn1973 Vandersall1974 Ward1974 Livingstone1975 Douglas1976 Martin1986 Borghetti (grefă groasă)1990 În acest punct (1968), Sullivan și Atkins insistă asupra faptului că acoperirea atrofiei este realizată prin "construirea unui pod".	1985 Holbrook și Ochsenbein combină radiculoplastia cu o grefă gingivală de circumferință și grosime bune (1.5 la 2 mm) pentru a obține acoperirea dintr-o singură încercare.
1968 Cohen și Ross descriu papila dublă.	1985 Boni cu COP și ECOP, și în 1986 cu CEP obține acoperirea în două etape: grefă de țesut conjunctiv submucozal în zona donoare, apoi lambou de tranziție laterală.
1970 Brustein introduce grefa pediculată poziționată coronar. Este urmat de variante realizate de: Restrepo1973 Tenenbaum1980 Da Costa Noble1985 Allen1989 Blanc1991	1985 Raetzke tratează atrofii izolate cu o grefă de țesut conjunctiv care este strecurată sub un mini lambou-anvelopa localizat la dintele care trebuie tratat.
1970 Harvey obține acoperirea în doi pași: crearea unei gingii keratinizate, așteptând 6 luni; lambou de translație coronară.	1985 Langer și Langer acoperă 2-6 mm recesat folosind o grefă de țesut luată dintre periost și mucoasă, creând astfel gingie atașată și acoperind într-un singur pas.
1971 Bjorn propune mai întâi crearea și creșterea gingiei keratinizate; lamboul de translație coronară este realizat o lună mai târziu.	1986 Tarnow propune acoperirea utilizând un lambou semi-lunar poziționat coronar la granița smalț-cement.
1974 Grefă de țesut conjunctiv pentru a crește înălțimea gingiei keratinizate, realizată de Edell.	1987 Îmbunătățire a tehnicii lui Langer: acoperire a atrofiei printr-o grefă de țesut conjunctiv, acoperită ea însăși de o papilă dublă hrănită, realizată de Nelson.
1975 Bernimoulin îmbunătățește tehnica lui Harvey, producând	1988 Tratamentul gingiei atașate care lipsește și a recesiunilor gingivale multiple prin grefe de țesut conjunctiv îngropat în timpul unor operații de lambou, permițând suprafețelor radiculare, leziunilor osoase și problemelor mucogingivale să fie tratate într-o singură procedură, realizat de Serfaty. Această abordare permite deasemenea realizarea frenulectomiilor conjunctive estetice și corectarea problemelor de discromie radiculară.
	1989 Journee propune tratarea atrofiei cu o metoda Langer modificată: grefa de țesut conjunctiv este parțial îngropată.
	1990 Tinti introduce regenerarea controlată de țesut pentru tratamentul atrofiei.
	1992 Pini Prato modifică tratamentul anterior.

Unii autori vorbesc despre atrofie parodontală (Martin) în urma atrofiei osului (dehiscentă), însoțită de distrugerea ligamentului parodontal și implicării cementului (Guinard și Caffesse 1977) care însoțesc "retragerea" gingiei.

Există doar cazuri rare în care aceste denudări sunt complicate de existența pungilor parodontale (Liu și Solt 1980).

Etiologie

Originea etiopatogenică a acestor atrofii este încă discutată astăzi:

- unii le consideră fiziologice,
- alții înclină spre a susține etiologii multiple.

Literatura conține multe articole despre acest subiect (Guinard și Caffesse, Falabregues și Furel, Benqué și col., etc). Următorii factori etiologici ar trebui luați în considerare:

- Periajul incorect poate cauza atrofii simple sau multiple
- O gingie subțire asociată cu inflamație bacteriană și periaj incorect
- Malpoziții dentare
- Mișcare ortodontică
- Traumă mecanică
- Reconstituiri incorecte
- Epiteliul adamantin
- Extracții dentare și unele proceduri chirurgicale parodontale
- Traumă ocluzală
- Inserare înaltă a frenului
- Iritanți locali
- Factori psihosomatici
- Boală parodontală
- Hiperplazie gingivală
- Tratament cu tetraciclină în copilărie

Unii factori anatomici pot explica prezența atrofiei:

- Gingie neatașată (Ericsson și Lindhe 1984), dar acest factor nu este acceptat în mod unanim.
- Dizarmonie dentoalveolară cu

fenestrări, dehiscentă osoasă și rădăcini inflamate.

- Relația dinte/os (Maynard și Wilson 1980) cu patru posibilități: 1. os alveolar gros și gingie groasă, 2. os alveolar gros și gingie subțire, 3. os alveolar subțire și gingie groasă, 4. os alveolar subțire și gingie subțire (ce constituie o predispoziție la atrofie)
- Locuri și moduri ale erupțiilor dentare.

În cele din urmă, unele cazuri rămân inexplicabile (17% conform lui Rodier 1990).

Clasificarea atrofiei gingivale

Clasificările variate propuse sunt bazate pe morfologia leziunilor sau pe posibilitățile de a acoperi leziunile:

- Sullivan și Atkins (1968) se referă la linia mucogingivală și la vârful atrofiei și descriu patru clase: 1) Clasa I: atrofii adânci (mai mari de 3 mm) și largi (mai mari de 3 mm) 2) Clasa a II-a: atrofii superficiale, întinse 3) Clasa a III-a: atrofii adânci, înguste 4) Clasa a IV-a: atrofii superficiale, înguste
- Benqué și col. (1985) descriu trei forme, legându-le de prognosticul de acoperire: 1) U: prognostic slab de acoperire 2) V: prognostic favorabil 3) I: prognostic bun de acoperire
- Miller P.D. (1985) face o distincție între patru clase: această clasificare, care este menționată cel mai des, ia în calcul în mod simultan criteriile anatomice și posibilități terapeutice.

Dersot și Dentienville (1988) au inițiat o comparație între clasificarea lui Miller (1985) și a lui Sullivan și Atkins (1968).

Clasa I:

- Atrofie care nu ajunge la linia mucogingivală cu țesut

parodontal proximal ce nu au suferit nici o pierdere.

- Atrofie superficială, întinsă sau îngustă, ca la Sullivan și Atkins.
- Acoperire posibilă 100%.

Clasa a II-a:

- Atrofie care atinge sau se extinde dincolo de linia mucogingivală cu țesut parodontal proximal ce nu au suferit nici o pierdere.
- Atrofie adâncă, ce este întinsă sau îngustă, ca la Sullivan și Atkins.
- Acoperire posibilă 100%.

Clasa a III-a:

- Atrofie ce atinge sau se extinde dincolo de linia mucogingivală cu țesut parodontal proximal ce a suferit leziuni interdente minore sau malpoziție a unuia sau mai multor dinți.
- Acoperire parțială posibilă.

Clasa a IV-a:

- Atrofie ce atinge sau se extinde dincolo de linia mucogingivală cu țesut parodontal proximal ce a suferit leziuni interdente grave sau chiar malpoziție importantă a unuia sau mai multor dinți.
- Șansele de acoperire sunt dificil de estimat.

Tratamentul atrofiei gingivale

Justificari

Cele patru puncte de vedere,

→ [pagina 5](#)

Cazuri clinice: Tehnica lui Nelson



Fig. 1: Individualizarea a doua papile începând de la țesutul adiacent



Fig. 2: Potrivirea grefei conjunctive



Fig. 3: Sutura papilei duble



Fig. 4: Sutura pe țesutul conunctiv



Fig. 5: Inlaturarea suturilor după 10 zile



Fig. 6: Vindecarea după 2 luni



Fig. 7: Tesutul după 12 luni de la intervenție

Cazul clinic 2: tehnica lui Raetzke



Fig. 1: Retragere pre-operatorie



Fig. 2: Plasarea unui tesut conjunctiv suturat



Fig. 3: Situatia la 8 zile de la operatie



Fig. 4: Situatia la 2 luni de la operatie



Fig. 5: Situatia la 15 ani de la operatie

Cazul clinic 3: Varianta a tehnicii lui Langer propusa de Raphaël Serfaty in 1986 (fara incizie la tesutul conjunctiv care acopera lamboul). Umplutura a fost inlocuita si cavitatea a fost nivelata cu freza cu diamant si tratata cu tetraciclina.



Fig. 1: Situatia pre-operatorie.

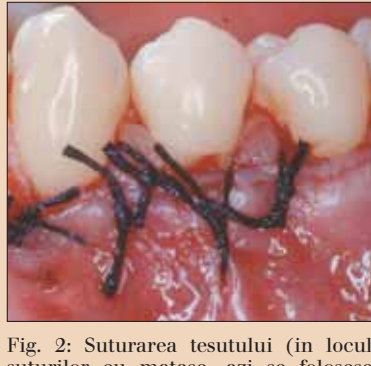


Fig. 2: Suturarea tesutului (in locul suturilor cu matase, azi se folosesc suturari cu acid polyglicolic).



Fig. 3: Rezultatul dupa 6 luni



Fig. 4: Rezultatul dupa 15 ani



Fig. 1: Situatia pre-operatorie.



Fig. 2: La doua luni dupa interventie



Figure 3: 10 ani mai tarziu



Cazul clinic 5: Tehnica tunneling, care a fost discutata intr-un articol separat, va avea aceleasi avantaje cantitative si calitative ca BCTG.

Table 2.

Tabel-rezumat pentru trei protocoale			
Zonă donatoare	Zonă de primire	Avantaje	Indicații
<p>Raetzke 1985: grefă de țesut conjunctiv așezată sub un lambou de tip plic</p> <ul style="list-style-type: none"> Grefă de țesut conjunctiv prelevată din palat Două incizii, la 1 mm de la nivelul epitelial, către os Epiteliul grefei poate fi lăsat în zona neîngropată sub lamboul-anelopa 	<ul style="list-style-type: none"> Înlăturarea epitelului sulcular Tratamentul suprafeței radiculare de completat cu acid citric Incizie intrasulculară de jur împrejurul inciziei, într-o manieră plic Grefa este glisată între rădăcină și lambou și astfel, desprinsă Hemostază, comprimare, pansare chirurgicală, fără suturi 	<ul style="list-style-type: none"> Proceduri chirurgicale minime Reușită 100% în 80% din cazuri Zonă donatoare care se auto-protejează Rezultate estetice excelente 	<ul style="list-style-type: none"> Atrofii întinse, adânci Atrofii izolate Fără gingie atașată sau keratinizată Sensibilități radiculare Dorința estetică a pacientului
<p>Langer 1985: grefă de țesut conjunctiv așezată sub un lambou de grosime parțială, dispus coronar</p> <ul style="list-style-type: none"> Un prim lambou de țesut epitelial-conjunctiv este disecat în direcție meziodistală Două incizii de eliberare perpendiculare pe cea anterioară, determină lungimea țesutului care urmează să fie prelevat Grefa de țesut conjunctiv este luată cu o bandă de epiteliu de 1.5 până la 2 mm lungime Grefa de țesut epitelial-conjunctiv este suturată și comprimată, acoperind astfel zona donatoare 	<ul style="list-style-type: none"> Un lambou parțial gros este detașat dincolo de linia mucogingivală, pornind de la sulcus Se fac două incizii de eliberare Posibil tratament al suprafeței radiculare cu plastie Suturare a grefei ce acoperă denudațiile Sutură de lambou pe grefa de țesut conjunctiv atașată; acest lambou s-a unit coronar cu banda epitelială a grefei 	<ul style="list-style-type: none"> Bandajare reductivă, chirurgicală Combină avantajele grefei gingivale și a lamboului pediculat Țesutul conjunctiv asigură o bună grosime a acoperirii Rezultate stabile Grefa este hrănită de ambele părți ale sale Procedură realizată într-o singură intervenție Vindecare mai rapidă a palatului 	<ul style="list-style-type: none"> Zona donatoare inadecvată pentru translație laterală Denudări întinse, izolate sau multiple Denudări radiculare multiple la M.S. fără gingie keratinizată Denundare lângă o creastă edentată pentru umplere
<p>Nelson 1987: grefă de țesut conjunctiv așezată sub o papilă dublă, de grosime completă, dispusă coronar</p> <ul style="list-style-type: none"> Aceleași condiții ca mai sus, dar aici, banda de țesut epitelial nu se păstrează 	<ul style="list-style-type: none"> Tratament al suprafeței radiculare Un lambou de grosime întreagă este ridicat, lăsând papila și conturul dintelui adiacent intacte Lamboul ajunge pe fiecare parte a retractiei pentru a acoperi papila Țesutul conjunctiv acoperă atrofia și tot țesutul conjunctiv ce sângerează Papila dublă este suturată pe țesutul conjunctiv la locul retractiei 	<ul style="list-style-type: none"> Bandajare reductivă, chirurgicală Aceleași avantaje ca mai sus Aici, papila dublă asigură acoperirea completă a atrofiei de către grefă 	<ul style="list-style-type: none"> Denudări izolate Denudări multiple; în acest caz, papila dublă permite altor papile să fie mutate către diferitele atrofii

← pagina 4

- prezentate de Matter în 1982, sunt:
- 1) Atrofia nu este tratată dacă nu există sensibilitate, inflamație, probleme de igienă sau dorință estetică.
 - 2) O atrofie ulterioară este prevenită prin folosirea unei gingii keratinizate (înaintea tratamentului ortodontic, de exemplu).
 - 3) O atrofie existentă este stabilizată cu un plan de a elimina presiunea produsă de fren, adeziuni sau mușchi.
 - 4) Se face o încercare de a acoperi recesiunea.

Indiscutabil, punctul nostru de vedere terapeutic provine din propunerile lui Matter, dar pentru noi, este clar că acoperirea poate fi justificată și de alte circumstanțe:

- pentru a elimina unele obturatii,
- pentru a îmbunătăți aspectul estetic ale unor reconstrucții (în special la maxilar),
- pentru a reduce posibilitatea apariției cariilor,
- pentru a compensa o mucoasă subțire în prezența persistenței unei inflamații de un anumit grad, operații adiționale corective vor fi indicate (Ericsson 1984).

Metode

(Tabelul 1)

Protocoale

Vor fi descrise trei protocoale cu privire la acoperirea denudațiilor radiculare utilizând grefe de țesut conjunctiv înglobat (BCTG): Raetzke

→ pagina 6

Tabelul A.

Grefe gingivale	
Miller (1982)	90.00%
Ibbott et coll. (1985)	56.00%
Martin et coll. (1986)	67.70%
Bertrand et Dunlap (1988)	70.00%
Borghetti et Gardella (1990)	85.02%
Borghetti et Gardella (1993)	89.90%
Lambouri poziționate lateral	
Smuckler (1976)	72.42%
Guinard et Caffesse (1978)	69.16%
Caffesse et Espinel (1981)	70.40%
Caffesse et coll. (1987)	
With citric acid	60.80%
Without citric acid	56.50%
Lambouri coronale	
Allen et Miller (1989)	97.80%
Treatment in two stages	
Bernimoulin et coll. (1975)	75.00%
Caffesse et Guinard (1978)	64.24%
Matter (1979)	65.00%
Liu et Solt (1980)	59.10%
Tenenbaum et coll. (1980)	57.00%
Espinel et Caffesse (1981)	75.90%
Pini Prato et coll. (1992a)	70.87%
R.T.G.	
(fara abreviere)	
Tinti et coll. (1992)	55.00%
Pini Prato et coll. (1992a)	72.75%
Pini Prato et coll. (1992b)	98.00%

Tabelul B.

Crefe cu tesut conjunctiv epitelial	Autor	Cazuri	Rezultate		
			R<5 mm	R 5 la 5 mm	R>5 mm
Crefe cu tesut conjunctiv ingropat	Holbrook 1985	50 cazuri	95.5%	80.6%	76.6%
	Miller 1982	100 cazuri	100%	86.6%	100%
	Raetzke 1985	12 cazuri	Recesivne, 2-6 mm 80% in toate cazurile 100% in 42% din cazuri		
	Langer 1985	56 cazuri	Procentajul de acoperire nu a fost retinut		
Crefe cu tesut conjunctiv ingropat	Nelson 1981	29 cazuri	100%	92%	88%
	Journée 1989	22 cazuri	100%	94%	58%
	Harris 1992	50 cazuri	100%	88 to 97%	100%
	Serfaty 1990	245 cazuri	100%	96%	69%
	Serfaty 1995	245 cazuri	100%	95%	85%

R = Recesivne

(1985), Langer și Langer (1985) și Nelson (1987) (Tabelul 2).

Discuție

1) Grefa

Aceasta poate fi luată din palat, din partea internă a unui lambou gros, la nivelul unei creste sau a unei tuberozități.

Grosimea ei ar trebui să fie între 0.5 și 1 mm pentru a obține un rezultat estetic mai bun (confirmat de Harris în 1992).

Grefele de țesut conjunctiv proliferază adesea și ne dau rezultate care întrec așteptările în mod frecvent.

2) Tratament al suprafeței radiculare

Nu există o descriere a unei metode precise pentru tratarea suprafețelor radiculare pentru a obține acoperirea denudării.

Caz clinic: Palat



Fig. 1: Incizia.



Fig. 2c



Fig. 5: Grefarea tesutului conjunctiv in zona tuberoasa (acest loc poseda cantitati mari de tesut conjunctiv excelent pentru ca niciodata nu contine tesut gras); linia inciziei, prelevarea grefei și tesutul inainte de suturare

Se realizează o planare mecanică ușoară, încheiată cu un tratament chimic bazat pe hipoclorit de tetracilină, aplicat timp de 2 până la 3 minute, chiar înainte de aplicarea grefei, protejată de salivă prin schimbarea compresei atunci când aceasta este contaminată cu



Figs. 2a-c: Diagrama liniilor de incizie.

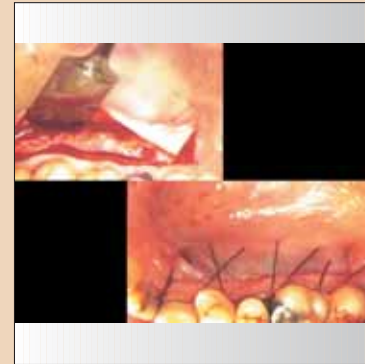


Fig. 3: Suturarea.



Fig. 6: Interventie cu acoperirea caninului și a primului premolar folosind grefa palatina prelevată anterior

sânge sau cu salivă. Astfel, suprafața radiculară este curățată de toxinele sale și devine biologic pentru reatașare.

De ce se folosește tetraciclina?

- are o activitate antibacterială (Baker 1983),
- induce adeziunea fibronectinei și dezvoltarea de fibroblaști (Terranova 1986),
- previne atașarea și dezvoltarea celulelor epiteliale (Terranova 1986),
- are un efect persistent,
- are un efect demineralizant.

3) Poziția lamboului de acoperire în comparație cu grefa de țesut conjunctiv inglobat

În mod ideal, grefa este acoperită în întregime (mai ales dacă de-epitelializarea nu a putut fi realizată în locul de prelevare, aceasta din urmă dovedindu-se dificilă, din cauza grosimii reduse a palatului sau dificultăților de acces).

Atunci când grefa este de-epitelializată pe masa de operație, dualitatea dintre grefă și lambou poate duce la o cicatrizare anarhică, câteodată fiind necesară o dermabrazie.

Dacă această de-epitelializare a grefei este perfectă (grefa obținută în adâncime sau de-epitelializată chimic - EDTA 2mM, 57 grade, 2 ore), nu se poate acoperi în întregime: va fi de-epitelializată începând de la țesuturile din apropiere și se va obține un rezultat perfect estetic.

4) Suturi

Lamboul de acoperire și grefa sunt



Fig. 2b



Fig. 4: Vindecare, după 50 zile.



Fig. 7: Cazul înainte și după intervenția operatorie.

prinse în timpul aceleiași operații chirurgicale.

O primă sutură - o sutură verticală continuă, atașează grefa și lamboul în timp ce o a doua sutură - o sutură orizontală continuă cu ancorare în periost, apical față de grefă - asigură o tensiune "protectoare" și controlată a țesuturilor de acoperire. Suturile sunt îndepărtate după 10-12 zile.

5) Beneficiile grefelor de țesut conjunctiv inglobat (GTGI):

- Rezultate repetabile,
- Procentaj ridicat de acoperire previzibilă,
- Grefa este irigată de periost și de partea interioară a lamboului (care poate explica primul [bypass] și al doilea [migrare coronală a atașamentului] potențial cicatricial [Matter 1976]).
- Plagile ocluzive sunt lăsate, ceea ce conduce la o cicatrizare la prima intenție: în zona de recoltare palatină, suturile sunt plasate fără o pregătire chirurgicală (disconfortul funcțional este redus, ca și sângerarea postoperatorie); la locul acoperirii, sunt doar câteva răni care sângerează iar durerea postoperatorie este redusă.

Datorită acestor abordări, toate tipurile de recesivne, simple sau multiple, pot fi tratate printr-o singură procedură chirurgicală. Frenul, aderente sau puțin adânci, nu sunt un obstacol în calea acestor tehnici, atâta timp cât sunt folosite suturile potrivite și toată tensiunea de pe lambou de acoperire este evitată.

Inciziile orizontale, de tip anvelopa, sunt preferate celor de scurgere.

COMUNICAT DE PRESĂ

Lansarea ediției exclusiv electronice mondiale a: VITA BlocTalk

Click. Informează. Inspiră.

VITA BlocTalk este e-newsletter-ul pentru CAD/CAM și materiale uzinate. Prezintă tot ce au nevoie să știe în practica lor stomatologii și tehnicienii - studii interesante de caz și sfaturi de la practicieni experimentați, informații despre produse noi, cele mai noi cursuri, demonstrații, conferințe și alte evenimente.

Fie că ai deja un sistem CAD/CAM ultra modern și de înaltă

performanță sau acum vrei să intri în acest domeniu, abonează-te acum la e-newsletter la www.vita-blocktalk.com.

VITA BlocTalk este compact, concis și la obiect. Pentru a vă asigura că nu pierdeți nimic abonații pot, de asemenea accesa oricând arhive cu studii de caz.

VITA BlocTalk este de asemenea un forum la care sunteți invitați să participați. Documentați cazuri

fascinante din practica voastră sau transmiteți celorlalți unele dintre noile voastre sfaturi prin VITA BlocTalk? Implicați-vă și scrieți echipei VITA BlocTalk.

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
D-79715 Bad Säckingen
Telefon +49 (0) 77 61 / 5 62-0
Telefax +49 (0) 77 61 / 5 62-299
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com
www.vita-zahnfabrik.com



← pagina 6

Adeziunile cicatriceale trebuie să fie înlăturate; acest lucru îmbunătățește rezultatele estetice și modificările cromatice. Tutunul are un efect negativ asupra denudărilor radiculare acoperite cu grefe de țesut epitelial-conjunctiv deoarece produce vasoconstricție. Cu GTCI, infuzia de sânge se dublează iar grefa este izolată sub lamboul de acoperire.

6) Criterii pentru o acoperire reușită

- marginea gingivală trebuie localizată la limita smalț-cement, sau la nivelul gingiei dintelui din apropiere (armonizare),
- șanțul trebuie să aibă o adâncime de 0 până la 2mm,
- lipsa inflamării și a sângerării,
- lipsa sensibilității dentare,
- modificarea cromatică perfectă,
- volum gingival normal,
- rezultat stabil, de lungă durată.

7) Câteva aplicații ale GTCI dintre cele propuse de R. Serfaty în 1991

- în timpul operațiilor cu lambou,

- realizarea unor frenectomii estetice,
- tratarea problemelor de discromie radiculară,
- la nivelul gingiei peri-implant,
- pentru regenerarea de țesut controlată,
- prevenirea erorilor chirurgicale, etc.

8) Cauze ale eșecului grefelor gingivale în general

- clasificare incorectă (Miller)
- pregătire radiculară inadecvată

- papile reduse
- pregătire slabă a grefei
- dimensiune insuficientă a grefei
- grosimea grefei
- deshidratare a grefei
- adaptare slabă a grefei la zonă
- grefă instabilă
- tensiune semnificativă
- presiune nepotrivită după suturare
- reducere totală a inflamației
- traumă în timpul vindecării
- uz de tutun
- probleme psihosomatice
- boli sistemice.

Informații despre autor



Dr. Raphaël Serfaty

CES și DUECS de Parodontologie (PARIS VII)
DU de Implantologie Chirurgicală și Protetică (Paris VII)
DUA de Parodontologie și Implantologie (Paris VII)
Director Pedagog DUCBL,
Facultatea de Medicină din Dijon

AD

Listerine își lansează noua identitate profesională

New York: Ca parte a unui nou program de creștere a implicării și a susținerii Profesioniștilor din Stomatologie (DSPs), Listerine a lansat "Listerine Clinic", o marcă supusă unei relansări de imagine pentru o mai bună comunicare cu publicul său de specialitate.

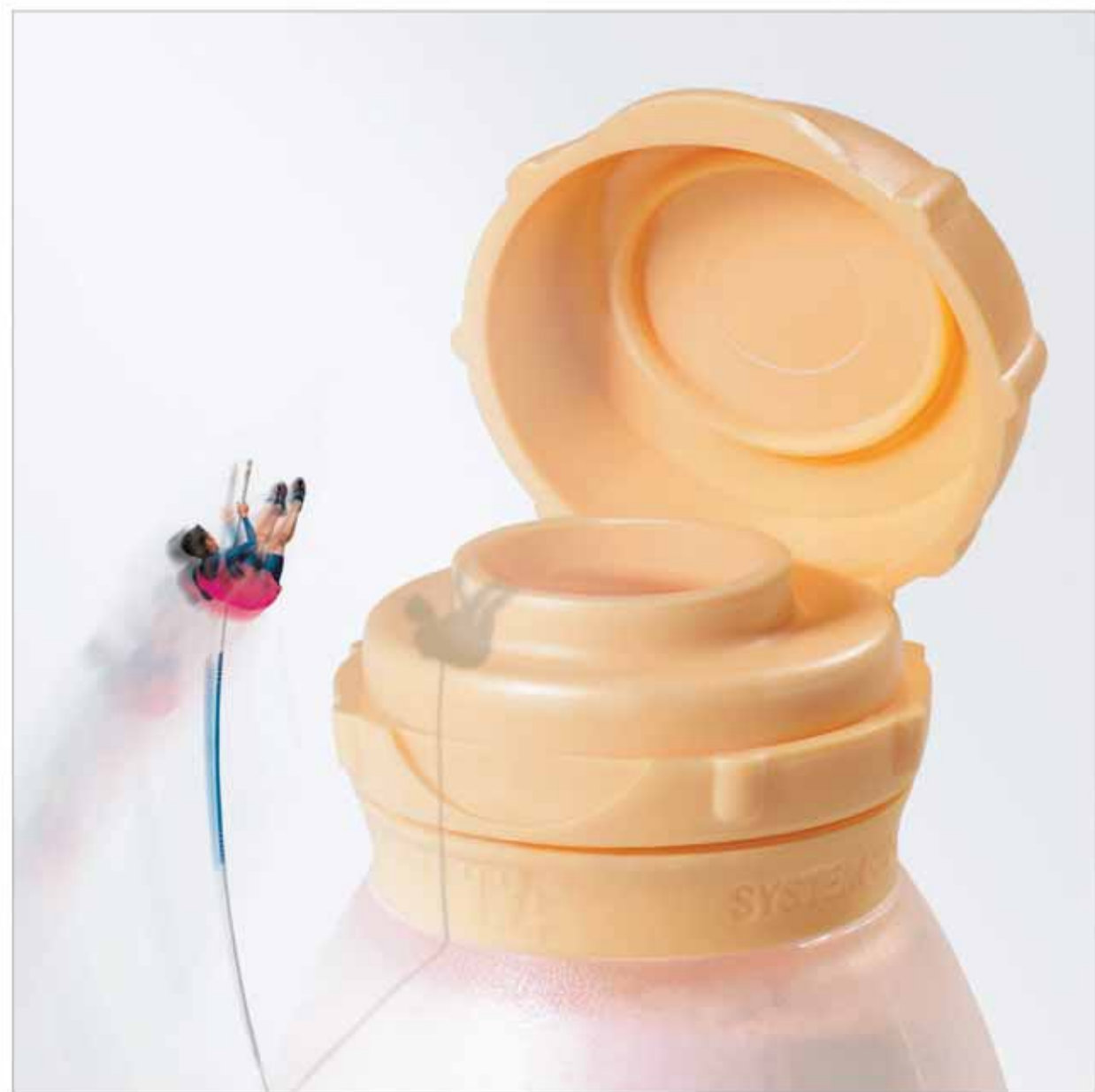
Noul program este menit să ridice nivelul calitativ al serviciilor și suportului, bazându-se pe expertiza clinică Listerine, care va fi disponibilă ca resursă în practica zilnică - aceasta fiind poziția oficială a companiei.

Până acum, Listerine a comunicat cu publicul său profesionist și consumator, sub umbrela numelui de "Listerine", însă studii recente au arătat că DCPs, adesea nu conștientizează extinderea suportului clinic pus la dispoziție de către companie, aceștia din urmă dorindu-și să vadă un material clinic mai bogat. Studiul a adus în centrul atenției nevoia de schimbare.

Listerine este una dintre mărcile cele mai cunoscute și mai vizibile pe scena stomatologiei. Apa de gură antiseptică este în prezent produsă și distribuită de Johnson & Johnson, de la achiziționarea ei de către divizia de sănătate a consumatorului Pfizer la sfârșitul lunii decembrie 2006.

Marca Listerine este utilizată pentru pastă de dinți, pentru Listerine apă de gură, cu efect de albire și pentru un grup de alte produse. În septembrie 2007, compania a început să comercializeze marca proprie de benzi de albire autodizolvante.

VITAVM.13 – Stacheta la cu totul alt nivel!



VITA

Din acest moment standardele cele mai exigente de calitate pentru restaurări metalo-ceramice au crescut considerabil. Cu VITA VM 13 aveți la dispoziție un material ceramic ce vă permite placarea scheletelor metalice din aliaje cu coeficientul CTE 13.8-15.2 obținând lucrări de calitate neatinsă până acum în rutina zilnică de laborator. VITA VM 13 este o cera-

mică cu structură fină revoluționară, fără rival în ceea ce privește simplitatea procesului tehnologic, cu numai două scheme generale de stratificare. Este perfect integrată în conceptul VITA VM, astfel oferind beneficii maxime în condiții de timp și efort minim. Simplu, rapid, de încredere. www.vita-zahnfabrik.com

Evaluare de caz

Fiecare plan de tratament, de la cel mai simplu la cel mai complicat, utilizează un sistem bilateral de colectare a datelor

Informațiile inițiale culese de la pacient sunt îmbogățite cu informații făcute în urma examinării clinice și cu orice alte investigații relevante, astfel încât să se pună un diagnostic potrivit, documentat, înainte de stabilirea tratamentului care urmează să fie discutat cu pacientul și în consens cu acesta. Întrebările care apar în timpul acestor etape trebuie să aibă răspunsuri corecte - pentru a asigura o evaluare corectă.



Fig. 1

Uneori, prin "stațiile" acestei călătorii se trece foarte rapid. Când diagnosticul este clar și dorințele pacientului sunt clare, de obicei nu există nici o problemă dacă investigațiile nu sunt complete. De exemplu, nu e nevoie să faci radiografie fiecărui dinte când e vorba despre o obturație de canal, sau o biopsie pentru fiecare ulceratie bucală, sau o probă pentru analize bacteriologice pentru fiecare rădăcină infectată.

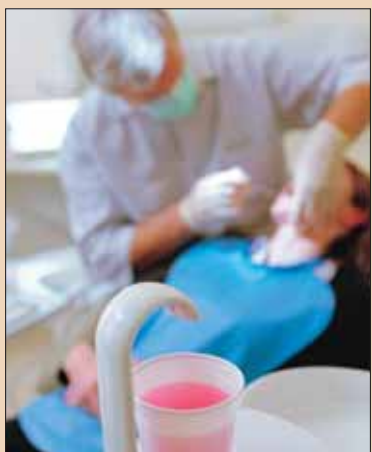


Fig. 2

Din păcate, cazurile dento-legale sunt invariabil post-analizate profitând de avantajele celui mai minunat instrument - retrospectivul.

Cele mai grele cazuri care apar tind să fie acelea în care există îndoială asupra diagnosticului inițial precum și a planului de tratament, sau poate atunci când un diagnostic a fost "omis".

Sunt și situațiile în care o terță parte de obicei experții în domeniu,

angajați de avocații pacienților vor analiza cu minuțiozitate fiecare etapă a evenimentelor care au condus la un anumit incident, întrebându-se dacă s-au adoptat sau nu soluțiile cele mai potrivite, necesare în trecut sau dacă au fost făcute toate investigațiile corespunzătoare, relevante pentru situația clinică respectivă și dacă medical stomatolog în cauză a acționat și interpretat rezultatele cu profesionalismul pe care toți cei implicați îl așteaptă din partea unei persoane în această poziție.

În plus, pot apărea și alte întrebări:

- De ce nu au fost depistate aspecte importante (sau de risc) din trecutul pacientului?
- De ce nu s-au făcut anumite investigații?
- Ar fi putut fi evitat răul suferit de pacient, s-au pus întrebările necesare, corecte?
- S-au făcut investigațiile corect și s-a acționat conform rezultatului lor?

Întrebări cheie:

Informațiile de la pacient pot fi solicitate prin:

- Care este problema?
- Cum te pot ajuta?

Investigațiile

Investigațiile și testele pot îmbrăca mai multe forme, iar următoarele întrebări sunt relevante:

- Care?
- Când?
- Pentru cine?

Stadiul de diagnosticare.

- Ce? (Ex: Ce produce durere pacientului?)
- De ce? (Ex: De ce obturația se fracturează în mod repetat?)

Stadiul planificării tratamentului

Cum? Este întrebarea care se adaugă la aceasta fază, împreună cu întrebările Ce? și Când? Clinicianul prudent va întreba, de asemenea, și:

- de ce nu?
- când nu?
- cum nu?
- cine? etc.

În majoritatea situațiilor clinice-incluzând diagnostice și planificarea tratamentului, clinicianul se confruntă cu alegerea.

Ca în orice proces decizional, calitatea deciziei tinde să îmbunătățească proporția directă a calității și corectitudinii informației pusă la dispoziție.

Radiografiile

Din punct de vedere al riscului, este prudent să se facă radiografii preoperatoriale în cazul extracțiilor, în situația în care pacientul a declarat că a experimentat extracții dificile, sau unde există riscul de a deteriora alte structuri (de ex. zona tuberozității sau în cazul extracției molarilor persoanelor mai în vârstă, la care compoziția și calitatea osului pot fi compromise și există un risc ridicat de fractură dentară sau osoasă). Molarii III sunt alte zone evidente unde datele despre configurația rădăcinii, osul înconjurător, precum și marginea cea mai de jos a mandibulei sunt importante.

Dacă se omit radiografiile și apare o problemă importantă, dentistul va fi stresat să demonstreze că nu lipsa radiografiilor a influențat cazul.

La fel, radiografiile constituie o investigație importantă în cazurile în care se intenționează extracții ortodontice (pentru confirmarea lipsei congenitale a mugurilor

dentari sau alt element patologic), deasemenea servind ca ajutor în diagnosticarea ortodontică, a planificării tratamentului precum și a gestionării cazului.

La fel, în asociere cu diagnosticul și tratamentul afecțiunii periodontale și problemelor endodontice, absența radiografiilor îl face pe medic vulnerabil în aprecierea situației de a fi făcut o investigație clinică relevantă.

Un diagnostic amânat afectează și rezultatul tratamentului prin lipsa radiografiilor - acest lucru ducând la probleme ulterioare pentru pacient, probleme dento-legale pentru medic se suprapun.

În cazurile endodontice, problemele relative comune, cum ar fi: instrumente fracturate, obturații de canal sub - sau supradimensionate, au fost toate

ultimă situație: apex locatorul electronic constituie o investigație alternativă la care se poate apela cu succes.

Cazurile în care se susține că a fost extras un dinte greșit sau obturat sau țesutul pulpar a fost extirpat degeaba, conduce la evidența lipsei unei investigații atente.

În situația în care diagnosticul inițial este echivoc sau neconcludent, se poate ajunge la dubii asupra investigațiilor, dacă acestea au fost suficiente, este puțin probabil ca o investigație să fie minuțioasă, completă, iar apoi să eșuezi în acțiunea conform acesteia.

Alte investigații

Multe situații clinice ridică o serie de întrebări la care se pot găsi răspunsuri printr-o gamă variată de



Fig. 3: Radiografiile câteodată arată ceva neașteptat

atribuite lipsei de radiografii - poate că nu au fost aparate roentgen la dispoziție ca să semnalizeze o rădăcină curbă sau sclerozată, sau un canal extreme de fin, sau poate s-a folosit lungimea de lucru pentru a controla lungimea obturației deși în

investigații posibile, cum ar fi testările la stimuli vitali (la fierbinte, rece sau stimul electric), măsurarea mobilității dinților, sensibilitate la percuție și transiluminare.

→ pagina 10



**Formular de Abonament
pe 1 an la Revista Dental
Tribune Romania 2008**

Va rugam sa completati cu majuscule formularul de abonament

Nume Cabinet: _____ Titlu: _____

Nume: _____ Prenume: _____

Adresa: _____

Cod postal: _____ Tel fix/mobil: _____

E-mail: _____

CNP: _____ CUI: _____

Am competenta in _____

Nr medicilor din cabinetul meu _____

Doresc sa fiu anuntat despre cursuri de educatie medicala continua

Ma intereseaza urmatoarele domenii:

<input type="checkbox"/> Protetica	<input type="checkbox"/> Ortodontie
<input type="checkbox"/> Ocluzologie	<input type="checkbox"/> Managementul afacerii
<input type="checkbox"/> Chirurgie BMF/ Implantologie	<input type="checkbox"/> Praxis protection /malpraxis
<input type="checkbox"/> Estetica Dentara	<input type="checkbox"/> Tehnica dentara
<input type="checkbox"/> Parodontologie	<input type="checkbox"/> Posturologie
<input type="checkbox"/> Radiologie, Imagistica	<input type="checkbox"/> Educarea personalului mediu, igienisti

Doresc sa ma abonez pe o perioada de un an la revista Dental Tribune Romania. Pentru aceasta voi achita suma de 100 € in RON la cursul de schimb BNR din ziua efectuarii platii.

Voi primi pe parcursul anului 2008 cel puțin 4 numere ale revistei Dental Tribune versiunea romaneasca.

Sunt de acord ca datele completate in acest formular sa fie introduse intr-o baza de date si sa fie utilizate pentru a fi informat despre diverse manifestari stiintifice si produse in domeniile care ma intereseaza.

Semnatura _____ Data: _____

ICON EXPERIENCE pentru DENTAL TRIBUNE. Tel 0722579826 fax 0722111900. E-mail dtromania@gmail.com.
Adresa Postala str. Johannes Kepler 38-40 sector 2 Bucuresti 020346



gIDE GLOBAL INSTITUTE
FOR DENTAL EDUCATION

www.GIDEDENTAL.com

A II-a Conferință anuală gIDE Dubrovnik 2008

29.-31. 08. 2008, Dubrovnik, Hotel "Rixos"

Noi progrese în implantologie și estetică dentară

29.08.2008

Preconferințe și Demonstrații

Vineri

DEMONSTRAȚIA Nr. 1

Dr. Sascha A. Jovanovic și
Dr. Egon Euwe

*Poziționarea Optimă a Implanturilor
și Management-ul Grefelor*

Maximum 40 de participanți

DEMONSTRAȚIA Nr. 2

Dr. André Saadoun

*Management-ul Țesutului Moale/ Grefele
în Jurul Dinților Naturali și a Implanturilor*

Maximum 40 de participanți

30.08.2008

Ziua I de Conferințe

Sâmbătă

Dr. Egon Euwe

Terapia Estetică Implantară prin Dezvoltarea
unui Sit Optim cu Grefă de Os și de Țesut Moale

Dr. Sascha A. Jovanovic

Augmentare Avansată de Creastă și Elevare de
Planșeu Sinusal Utilizând Factor de Creștere
BMP-2, Os și Membrană din Ti

WebLIVE! [WebIN DIRECT!] Prezentare

Prof. Massimo Simion

Augmentare de Creastă și Elevare de Planșeu
Sinusal Utilizând Factor de Creștere PDGF Os
și Membrană din Ti

Dr. Istvan Urban

Complicații ale Augmentării de Creastă, ale
Elevării Planșeului Sinusal și Metode de Prevenire
a Problemelor Chirurgicale

Dr. Bernard Touati

Ceramici Dentare Noi și Avansate și Stomatologia
Estetică

Dr. Stefan Paul

Ocluzia pe Implanturi și Materiale Estetice Noi și
Avansate Pentru Implanturi

Dr. André Saadoun

Management-ul Estetic al Țesutului Gingival de
Jur Împrejurul Dinților și Implanturilor

31.08.2008

Ziua a II-a de Conferințe

Duminică

Dr. Constantinos Laghios

Relocarea Endodonției pe Noua Hartă a
Stomatologiei

Dr. Spyros Karatzas

Baze Biologice și Tehnici Clinice Pentru Estetica
Înaltă Împrejurul Implanturilor

Dr. George Goumenos

Mucoasa Periimplantară: Sculptarea ei și Răspunsul
Naturii

Dr. Stavros Pelekanos

Stomatologie Estetică: Zirconiu, Un Nou-Venit
Promițător

Organizator Local:

S.D.Informatika

Partener media:

dti Dental
Tribune
International

Locurile pentru participarea la conferințe sunt
în număr limitat.

Pentru a afla mai multe și pentru a rezerva locuri
la acest unic eveniment vă rugăm să vizitați:

www.gide-dubrovnik.com