

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

ASOCIAȚIA STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”



*Ediție consacrată jubileului 50 ani
ai Facultății de Stomatologie USMF „N. Testemițanu”
și 50 ani ai Asociației Stomatologice din Republica Moldova*

Organizare și istorie

*Facultatea de Stomatologie
a USMF „N. Testemițanu” și
Asociația Stomatologilor din
Republica Moldova la 50 ani*
pag. 9—44

Odontologie—parodontologie

*Parodontopatii, diabetul
zaharat și problemele
actuale în restaurările
dentare*
pag. 45—53

Medicina dentară pediatrică

*Aspecte contemporane a
sistemelor de înălbire și
acțiunea lor asupra sensibilită-
ții țesuturilor dure a dinților*
pag. 54—56

Profilaxie OMF

*Algoritmul de profilaxie
al hemoragiilor
postextracționale dentare*
pag. 57—60

Implantologie

*Implantele endoosoase
imEDIATE, estetica punților
în regiunea frontală și în
dentația totală*
pag. 61—89

Personalități în stomatologie

*Dan E. Fischer D.D.S.
Invitat special
al jubileului de 50 ani*
pag. 90—94

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

PUBLICAȚIE OFICIALĂ
A ASOCIAȚIEI STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA
ȘI A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU“

NR. 3 (12) / 2009

*Ediție consacrată jubileului
50 ani ai Facultății de Stomatologie
USMF „N. Testemițanu“
și 50 ani ai Asociației Stomatologice
din Republica Moldova*

CHIȘINĂU — 2009

CZU 616.31:061.231
M52

ISBN 978-9975-52-006-5

POLIDANUS S.R.L.
str. Mircea cel Bătrîn, 22/1, ap. 53,
mun. Chișinău, Republica Moldova.
Tel.: 48-90-31, 069236830
polidanus@mail.md

Adresa redacției:

bd. Ștefan cel Mare, 194B (blocul 4, et. 1)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova.
Tel.: (+373 22) 205-259
Fax: (+373 22) 243-549

- © Text: ASRM, 2009, pentru prezenta ediție.
© Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediție.
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialiști în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conținutul și redacția articolelor publicate.

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

a fost înregistrată la Ministerul de Justiție
al Republicii Moldova la 13.12.2005,
Certificat de înregistrare nr. 199

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „N. Testemițanu”

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste.

ИЗДАНИЕ МЕДИЦИНА СТОМАТОЛОГИКА

«MEDICINA STOMATOLOGICĂ» — это периодическое издание с научно-дидактическим профилем, в котором могут быть опубликованы научные статьи с фундаментальным и практическим значением в сфере стоматологии от отечественных и иностранных авторов, информация о самых свежих новинках в научной и практической стоматологии, изобретение и патенты, защиты диссертации, исследование клинических случаев, объявление и рецензий к книгам и журналам.

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

MEDICINA STOMATOLOGICĂ — is a periodical edition with scientific-didactical profile, in which can be published scientific articles with a fundamental and applicative value in dentistry, of local and abroad authors, scientific and practical dentistry newsletter, obtained inventions and patents, upheld thesis, clinical cases, summaries and reviews to books and journals.

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Certificat de înregistrare nr. 61 din 30.04.2009
Acreditată de Consiliul Național de Acreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „C”.

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABIL

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Pavel GODOROJA

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris GOLOVIN

Viceministru al Ministerului Sănătății RM

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Ilarion POSTOLACHI

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBATIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. Gnoinski (Elveția)

Doctor în medicină

MEMBRU DE ONOARE AL COLEGIULUI DE REDACȚIE :

Arsenie GUȚAN

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Svetlana MOSCALU

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

SUMAR

Organizare și istorie

P. Godoroja, A. Guțan, I. Postolachi,
Gh. Nicolau, S. Sîrbu
**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI
FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
LA 50 ANI 9**

I. Lupan
**ASOCIAȚIA STOMATOLOGILOR DIN
REPUBLICA MOLDOVA LA 50 DE ANI ... 12**

Sofia Sîrbu
**CRÎMPEE DIN EVOLUȚIA
STOMATOLOGIEI PEDIATRICE
ÎN MOLDOVA 16**

Anatolie Pancenco, Ion Munteanu
**UNELE ASPECTE ALE CERERII ȘI
OFERTEI DE PRESTARE A SERVICIILOR
STOMATOLOGICE POPULAȚIEI ÎN
STRUCTURILE MEDICALE PRIVATE
URBANE 19**

Anatolie Pancenco
**PARTICULARITĂȚI DE IMPLEMENTARE A
UNUI PLAN STRATEGIC ÎN ASIGURAREA
CALITĂȚII ÎN INSTITUȚILE MEDICO
SANITARE STOMATOLOGICE CU DIFERITE
FORME DE ACTIVITATE 22**

T. Grejdian, Ela Ursu, Victoria Grejdian, Ion Ursu
**UNELE ASPECTE DE ACTIVITATE A
AGENȚIEI TERITORIALE DE ASIGURĂRI
MEDICALE SOROCA ÎN ASISTENȚA
MEDICALĂ SPITALICEASCĂ 25**

T. Grejdianu, Ela Ursu, Elena Grejdian, Ion Ursu
**UNELE REZULTATE DE ACTIVITATE A
AGENȚIEI TERITORIALE DE ASIGURĂRI
MEDICALE SOROCA ÎN ASISTENȚA
MEDICALĂ PRIMARĂ 29**

CONTENTS

Organization and history

P. Godoroja, A. Guțan, I. Postolachi,
Gh. Nicolau, S. Sîrbu
**THE FACULTY OF STOMATOLOGY OF
STATE UNIVERSITY OF MEDICINE AND
PHARMACY “NICOLAE TESTEMIȚANU”
AT 50 YEARS 9**

I. Lupan
**ASSOCIATION OF STOMATOLOGISTS OF THE
REPUBLIC OF MOLDOVA AT 50 YEARS 12**

Sofia Sîrbu
**FRAGMENTS FROM EVOLUTION OF
PEDODONTIC STOMATOLOGY IN
MOLDOVA 16**

Anatolie Pancenco, Ion Munteanu
**SOME ASPECTS OF DEMAND
AND SUPPLY OF DENTAL
SERVICES FOR THE POPULATION
IN URBAN PRIVATE MEDICAL
STRUCTURES 19**

Anatolie Pancenco
**PARTICULARITIES FOR IMPLEMENTING
A STRATEGIC PLAN OF QUALITY
ASSURANCE IN DENTAR MEDICAL-HEALTH
INSTITUTIONS WITH DIFFERENT
OF ACTIVITY 22**

T. Grejdian, Ela Ursu, Victoria Grejdian, Ion Ursu
**SOME ASPECTS OF THE ACTIVITY OF
THE REGIONAL AGENCIES OF MEDICAL
INSURANCE IN THE HOSPITAL ACTIVITY
OF SOROCA. 25**

T. Grejdianu, Ela Ursu, Elena Grejdian, Ion Ursu
**SOME RESULTS OF THE ACTIVITY OF
THE REGIONAL AGENCIES OF MEDICAL
INSURANCE IN SOROCA IN PRIMARY
MEDICINE. 29**

Svetlana Siminovici, Ion Lupan
**TENDINȚELE CONTEMPORANE ÎN
ASISTENȚA STOMATOLOGICĂ DIN
REPUBLICA MOLDOVA 33**

Svetlana Siminovici, Victor Siminiuc, Mihai
Șestovschi
**INVESTIȚIA ANILOR 60 A SECOLULUI
XX ÎN STOMATOLOGIA AUTOHTONĂ
CA SERVICIU — RAMURĂ A OCROTIRII
SĂNĂTĂȚII, ȘTIINȚĂ, STUDII
UNIVERSITARE ȘI POSTUNIVERSITARE . 36**

Odontologie—parodontologie

Sergiu Ciobanu
**EFFECTE VICE VERSO ÎNTRE
PARODONTOPATII ȘI DIABETUL
ZAHARAT 45**

Viorica Chetruș
**LEZIUNILE DE FURCAȚIE — PREVALENȚA
ȘI PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI
LOR..... 48**

Cristina Bălțeanu, Sofia Sîrbu, Vlantea
Bălțeanu, Fistican Gheorghe
**PROBLEME ACTUALE ÎN RESTAURĂRILE
DENTARE 51**

Medicina dentară pediatrică

Евгений Лазарев, Дмитрий Золотухин,
Анатолий Мемос
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМ
ОТБЕЛИВАНИЯ И ИХ ДЕЙСТВИЕ НА
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ
ТКАНЕЙ ЗУБОВ 54**

Svetlana Siminovici, Ion Lupan
**CONTEMPORARY TRENDS IN DENTAL
ASSISTANCE OF THE REPUBLIC OF
MOLDOVA 33**

Svetlana Siminovici, Victor Siminiuc, Mihai
Șestovschi
**THE INVESTMENT OF THE 60S OF
THE XX CENTURY IN AUTOCHTHONIC
STOMATOLOGY AS SERVICE — A BRANCH
OF HEALTH, SCIENCE AND UNIVERSITY
AND POST UNIVERSITY CARE 36**

Odontology—Parodontology

Sergiu Ciobanu
**VICE VERSA EFFECTS BETWEEN
PARODONTOPATHYS AND DIABETES
MELLITUS..... 45**

Viorica Chetruș
**THE FURCATION LESIONS PREVALENCE
AND SPECIFIC FEATURES OF THEIR
TREATMENT..... 48**

Cristina Bălțeanu, Sofia Sîrbu, Vlantea
Bălțeanu, Fistican Gheorghe
**CURRENT ISSUES IN DENTAL
RESTORATIONS 51**

Pediatric dental medicine

Евгений Лазарев, Дмитрий Золотухин,
Анатолий Мемос
**CONTEMPORARY ASPECTS
OF BLEACHING SYSTEMS AND
THEIR ACTION ON THE HARD TISSUE
SENSITIVITY OF TEETH 54**

Profilaxie OMF

Oleg Zănoagă ALGORITMUL DE PROFILAXIE AL HEMORAGIILOR POSTEXTRACȚIONALE DENTARE	57
---	-----------

Implantologie

N. Chele EVALUAREA CLINICĂ A INSTALĂRII IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE IMEDIAT POSTEXTRACȚIONAL.....	61
--	-----------

Феликс Авербух РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ ПРИ УЗКИХ КОСТЯХ МЕТОДОМ, ОТЛИЧАЮЩИМСЯ ОТ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ. ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ SPI И ARROW PRESS	65
---	-----------

V. Fala OPTIMIZAREA ESTETICĂ A PUNȚILOR DENTARE CU UTILIZAREA SUPTURILOR IMPLANTATE ÎN REGIUNEA FRONTALĂ ..	67
---	-----------

Victor Siminiuc ASPECTE COMPENSATORII ÎN PRESIUNEA (ÎNCĂRCAREA) IMPLANTELOR DENTARE	71
---	-----------

Victor Siminiuc IGIENA CAVITĂȚII BUCALE ÎN TERAPIA PROTETICĂ PE IMPLANȚE	72
--	-----------

Aurel Gumeniuc RESTAURĂRI PROTETICE FIXE PE IMPLANȚE DENTARE ENDOOSOASE ÎN DENTAȚIA TOTALĂ	84
--	-----------

Personalități în stomatologie

DAN E. FISCHER	90
-----------------------------	-----------

Prophylaxis OMF

Oleg Zănoagă PROPHYLAXIS ALGORITHM OF BLEEDING AFTER TOOTH EXTRACTION.....	57
--	-----------

Implantology

N. Chele CLINICAL EVALUATION OF IMMEDIATE POSTEXTRACTIONAL INSTALATION OF DENTAL ENDO OSSEOUS IMPLANT.....	61
--	-----------

Феликс Авербух SOLUTION OF TEETH IMPLANTING ISSUES IN CASE OF NARROW BONES, BY METHODS DIFFERENT FROM TRADITIONAL METHODS. THE USE OF SPI AND ARROW PRESS IMPLANTS	65
--	-----------

V. Fala AESTHETICS OPTIMIZATION OF DENTAL BRIDGES BY MEANS OF IMPLANTED SUPPORTS IN THE FRONTAL REGION ...	67
--	-----------

Victor Siminiuc COMPENSATORY ASPECTS IN THE PRESSURE (LOADING) OF DENTAL IMPLANTS	71
---	-----------

Victor Siminiuc ORAL HYGIENE IN PROSTHETICS THERAPY BASED ON IMPLANTS	72
---	-----------

Aurel Gumeniuc FIXED PROSTHETIC RESTAURATION ON ENDOSEOS DENTAL IMPLANTS IN TOTAL EDENTULOUS	84
--	-----------

Personalities in dentistry

DAN E. FISCHER	90
-----------------------------	-----------

STIMAȚI COLEGI!

Jubileul de 50 ani de activitate a Asociației Stomatologilor din Republica Moldova și Facultății de stomatologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” este un eveniment marcant în viața Republicii Moldova și a comunității stomatologice. Așa s-a primit că pe parcursul anilor aceste două formațiuni au activat cot la cot sau dacă de expus mai concret au fost fondate de aceleași personalități care pe parcursul acestor decenii și -au adus aportul pentru fructuoasa lor activitate.

Astăzi exprimăm recunoștința noastră celorla care nu mai sunt cu noi, aducem felicitări și urări de bine celorla care au stat la leagănul Asociației, au organizat și ghidat dezvoltarea serviciului stomatologic, au făcut ca să prospere știința stomatologică în țară, au dus faima stomatologiei moldave departe de hotarele țării. Ne mândrim de rezultatele obținute pe parcursul acestor ani de către serviciul stomatologic care începând din anii patruzeci al secolului trecut, aproape de la zero a organizat cabinete, secții, policlinici stomatologice care au adus un aport considerabil în profilaxia, diagnosticul și tratamentul afecțiunilor stomatologice, dând posibilitate de acces la aceste servicii la populația atât de la orașe cât și de la sate, maturi și copii. Stomatologul, de rînd cu terapeutul și pediatrul au activat cot la cot în sistemul de asistență medicală de la sate al anilor șaptezeci, deseori fiind conducătorul acestor instituții, i-ar ca excepție îndeplinind funcțiile colegilor care lipseau. Ne mândrim de acei medici stomatologi care pe parcurs și astăzi iau parte în organizarea sistemului de sănătate din țară.

Odată cu transformările politice, sociale sau stabilite și în Moldova relațiile de piață care nu au ocolit nici stomatologia. Menționăm, că anume stomatologii primii au organizat serviciul medical specializat privat, care astăzi este o parte componentă a serviciului stomatologic ca atare. Sectorul privat a dat un imbold și noi posibilități de dezvoltare a stomatologiei autohtone prin posibilitățile mai mari de înzestrare cu utilaj și tehnologii de performanță. Se fac eforturi pentru a implica sectorul privat în rezolvarea sarcinilor puse de comunitate în fața stomatologiei și aceste eforturi deja aduc succese.

Aducem felicitări și recunoștință corpului profesoral-didactic al Facultății de stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu” care pe parcursul acestor decenii au contribuit esențial la activitatea asociației fiind președinte al Asociației, membri ai cărmuirii, organizatori ai conferințelor și congreselor, au educat atâtea generații de medici stomatologi, au adus aport personal în dezvoltarea științei în domeniul stomatologiei. Ne exprimăm stima și recunoștința față de veteranii stomatologiei care în perioada activității sale au depus un efort considerabil pentru acordarea asistenței stomatologice populației, fără rezervare au transmis experiența bogată generațiilor următoare. În special aduc felicitări generației tinere de medici stomatologi unii dintre care au dovedit să se manifeste cu succese palpabile în practica zi de zi, în activități organizatorice și științifice, alții vor urma această cale – viitorul stomatologiei este în mâinile voastre.

Pentru toți medicii stomatologi din Republica Moldova felicitări, succese în activitatea profesională, viața personală și noi realizări.

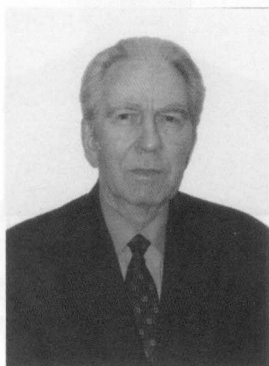
Președintele ASRM
d.h.m., profesor universitar

Ion Lupan



Ion Lupan,
dr. hab. în medicină,
prof. universitar, șef
catedră chirurgie
OMF Pediatrică și
Pedodonție, Președinte
ASRM

**MULT STIMAȚI
DECANAT, ÎNALT ONORAT CORP DIDACTIC
ȘI IUBIȚI STUDENȚI AI FACULTĂȚII STOMATOLOGIE
A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„N. TESTEMIȚANU”**



Arsenie Guțan,
*profesor universitar,
dr. hab în medicină*



Sofia Sîrbu,
*profesor universitar,
dr. în medicină*



Vladimir Ocușco,
profesor universitar

Astăzi, când comunitatea stomatologică a Republicii Moldova solemn celebrează cea de-a 50-a aniversare a Serviciului Stomatologic Modern în teritoriu, noi — doar unii din cei care cincizeci de ani în urmă am fost înalt onorați, de a fi primii cui li s-a încredințat marea misiune de a începe educarea cadrelor stomatologice de înaltă calificare autohtone, pentru acordarea asistenței medicale poporului nostru drag. Cu o deosebită stimă Vă felicităm cu ocazia acestui frumos eveniment și Vă dorim să duceți și mai departe cu cele mai frumoase succese această grea, dar nobilă sarcină.

Această jumătate de secol pentru noi Facultatea a fost „CASA PĂRINTEASCĂ” de unde am pornit la drum și unde mereu ne-am adresat cu problemele de activitate în domeniile didactic, curativ, științific etc.

Noi ne mândrim cu Dumnea Voastră și cu succesele ce le obțineți zi cu zi. Prin aceasta ne convingem ferm ca pregătirea cadrelor stomatologice moderne în țara noastră se află pe poziții trainice și așa v-a fi și în viitor.

Noi cu plăcere vom contribui, ca și pînă acum, în rezolvarea problemelor care stau în fața Facultății noastre.

Vă dorim permanentă prosperare, succese din ce în ce mai frumoase recunoscute și înalt apreciate în Universitate, în Țară și departe peste hotarele ei.

Membri ai primului corp didactic
al Facultății Stomatologie,

Arsenie Guțan — *profesor universitar,*

Sofia Sîrbu — *profesor universitar,*

Vladimir Ocușco — *profesor universitar*

1 septembrie 2009

FACULTATEA DE STOMATOLOGIE A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU” LA 50 ANI

Până în anul 1959 cadre de profil stomatologic cu studii superioare în Republica Molodova nu se pregăteau, de aceea nivelul asistenței stomatologice populației era insuficient. Așa, în anul 1934 în Moldova la 10 mii de populație reveaneau 0,2 dențiști, funcționau 45 cabinete în care activau 95 dențiști și tehnicieni dentari.

În anul 1959 în cadrul colegiilor medicale din or. Chișinău și Tiraspolau fost deschise secții pentru pregătirea dențiștilor, iar în or. Bălți și a tehnicienilor dentari. În 1961 au avut loc primele promoții ale acestor instituții în număr de 29 persoane, iar în anul 1962 au absolvit secțiile respective 53 dențiști și 29 tehnicieni dentari.

Din aceste considerente în anul 1950—1962 numărul dențiștilor a crescut de la 112 la 254, iar a tehnicienilor dentari respectiv de la 66 la 137.

Totodată, necesitatea de cadre de profil stomatologic cu studii superioare rămânea extrem de mare neputând fi satisfăcută de acel mic număr de specialiști care veneau sporadic din Ucraina, Rusia și alte republici ale fostei Uniuni Sovietice. Din aceste motive în anul 1954 în Institutul de Stat de Medicină din Chișinău au fost înmatriculați și trimiși la Institutul de Stat de Medicină Stomatologic din or. Harcov (Ucraina) 25 abiturienți în scopul pregătirii cadrelor naționale de profil stomatologic. În anul 1959 au absolvit această instituție și s-au întors la baștină: M. Bușan, S. Sîrbu, I. Postolachi, C. Caducenco-Solomaha, P. Romanescu-Nișașev, S. Grostopor-Barabaș, A. Revușchi-Eni, I. Șeptichin, I. Morenco-Cuțenco, T. Zabolica.

Cu aceeași destinație au fost înmatriculați și trimiși la facultatea de stomatologie a Institutului de Stat de Medicină „N.Pirogov” din or. Odesa (Ucraina) în anul 1958 și 1959 câte 15 abiturienți, dintre care în anul 1963 după absolvirea facultății s-au întors în Patrie: A. Bujor-Baraniuc, I. Munteanu, P. Godoroja, A. Guțuleac, E. Chiriac, A. Cușnir, C. Harea, I. Saragiu, V. Pătărău, M. Repeșco, D. Șerbatiuc.

Absolvenții acestor instituții au fost primele cadre naționale cu studii superioare în domeniul stomatologiei ce ulterior au și format nucleul corpului profesoral-didactic al facultății de Stomatologie a Institutului de Stat de Medicină din or. Chișinău. Necățind la aceste măsuri, necesitatea în cadre de profil stomatologic continuă să rămână extrem de stringentă.

Ținând cont de această situație, de recomandarea Conferinței III republicane a stomatologilor (1957) și demersurile ISMC, Ministerul Ocrotirii Sănătății din R. S. S.M. (ministru — A. Discalenco) prin ordinul nr.122 din 8 iunie 1959 ordonă Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (rector — N. Testemițanu) înmatricularea la facultatea de Stomatologie a 50 de studenți asociați la facultatea de Pediatrie (decan — Gh. Moskovko).

Odată cu fondarea facultății de Stomatologie, apare necesitatea pregătirii cadrelor didactice.

Pentru început, prin ordinul ministerului Ocrotirii Sănătății nr.52 din 9 mai 1960 au fost înmatriculați în secundariatul clinic 5 medici stomatologi, iar prin ordinul nr.84 din 19 mai 1960 al Institutului de Stat de Medicină din Chișinău deplasați în clinicile de vază ale Rusiei și Ucrainei pe un termen de pînă la 1 iulie 1961 la disciplinele stomatologie-terapeutică — S. Sîrbu (Kiev); stomatologie-ortopedică — M. Bușan și P. Topolnițchii (Kiev); pînă la 30 decembrie 1961 la chirurgie oro-maxilo-facială — A. Guțan (Leningrad); V. Ocușco (Moscova).

În iulie 1961 au fost deschise 3 catedre de profil stomatologic: terapeutică, ortopedică și chirurgie oro-maxilo-facială.

Catedrele au fost amplasate în cadrul bazelor Spitalului Clinic Republican — catedra de chirurgie oro-maxilo-facială în secția respectivă fondată în anul 1959; catedra de stomatologie terapeutică în policlinica aceluiași spital (1961—1966), apoi cu fondarea Policlinicii Stomatologice Republicane (1966), la baza secției de stomatologie terapeutică a acestei instituții, catedra stomatologie ortopedică la baza secției respective a Policlinicii Stomatologice Municipale din Chișinău, activînd în această instituție pînă în anul 1979.

P. Godoroja,
*dr. hab. în med.,
profesor universitar,
șef catedră Protetică
dentară și Ortodonție a
U.S.M.F.
„N. Testemițanu”*

A. Guțan,
*profesor universitar,
dr. hab. în med.*

I. Postolachi,
*dr. hab. în med.,
profesor universitar*

Gh. Nicolau,
*profesor universitar,
doctor habilitat, șef
catedră Stomatologie
Terapeutică*

S. Sîrbu
*profesor universitar,
doctor în medicină,
catedra stomatologie
terapeutică, niversitatea
de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae
Testemițanu”*

Cu organizarea Clinicii Stomatologice a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” catedrele de stomatologie terapeutică și ortopedică sunt amplasate în această instituție.

Primii colaboratori ai facultății care au început anul de studii 1961—1962 la catedrele de profil stomatologic au fost prof.: N. Fetisov și doct. în științe medicale V. Titarev în cadrul catedrei de chirurgie oro-maxio-facială; asist. S. Sîrbu și O. Ovcearuc în cadrul catedrei de stomatologie terapeutică; asist. M. Bușan și P. Topolnițchi în cadrul catedrei de stomatologie ortopedică.

Din luna ianuarie 1962 s-au reîntors din secundariat clinic și încep activitatea pedagogică în cadrul catedrei chirurgie oro-maxilo-facială A. Guțan și V. Ocușco.

Baza tehnico-materială a catedrelor de profil la această etapă era mai mult ca modestă, iar studenții la cursul preclinic lucrau cu bormașini de picior.

La prima etapă după fondare în fruntea facultății stăteau specialiști de profil general. În funcție de decanii activează dr. în științe medicale, conferențieri Gh. Moskovko, V. Marin și A. Babin. În anul 1964 decan devine conf. C. Matcovschi (1964—1966), succedat de conf. A. Guțan (1966—1971). În anul 1971 decan a fost ales I. Postolachi (1971—1982). În anul 1982 decan este ales G. Nicolau, iar vice-decan V. Burlacu (1986—1988). În perioada (1986—1993) în funcție de decan activează S. Sîrbu, iar vice-decan E. Chiriatic (1988—1994). În perioada 1993—2001 decan al facultății este numit I. Postolachi, iar vice-decan din anul 1994—2000 — V. Ouatu. Din anul 2001 în funcție de decan activează P. Godoroja, iar vice-decan S. Ciobanu (2001—2007), din 2007 — O. Solomon.

Catedra de Stomatologie terapeutică a fost organizată în anul 1961 de S. Sîrbu care a condus-o din anul 1962 pînă în anul 1986. Din anul 1986 catedra este condusă de discipolul facultății Gh. Nicolau. În prezent în cadrul catedrei activează: 2 profesori, 7 conferențieri, d.ș.m., 3 d.ș.m. și 8 asistenți.

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială a fost fondată în anul 1961 de către profesorul N. Fetisov (1961—1968). Din 1968 pînă în anul 1994 în fruntea catedrei s-a aflat A. Guțan, iar din anul 1994 pînă în prezent catedra este condusă de D. Șcerbatiuc. Actualmente în cadrul catedrei activează: 1 profesor, d.h.m., 3 conferențieri, 2 d.ș.m., 6 asistenți.

Catedra de stomatologie ortopedică a fost fondată în anul 1961. Ca șefi ai catedrei au activat S. Mudrii (1961—1962), M. Bușan (1962—1966), N. Fetisov (1966—1968). Din anul 1969 pînă în 2007 catedra, fiind reorganizată în „Protetică dentară și ortodonție” este condusă de I. Postolachi. Din 2007 pînă în prezent catedra este condusă de P. Godoroja. La catedră activează: 2 profesori, d.h.m., 8 conferențieri, d.ș.m., 15 asistenți.

Catedra de stomatologie pediatrică a fost fondată în anul 1986 de P. Godoroja, care se află în fruntea ei pînă în 2007. Din anul 2007 catedra este reorganizată în chirurgia oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție, șef — prof. I. Lupan. Actualmente la catedră

activează: 1 profesor, d.h.m., 5 conferențieri, d.ș.m., 4 asistenți.

Odată cu fondarea catedrelor de profil stomatologic se determină și direcțiile principale de cercetări științifice pe probleme actuale ale stomatologiei ținînd cont și de particularitățile situației geografice ale Moldovei. Activitatea științifică se desfășoară sub patronajul savanților din centrele științifice ale fostei Uniuni Sovietice (Moscova, Leningrad, Kiev, Odesa, Riga, ș.a.). Pe parcursul anilor au fost îndeplinite și susținute 10 teze de doctor habilitat în medicină, 75 teze de doctor în științe medicale. Colaboratorii catedrelor au publicat 37 monografii, compendii, manuale, peste 2939 articole și teze în diverse reviste, culegeri; au primit 89 brevete de invenții și circa 900 brevete de inovații mediate cu medalii de aur, argint, bronz, etc. la concursuri, expoziții internaționale.

Activitatea științifică are drept urmare prezentarea rapoartelor științifice la diverse foruri științifice republicane și internaționale din Rusia, Franța, România, SUA, Germania, Elveția, Bulgaria, Olanda, Ucraina, Belarus, Polonia, ș.a.

În cadrul catedrelor de profil se desfășoară pregătirea cadrelor prin rezidențiat, doctorantură și secundariat clinic. În cele 5 decenii de activitate au fost pregătiți peste 849 rezidenți, 62 secundariați clinici și doctoranzi.

În cadrul atenției corpului profesoral-didactic al catedrelor de profil se găsește lucrul științific al studenților organizat în cercurile științifice pe lângă fiecare catedră.

Rezultatele lucrului științific sunt prezentate la conferințele științifice studențești universitare și internaționale (România, Bulgaria, Rusia, Belorusia, Ucraina, ș.a.), la fel și pentru participarea la diverse concursuri. În anul 2000 lucrarea prezentată la concursul unional din fosta Uniune Sovietică a fost decorată cu madalia Ministerului Învățămîntului și cu diplomă (conducători științifici, prof. I. Postolachi și conf. Gh. Bîrsa).

Actualmente activitatea științifică a catedrelor continuă asupra problemelor actuale ale stomatologiei preconizînd pregătirea tezelor de doctor habilitat și doctor în medicină.

Odată cu fondarea cadrelor de profil se desfășoară un lucru organizatoric-metodic orientat la perfecționarea permanentă a procesului de instruire a viitorilor specialiști: se întocmesc programe analitice, elaborări metodice, CD-uri, texte ale prelegerilor, teste pentru internet.

Se muncește mult la crearea materialelor didactice: tablouri, scheme, mulaje, diapozitive, filme tematice autorizate, probleme cu diverse situații clinice, didactice virtuale, întrebări pentru autocontrolul instruirii, teste, etc. Toate acestea, la rînd cu înzestrarea catedrelor cu aparate optice de demonstrare, aparate de filmare, multimedia influențează pozitiv organizarea și perfecționarea procesului de instruire a studenților.

La argumentarea decanatului în anul 1986 se fondează a 4-a catedră de profil stomatologic — catedra

de stomatologie pediatrică (șef. — prof. P. Godoroja). Totodată se iau măsuri la lărgirea bazelor clinice ale catedrelor — factor important la pregătirea practică a studenților.

În anul 1978 se fondează Clinica Stomatologică a Institutului unde încep să-și desfășoare activitatea catedrele de stomatologie ortopedică. Se lărgesc bazele clinice ale catedrelor de chirurgie oro-maxilo-facială și stomatologie pediatrică. Datorită acestor măsuri numărul locurilor de lucru pentru studenți crește pînă la 100, astfel dînd posibilitate de a asigura un loc de lucru la lucrările practice pe fiecare student.

Din anul 1991, odată cu reorganizarea Institutului în Universitatea de Medicină, se revăd și se întocmesc noi planuri, dublîndu-se numărul de ore la disciplinele de profil stomatologic și aducîndu-le în raport cu cele de la universitățile țărilor europene. Dacă la fondarea facultății numărul de ore prevăzut pentru disciplinele stomatologice alcătuia 17% din numărul total de ore al planului de studii, actualmente acest număr de ore constituie 55%. Dacă la pregătirea preclinică a studenților planurile inițiale prevedeau instruirea pe parcursul a unui semestru, actualmente această pregătire durează 2 ani ce favorabil influențează instruirea clinică a viitorilor medici stomatologi.

Catedrele de profil stomatologic întocmesc noi programe compiuterizate ce sunt aprobate de Comisia metodică a facultății, Consiliul metodic Central al Universității și Consiliul științific. Colaboratorii catedrelor întocmesc și editează manuale pentru studenți. În anul 2003 vede lumina tiparului manualul „Stomatologia terapeutică pediatrică”, autori: P. Godoroja, A. Spinei, I. Spinei editată în 2005 și în limba engleză. În anul 2007 s-a editat manualul „Ortodonția”, autori: P. Godoroja, C. Matasa, G. Granciu. În anul 2009 V. Trifan, P. Godoroja editează compendiul „Ortodonția”.

Colectivul catedrei de stomatologie terapeutică (șef. — conf. G. Nicolau) traduc din rusește manualul „Stomatologie terapeutică” (E. Borovski, 1990), colaboratorii catedrei chirurgie oro-maxilo-facială (șef — prof. A. Guțan) reeditează manualul Gh.Timoșca și C. Burlibașa „Chirurgie buco-maxilo-facială” (1992).

Un eveniment de mare importanță pentru stomatologia republicii a fost prima promoție de medici-stomatologi în număr de 49 de absolvenți ce a avut loc în anul 1964. Înmatricularea studenților la anul I în diferiți ani varia de la 50 la 222 persoane.

În anul 1989 în cadrul facultății încep să-și facă studiile studenți din țări străine (Siria, Iordania, Israel, Bulgaria, România, Sudan, Egipt, ș.a.).

Pînă în prezent au absolvit facultatea de stomatologie 4120 persoane.

Mulți dintre absolvenții facultății activează cu succes în Israel, SUA, Canada, Germania, Grecia, Iordania, Sudan, Siria, România, Rusia, Ucraina, Spania, ș.a. În acest context v-om menționa că nivelul de pregătire profesională la facultate a fost apreciat de OMS, Comisia Europeană Dent ED care a certificat facultatea de stomatologie a Universității de Stat de

Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Acest fapt obligă colaboratorii facultății de a continua perfecționarea procesului de studii și majorarea nivelului de pregătire profesională a medicilor stomatologi în raport cu cerințele contemporane.

O mîndrie a facultății sunt discipolii ei: V. Ghicavai — șef. catedrei de farmacologie clinică a Universității, prof.univ., S. Nicolai — șef a catedrei de farmacologie, prof.univ., V. Topalo — șef al catedrei chirurgie oro-maxilo-facială a FPM, N. Nanii-Godoroja — șef a Departamentului mamologie, Institutul Oncologic, G.Țăbîrnă — șef a Departamentului cap și gît a Institutului Oncologic, prof.univ., membru al AȘ din R.Moldova. Absolvenții facultății se găsesc în fruntea instituțiilor stomatologice din țară: S. Simionovici, A. Pancenco, P. Gnatiuc, M. Gaina, V. Bulgac, T. Sturza, V. Reabțev, I. Țugui ș.a.

Mulți din absolvenții facultății sunt medici de categorie superioară, s-au învrednicit de distincții statale, activ participă în viața obștească.

În cadrul facultății activează catedra chirurgie oro-maxilo-facială, stomatologie ortopedică și implantologie orală (șef. — prof. V. Topalo) și catedra de stomatologie terapeutică (șef. — prof. V. Burlacu) pentru rezidenți și reciclarea medicilor stomatologi. Actualmente acest proces continuă și în cadrul catedrei chirurgie OMF pediatrică și pedodontie.

Un aport considerabil în formarea facultății și succeselor obținute le aparține șefilor de catedre de profil: doctorilor habilitați în medicină, profesorilor universitari: A. Guțan, D. Șerbatiuc, G. Nicolau, I. Lupan, P. Godoroja, doctorului în medicină, prof.universitar S. Sârbu, profesorului I. Postolachi, la fel și șefilor de catedre ce sînt în componența facultății: doctorului habilitat în medicină S. Bour, doctorilor în medicină, conferențiarilor N. Curlat, V. Botoșanu.

O mare contribuție au adus la prosperarea facultății și doct.habilitat în medicină, prof.universitar V. Burlacu, doct.în medicină, conferențiar: A. Baraniuc, V. Banuh, M. Cojocar, V. Guțuțui, N. Cojuhari, T. Popovici, V. Ouatu, E. Balan, V. Cojocar, V. Mus-teață, ș.a.

Actualmente facultatea continuă lucrul asupra perfecționării procesului de instruire a studenților, lucrul metodic, curativ, educativ și științific întreținînd legături de colaborare cu facultățile respective ale universităților din SUA, Franța, Siria, Rusia (Sankt-Petersburg, Kazani), Ucraina (Kiev, Lvov), Belarusi (Minsk), România (Iași, București, Timișoara, Cluj-Napoca).

Facultatea de stomatologie este membru al consorțiumului facultăților de stomatologie francofone și evaluată de Dent ED. Dispunînd de o bază clinică modernă — clinica stomatologică universitară și alte clinici, decanatul, catedrele de profil stomatologic și întreg corpul profesoral-didactic continuă să pregătească cadre de medici stomatologi în raport cu cerințele moderne. Această continuitate a instruirii profesionale ne v-a permite pregătirea medicilor de o înaltă calificare.

ASOCIAȚIA STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA LA 50 DE ANI

I. Lupan

dr. hab. în medicină,
prof. universitar, șef
catedră chirurgie OMF
Pediatică și Pedodonție,
Președinte ASRM

Rezumat

Este redată într-un mod succint activitatea Asociației Stomatologilor din Republica Moldova, problemele cu care s-a întâlnit pe parcursul activității, rezultatele obținute și obiectivele care rămân de rezolvat pe viitor.

Summary

Association of Stomatologists of the Republic of Moldova at 50 years

The text describes in a succinct way the activity of the Moldavian Association of Stomatologists, the problems encountered during its activity, the obtained results and the objectives to be achieved in the future.

Necesitatea de comunicare profesională, schimb de experiență, perfectarea cunoștințelor, căutarea în comun a căilor de rezolvare a diverselor probleme îi motivează pe specialiști de a se uni în societăți științifico-practice. Reeșind din aceste considerații în îndepărtații ani 1947, 1952, 1957 s-au făcut primele tentative de a uni acele forțe nu prea mari de stomatologi și dentiști într-o societate. Au fost organizate și petrecute conferințe cu propuneri de a se înființa societatea stomatologilor ca și în alte republici unionale. În anul 1957 de către Ministerul Justiției a RSSM a fost înregistrată Societatea Stomatologilor din RSSM. Însă pentru activitatea științifico-practică a Societății la nivelul cerințelor la zi era nevoie de cadre științifico-didactice cu experiență atât în domeniul stomatologiei practice cât și în problemele de instruire și cercetare. Aceste condiții au apărut numai în anul 1959 când în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău a fost deschisă Facultatea de stomatologie, cu un mare aport al rectorului de atunci Nicolae Testemițanu. Deci din anul 1959 activitatea societății s-a scimbat cantitativ și calitativ. Ședințele au căpătat un caracter sistemic, la ordinea de zi fiind incluse probleme stringente de organizare metodologică a serviciului stomatologic, probleme de instruire, perfecționare profesională. Conferințele de dare de seamă și alegeri se petreceau o dată în șase ani.

Pe parcursul anilor această ritmicitate a petrecerii conferințelor de dare de seamă a suportat schimbări din diverse motive obiective și poate chiar subiective. În cadrul Hotărârii congresului ordinar al ASRM din 2001, conform propunerii prof. A. Guțan, unanim s-a luat decizia de a conferi conferințelor I-VII pregnanța de congres, așa cum a avut loc și în alte societăți științifice medicale, dat fiind faptul că după reprezentanță, nivelul științific, deciziilor luate corespund cerințelor. Congresele ulterioare I-III să fie corespunzător recunoscute consecutiv VIII-X. După datele de arhivă și publicațiile altor autori[1] sub aspect cronologic Conferințele științifico-practice de dare de seamă și alegeri (Congresele) sau desfășurate în felul următor (tab.nr.1).

La congrese a fost aleasă cărmuirea în frunte cu președintele care fără echivoc fiecare în parte și-a adus aportul la activitatea prosperă a Asociației. În succesiunea cronologică în funcția de președinte al ASRM au activat: L.Lang; N. Fetisov; V. Titarev; S. Sîrbu; A. Guțan; V.Topalo; V. Burlacu; I. Lupan.

După reînregistrare a suferit schimbări și denumirea de la Societate la Aso-

Tabелul nr.1

Distribuire cronologică și redenumirea conferințelor științifico-practice de dare de seamă și alegeri și Congreselor ASRM.

Anii	Conferința (nr. Congres (până la 2001)	Congrese (nr.) (după 2001)
1947	I	I
1952	II	II
1957	III	III
1963	IV	IV
1969	V	V
1975	VI	VI
1981	VII	VII
1988	I — Congres	VIII
1994	II — Congres	IX
1999	III — Congres	X
2001	XI	XI
2003	XII	XII
2006	XIII	XIII
2008	XIV	XIV

ciația Stomatologilor din Republica Moldova (1998). Pe parcursul a 50 ani a crescut numărul de membri ai Asociației de la 280 la circa 1636 în 2009, s-a schimbat structura membrilor, astăzi toți fiind cu studii superioare, majoritatea dispunând de categorie de calificare profesională. Peste 75 dețin gradul științific de doctor în medicină, 10 doctor habilitat. De către membrii ASRM, în special de către corpul profesoral didactic au fost publicate peste 4000 de lucrări științifice, editate 30 monografii, 10 manuale, 70 brevete de invenții și multiple certificate de inovație care au urmărit scopul de optimizare a procesului diagnostico-curativ și sporirea calității serviciilor stomatologice.

Un eveniment de mare importanță în viața comunității stomatologice autohtone a fost fondarea Facultății de stomatologie prin ordinul Ministrului Ocrotirii Sănătății nr.122 de la 8 iunie 1959. În același an la facultatea de stomatologie, la anul întâi de studii au fost înscriși 50 de abiturienți, iar alții 15 trimiși la studii în Republica Sovietică Socialistă Ucraineană. Concomitent a demarat procesul de pregătire a corpului profesoral-didactic autohton. În anul 1960 dintre medicii stomatologici cu experiență și pregătire teoretică de nivel înalt au fost selectate cinci persoane pentru a-și continua studiile în secundariatul clinic în alte clinici din Uniunea Sovietică. Au fost distribuiți:

- chirurgie oro-maxilo-facială A. Guțan (Leninград); V. Ocușco (Moscova)
- stomatologie terapeutică — S. Sîrbu (Kiev)
- stomatologie ortopedică — M. Bușan, P. Topolnițchi (Kiev).

Evenimentul anului 1961 pe bună dreptate a fost deschiderea a trei catedre de bază a facultății de stomatologie: stomatologie chirurgicală, stomatologie terapeutică, stomatologie ortopedică. În cadrul corpului profesoral didactic sau întors după secundariatul clinic echipa susnumită. De la catedra de Chirurgie de spital la Catedra de chirurgie stomatologică este transferat conferențiarul V. Titarev, în calitate de asistent la catedra de terapie stomatologică este încadrată O. Ovciaruc. În următorii ani secundariatul clinic au absolvit I. Postolachi-1962, A. Eni-1963, A. Bujor(Baraniuc)-1964 și angajați la catedre. În frunte cu profesorul N. V.Fetisov s-a început o activitate intensivă în toate direcțiile: organizatoric, instruire, cercetare, activitate clinică etc.

Acești tineri după finisarea studiilor s-au întors în cadrul catedrelor respective în calitate de asistenți, devenind pe parcurs conferențieri, profesori, șefi de catedră și piloni ai stomatologiei autohtone.

Pe parcursul anilor s-a schimbat calitatea instruirii, volumul ei, au fost create programe de instruire postuniversitare, instruire continuă dat fiind faptul că perfectarea cunoștințelor este necesară pentru toată perioada de activitate a medicului. Astăzi în cadrul facultății activează șase catedre de profil:

- Stomatologie terapeutică (șef catedră prof.G.Nicolau);
- Chirurgie oro-maxilo-facială (șef catedră prof. D. Șcerbatiuc);

- Protetică dentară și ortodonție (șef catedră prof. P. Godoroja);
- Chirurgie OMF pediatrică și pedodonție (șef catedră prof.I. Lupan),
- Terapie stomatologică a Facultății de perfecționare a medicilor (FPM)(șef catedră prof. V.Burlacu);
- Chirurgie OMF, stomatologie ortopedică și implantologie orală (FPM)(Șef catedră prof. V. Topalo).

Colectivele acestor catedre, profesori, conferențieri, asistenți au adus un aport imens, de o mare importanță științifică, valoare aplicativă clinică și management, implimentat în procesul de instruire a studenților, rezidenților, doctoranzilor și cursanților. Aceste rezultate se văd astăzi cu „ochiul liber“ în activitatea instituțiilor stomatologice cu proprietate de stat și private. Pe parcursul anilor ASRM consolidată de medicii practicieni și corpul profesoral didactic au desfășurat o activitate fructuoasă, fapt despre care ne vorbesc materialele conferințelor(congreselor) începând din 1957. Aceste acțiuni desigur că au fost concordate cu cerințele la moment și legislația în vigoare, dar principiile au corespuns în linii generale postulatelor de bază înaintate de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) către serviciul stomatologic . Astăzi ASRM activează conform acestor cerințe a OMS care sunt obligatorii pentru serviciul stomatologic cu diferită formă de proprietate [1]. Aceste cerințe includ:

- Profilaxia primară;
- Asistența stomatologică sistematică acordată copiilor,
- Asistența stomatologică acordată populației mature la adresare;
- Pregătirea cadrelor în cantități adecvate, calitate și nivel de instruire pentru realizarea sarcinilor trasate;
- Aprovizionarea materială și financiară a componentelor serviciului;
- Aprecieri și monitoring.

Conform acestor cerințe au fost diversificate activitățile ASRM. În primul rând de comun cu Ministerul Sănătății, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, decanatul facultății de stomatologie s-au pus bazele actelor normative și legislative a activității serviciului stomatologic. Proiectele acestor legi, ordine, instrucțiuni au fost discutate, analizate în cadrul ASRM și date propuneri. Astăzi în activitatea profesională ne conducem de Legea Ocrotirii Sănătății Nr.411 din 28.03.1995; Legea Nr.306 din 28 iunie 2004 privind exercitarea profesiei de medic; Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului Nr. 263-XVI din 24.10. 2005; Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate Nr.552-XV din 18.10.2001; Codul eticii profesionale al stomatologului Republicii Moldova, etc.. Însă la moment multe din problemele care sunt în stomatologie, cu particularitățile sale specifice nu pot fi rezolvate deplin în cadrul acestor legi. Deci este nevoie de o lege specială referită la activitatea stomatologică. A fost înain-

tat proiectul de lege privind exercitarea profesiei de medic stomatolog, precum și înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului medicilor stomatologi din Republica Moldova (P.Godoroja). ASRM, cîrmuirea au făcut efort, poate nu întotdeauna productiv, ca acest compartiment să corespundă cerinței timpului.

În cadrul conferințelor științifico-practice a fost minuțios analizată morbiditate prin afecțiuni stomatologice din țară. Evident că a fost observată diferența morbidității prin afecțiuni stomatologice în localitățile urbane și rurale (V. Cătănă; T. Costru), a fost accentuată importanța nivelului acestei morbidități și asanării cavității bucale în apariția complicațiilor septice și sporirii indicilor mortalității (D.Șcerbatiuc). S-a atras atenție la apariția complicațiilor cariei dentare locale cît și celor somatice (sistemul organelor digestive, cardiovascular, oteoarticulr, renal etc.) la copii, accentuată necesitatea măsurilor profilactice, elaborat Programul Național de sănătate orală la copii 1997—2007 (S.Șirbu; P. Godoroja; Iu.Spinei; A. Spinei; T. Sturza ș.a.).

În structura morbidității stomatologice afecțiunile carioase și necarioase a țesuturilor dure dentare ocupă un loc de frunte, după adresabilitate acești pacienți au cea mai mare pondere. În acest domeniu (și în altele) au efectuat cercetări științifice, susținut teze de doctor și doctor habilitat, elaborat noi metode de diagnostic și tratament colaboratorii catedrelor de Terapie stomatologică (prof.G.Nicolau), Terapie stomatologică FPM (prof.V.Burlacu), prof. V. Ocușco (la catedrele conduse de el). În ordinea de zi a Conferințelor ASRM în decursul anilor au fost raportate, discutate, acceptate diverse aspecte ale stomatologiei (toate nu pot fi enumerate în cadrul unui articol) cum ar:

- Fluoroza dentară (P.Gnatiuc, Iu.Spinei, E.Stepco, ș.a.);
- Patologia cavității bucale (S.Șirbu, G.Nicolau, A. Baraniuc, D.Gortolomei, D.Uncuță ș.a.);
- Oncostomatologie (P.Godoroja, G.Țăbărnă, V. Topalo, A. Doruc, V.Siminovici ș.a.);
- Restabilirea protetică a defectelor arcadelor dentare (I.Postolachi, M. Bușan, E.Chiriac, M. Cojocar, N. Cojuhari, V.Banuh, V.Guțuțui, G. Bîrsa, V. Gamureac, N. Bajurea, V. Oaienea-gră ș.a.);
- Restabilirea complexă a breșelor dentare cu aplicarea implantelor endoosoase (V.Topalo, T. Popovici, N. Chele, S. Socolov ș.a.);
- Tratatamentul ortodontic al anomaliilor dento-maxilare (G.Spătari, V.Trifan, G.Miailovici, G.Granciuc, I. Bușmachiuc ș.a.);
- Recuperarea medicală a pacienților cu malformații congenitale ale feței (A. Guțan, I. Lupan, V.Titarev, I. Sorocian ș.a.);
- Optimizarea diagnosticului și tratamentului în traumatizmele ariei oro-maxilofaciale (A.Guțan, D.Șcerbatiuc, V.Topalo, S. Raitlean, N. Chele, D.Hîțu, D.Sârbu, N. Rusu, V.Cojocar, E. Balan ș.a.);
- Operații reconstructive ale scheletului facial

și articulației temporomandibulare (A.Guțan, D.Șcerbatiuc, V. Topalo, I. Lupan, V. Melekhov ș.a.);

- Aspecte ale terapiei endodontice și restaurative (V.Burlacu, V.Nicolaiciuc, V.Zagnat, A. Cartaleanu, E.Ursu, A. Eni, V. Nusteăț, A. Cușnir, V.Fala, A. Ojovan ș.a.);
- Reabilitarea complexă a pacienților cu parodontopatii marginale (S.Ciobanu, V.Bodrug, V.Chetruș ș.a.);
- Aplicarea preparatelor medicamentoase autohtone în tratamentul afecțiunilor stomatologice (P.Godoroja, G.Nicolau, V.Burlacu, I. Iluța, D.Uncuță ș.a.);
- Durerea în stomatologie (N.Fetisov, I. Munteanu ș.a.);
- Patologia glandelor salivare (G.Ciobănachi, V.Cojocar, E.Balan, E.Suslov ș.a.);
- Aspecte de igienă și deontologie în stomatologie (A. Cușnir, V.Burlacu, G. Nicolau ș.a.);
- Managementul sanitar în stomatologie (V.Catană, G.Burduja, A. Pancenco, E.Tintiuc, S. Siminovici, M. Șestovschi ș.a.).

Acestea sunt o mică parte din acel volum de lucru care s-a efectuat de către membrii ASRM pînă în prezent. Toate aceste cercetări au influențat pozitiv acordarea asistenței stomatologice populației la un nivel înalt, corespunzător dezvoltării stomatologiei în spațiul mondial.

O altă sarcină importantă prevăzută de către OMS este pregătirea cadrelor. În Moldova pregătire cadrelor medicale cu studii superioare este prerogativa statului. Prima promoție de medici stomatologi a facultății de stomatologie a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău a fost în 1964, în număr de 49 de absolvenți. Pînă în prezent au absolvit facultatea 46 promoții cu un număr total de 4120 medici stomatologi. Astăzi în Moldova activează circa 2000 stomatologi, dintre ei 896 în instituțiile comunitare. Însă de facto asigurarea cu medici stomatologi pe republică este de 2,5 : 10000 populație, i-ar în localitățile rurale 1,7 (Cantemir-0,3, Rezina-0,75).

După cum se cunoaște instruirea medicilor stomatologi decurge conform cerințelor Comisiei Europene Dent Ed, care a certificat facultatea. Pregătirea are loc la trei niveluri: I — universitar — 5 ani; II — postuniversitar — 3 ani; III — instruire postuniversitară continuă. Facultatea a fost supusă procedurii de acreditare de către Consiliul Național de Acreditare și Atestare și de către Ministerul Învățămîntului și tineretului și apreciată pozitiv. Instruirea postuniversitară continuă are loc atît la catedrele de profil, cursuri de zi și prin participarea la diferite seminare, conferințe, congrese, master clas etc. Putem menționa pe unii colegi de ai noștri care și-au adus aportul personal la organizarea și petrecere acestor întruniri profesionale:

- Conferințe politematice cu genericul „Probleme actuale în stomatologie“ petrecute la Chișinău — Moldexpo (V. Topalo; V. Burlacu; I. lupan);

- Conferințe organizate de Concernul Dentsply și catedra de stomatologie terapeutică a FPM (Șef. prof. V. Burlacu) cu tematici cum ar fi Stomatologia de refacere; terapie de restaurare și reconstrucție a dinților; Materiale moderne și aplicații clinice; Endodonție modernă, tehnici și tehnologii; Terapia de refacere directă; Experiența de pregătire a stomatologilor în Marea Britanie; Sisteme protetice moderne;
- Conferințe pe diverse probleme didactice și clinice pe toate compartimentele stomatologiei organizate de facultatea de stomatologie (decan prof. P. Godoroja) și Universitatea de medicină din Carolina de Nord, inclusiv teleconferințe (D. Uncuță);
- Conferințe organizate de catedra stomatologie terapeutică, FPM (șef catedră prof. V. Burlacu) sub egida Concernului Ultradent (D. Fișer) și firmei Caracaș-Dental (I. Caracaș) cu tematici: Tehnologii Ultradent; Stomatologie cosmetică și a sistemului de adeziune; tratamentul dis-cromiilor dentare;
- Conferințe și seminare practice organizate de centrul de chirurgie oro-maxilo-facială (șef Prof. D. Șcerbatiuc) și Prof. Franc Palm, Constanța, Germania;
- Conferințe și seminare practice organizate de catedra de stomatologie terapeutică cu participarea specialiștilor din Israel (G. Nicolau);
- Catedra de Protetică dentară și ortodonție (I. Postolachi), Clinica privată Vivo-Dent (A. Smîntină) seminare pentru medici și tehnicieni dentari;
- Seminarele practice pe probleme de implantologie orală organizate de catedra de chirurgie oro-maxilo-facială, stomatologie ortopedică și implantologie orală (V. Topalo) și de către centrele stomatologice private (Fala Dental, Vivo-Dent, MC-Dent, Dent V.I.P. SRL) cu participarea specialiștilor în materie din Suedia, Italia, Israel, Ucraina, ș.a. Aducem mulțumiri la toți cei care și-au adus străduința și au organizat aceste conferințe și seminare, și celor care au făcut prezentări în cadrul conferințelor și seminarelor prof. T. Scripnicova, conf. S. Radlinski; S. Macler; Stev Gherber; Jaimee Morgan; Marc Wulford din străinătate cât și mult stimaiilor noștri profesori — șefi de catedre : Pavel Godoroja; Dumitru Șcerbatiuc; Valentin Topalo; Valeriu Burlacu; Gheorghe Nicolau; Ion Lupan, profesorilor universitari: Arsenie Guțan; Ilarion Postolachi, Sofia Sirbu; Ion Munteanu; ș.a. Mulți din colegii noștri au audiat cursuri de perfecționare profesională după hotare în SUA, Israel, Franța, Germania, România, Rusia, Ucraina etc. La acest compartiment aducem recunoștință Concernului american Ultradent (D. Fișer) care a sponsorizat perfecționarea după hotare a peste 135 medici stomatologi din Moldova.

Alarmant este faptul că 60% din medicii stomatologi din localitățile rurale sunt de vîrstă pensionară. Deci problema asigurării cu cadre în localitățile rurale rămîne de a fi rezolvată.

Aprovizionarea materială și financiară a componentelor serviciului stomatologic pe parcursul a 50 de ani a trecut prin diverse stări. Dacă apreciem după criteriul comparativ au fost perioade de ameliorare cînd a fost introdus „sistemul Semașco“ de acordare a asistenței medicale inclusiv celei specializate, în anii nouăzeci o scădere evidentă a aprovizionării materiale și financiare a serviciului stomatologic. Astăzi investigațiile făcute denotă la acest capitol o stare care lasă de dorit. Majoritatea utilajului în instituțiile de stat (în special rurale) are un grad sporit de uzură, instituțiile necesitînd reutilare. La moment serviciul stomatologic din republică necesită 797 instalații stomatologice, 634 pupinele, 44 cabinete stomatologice mobile, 23 cuptoare pentru metaloceramică, 10 instalații de turnare a protezelor dentare. Desigur că situația este alarmantă și de către Ministerul Sănătății, Organele puterii locale se fac eforturi pentru a ameliora situația. În ultimii ani au fost procurate 70 instalații stomatologice, 20 pupinele, 4 cuptoare pentru metaloceramică, o instalație pentru turnarea protezelor. Odată cu introducerea Asigurării medicale obligatorii sa ameliorat finanțarea serviciului stomatologic pentru copii și gravide și cel urgent pentru alte categorii de asigurați. Trebuie de menționat că incipient în Programul Unic nu a fost inclus serviciul stomatologic pentru copii și gravide și numai după insistența ASRM (I. Lupan), specialistului principal a MS (P. Godoroja) această gafă a fost înlăturată. Însă la moment au apărut alte probleme (lipsa personalului, utilajului, instrumentarului, organizării) din cauza cărora nu se folosesc mijloacele alocate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), mijloace care sunt preconizate pentru lucrul profilactic și asanarea copiilor și gravidelor. Suntem conștienți de faptul că sunt greutăți, dar după cum arată experiența instituțiile care au un management corespunzător zilei de azi au indici de activitate, inclusiv financiari satisfăcători, dintre care: IMSP Policlinica Stomatologică Republicană (S. Siminovici), IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău (A. Pancenco), Centrul Stomatologic municipal pentru copii Chișinău (T. Sturza), Întreprinderea municipală Cahul Cavoris Med (I. Țugui) ș.a.

O componentă indispensabilă a serviciului stomatologic este aprecierea și monitoringul. În acest domeniu în perioada de activitate s-a efectuat o muncă deosebită. În primul rînd s-a introdus clasificatorul maladiilor URSS (pe timpuri) i-ar în ultimii 15 ani s-a trecut la Clasificatorul internațional al maladiilor (CIB X), datorită cărui fapt datele se pot analiza și procesa după cerințe unice internaționale. S-a trecut la indici unici de evidență a morbidității prin afecțiuni stomatologice, la indici unici de evidență a activității medicului stomatolog. S-a efectuat un lucru enorm (care continuă) în elaborarea standardelor medico-economice, a protocoalelor naționale și instituționale de

diagnostic și tratament. Pentru monitorizarea serviciului stomatologic în RM, în cadrul Policlinicii Stomatologice Republicane activează departamentul de evidență, monitorizare și integrare cât și datele sunt analizate în Centrul științifico-practic de Statistică Medicală. În cadrul ASRM activează auditul intern, Comisia de revizie (M.Cojocaru).

Desigur că rezultatele cercetărilor științifice, de audit și monitoring experiența clinică trebuie să fie cunoscute întregii comunități stomatologice -pentru a fi implementate în practică. Pentru realizarea acestei necesități a fost fondată în 2006 revista „Medicina Stomatologică” (red. șef I. Lupan). La apariția primei și unicei (deocamdată) reviste de specialitate s-a dus un lucru mare organizatoric de către colegiul de redacție (A. Guțan), echipa tehnică (O.Solomon). Astăzi revista „Medicina Stomatologică” este organ publicitar al ASRM, recunoscut ca revistă științifică de specialitate de către Academia de Științe a Republicii Moldova unde își pot publica lucrările științifice, comunicări, cazuri clinice etc. toți medicii stomatologi din țară și din afara ei.

În concluzie menționez că activitatea ASRM a fost mult mai vastă decât ceea ce includ rîndurile de mai sus, este făcut un pas enorm înainte, dar și mai mult rămâne de făcut pe viitor. Deci toți medicii sto-

matologi care activează în instituții cu diferită formă de proprietate, să ne unim, să conlucrăm, să punem umărul pentru a mișca stomatologia înainte spre progres, pentru binele poporului Moldovei.

Bibliografie

1. I.Lupan, V.Burlacu, V.Topalo, Sofia Sărbu, A. Guțan, A. Pancenco. Rolul Asociației naționale a stomatologilor în perfecționarea și modernizarea asistenței medicale stomatologice acordate Populației din Republica Moldova. Medicina Stomatologică, 2006, nr. 1, p.5-7.
2. P.Godoroja; I. Lupan; T. Popovici. Știința stomatologică în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, 2005, nr.2, p.122-127.
3. A.Ojovan. Cadre medicale în stomatologia autohtonă. Materialele Congresului XII al stomatologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2003, p. 30-31.
4. V.Burlacu, C. Ețco, Elena Tintiuc. Aspecte medico-sociale și organizatorice ale asistenței stomatologice de stat în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii. Revista-Sănătate publică, economie și management în medicină, 2007, nr. 1, p.12-15.
5. A.Pancenco. Serviciile stomatologice prestate populației urbane în instituțiile medicale de profil cu diferite forme de gestionare. Analele Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” vol IV., „Probleme clinico-chirurgicale”. Chișinău, 2006, p.366-369.
6. В.И.Титарев. Научное общество и практическая стоматология. Актуальные вопросы стоматологии. Тезисы докладов VI научно-практической конференции врачей стоматологов СССР (26-27 сентября 1975г.) стр.3-6

CRÎMPEE DIN EVOLUȚIA STOMATOLOGIEI PEDIATRICE ÎN MOLDOVA

Sofia Sirbu

*profesor universitar,
doctor în medicină,
catedra stomatologie
terapeutică,*

*Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„N. Testemițanu”*

Rezumat

În lucrare se descrie evoluția stomatologiei pediatrice și modul de acordare a asistenței de profil copiilor din municipiul Chișinău.

Summary

Fragments from evolution of pedodontic stomatology in Moldova

In this elaboration it is described the evolution of pedodontic stomatology and the way of giving profile assistance to children from Chisinau.

Anii se scurg și multe din cele ce au avut loc nu se cunosc, pentru generațiile tinere de azi și viitoare vreau să rămână aceste file care demonstrează cu cât greu s-a obținut ceea ce avem astăzi la 50 de ani.

Din septembrie 1959 și până în mai 1960 am activat în calitate de medic stomatolog în Policlinica Municipală din orașul Chișinău la asanarea copiilor.

În 1959 în orașul Chișinău asistența stomatologică la copii se acorda prin intermediul formei decentralizate de asanare.

În policlinică funcționau brigăzi mobile. În componența unei brigăzi activau 4 medici, 2 asistente medicale și 2 infermiere, ultimele mai frecvent existau pe hârtie. Brigada activă în 2 schimburi, din componența ei unul din medici era numit brigadir, dânsului îi revenea funcția de a întocmi graficul de activitate în instituțiile preșcolare și școlare și de a-l acorda cu directorii acestor organizații.

Asanarea copiilor se efectua în cabinete acomodate, dislocate în birourile directorului școlii, în cancelarie sau în sălile sportive. Utilajul se transporta dintr-o școală în alta cu căruța.

Utilajul stomatologic era constituit din: fotolii portative (de campanie), sau uneori se folosea un scaun obișnuit în speteaza căruia se monta tetiera; bormașini electrice simple cu 5000 turații pe minut; lampă electrică portativă; scaun și masă pentru medic; pupinel pentru sterilizarea instrumentelor.

De obicei locul de lucru al medicului era organizat primitiv, prost iluminat.

Instrumentarul stomatologic era destul de uzat.

Pentru prepararea cavităților carioase în majoritate se utilizau excavatoarele și freze din oțel. Frezele după spălare se păstrau în soluție ternară.

Pentru uscarea și spălarea cavităților înainte de obturare se folosea pusterul.

Prelucrarea medicamentoasă și uscarea cavităților se făcea cu apă oxigenată de 3%, cloramină de 2%, soluție de timol, etanol și eter.

Dintre pastele curative se aplica în carie pasta oxid de zinc și timol.

Pulpitele preponderent se tratau prin metoda amputației și extirpației devitale, cu aplicarea ulterioară a pastei de rezorcin-formalină sau tricrezol-formalină.

Ca obturații definitive serveau cimenturile fosfat de zinc, silicina și ercodontul (ciment silicofosfat). Pe scară largă se utiliza amalganul de cupru în comprimate preparat prin metoda de încălzire și malaxare manuală. În cabinete nu se respecta tehnica securității muncii, se puna accent cât mai mulți pacienți de examinat și tratat.

Copiii erau preventiv examinați, li se îndeplinea fișa stomatologică, apoi cei care aveau nevoie de tratament se invitau în timpul lecțiilor de către asistenta medicală sau se trimiteau de învățători conform listei întocmite.

În efectuarea asanării apăreau foarte multe dificultăți. Aparatajul și condițiile primnitive făceau prepararea dinților insuportabilă atât pentru copii cât și pentru medici. Din cauza zgomotului, vibrațiilor și numărului mic de turații apăreau senzații de durere, iar copiii adesea refuzau să se trateze.

Dinții temporari cu rădăcinile rezorbate se extrăgeau pe loc fără anestezie, iar extracția celor permanenți se efectua în policlinica municipală.

Pacienții cu anomalii dentare erau trimiși la specialiștii ortodonți din policlinică la doamnele Valentina Ocușco, Bela Cazanțeva, Antonina Prodan — buni profesioniști în ramură, care au și stat la baza fondării ortodonției în republică.

În dependență de numărul școlărilor brigada activa timp de 1-1.5 luni, apoi o comisie specială în frunte cu șeful de secție terapie evalua calitatea lucrului îndeplinit.

Vreau să menționez că gradul de răspândire a cariei și numărul complicațiilor ei erau mult mai înalte decât cele reflectate în unele publicații. Din-

tre complicații mai frecvente se întâlneau pulpitele cronice hipertofice și gangrenoase și periodontitele cronice granulante. Revenirea în aceeași instituție peste 6 luni constată sporirea intensității cariei și apariția unor complicații. În afară de asanare și convorbiri individuale cu copiii, totalmente lipsea profilaxia afecțiunilor odonto-parodontale.

În oraș nu activau stomatologi pediatri cu o pregătire specială. În componența brigăzilor de obicei erau incluși medicii stomatologi și dentiști începători, persoanele în vârstă care nu făceau față la acordarea asistenței stomatologice celor maturi fiind chiar din rândurile proteticienilor.

Pe parcursul activității am lucrat cu medicul dentist A. Tregher, un om în vârstă, foarte calm, cu un intelect deosebit și cunoștințe vaste. Dânsul a activat mult timp ca protetician. De la Domnia sa am învățat foarte multe lucruri utile, care mi-au fost de folos în viață. Brigadirul grupei a fost R.Sobsoviici.

La analiza fișelor de evidență cotidiană a activității medicului stomatolog șefa de secție Vasețcaia C. a observat că din brigada noastră, la A. Tregher și S. Sîrbu prevalează tratamentul cariei, iar în celălalt schimb pulpitele. S-a pus întrebarea de ce? Problema a fost dezlegată de asistenta medicală Melnic O., un specialist cu o vechime în muncă mare, participantă la război. Ea a menționat că unii medici la sondarea cavității carioase traumează gingia, iar durerile și sângerarea apărute se considerau ca pulpită.

Fișele stomatologice a copiilor se păstrau în cabinetele medicale din școli.

Situația complicată în acordarea asistenței stomatologice la copii s-a păstrat mult timp în Republică.

În 1960 pe lângă policlinica stomatologică municipală se organizează și funcționează secția stomatologie pediatrică, amplasată într-un cotedj de pe strada Tcacenco (astăzi Ciuflea). Spațiul acestei clădiri nu era voluminos. Au fost adaptate 2 cabinete (pedodonție și ortodonție) utilizate insuficient și un cabinet de tehnicie dentară ortodontică. Această secție a devenit baza principală pentru dezvoltarea stomatologiei pediatrice în Chișinău și una dintre primele în Republică.

Un salt în evoluție a făcut stomatologia pediatrică odată cu deschiderea catedrelor de profil stomatologic pe lângă Institutul de Stat de Medicină din orașul Chișinău. Până în 1986 instruirea în domeniul stomatologiei pediatrice se efectua la catedrele de profil stomatologic, în programele cărora existau cursuri de stomatologie pediatrică.

La catedra stomatologie terapeutică a fost pusă baza pedodonției naționale. La fiecare compartiment al pedodonției aidoma stomatologiei terapeutice se țineau separat cursuri și lecții practice cu elucidarea particularităților evoluției și tratamentul afecțiunilor stomatologice la copii. Lecțiile practice cu studenții se petreceau în grădinițele de copii. Studenții împreună cu cadrele didactice inițial examinau copiii, apoi în mod centralizat ei împreună cu

educatoarea erau invitați la catedră unde se tratau. Se efectua un lucru util pentru copii, dar și pentru studenți. Ulterior ca bază clinică pentru catedră a servit secția stomatologie pediatrică a policlinicii Nr.3 de copii din municipiul Chișinău.

În Republica Moldova prima teză de doctor în științe medicale în pedodontie a fost elaborată și susținută în 1967 de S. Sirbu cu tema „Particularitățile de vârstă ale pulpei și evoluția pulpitelor în dinții temporari“ (cercetare clinico-morfologică și experimentală). Fundamental de același autor a fost studiată evoluția dinților temporari, acțiunea unor factori teratogeni asupra dezvoltării lor și în inițierea cariei dentare. În 1979 a fost editată monografia „Pulpite la copii“ menționată cu premiul Consiliului Științific al Ministerului Sănătății din Republică.

Colaboratorii catedrei stomatologie terapeutică (V.Musteață, A. Baraniuc, S. Sirbu, P. Gnatiuc) în multiple teze și articole editate, recomandări metodice au elucidat problemele asociate cu caria dentară, pulpitele, periodontitele, parodontitele, afecțiunile mucoasei bucale la copii.

A fost studiată intensitatea fluoroziei și cariei dentare la copiii din zonele cu conținut sporit de fluor în apa potabilă (P.Gnatiuc, 1988; 1992), s-au editat recomandări metodice la acest compartiment (S.Sirbu, P. Gnatiuc, 1986).

În 1973 S. Sirbu a făcut o stagiere timp de 10 luni la catedra Histologie și Embriologie a cavității bucale în Universitatea din Toronto (Canada), unde a studiat la nivelul fonic și ultrastructural modificările structurale și histochimice ale țesuturilor limitrofe coroanei dinților temporari în erupție. Datele obținute au o importanță semnificativă teoretică și practică și în special în parodontologie. Rezultatele obținute au fost publicate în SUA și în edițiile din Republică.

Pe parcursul anilor au fost deschise secții de stomatologie pediatrică în Policlinica Stomatologică Republicană, în Policlinica de copii Nr.3 din Chișinău, în orașele Bălți, Tiraspol, Tighina.

În funcție de președinte al asociației medicilor stomatologi, împreună cu colegii domnii I. Postolachi și A. Guțan la diferite foruri republicane și în instanțele superioare se puneau întrebarea despre îmbunătățirea asistenței stomatologice copiilor. În 1977 din numele Societății medicilor stomatologi, sa făcut un demers către șeful direcției curativ-profilactice a Ministerului Sănătății cu propunerea de a pregăti din rândul absolvenților facultății 25 de persoane cu profil pediatric ca ulterior sa fie încadrați în câmpul muncii pe specialitatea respectivă, însă problema a rămas nerezolvată.

În 1978 la ședința Consiliului Colegial al Ministerului Sănătății, unde s-a discutat îndeplinirea Hotărârii Comitetului Central cu privire la deschiderea în sistemul rural al Republicii a 100 de cabinete stomatologice în alocațiunea mea din nou am ridicat această întrebare unde am argumentat necesitatea

pregătirii unui grup de absolvenți — stomatologi pediatri. S-au adus dovezi cu nominalizarea persoanelor care în formă de pedeapsă au fost transferați în brigăzile școlare sau numiți în funcții de șefi de secție stomatologie pediatrică.

Dar nimic nu se mișca din loc fără o hirtie eliberată de centru — Ministerul Sănătății din URSS, deși în alte republici existau catedre de stomatologie pediatrică, iar în Moscova Tamara Vinogradova ocupa funcția de specialist principal al Ministerului Sănătății din Uniune în această ramură.

Pentru prima dată în planul de studii a specialității 1904-stomatologie, aprobat de MS din URSS nr.12 MD-tip din 20 iulie 1983 sunt incluse disciplina stomatologie pediatrică, cursul de profilaxie a afecțiunilor stomatologice și subordonatura la acest profil.

La 12 iunie 1984 apare un supliment la ordinul Nr. 280 din 4.05.70 al Ministerului Sănătății din URSS, de a introduce în nomenclatorul specialităților — medic stomatolog pediatru.

La momentul dat la catedrele de profil totalul de ore destinate pentru instruirea la profilul pediatric constituia 56 de ore curs general și 282 lecții practice pentru o grupă.

Catedrei stomatologie terapeutică îi reveneau 38 ore curs și 176 ore lecții practice.

La catedră au fost elaborate și dactilografiate setul de materiale didactice (tezele prelegerilor și elaborările metodice), exista o slaidotecă bogată cu cazuri clinice. Au fost elaborate recomandările metodice pentru cursul de profilaxie a afecțiunilor bucale.

În 1986 s-a făcut o argumentare aprofundată a necesității deschiderii catedrei stomatologie pediatrică în cadrul facultății stomatologie, totalul de ore alcătuita 7400. Demersul a fost prezentat de către decanul facultății Gh.Nicolau rectorului ISM L.Cobileanschi, care în instanțele superioare a rezolvat întrebarea pozitiv. Momentul a coincis cu terminarea de către dl P. Godoroja a postdoctoraturii și susținerea tezei de doctor habilitat. Dl P. Godoroja a fost ales în postul șef catedră Stomatologie pediatrică pe care a și organizat-o.

Din cadrul catedrei stomatologie terapeutică în postul de conferențiar la pedodontie a fost ales dl V.Burlacu.

Grație cunoștințelor vaste, energiei, capacităților manageriale și calităților omenești ale profesorului universitar, domnului P. Godoroja, actualmente decan al facultății stomatologie, catedra stomatologie pediatrică a devenit una dintre cele mai dotate tehnico-material. În cei 23 ani de la fondare catedra are un corp profesoral didactic tânăr, profesionist, cu care te poți mândri, iar rezultatele obținute în domeniul științific și practic i-au dus faima peste hotarele țării.

UNELE ASPECTE ALE CERERII ȘI OFERTEI DE PRESTARE A SERVICIILOR STOMATOLOGICE POPULAȚIEI ÎN STRUCTURILE MEDICALE PRIVATE URBANE

REZUMAT

În lucrare se descrie unele aspecte a cererii și ofertei de prestare a serviciilor stomatologice populației în structurile medicale private urbane. Materialul studiului a confirmat că:

1. Promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică se efectuează prin utilizarea relațiilor cu publicul, organizarea unor întruniri de afaceri, semnarea unor acorduri, organizarea unor acțiuni de publicitate, prin aplicarea metodelor de stimulare a livrărilor, vânzărilor personale, vânzărilor către cumpărătorii corporativi.

2. Solicitanții de servicii medicale stomatologice sunt cu atât mai puțin sensibili la prețuri cu cât aceste prețuri constituie o rată mai accesibilă în totalul cheltuielilor.

3. Altă categorie de pacienți sunt mai puțin sensibili la prețuri în cazul în care serviciile respective se asociază în accepția lor cu calitatea, exclusivitatea și un mai mare prestigiu.

4. În coordonarea procesului de realizare a complexului de măsuri și activități de marketing în cadrul structurilor medicale stomatologice private trebuie să se țină cont de faptul că elementele de bază în acest sens sunt prețul și calitatea serviciilor de asistență medicală stomatologică către eventualii consumatori.

Pancenco Anatolie,
Ion Munteanu

*Catedra chirurgie
oro-maxilo-facială,
stomatologie ortopedică
și implantologie orală
F.P.M., USMF "Nicolae
Testemițanu"*

SUMMARY

Some aspects of demand and supply of dental services for the population in urban private medical structures.

The work describes some aspects of demand and supply of dental service for the population in urban private medical structures.

Material study has confirmed that:

1. The promoting of dental health care services is performed by using relationships with the public, organization of business meetings, signing of some agreements, organization of some advertising activities, by applying the methods of boosting deliveries, personal sales, sales to corporate customers.

2. Applicants for dental health services are less sensitive to prices as these prices have a more accessible rate in total expenditure.

3. Another category of patients is less sensitive to prices if the respective services are associated in accepting their quality, exclusivity and greater prestige.

4. In coordinating the process of the implementation of complex measures and marketing activities in the private dental health care structures, it must be taken into account that the basic elements in this respect are the price and quality of dental health care services for the eventual consumers.

Întroducere

Prin noțiunea de promovare a serviciilor medicale stomatologice se subînțelege ansamblul diferitelor genuri de activitate în vederea difuzării informațiilor cu privire la calitatea și utilitatea serviciilor respective și stimularea pacienților care solicită acest tip de serviciu. Orice pacient care beneficiază de asistență medicală stomatologică contra plată este sensibil la preț, însă această sensibilitate ar putea să se modifice esențial în funcție de importanța serviciului prestat (1, 2, 5).

O chestiune extrem de importantă în ceea ce privește aducerea la cunoștința pacienților (clienților) a esenței serviciului de asistență medicală stomatologică rezidă în determinarea necesităților posibile și, eventual, a solicitărilor de către ei a asistenței medicale stomatologice (1).

Asistență medicală stomatologică (serviciu) se caracterizează prin anumite particularități, având un efect extrem de benefic ce se exprimă prin sistarea sau prevenirea evoluției afecțiunii stomatologice respective, prin eliminarea unor defecte estetice și cosmetologice, calmarea durerii, regenerarea funcțiilor mușchilor masticatorii, respirației etc. Anume în aceasta rezidă efectul inegalabil al asistenței (serviciului) medicale stomatologice.

Studierea aprofundată a indicilor de bază ce caracterizează nivelul și structura afecțiunilor stomatologice permite de a stabili solicitarea eventuală de către populație a serviciilor de asistență medicală stomatologică (1). Proporțiile cererii sunt influențate atât de factori incontrollabili ai mediului înconjurător, cât și de diferiți factori de marketing, care reprezintă în sine o îmbinare a eforturilor de marketing depuse pe piața serviciilor de asistență medicală stomatologică (1, 3, 4).

Beneficiarii acestui serviciu de asistență medicală stomatologică sunt mai puțin sensibili la prețuri în cazul în care serviciul respectiv este incomparabil după efectul și eficiența pe care o are. În acest sens majoritatea structurilor medicale stomatologice private din municipiul Chișinău tind să presteze un șir de servicii combinate care se înscriu în nomenclatorul serviciilor medicale stomatologice și atributele acestora. În cazul procurării unor servicii de asistență medicală pacientul se conduce de un șir de factori ce relevă valoarea serviciului respectiv (3).

Sarcina serviciului de marketing al structurilor medicale stomatologice private, în cazul în care aceasta există, constă în realizarea cererilor eventuale (3, 4, 6).

Scopul acestei lucrări rezidă în studierea unelor aspecte a cererii și ofertei de prestare a serviciilor stomatologice populației în structurile medicale private urbane.

Materiale și metode.

Determinarea eventualelor solicitări de către populație a serviciilor de asistență medicală stomatologică a fost efectuată de către noi pe baza materialelor din „Cartelele medicale ale pacienților structurilor medicale stomatologice privind vizitele efectuate de către ei la medicii stomatologi ai instituțiilor respective, cu scopul de a trata diverse tulburări ale organelor cavității bucale.

Volumul asistenței medicale stomatologice se constituie din numărul vizitelor la medic și a eforturilor depuse în ceea ce privește tratamentul pacienților structurilor medicale stomatologice private. E necesar să menționăm că la ora actuală pentru structurile respective nu există normative aprobate privind durata unei vizite la medic, de aceea am considerat că în cadrul structurilor medicale stomatologice private o vizită necesită aproximativ 55,5 minute, deoarece pe parcursul unei singure vizite se urmărește acordarea unui volum maxim posibil de asistență medicală stomatologică.

Fiind la curent cu faptul că medicii stomatologi ai structurilor medicale stomatologice din municipiul Chișinău (59,7 %) asistența medicală stomatologică se acordă, de regulă, în cadrul unor vizite mixte, noi am calculat nivelul mediu al necesității pacienților struc-

turilor medicale stomatologice de asistență medicală stomatologică la 1000 de solicitanți pe parcursul unui an, obținând cifra de 3678,6 vizite pe an.

Pentru satisfacerea eventualelor cereri este necesară elaborarea unui complex de măsuri în vederea promovării serviciilor de asistență medicală stomatologică printre posibii consumatori ai acestora. În acest scop, noi am efectuat un sondaj pe un eșantion de 136 de medici-stomatologi, aceștia exercitând totodată și funcția de conducători ai structurilor medicale stomatologice private. Investigațiile au arătat că promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică se efectuează prin utilizarea relațiilor cu publicul, organizarea unor întruniri de afaceri, semnarea unor acorduri, organizarea unor acțiuni de publicitate, prin aplicarea metodelor de stimulare a livrărilor, vânzărilor personale, vânzărilor către cumpărătorii corporativi etc.

Rezultate și discuții.

Investigațiile efectuate au demonstrat că pacienții structurilor medicale stomatologice private din municipiul Chișinău sunt foarte sensibili la prețuri, fiind la curent cu prețurile la serviciile medicale stomatologice similare acordate de diverse organizații stomatologice atât din țară, cât și de peste hotare. Astfel, 31,3 % din persoanele participante la sondaj au indicat că sunt la curent cu prețurile la serviciile medicale stomatologice prestate de organizațiile stomatologice de peste hotare și consideră că prețurile de la Chișinău pentru serviciile similare nu sunt exagerate, ci, mai curând, accesibile. În cazul dat ne confruntăm cu așa-zisul fenomen invers al gradului de informare al populației în ceea ce privește analogurile. Trebuie să menționăm gradul insuficient de informare a pacienților în ceea ce privește prețurile la serviciile stomatologice prestate de structurile medicale stomatologice private. Astfel, 60,2 % din pacienții structurilor medicale stomatologice din municipiul Chișinău practic nu sunt versate în această problemă.

Însă procesul de comparare de către pacienți a serviciilor prestate de diferite structuri medicale stomatologice private este destul de dificil, deoarece 25,7 % din pacienții acestor structuri nu cunosc calitățile și avantajele materialelor moderne, precum și ale aparatelor și utilajului cu destinație stomatologică, iar 34,5 % — nu pot da un răspuns clar la această întrebare.

Solicitanții de servicii medicale stomatologice sunt cu atât mai puțin sensibili la prețuri cu cât aceste prețuri constituie o rată mai mică în totalul cheltuielilor întregii familii. În cazul dat se resimte așa-zisul „efect al cheltuielilor generale“. Se distinge o legătură medie de corelație între nivelul de venituri și loialitatea aprecierii valorii serviciilor medicale stomatologice. Astfel, 41,2 % din respondenții cu venituri lunare înalte ce revin fiecărui membru al familiei consideră că prețurile la serviciile medicale stomatologice sunt medii. Totodată,

73,6% din pacienții cu un nivel mediu și mic de venituri lunare ce revin fiecărui membru al familiei consideră apreciază costul serviciilor medicale sto-

matologice ca fiind destul de înalte. Din numărul total al pacienților structurilor medicale stomatologice private 30,3 % se confruntă cu anumite dificultăți în aprecierea prețului pentru serviciile medicale stomatologice, totodată, nimeni dintre ei nu a caracterizat aceste prețuri ca fiind reduse.

Investigațiile au arătat că solicitanții de servicii medicale stomatologice sunt mai puțin sensibili la prețuri în cazul în care achitarea acestor servicii nu are loc din propriul buzunar, ci din alte surse, de exemplu, din sponsorizări etc. Astfel, 53,1 % din respondenții cu un nivel redus de venituri lunare ce îi revine fiecărui membru al familiei și care solicită asistență în organizațiile stomatologice ce fac parte din sistemul de combatere a sărăciei, aprobate de Consiliul Municipal Chișinău, nu consideră că aceste prețuri sunt prea mari.

Solicitanții de servicii medicale stomatologice sunt mai puțin sensibili la prețuri în cazul în care serviciile respective se asociază în accepția lor cu calitatea, exclusivitatea și un mare prestigiu. Astfel, 64,7 % din pacienții care apelează la serviciile structurilor medicale stomatologice private sunt atrași de utilajul medical performant produs de firme prestigioase, de cadrele medicale înalt calificate și instrumentarul modern cu destinație stomatologică, precum și de posibilitatea administrării în complex a preparatelor anestezice, de acreditarea calității, garanția calității, spectrul larg de servicii prestate și amplasarea acestor structuri în zona de centru a municipiului Chișinău. Persoanele respective consideră prețurile stabilite de aceste structuri drept accesibile și medii, fiind dispuse să achite prețuri mult mai mari pentru prestarea unor servicii medicale stomatologice de calitate.

Investigațiile au arătat că promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică se efectuează prin utilizarea relațiilor cu publicul, organizarea unor întruniri de afaceri, semnarea unor acorduri, organizarea unor acțiuni de publicitate, prin aplicarea metodelor de stimulare a livrărilor, vânzărilor personale, vânzărilor către cumpărătorii corporativi etc.

Publicitatea este orientată atât spre promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică, cât și spre promovarea structurilor medicale stomatologice private în ansamblu.

Concomitent, e necesar de menționat, că publicitatea reprezintă o rețea de comunicare într-un singur sens, nu are un caracter pur personal și nu are o forță de stimulare. Tocmai de aceea este necesar să completăm acțiunile publicitare cu alte metode de promovare a serviciilor de asistență medicală stomatologică.

Dintre medicii stomatologi 73,2 % fiind și conducători ai structurilor medicale stomatologice private au menționat publicitatea drept una dintre cele mai eficiente metode de promovare a serviciilor de asistență medicală stomatologică, iar 26,8 % au remarcat și alte metode.

Prin urmare, drept factori și obiect al investigațiilor de marketing în vederea determinării sensibilității solicitanților de servicii de asistență medicală stoma-

tologică față de prețul acestora am putea evidenția:

- efectul legăturii dintre preț și calitate a serviciului medical acordat;
- sursele de finanțare, efectul de distribuire a cheltuielilor;
- efectul cheltuielilor sumare;
- compararea muncii depuse
- informarea cu privire la analogurile existente;
- utilitatea finală și valoarea inegalabilă a serviciilor de asistență medicală stomatologică.

Pornind de la gradul înalt al necesităților eventuale în ceea ce privește asistența medicală stomatologică, conducătorii structurilor medicale stomatologice private urmează să implementeze marketingul de stimulare și dezvoltare în condițiile de cerere ascunsă. Principalele instrumente de stimulare a marketingului sunt reducerea prețurilor, activizarea campaniilor de publicitate, cultura sanitară, crearea unei imagini specifice a structurilor medicale stomatologice private, orientate spre satisfacerea necesităților unor grupuri de consumatori concrete.

La coordonarea procesului de realizare a complexului de măsuri și activități de marketing în cadrul structurilor medicale stomatologice private trebuie să se țină cont de faptul că elementele de bază în acest sens sunt prețul și promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică către eventualii consumatori.

CONCLUZII

1. Investigațiile au arătat că promovarea serviciilor de asistență medicală stomatologică se efectuează prin utilizarea relațiilor cu publicul, organizarea unor întruniri de afaceri, semnarea unor acorduri, organizarea unor acțiuni de publicitate, prin aplicarea metodelor de stimulare a livrărilor, vânzărilor personale, vânzărilor către cumpărătorii corporativi.

2. Solicitanții de servicii medicale stomatologice sunt cu atât mai puțin sensibili la prețuri cu cât aceste prețuri constituie o rată mai accesibilă în totalul cheltuielilor.

3. Altă categorie de pacienți sunt mai puțin sensibili la prețuri în cazul în care serviciile respective se asociază în accepția lor cu calitatea, exclusivitatea și un mare prestigiu.

4. În coordonarea procesului de realizare a complexului de măsuri și activități de marketing în cadrul structurilor medicale stomatologice private trebuie să se țină cont de faptul că elementele de bază în acest sens sunt prețul și calitatea serviciilor de asistență medicală stomatologică către eventualii consumatori.

BIBLIOGRAFIE

1. Amariei C. Introducere în managementul stomatologic. București 1998, 163 p.
2. Collier L. The Patient's right to know. World health, 1994, nr.5,p18-19.
3. Ețco C., Goma L., Reabova E. și alții. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău, 2000. 379 p.
4. Mc Donald M. The marketing Audit. Oxford, 1996.
5. Thaver I. H. Harpharm T., Mc Peke B., Garner P. Privat practitioners in the slums of Karachi: What quality of care do they offer? Social Science Medicine, 1998, V.46, nr 4, p. 1441—1449.
6. They Wesley Park Heven Private Hospital. Medicine/Surgery, Jan. 1999.

PARTICULARITĂȚI DE IMPLEMENTARE A UNUI PLAN STRATEGIC ÎN ASIGURAREA CALITĂȚII ÎN INSTITUȚILE MEDICO-SANITARE STOMATOLOGICE CU DIFERITE FORME DE ACTIVITATE

Anatolie Pancenco
Facultatea de
Perfecționare
a Medicilor,
Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială,
Stomatologie
Ortopedică și
Implantologie Orală

Rezumat:

În lucrare se descriu unele particularități de implementare a unui plan strategic în asigurarea calității în instituțiile medico-sanitare stomatologice cu diferite forme de gestionare în Republica Moldova. Materialul studiului conține următoarele aspecte:

- componentele unui plan strategic de activitate în instituțiile medico-sanitare stomatologice cu diferite forme de gestionare în Republica Moldova;
- perfecționarea bazei legislative și normative în instituțiile medico-sanitare stomatologice cu diferite forme de activitate.

Summary:

Particularities for implementing a strategic plan of quality assurance in dental medical-health institutions with different of activity.

The work describes some particularities for implementing a strategic plan of quality assurance in dental medical — health institutions with different forms of management in the Republic of Moldova.

The content of study material includes the following aspects:

- The components of a strategic plan of activity for dental medical-health institutions with different forms of management in the Republic of Moldova.
- Improvement of legislative and normative basis in dental medical-health institutions with different forms of activity.

Întroducere.

Scopul Strategiei de dezvoltare a sistemului sănătății din Republica Moldova pentru anii 2008—2017 rezidă în ameliorarea sănătății, protecția financiară și ridicarea nivelului de satisfacere a nevoilor populației prin intermediul îmbunătățirii adecvate a calității serviciilor medicale (1, 4, 5). Îmbunătățirea calității serviciilor medicale și a accesului populației la aceste servicii constituie una dintre sarcinile primordiale ale Ministerului Sănătății al Republicii Moldova la momentul actual (1, 3, 4, 5, 6).

Sănătatea populației reprezintă un element important al dezvoltării sociale, culturale și economice a țării. Pornind de la însemnătatea și complexitatea problemei privind ocrotirea sănătății populației, sistemul sănătății privat este ca un factor al securității naționale a țării, iar elaborarea strategiei de sporire permanentă a calității asistenței medicale devine o condiție indispensabilă a menținerii și fortificării sănătății populației (6). Apare necesitatea abordării în complex a problemei, a unor eforturi conjugate din partea reprezentanților diferitelor specialități, a savanților și oamenilor de afaceri în scopul soluționării următoarelor sarcini: reglementării legislative și coordonării activității diverselor organe din domeniul sănătății, a organizațiilor medicale stomatologice cu diferite forme de activitate și proprietate, elaborării și implementării în sistemul de producere a unor servicii și articole competitive și de înaltă calitate, care să corespundă atât necesităților consumatorilor și cererii solvabile pe piață, cât și perspectivelor dezvoltării tehnologice a specializărilor medical-stomatologice, instruirii personalului medical în vederea implementării unor metode de activitate înalt calitative, a orientării clare a eforturilor specialiștilor spre consumatorul serviciilor prestate, situația de pe piață și interesele publicului larg, spre îmbunătățirea continuă a calității serviciilor pre-

state și a articolelor fabricate în condițiile respectării riguroase a standardelor profesionale (2, 3, 6, 7).

Scopul acestei lucrări rezidă în descrierea particularităților de implementare a unui plan strategic în asigurarea calității în instituțiile medico-sanitare stomatologice cu diferite forme de gestionare în Republica Moldova.

Materiale și opinii

Studiind și analizând morbiditatea stomatologică în Republica Moldova, starea sănătății publice, condițiile economice etc., sesizăm necesitatea înființării unor instituții de asistență medicală stomatologică cu diferite forme de gestionare, menite să asigure calitatea acestui gen de servicii medicale prestate populației.

Direcțiile principale ale înființării serviciului stomatologic cu diferite forme de gestionare și proprietate la etapa actuală, după viziunea noastră, trebuie să includă următoarele aspecte:

- perfecționarea administrării și planificării,
- elaborarea și implementarea tehnologiilor inovatoare de organizare a asistenței medicale,
- sporirea potențialului profesional al resurselor umane de profil stomatologic,
- optimizarea activității legislative,
- perfecționarea sistemului de asigurare cu resurse tehnico-materiale stomatologice,
- eficientizarea administrării prin asigurarea calității asistenței medicale stomatologice.

Optimizarea administrării și perfecționarea planificării activității serviciului stomatologic al Republicii Moldova, trebuie să se efectueze în scopul ameliorării aspectelor stomatologice ale sănătății publice.

Planificarea activității serviciului stomatologic trebuie să se efectueze pornind de la indicatorii ce caracterizează aspectele stomatologice ale sănătății publice. Considerăm că soluționarea problemei în cauză rezidă în perfecționarea procesului de administrare și a funcției sale principale — planificarea. În țările cu o economie dezvoltată activitatea multor instituții medicale se sprijină pe planificarea de afaceri.

Planificarea este un proces creativ, care permite realizarea scopurilor și sarcinilor actuale pentru instituția în cauză prin intermediul unor mijloace dintre cele mai eficiente. În scopul realizării sarcinii de îmbunătățire a calității serviciului stomatologic, menținerii și fortificării sănătății publice pe baza instituțiilor medicale stomatologice cu diferite forme de proprietate trebuie să se efectueze o planificare strategică a activității acestor instituții. În opinia noastră, acest plan trebuie să includă următoarele compartimente:

1. Introducere,
2. Descrierea sectoarelor de deservire,
3. Aprecierea aspectelor stomatologice ale sănătății publice,
4. Structura organizatorică a instituțiilor medicale stomatologice,
5. Caracterizarea serviciilor medicale stomatolo-

gice prestate,

6. Baza tehnico-materială a instituției medicale stomatologice,
7. Potențialul de resurse umane,
8. Sistemul informațional al instituției medicale stomatologice,
9. Managementul clinic,
10. Planul de marketing,
11. Analiza economică a activității instituției medicale stomatologice,
12. Planul financiar,
13. Evaluarea și asigurarea riscurilor,
14. Anexe.

Planul strategic e de dorit de prevăzut pentru o perioadă de 5 ani.

În introducerea planului strategic al instituției medicale stomatologice este necesar de a se indica nivelul afecțiunilor stomatologice în funcție de vârstă, nivelul calității prestării asistenței medicale stomatologice și a se menționa scopul strategic al instituției medicale respective.

Pentru atingerea scopului propus, este necesară soluționarea sarcinilor primordiale ale unei instituții medicale stomatologice, cum ar fi:

- optimizarea structurii instituției stomatologice,
- ridicarea calificării personalului medical,
- asimilarea unor tehnologii organizaționale și clinice performante,
- ridicarea nivelului de înzestrare tehnico-materială,
- îmbunătățirea calității serviciilor medicale stomatologice,
- reducerea numărului afecțiunilor stomatologice, etc.

Eficacitatea preconizată a proiectului — îmbunătățirea calității serviciilor medicale stomatologice și reducerea numărului afecțiunilor stomatologice.

Utilizând datele privind numărul populației deservite, evaluarea aspectelor stomatologice ale sănătății, în condițiile a fluxului de pacienți este necesar de se a determina necesitățile reale ale populației în ceea ce privește serviciile medicale stomatologice.

La următoarea etapă a planificării strategice se va examina structura instituției respective.

În opinia noastră, în structura instituțiilor medicale stomatologice se cere delimitarea asistenței medicale stomatologice curative și ortopedice. Instituțiile medicale stomatologice trebuie să dispună de cabinete de fizioterapie și Rtg-logie, utilizate cu tot echipamentul necesar pentru realizarea unui tratament complex și pentru diagnosticarea afecțiunilor stomatologice.

În cazul în care există posibilitățile necesare, este oportun de a deschide și un cabinet chirurgical pentru efectuarea unor intervenții mărunte de ambulator, implanturi dentare, precum și un cabinet de diagnostică medicală funcțională.

De asemenea, urmează a fi prevăzute și niște încăperi speciale pentru turnări dentare individuale etc.

Locul de muncă e de dorit să se organizeze după principiul „lucrului cu patru mâini“.

Un rol important în procesul planificării strategice trebuie rezervat caracterizării serviciilor medicale stomatologice. Se știe că un loc aparte în cadrul instituțiilor medicale stomatologice îl au serviciile stomatologice contra plată.

În procesul de planificare o atenție deosebită se va acorda bazei tehnico-materiale, sistemului informațional și potențialului de resurse umane al instituțiilor medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare. În conformitate cu Regulamentul de atestare a medicilor și farmaciștilor din Republica Moldova, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 23 ianuarie 2007, nr. 13 „Cu privire la atestarea medicilor și farmaciștilor“ și ordinul MS RM nr. 60 p § 3 din 05.06.2009 „Cu privire la modificarea unor acte normative“, unele metode alternative de instruire la catedrele de profil ale USMF „Nicolae Testemițanu“, sunt obligatorii, ridică calificarea personalului medical și sporește numărul specialiștilor atestați.

Perfecționarea potențialului de resurse umane se va întemeia pe:

- organizarea instruirii pe mai multe etape: seminare, cursuri de instruire, de ridicare a calificării, de reciclare — pregătirea managerilor cu o a doua diplomă de studii superioare în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“.
- standardul instruirii în domeniu pentru managerii serviciului medical stomatologic,
- evaluarea eficacității instruirii în baza rezultatelor activității instituțiilor medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare și proprietate,
- organizarea de conferințe, expoziții, concursuri de măiestrie profesională pe specialități.

Un interes deosebit din punctul de vedere al dezvoltării instituției medicale stomatologice la etapa actuală îl prezintă compartimentele planului strategic privind managementul clinic și marketingul serviciilor medicale stomatologice.

Analiza economică a activității Serviciului stomatologic al Republicii Moldova cu diferite forme de proprietate presupune determinarea cheltuielilor și evaluarea rezultatelor asistenței medicale stomatologice acordate. Categoriile principale ale cheltuielilor suportate de instituțiile medicale stomatologice cu diferite forme de proprietate sunt cele de organizare și acordare a asistenței medicale stomatologice de diagnosticare și tratament. Cheltuielile se exprimă prin resursele utilizate.

Planul financiar constituie volumul finanțării preconizate pe ani aparte, știindu-se că volumul de bază al finanțărilor se va efectua din contul prestării serviciilor medicale stomatologice contra plată.

În țara noastră, stomatologia deține un loc de frunte în ceea ce privește riscurile profesionale, care conduc la declanșarea diferitelor conflicte cu pacien-

ții și la numeroase proceduri judiciare. Evaluarea și asigurarea riscurilor trebuie să devină prioritatea unei companii de asigurări a Republicii Moldova, în baza unui acord încheiat anterior.

În anexele care însoțesc planul strategic al instituției va figura în mod obligatoriu o listă a serviciilor medicale stomatologice garantate de sistemul asigurărilor medicale obligatorii, în cazul în care acestea există, o listă a utilajului și instrumentarului tehnologic, contractul de asigurare a riscurilor etc.

Perfecționarea sistemului de organizare a asistenței stomatologice în cadrul instituțiilor medicale stomatologice cu diferite forme de proprietate, în opinia noastră, trebuie să prevadă următoarele aspecte:

- elaborarea modelelor de asistență medicală stomatologică în orașe, comune și sate,
- elaborarea unor măsuri de intensificare a profilaxiei afecțiunilor stomatologice,
- perfecționarea sistemului de organizare a asistenței medicale stomatologice contingentelor cu centralizarea deplină sau parțială a serviciilor la nivel republican,
- formarea unei verticale funcționale de gestionare a Serviciului stomatologic în baza organizării unui sistem de asistență medicală pe mai multe etape.

Perfecționarea bazei legislative și normative, inclusiv privind serviciul stomatologic, instituțiile medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare și proprietate urmează să se efectueze în cadrul realizării Legii Ocrotirii Sănătății, nr. 411-XII din 28 martie 1995.

În opinia noastră, perfecționarea procesului de asigurare cu resurse tehnico-materiale a instituțiilor medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare și proprietate trebuie să includă următorii pași:

- achiziționarea centralizată a medicamentelor, utilajului, instrumentarului și materialelor stomatologice de consum curent,
- selectarea furnizorilor pe bază de concurs,
- monitorizarea prețurilor propuse de furnizori,
- stabilirea prețurilor-limită pentru achiziționarea medicamentelor, utilajului, instrumentarului și materialelor stomatologice de consum curent de către instituțiile medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare și proprietate pe baza unui monitoring permanent a prețurilor de achiziție reale (în baza registrelor de achiziție),
- controlul privind corespunderea mărfurilor achiziționate documentelor de ieșire a materialelor, medicamentelor și instrumentarului stomatologic.

CONCLUZII

1. Perfecționarea bazei legislative și normative, instituțiile medicale stomatologice cu diferite forme de gestionare și proprietate urmează să se efectueze în cadrul realizării Legii Ocrotirii Sănătății, nr. 411-XII din 28 martie 1995.

2. Sistemul sănătății privat este un factor important al securității naționale a țării, iar elaborarea strategiei de sporire permanentă a calității asistenței medicale devine o condiție indispensabilă a menținerii și fortificării sănătății populației.

3. Un interes deosebit din punctul de vedere al dezvoltării instituției medicale stomatologice la etapa actuală îl prezintă compartimentele planului strategic privind managementul clinic și marketingul serviciilor medicale stomatologice.

BIBLIOGRAFIE

1. Ababii I., Țurcanu Gh. Planificarea strategică — o componentă de bază în activitatea Ministerului Sănătății. //Mesagerul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, 2007, nr. 11, 0 26 — 27.
2. Berdaga V., Ștefanș S., Bivol O. Accesul populației din Repu-

blica Moldova la servicii de sănătate. Mișcarea globală pentru copii UNICEF. Chișinău: Gunivas, 2001, p. 104.

3. Burlacu V. Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale. „Probleme actuale de stomatologie“. Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi consacrat jubileului de 40 ani al Facultății Stomatologice al USMF „Nicolae Testemițanu“, 7-8 septembrie 1999. — Chișinău, 1999, p. 11-14.
4. „Politica națională de sănătate a Republicii Moldova“, 2007 — 2021. Aprobata prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova, nr. 886 din 6 august 2007, 64 p.
5. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 — 2017. Aprobata prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova, nr. 1471 din 24 decembrie 2007, p 72.
6. Tintiuc D. cu coaut. Sănătate publică și management. Chișinău, 2007, 894 p.
7. Иоффе Е. Роль современных технологий в общении с пациентами. Новое в стоматологии, 1999, № 3, с. 17-20.

UNELE ASPECTE DE ACTIVITATE A AGENȚIEI TERITORIALE DE ASIGURĂRI MEDICALE SOROCA ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

Rezumat

La lucrare se descrie unele aspecte de activitate a agenției teritoriale de asigurări medicale Soroca în asistența medicală spitalicească.

Autorul descrie situația, problemele și soluțiile de rezolvare a obiectivelor de activitate în acordarea asistenței spitalicești în IMSP, Soroca, Florești și Drochia.

Summary

Some aspects of the activity of the regional agencies of medical insurance in the hospital activity of Soroca.

In this state are described some aspects of the activity of the regional agencies of medical insurances in the hospital activity of Soroca.

The author presents the situation, the problems, the solution of many problems in the activity of hospital assistance in IMSP Soroca, Floresti, Drochia.

T. Grejdian,
Ela Ursu,
Victoria Grejdian,
Ion Ursu

Catedra Sănătate
Publică și Management
„Nicolae Testemițanu“
Agenția Teritorială
de Asigurări Medicale
Soroca

Asistența Medicală Spitalicească este o verigă importantă în sistemul ocrotirii sănătății, dar cu cele mai mari probleme. Ca și în toată lumea acest segment este foarte costisitor, cu multe cheltuieli.

Asistența medicală spitalicească în IMSP contractate se acordă pe 5 profiluri: terapie, pediatrie, boli infecțioase, chirurgie, obstetrică și ginecologie. Pentru spitalele raionale Soroca și Florești a fost contractat suplimentar profilul ftiziatrie

Tabelul 1

Numărul de cazuri tratate în IMSP

	anul 2006			anul 2007			anul 2008		
	Numărul cazuri contractate	Numărul cazuri tratate	% îndeplinirii	Numărul cazuri contractate	Numărul cazuri tratate	% îndeplinirii	Numărul cazuri contractate	Numărul cazuri tratate	% îndeplinirii
SR Soroca	10013	10074	100,6	10198	10188	99,9	10324	10084	97,7
SR Drochia	9196	9333	101,5	9468	9540	100,7	10038	10114	100,7
SR Florești	9988	10075	100,9	10330	10523	101,8	11519	11685	101,4

Din tabelă se vede, că % îndeplinirii numărului cazurilor tratate în SR Drochia și SR Florești este la nivelul anului 2007, iar în SR Soroca s-a micșorat și constituie doar 97,7%.

Tabelul 2

Cota – parte a categoriilor de persoane asigurate spitalizate.

Nr. d/o	Categorია de persoane asigurate	Cota-parte la spitalizare (%)			
		2005	2006	2007	2008
1	Persoane angajate asigurate	21,7	20,9	21,6	20,9
2	Persoane neangajate, asigurate din contul bugetului de stat:				
	elevi din învățământul secundar profesional	0,6	0,6	0,4	0,8
	studenți	0,7	0,8	0,9	1,1
	invalidi	11,4	12,4	11,7	9,9
	copii de vârstă preșcolară	13,5	13,0	13,0	13,5
	elevi din învățământul primar	11,8	11,4	10,7	11,0
	elevi din învățământul mediu de specialitate (colegii)	-	0,4	0,2	0,4
	șomeri	1,2	1,2	1,1	1,2
	pensionari	27,0	27,4	28,5	28,2
	copii neincadrați pînă la 18 ani	0,4	0,6	0,4	0,4
	gravide, parturiente, lăuze	9,0	9,5	9,6	9,2
3	Alte persoane neangajate asigurate în mod individual	2,7	1,8	1,9	2,8
4	Persoane neasigurate afectate cu maladii social condiționate	-	-	-	0,2

Din tabela dată se vede, că structura pacienților spitalizați este ca și în anii precedenți:

- I loc – pensionari 28,2 %
- II loc – persoanele angajate 20,9 %
- III loc – copii de vârstă preșcolară 13,5 %.

Tabelul 3

Cota pacienților internați pe urgență

IMSP	anul 2005	anul 2006	anul 2007	anul 2008
SR Soroca	75,2%	77,4%	80,7%	83,8%
SR Drochia	92,9%	96,5%	96,3%	96,2%
SR Florești	70,2%	79,7%	68,3%	82,7%

Conform tabelii și a dărilor de seamă, cota-parte a pacienților internați pe urgență a crescut.

A scăzut numărul pacienților internați în mod programat, care se poate lămuri prin faptul că din a.2007 pacienții asigurați au avut posibilitate de a primi tratament în condiții de ambulator și o parte de pacienți au beneficiat de acest lucru.

Eficițizarea continuă a infrastructurii spitalicești, dotarea cu echipament modern și eficient din punct de vedere al costului, implementarea tehnologiilor noi de tratament, precum și alte măsuri ar putea reduce costurile fixe, pentru ca resursele rămase să fie redicționate spre ameliorarea calității serviciilor medicale.

Pe parcursul anului 2008 în rezultatul controlurilor efectuate o parte din cazurile tratate în staționar n-au fost validate din cauza nerespectării standardelor medico-economice de investigații și tratament, etc.

Tabelul 4

Numărul de cazuri tratate nevalidate în staționar

IMSP	anul 2006		anul 2007		anul 2008	
	caz nevalidat	suma (lei)	caz nevalidat	suma (lei)	caz nevalidat	suma (lei)
SR Soroca	7	7685	100	146419	178	357520
SR Drochia	50	53716	106	139168	69	117619
SR Florești	69	79959	115	176825	169	314477
Total	126	141360	321	462412	416	789616

Din tabelă se vede că, în anul 2008 numărul cazurilor nevalidate este în creștere cu 29,5% față de anul 2007 și cu 69,7% față de anul 2006.

Tabelul 5

Analiza cazurilor nevalidate pe profiluri

	anul 2006	anul 2007	anul 2008
I loc	profil terapeutic – 57 (45%)	profil terapeutic – 81 (25%)	profil terapeutic – 146 (35%)
II loc	profil chirurgical – 35 (28%)	profil chirurgical – 73 (23%)	profil patologia sarcinii – 53 (12,7%)
III loc	profil infecțios – 14 (11%)	profil infecțios – 69 (21%)	profil infecțios – 49 (11,8%) profilul pediatric – 49 (11,8%)

Din tabelă se vede, că în anul 2008 pe I loc a rămas după numărul de cazuri nevalidate profilul terapeutic. Pe locul II s-au plasat cazurile nevalidate de profil patologia sarcinii, iar locul III îl împarte profilul infecțios și pediatric.

Tabelul 6

Analiza cazurilor nevalidate după pricină

Cauzele nevalidării	Soroca	Drochia	Florești	Total
Prezentarea incorectă în darea de seamă	18 (10,0%)	-	2 (1,2%)	20 (4,8%)
Internarea repetată cu aceeași diagnoză	7 (3,9%)	1 (1,4%)	5 (3,0%)	13 (3,0%)
Includerea persoanelor neasigurate în darea de seamă	2 (1,0%)	2 (2,9%)	-	4 (1,0%)
Nu corespunde profilului secției	-	9 (13,0%)	21 (12,0%)	30 (7,2%)
Cazuri ce puteau primi tratament în condiții de ambulator	4 (2,0%)	9 (13,0%)	39 (23,0%)	52 (12,5%)
Prestarea serviciilor medicale sub nivelul cerut al volumului și calității (necalitative)	2 (1,0%)	3 (4,3%)	12 (7,0%)	17 (4,1%)
Procurarea medicamentelor incluse în standardele medicale	96 (53,9%)	11 (15,9%)	17 (10,0%)	124 (29,8%)
Cazuri nerezolvate	49 (27,5%)	34 (49,0%)	69 (40,8%)	152 (36,5%)
Spitalizare după indicații sociale (trimiși de poliție, asistența socială, copii vagabonzi, ș.a.)	-	-	4 (2,4%)	4 (1,0%)
Total	178	69	169	416

După cum se vede din tabelă, cauzele principale de nevalidare a cazurilor tratate sunt:

- I loc — cazuri nerezolvate — 152 cazuri (36,5%);
- II loc — procurarea medicamentelor — 124 cazuri (29,8%);
- III loc — cazuri ce puteau primi tratament în condiții de ambulator — 52 cazuri (12,5%).

Pe parcursul controalelor efectuate s-a observat o ameliorare în activitatea instituțiilor medicale în ceea ce privește formarea documentației medicale, volumului și calității serviciilor medicale acordate. Însă s-a constatat, că nu întotdeauna se respectă prevederile Programului Unic al AOAM, neajunsurile depistate au fost indicate în actele de control:

- Problema arzătoare pe parcursul anului 2008 a fost aprovizionarea secțiilor spitalicești cu medicamente și consumabile;
- procurarea de către persoanele asigurate a medicamentelor și consumabilelor incluse în standardele medicale (cota parte a pacienților ce procură medicamente variază de la 30% până la 80% în dependență de profilul secției);
- nu în toate cazurile se respectă standardele de investigații și tratament în secțiile spitalelor;
- nerespectarea profilului secției;
- monitorizarea insuficientă a stării pacienților;
- prestarea serviciilor medicale sub nivelul cerut al volumului și calității;
- acordarea asistenței medicale spitalicești persoanelor neasigurate din fondurile AOAM;
- calitatea joasă a alimentației, cu predominarea produselor din paste făinoase și piinea;
- spitalizarea pacienților cu maladii, ce ar putea beneficia de tratament în condiții de ambulator;
- nu se respectă cerințele ordinului MS nr. 322 din 22.11.2002 „Cu privire la asistența cu medicamente a bolnavilor spitalizați”: bonurile de comandă — livrare personale nu se semnează de pacienți; bonurile se completează la externarea pacientului;
- perceperea coplăților de la persoanele asigurate pentru serviciile medicale prescrise de

medicul curant. Astfel în anul 2008 au fost depistate 4 cazuri de achitare pentru investigații în sumă de 138 lei și multe cazuri de procurare a medicamentelor de către pacienți incluse în standarde (anul 2007 — 23 cazuri în sumă de 3764,23 lei).

Pe parcursul anului s-au efectuat controale intermediare asupra îndeplinirii dispozițiilor emise. Aș vrea să menționez, că răspunsurile la dispoziții vin cu întârziere și nu se prezintă răspuns la toate punctele din dispoziție.

- SR Soroca — din 10 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat numai la 7;
- SR Drochia — din 6 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat la 3;
- SR Florești — din 7 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat la 4.
- CMF Soroca — din 8 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat la 4.
- CMF Drochia — din 7 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat la 5.
- CMF Florești — din 8 dispoziții răspuns în termen a fost prezentat la 8.

Necătfînd la faptul, că unele neajunsuri au fost înlăturate, altele se repetă de la control la control.

Despre acest fapt au fost informați conducătorii instituțiilor medicale.

În anul 2008 a fost efectuat 6 controale SAMU (la indicațiile Direcției Expertiză Medicală CNAM) în privința evaluării indicatorilor de calitate la etapa prespitalicească.

Indicatorii de calitate au fost validați. Dar aș vrea să menționez, că serviciul AMS nu restituie toate cotoarele foilor de însoțire, o parte nu sunt completate, lipsește diagnoza clinică sau diagnoza secției de internare.

Pe parcursul controalelor au fost chestionate 696 persoane. Conform datelor primite, 78% din pacienți nu plătesc pentru investigații în ambulator și 97% nu plătesc în staționar. 96% din pacienți sunt mulțumiți de asistența medicală acordată de medici și 92% — de asistente medicale în condiții de staționar.

Tabelul 7

Pentru anul 2009 în conformitate cu contractele încheiate se planifică următorul volum de asistență medicală (lei)

		r-I Soroca	r-I Florești	r-I Drochia
AMP (persoane asigurate)	Suma contractată	8.054.856	7.064.181	6.967.500
	Nr. populației asigurate	72.200	63.319	62.453
	Nr. cazurilor tratate în condiții de ambulator (324 lei/1 caz)	7653	6712	6620
AMP (persoane neasigurate)	Suma contractată	106.474	93.379	92100
	Nr. populației neasigurate	27.800	24.381	24.047
Asistența Medicală Spitalicească	Suma contractată	27.631.018	26.249.569	23.521.870
	Inclusiv: 1 % pentru secția de internare	263.585	255.083	223.508
	Nr. cazurilor contractate	10313	10950	9889
	Inclusiv: AM SA			
	Suma contractată	5.402.004	4.737.528	4.672.732
	Inclusiv serviciul stomatologic	806.474	707273	697.599

Notă: pentru AMP suma contractată va fi modificată trimestrial în dependență de numărul persoanelor asigurate înregistrate la medicii de familie.

Pe parcursul anului 2008 AT Soroca a CNAM a înfăptuit mai multe măsuri care aveau drept scop, înformarea populației privind cadrul normativ care reglementează raporturile dintre subiecții asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM), pentru a asigura respectarea intereselor persoanelor asigurate, printre care pot fi enumerate:

- participarea specialiștilor AT Soroca la seminarele organizate de Consiliile raionale Soroca, Florești, Drochia cu primarii satelor și comunelor unde au fost date răspunsuri la întrebările legate de AOAM.
- participarea permanentă a specialiștilor și conducerii AT Soroca la seminarele organizate de Inspectoratele Fiscale de Stat din raioanele Soroca, Florești și Drochia, cu participarea agenților economici restanțieri la fondurile de AOAM, în cadrul cărora se dezbăteau și se soluționau pozitiv chestiunile legate de stingerea restanțelor create de agenții economici restanțieri la fondurile de AOAM.
- publicarea în mass-media locală „Realitatea”; „Observatorul de Nord”; „Drapelul”; „Glia Drochiană” a anunțurilor despre demararea procesului de procurare a polițelor de AOAM prin intermediul oficiilor Poștei Moldovei cu reducerea de 50% a costului poliței de AOAM valabilă pînă la finele lunii martie.
- interviul directorului AT Soroca cu același generic, postat în eterul televiziunii locale „SOR-TV”.
- participarea specialiștilor și conducerii AT Soroca la întîlnirile desfășurate în cadrul colectivelor de muncă a SRL „Floreana Fashion” Florești, „SA “ Boris Glavan” Drochia și SA „Monotip” Soroca.
- în toate instituțiile medicale au fost repartizate și afișate: Programul Unic al AOAM; drepturile și obligațiunile persoanei asigurate; avize despre termenii și modalitatea procurării poliței de AOAM; s-au repartizat buclele cu informația despre AOAM.
- informatizarea sistematică a lucrătorilor medicali, efectuată în cadrul vizitelor și controalelor făcute în IMSP din raza de activitate a AT Soroca, în privința respectării prevederilor Programului Unic, standardelor medico-economice, îndeplinirea indicatorilor de calitate.
- publicarea în mass-media locală, în locurile publice a informațiilor și anunțurilor privind încetarea vînzării libere a polițelor de AOAM și posibilitatea procurării polițelor de AOAM la sediul AT Soroca cu achitarea amenzii administrative și penalității respective.

Pe parcursul anului 2008 conducerea și specialiștii AT Soroca au conjugat eforturile pentru a asigura în anul 2009 o pondere mai semnificativă a acumulărilor la fondurile de AOAM, provenite de la persoanele care în conformitate cu Legea nr. 1593 din 26.02.2002 Anexa nr. 2 sînt obligate să se asigure în mod indivi-

dual a solicitat, cu titlu de propunere, acordul IFS din raioanele Soroca, Drochia și Florești pentru ca dările de seamă fiscale care vor fi prezentate în anul 2009 de către întreprinderile individuale și/sau de titularii patentelor de întreprinzător să fie însoțite de confirmarea achitării primelor de AOAM pentru anul curent de gestiune. IFS din raioanele Soroca, Florești și Drochia, parțial au acceptat propunerea de a conlucra mai activ cu AT Soroca în vederea sporirii acumulărilor la fondurile de AOAM.

Reprezentanții AT Soroca în raioane și juristul Agenției participă lunar la ședințele desfășurate de IFS raionale cu participarea agenților economici din teritoriu. În urma analizei economico-statistice realizate de specialiștii AT Soroca agenții economici care pe parcursul anului 2008 au acumulat cele mai semnificative restanțe preponderent activează în ramura agriculturii. IFS raionale au în executare 11 din cele 26 de contracte de eșalonare a plăților restante la bugetul național. AT Soroca a CNAM monitorizează în permanență procesul de stingere a restanțelor create de acești agenți economici la fondurile de AOAM, care la finele anului s-au micșorat considerabil. Acțiunea contractelor de eșalonare a plăților restante la bugetul național deasemenea se întrerupe la data de 31.12.2008.

La solicitarea agenției, filiala Soroca a Camerei Înregistrării de Stat a oferit informația despre fondatorii întreprinderilor individuale, care sunt înregistrate pe teritoriul raioanelor Soroca, Drochia, Florești. IFS au prezentat informația despre deținătorii de patente și gospodăriile țărănești înregistrate.

Am participat la întîlnirile cu reprezentanții Administrației Publice Centrale în cadrul „Ziua Guvernului în teritoriu”.

S-au organizat întîlniri în localitățile rurale în cadrul „Zilelor consiliului raional în primărie” cu populația, colectivele din școli profesionale din localitate, unde au participat și reprezentanții administrației publice locale.

Colaboratorii AT Soroca permanent informează populația despre drepturile și obligațiunile persoanei asigurate, modalitatea de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, volumul de servicii medicale incluse în Programul Unic.

Pe parcursul anului am participat la ședințele de dare de seamă a IFS raionale și a IMSP contractate privind rezultatele activității în anul 2007.

Lunar se analizează informațiile IFS raionale în privința restanțelor agenților economici la fondurile AOAM. Despre agenții economici restanțieri au fost informate Consiliile raionale din raza de activitate a AT Soroca. Au fost expediate scrisori de preîntîmpinare la toți agenții economici restanțieri, informațiile respective au fost prezentate instituțiilor medicale contractate.

Pe parcursul anului 2008 în adresa AT Soroca au parvenit 7 petiții, care au fost soluționate conform legislației în vigoare.

În zilele de audiență au fost primite de directorul AT Soroca 45 persoane pe diferite probleme legate de

AOAM. Ceilalți specialiști au primit în audiență persoanele la necesitate.

Problemele abordate în petiții și în timpul audienței sunt:

- eliberarea poliței de asigurare persoanelor care îngrijesc de invalizi și mamelor cu 7 și mai mulți copii;
- plăți nejustificate;
- nemulțumirea de nivelul asistenței medicale acordate;
- procurarea poliței de AOAM și altele.

Toate problemele abordate au fost soluționate în conformitate cu legislația în vigoare și dat răspuns în termenii stabiliți.

În anul 2009 Agenția Teritorială Soroca va activa în conformitate cu legislația în vigoare în ce privește AOAM și a planului de activitate pentru anul 2009 aprobat de CNAM.

CONCLUZII:

1. Rezultatele studiului confirmă o scădere a numărul pacienților internați în mod programat, care se

poate lămurii prin faptul că au avut posibilitate de a primi tratament în condiții de ambulator .

2. Pe parcursul anului 2008 în rezultatul controlo-urilor efectuate o parte din cazurile tratate în staționar n-au fost validate din cauza nerespectării standardelor medico-economice de investigații și tratament.

3. Asistența medicală spitalicească în IMSP contractate se acordă pe 5 profiluri: terapie, pediatrie, boli infecțioase, chirurgie, obstetrică și ginecologie, pentru spitalele raionale Soroca și Florești a fost contractat suplimentar profilul ftiziatrie

BIBLIOGRAFIE

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu“, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.
2. Duda Rene. Gerontologie medico-socială, Ed. Junimea, Iași, România, 1983, 185 p.
3. Ciocanu, M., Topchin, I., Hincu O., Iacob, G., Managementul serviciilor spitalicești. Manual. Chișinău, 2007, 159p.
4. Ciobanu, M., Sava, V., Ciocanu, M., Tafuni, N. Activitatea companiilor de asigurări medicale. Elaborare metodică. Chișinău, 2001, 16p.

UNELE REZULTATE DE ACTIVITATE A AGENȚIEI TERITORIALE DE ASIGURĂRI MEDICALE SOROCA ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Rezumat

În lucrare se descrie unele rezultate ale activității Agenției Teritoriale de Asigurări Medicale Soroca în asistența medicală primară.

În materialele studiului se descriu: situația, problemele și soluțiile de rezolvare a obiectivelor de activitate în acordarea asistenței medicale primare a IMSP a CMF Soroca, Florești și Drochia.

Summary

Some results of the activity of the regional agencies of medical insurance in Soroca in primary medicine.

In this article described some results of the regional agencies of medical insurance in Soroca in primary medicine.

In the material studies are described the situation, the problems the solutions of the objectives in the activity of primary medicine in IMPS CMF Soroca, Florești, Drochia.

T. Grejdianu,
Ela Ursu,
Elena Grejdian,
Ion Ursu

*Catedra Sănătate
Publică și Management
„Nicolae Testemițanu“
Agenția Teritorială
de Asigurări Medicale
Soroca*

Asistența Medicală Primară ocupă un loc important în sistemul ocrotirii sănătății în funcțiile căreia intră respectarea prevederilor Programului Unic de profilaxie, depistare și tratament a maladiilor. AMP este considerată prioritară și situată pe poziția de „avanpost“ al sistemului de sănătate. Fiind cea mai eficientă, din punct de vedere al costului, formă de asistență medicală, cu impactul cel mai mare asupra indicatorilor de sănătate, oferă o accesibilitate mai mare populației la servicii medicale. Divizarea economico-financiară va permite în cel mai scurt timp AMP să se fortifice și să utilizeze capacitățile sale maxime pentru a obține o eficiență cât mai mare a alocațiilor surselor financiare destinate sistemului de sănătate și a

spori calitate serviciilor medicale prin implementarea mecanismului de motivare a lucrătorilor medicali, inclusiv prin aplicarea plăților stimulative în funcție de performanțele profesionale.

Din aceste considerente în cadrul AMP au fost contractate cazuri tratate în condiții de ambulator cu medicamente și consumabile integral compensate, indicatorii de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical, medicamente integral/parțial compensate din fondurile AOAM, îngrijiri medicale la domiciliu.

Tabelul 1.

Numărul de cazuri tratate în condiții de ambulator în anul 2008

	nr. cazuri tratate în ambulator		Diferența +/-	% îndeplinirii
	contractate	real îndeplinite		
CMF Soroca	6654	6168	-486	92,7
CMF Drochia	4968	4917	-51	99,0
CMF Florești	5662	5706	+44	100,7

Din tabela dată se vede, că CMF Florești a supra-îndeplinit numărul cazurilor tratate în condiții de ambulator (+44), iar CMF Drochia și CMF Soroca n-au îndeplinit numărul cazurilor tratate în condiții de ambulator respectiv cu „-“ 51 și „+“ 486.

Însă, în rezultatul controlului efectuat, nu toate cazurile au corespuns cerințelor „Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator în cazul unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa“ și ca rezultat ele n-au fost validate.

Tabelul 2.

Numărul cazurilor nevalide în AMP

	2007		2008	
	cazuri nevalide	suma (lei)	cazuri nevalide	suma (lei)
CMF Soroca	9	2853	9	2916
CMF Drochia	152	48184	55	17820
CMF Florești	163	51671	114	36936
TOTAL	324	102708	178	57672

Din tabele se vede că numărul cazurilor nevalide în AMP s-au micșorat, însă rămâne înalt numărul cazurilor nevalide din cauza neprezentării documentației medicale.

Pentru tratament în condiții de ambulator s-au folosit medicamente integral compensate din fondurile AOAM.

Tabelul 3.

Cheltuielile pentru un caz tratat în ambulator

	CMF Soroca		CMF Florești		CMF Drochia	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Costul medicamentelor eliberate (mii lei)	1323,2	1600,8	976,5	1293,5	1097,2	1239,5
Cheltuielile la 1 caz tratat (lei)	214,80 (83,8%)	259,53 (99,0%)	194,83 (76%)	226,69 (86,4%)	218,91 (85,4%)	252,07 (96,1%)

Din tabelă se vede, că costul medicamentelor eliberate pentru tratarea unui bolnav în condiții de ambulator variază de la 226,69 lei până la 259,53 lei față de 262,28 lei prevăzut în devizele de cheltuieli a IMSP pentru anul 2008. Pe parcursul anului s-au depistat cazuri, când pacienții au procurat unele medicamente din cele prescrise, iar consumabilele (seringi, sisteme) nu se eliberau în cantități necesare pentru cazul dat.

Deci vedem, că sunt resurse pentru ameliorarea calității serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate în condiții de ambulator.

În baza ordinului comun al MS și CNAM nr. 137/54-A din 27.03.2008 în anul 2008 trimestrial au fost evaluați indicatorii de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical în AMP.

Indicatorii de performanță profesională de calitate a muncii personalului medical

Tabelul 4.

Supravegherea gravidelor

Tabelul	2007				2008			
	Gravide luate în termen la evidență	Cazuri nevalide		Gravide luate în termen la evidență	Cazuri nevalide			
		Abso-lute	%		Abso-lute	%		
Tabelul	687	22	3,2	661	6	0,9		
Tabelul	582	112	19,0	578	121	20,9		
Tabelul	620	39	6,0	656	49	7,5		
Tabelul	1889	173	9,6	2197	176	8,0		

Termenul stabilit la nivel de AMP s-a confirmat prin consultația medicului obstetrician — ginecolog și examenul USG. Deasemenea în anul 2008 s-a verificat prescrierea acidului folic femeilor însărcinate.

Tabelul 5.

Supravegherea copilului primului an de viață în anul 2008

Instituția	Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide		Cauzele nevalidării		
		Abso-lute	%	Neprezentarea fișei medicale	Nu corespunde „Regulamentului“	Alte cauze
CMF Soroca	744	173	23,3	17	150	6
CMF Drochia	720	418	58,1	217	195	6
CMF Florești	620	159	25,6	1	149	9
Total	2084	750	36,0	235	494	21

Validarea cazurilor de supraveghere a copiilor primului an de viață s-a efectuat conform prevederilor ordinului MS nr. 491 din 27.12.05 „Cu privire la aprobarea standardelor de supraveghere a gravidelor și copiilor în condiții de ambulator“ și a „Regulamentului privind validarea indicatorilor de performanță profesională a muncii personalului medical“ aprobat prin ordinul comun al MS și CNAM nr. 137/54-A din 27.03.08 capitolul III p(b) „Supravegherea copilului primului an de viață“.

Tabelul 6.

Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie

Instituția	2007			2008		
	Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide		Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide	
		Abso-lute	%		Abso-lute	%
CMF Soroca	95	17	17,9	49	1	2,0
CMF Drochia	27	3	11,0	49	14	28,6
CMF Florești	46	10	21,7	73	2	2,7
Total	168	30	17,9	171	17	9,9

Depistarea primară a tuberculozei de către medicul de familie s-a confirmat prin prezența în fișa medicală (F — 25e) a înscrierii medicului de familie privind suspexia la tuberculoză, trimiterea la investigații de laborator și consultația ftiziopulmonologului, în urma cărora s — a stabilit diagnosticul de tuberculoză.

Tabelul 7.

Tratamentul ambulator al pacienților cu tuberculoză sub supravegherea medicului de familie

Instituția	2007			2008		
	Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide		Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide	
		Abso-lute	%		Abso-lute	%
CMF Soroca	32	1	3,0	21	5	23,8
CMF Drochia	28	9	32,0	37	7	18,9
CMF Florești	45	6	13,0	46	5	13,1
Total	105	16	15,0	104	17	16,3

Indicatorul dat s-a validat în baza verificării datelor raportate de medicul de familie, confirmate prin înscrierea medicului ftiziopulmonolog despre finalizarea tratamentului.

Tabelul 8.

Depistarea primară a cancerului

Instituția	2007			2008		
	Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide		Cazuri prezentate în raport	Cazuri nevalide	
		Abso-lute	%		Abso-lute	%
CMF Soroca	52	8	15,4	27	3	11,1
CMF Drochia	26	10	38,5	57	38	66,7
CMF Florești	37	11	29,7	58	13	22,4
Total	115	29	25,0	142	54	38,0

Din tabelă se vede că numărul cazurilor nevalide s-a mărit, cauzele principale fiind neprezentarea documentației medicale și lipsa confirmării în Cancer-registru.

Validarea indicatorului dat s -a efectuat în baza verificării datelor raportate de medicul de familie cu datele din Registrul Cancer de la medicul oncolog.

Atrage atenția în timpul controlurilor, că medicii de familie depistează primar cancer la pacienții din

grupul de risc (plămâni, stomac), dar foarte rar se depistează de medicul de familie formele vizuale — pielea, glanda mamară.

Tabelul 9.

Supravegherea persoanelor cu hipertensiune arterială

Instituția	2007		2008	
	Numărul persoanelor adulte asigurate	Persoane cu HTA, supravegheate de medicul de familie	Numărul persoanelor adulte asigurate	Persoane cu HTA, supravegheate de medicul de familie
CMF Soroca	54692	15,2%	19018	18,3%
CMF Drochia	49277	12,4%	16417	14,4%
CMF Florești	46748	16,1%	20652	19,1%
Total	150717	14,7%	56087	17,4%

Indicatorul dat s-a validat în cazul prezenței în fișa medicală a înscrierii medicului de familie cel puțin o dată în trimestru.

După datele statistice prezentate în tabelă, cota parte a persoanelor aflate la evidență cu maladii care se caracterizează cu hipertensiune arterială care au fost examinate de medicul de familie, este de 17,4 % cu puține devieri pe raioane. Dar controlurile au arătat, că calitatea supravegherii nu întotdeauna este adecvată stării pacientului. Sînt pacienți cu cifre destul de mari a tensiunii arteriale, care primesc medicamente hipotensive neregulat, ca rezultat în teritoriul rămîne la nivel înalt morbiditatea prin ictusuri cerebrale cu toate consecințele nefaste — invalidizare, deces.

Pentru prima dată în anul 2008 au fost contractate în AMP îngrijiri medicale la domiciliu a persoanele asigurate dependente de pat, cu maladii cronice în stadiu avansat, după intervenții chirurgicale mari la recomandarea medicului de familie sau medicului specialist.

Tabelul 10.

Numărul cazurilor de îngrijiri medicale la domiciliu în AMP pentru anul 2008

Instituția medicală	Numărul cazurilor asistate		Diferența +/-	% îndeplinirii
	Contractate	Real îndeplinite		
CMF Soroca	66	66	-	100,0
CMF Drochia	40	41	+1	102,5
CMF Florești	58	47	-11	81,0

Pentru tratamentul maladiilor cardiovasculare, copiilor 0—5 ani, gravidelor pe parcursul anului 2008 au fost prescrise medicamente parțial/integral compensate persoanelor asigurate în sumă de 5399,8 mii lei; suma compensată fiind de 4651,3 mii lei (86,1%).

Tabelul 11.

Medicamente compensate eliberate de către instituțiile farmaceutice în anul 2008 (lei)

Nr. d/o	Denumirea instituției farmaceutice	Numărul rețetelor eliberate	Suma totală	Suma compensată	Suma planificată conform contractului
1.	IMSP „CMF Soroca“	48513	1936944	1329335	1858310
2.	SRL „Farmacia centrală nr. 371“	8889	465096	276284	
	Total raionul Soroca	57402	2402040	1605619 (86,4%)	
3.	IMSP „CMF Florești“	56277	2687555	1586211	1995559
4.	SRL „Farmgel“	488	23510	14612	
	Total raionul Florești	56765	2711065	1600823 (80,2%)	
5.	IMSP „SR Drochia“	54421	1994311	1444817	1545869
	Total raionul Drochia	54421	1994311	1444817 (93,5%)	
6.	Total general	168588	7107416	4651259 (86,1%)	

Dacă în anul 2007 suma compensată din fondurile AOAM pentru medicamentele parțial/integral compensate a alcătuit pentru 3 raioane 3252,7 mii lei, atunci în anul 2008 această sumă a crescut de 1,4 ori.

Nu toate instituțiile medicale primare rurale sunt completate cu medici de familie (Soroca — în 13 OMF; Drochia — 4 OMF; Florești — 9 OMF). Populația în aceste localități este deservită de medici ce activează prin cumul, efectuând 1-2 ori pe săptămână primirea pacienților la adresare. Nu toate CS și OMF sunt dotate cu instrumentariu și aparataj medical necesar. Aceste pricini în comun cu altele (starea social-economică, conștiința populației, posibilitatea de a se deplasa în centrele raionale) nu permit în volum deplin respectarea prevederilor Programului Unic și anume:

- consultația copiilor în vârstele decretate conform ordinelor MS;
- controlul anual al persoanelor asigurate peste 18 ani, controlul medical periodic pentru afecțiunile aflate sub supravegherea medicului de familie;
- îndreptarea persoanelor asigurate la consultația specialiștilor și la investigații instrumentale și de laborator fără argumentarea lor;
- nu se respectă prevederile „Regulamentului cu privire la tratamentul în condiții de ambulator...” (s-au inițiat cazuri tratate cu maladii ce nu sunt incluse în „Regulament ...”, tratament necalitativ, nu se monitorizează starea pacientului în dinamică, nu se prescriu îndeajuns consumabile pentru efectuarea tratamentului).
- asortimentul mic de medicamente parțial/integral compensate, pentru tratament în condiții de ambulator, pentru acordarea ajutorului medical de urgență în instituțiile medicale rurale.
- posibilitatea limitată a populației rurale de a primi tratament în condiții de ambulator (CMF Soroca).

- dotarea insuficientă a instituțiilor medicale rurale cu aparataj și tehnică medicală, mobilier.
- dotarea insuficientă a instituțiilor cu documentație medicală primară de model aprobat de MS.

CONCLUZII:

1. Asistența Medicală Primară fiind cea mai eficientă, din punct de vedere al costului, formă de asistență medicală, cu impactul cel mai mare asupra indicatorilor de sănătate, oferă o accesibilitate mai mare populației la servicii medicale.

2. Atrage atenția în timpul controlurilor, că medicii de familie depistează primar cancer la pacienții din grupul de risc (plămâni, stomac), dar foarte rar se depistează de medicul de familie formele vizuale — pielea, glanda mamară.

3. Auditul efectuat de experții agenției au depistat pacienți cu cifre destul de mari a tensiunii arteriale, care primesc medicamente hipotensive neregulat, ca rezultat în teritoriul rămâne la nivel înalt morbiditatea prin ictusuri cerebrale cu toate consecințele nefaste — invalidizare, deces

4. Pentru prima dată în anul 2008 au fost contractate în AMP îngrijiri medicale la domiciliu a persoanele asigurate dependente de pat, cu maladii cronice în stadiu avansat, după intervenții chirurgicale mari la recomandarea medicului de familie sau medicului specialist.

BIBLIOGRAFIE

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu“, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.
2. Duda Rene. Gerontologie medico-socială, Ed. Junimea, Iași, România, 1983, 185 p.
3. Ciocanu, M., Topchin, I., Hincu O., Iacob, G., Managementul serviciilor spitalicești. Manual. Chișinău, 2007, 159p.
4. Ciobanu, M., Sava, V., Ciocanu, M., Tafuni, N. Activitatea companiilor de asigurări medicale. Elaborare metodică. Chișinău, 2001, 16p.

TENDINȚELE CONTEMPORANE ÎN ASISTENȚA STOMATOLOGICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Rezumat

În baza datelor statistice oficiale cu privire la activitatea serviciului stomatologic în Republica Moldova în perioada 2004—2008 s-a constatat asigurarea joasă cu cadre medicale stomatologice, în deosebi în mediul rural, creșterea morbidității stomatologice. Se propune „Concepția privind dezvoltarea asistenței stomatologice în Republica Moldova“.

Summary

CONTEMPORARY TRENDS IN DENTAL ASSISTANCE OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA.

According to the official statistical records concerning the activity of dental services in the Republic of Moldova in the period of 2004—2008 there has been established a low level of dental professionals, especially in rural areas and the increase of dental morbidity. It is proposed „The concept concerning the development of dental care in the Republic of Moldova.“

Introducere.

În „Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova“ elaborată până la an. 2021 este menționat că: „Grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în activitatea oricărui stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și caracterizează nivelul dezvoltării și prosperării sociale“.

Pentru ameliorarea stării de sănătate a populației din Republica Moldova s-a conturat o viziune nouă asupra principiilor de suport pentru activitatea și consolidare a sănătății publice: asigurarea securității sociale, economice, ecologice, alimentare, promovarea unui stil sănătos de viață și accesul echitabil la servicii medicale de calitate.

Asistența stomatologică reprezintă o gamă de servicii medicale acordate populației, care necesită perfecționare.

Scopul constă în evaluarea activității serviciului stomatologic în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii și elaborarea concepției privind dezvoltarea asistenței stomatologice în Republica Moldova.

Pentru realizarea scopului au fost trasate următoarele obiective:

1. Evaluarea activității asistenței stomatologice în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii.
2. Analiza tendințelor sănătății orale în rândurile populației Republicii Moldova.
3. Elaborarea „Concepției privind dezvoltarea asistenței stomatologice în Republica Moldova“.

Material și metode.

Este îndeplinit studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral. Acest studiu ne-a permis să fie făcute diferite tipuri de comparații ce țin de dezvoltarea resurselor umane și instituțiilor stomatologice, a unor indicatori de activitate în perioada anilor 2004—2008. Pentru analiză este utilizată statistica oficială cu privire la activitatea serviciului stomatologic în Republica Moldova.

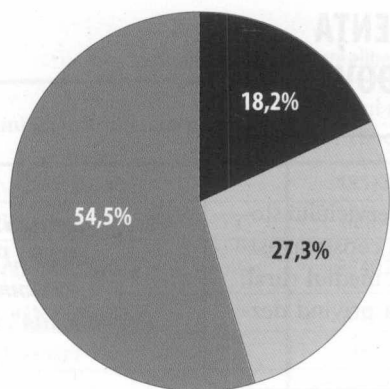
Rezultatele obținute.

Asistența stomatologică în Republica Moldova este acordată de 287 instituții, inclusiv 11 policlinici, 41 secții și 235 cabinete stomatologice.

Structura policlinicilor stomatologice în funcție de nivelul de activitate este prezentată în Fig. 1.

Svetlana Siminovi,
IMSP „Policlinica Stomatologică Republicană“, medic-șef

Ion Lupan,
dr. hab. în medicină, prof. universitar, șef catedră chirurgie OMF Pediatrică și Pedodonție, Președinte ASRM



■ republicane ■ municipale ■ raionale

Fig. 1. Structura policlinicilor stomatologice în funcție de nivelul de activitate (%).

Asistența stomatologică este una din cele mai solicitate, după asistența medicală se adresează 13,5% din numărul populației.

La finele anului 2008 au activat 896 de medici stomatologi, din ei al nivelul raional — 49,8 (446). Acest număr are tendința de descreștere: de la 935 în an. 2004 până la 896 în an. 2008.

Asigurarea populației cu medici stomatologi la nivel republican constituie 2,5 la 10 mii de locuitori, la nivel municipal — 2,7 la 10 mii de locuitori și la nivel raional — 1,7 la 10 mii de locuitori (Fig. 2).

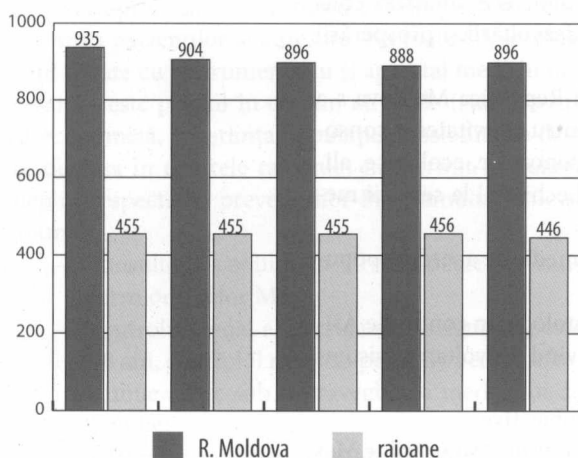


Fig. 2. Asigurarea populației Republicii Moldova cu medici stomatologi (aa. 2004—2008, abs.)

S-a stabilit, că nivelul cel mai înalt de 2,6 la 10 mii de locuitori de asigurare cu medicii stomatologi și dentiști s-a înregistrat în raioanele Ștefan Vodă și Briceni și cel mai jos — de 0,2 la 10 mii de locuitori — în raionul Cantemir. Din lipsa de cadre în țară nu funcționează 176 de cabinete stomatologice din localitățile rurale, în ultimii trei ani s-au închis 45 cabinete. Pentru ameliorarea acestei situații au fost lansate proiectele Guvernamentale: „Satul moldovenesc” pentru rezolvarea problemelor sociale și de muncă a tinerilor specialiști. Aproximativ 60,0% din medici stomatologi, care activează în raioanele republicii sunt pensionari și 20,0% se apropie de această vârstă.

Baza tehnico-materială a serviciului stomatologic s-a învechit moral și fizic. Serviciul stomatologic din

republică are necesitate de 797 instalații stomatologice cu fotolii, 634 popinele, 44 cabinete stomatologice mobile, 23 cuptoare pentru metaloceramică și 10 instalații de turnare a protezelor dentare. În an. 2006 a fost întocmit „Programul de asigurarea a serviciului stomatologic din țară cu utilaj și aparataj stomatologic”, dar până în prezent nu este realizat pe deplin. Ministerul Sănătății este conștient de importanța acestei probleme și surse centralizate și extrabugetare au fost procurate 50 instalații stomatologice, 20 popinele, 4 cuptoare pentru metaloceramică și o instalație pentru turnarea protezelor dentare.

În condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii sunt determinate tipul și volumul de servicii medicale care se acordă populației din contul bugetului de stat în măsură egală tuturor pacienților. Principiile Asigurărilor Medicale obligatorii au unele avantaje și dezavantaje.

Avantajele se referă la sporirea intereselor instituțiilor medicale de stat în promovarea modului sănătos de viață și profilaxia maladiilor: ameliorarea calității serviciilor medicale; sporirea asigurării cu resurse umane și îmbunătățirea bazei tehnico-materiale.

Dezavantajele se referă la creșterea prețurilor la tehnica medicală și medicamente; creșterea costului serviciilor medicale; majorarea volumului serviciilor medicale din sectorul privat; apariția fenomenului de șomaj în rândurile lucrătorilor medicali.

Finanțarea serviciului stomatologic din cadrul Asigurărilor Medicale Obligatorii se efectuează în conformitate cu prevederile „Programului Unic” care se aprobă anual de către Guvernul Republicii Moldova și include următoarele componente: asistența stomatologică profilactică și asistența stomatologică de urgență persoanelor asigurate.

Volumul asistenței stomatologice acordate populației în condiții de AOAM este determinat de Programul Unic și include:

- Asistența stomatologică profilactică acordată copiilor și gravidelor.
- Asistența stomatologică de urgență acordată persoanelor asigurate.

Sursele alocate din cadrul „Programului Unic” pentru acordarea asistenței stomatologice populației în an. 2008 s-a mărit cu 16,0% față de an. 2007 și au constituit 17 mln. 300 mii lei. Pentru an. 2009 este preconizată majorarea cu 54,1% față de an. 2008, care acoperă doar 40,0% din necesitățile pe republică. Dar și cu așa alocării în an. 2007 volumul acordării asistenței stomatologice în republică a crescut cu 10,0%, în an. 2008 — cu 2,0%.

Comparativ cu an. 2004 numărul de vizite la stomatologi și dentiști are o tendință de creștere, ritmul de creștere constituie +2,6%. Din numărul total de vizite cota vizitelor primare constituie 56,8%. Este în creștere indicatorul ce determină ponderea bolnavilor asanați din primari până la 39,2%.

Indicatorul care caracterizează calitatea asistenței stomatologice — ponderea populației asanate din numărul celor ce o necesită — s-a majorat până la 70,8%.

Din lipsa surselor financiare „Programul Național de profilaxie orală la copii” aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1235 din 22.12.1998 nu se îndeplinește pe deplin. Lipsa profilaxiei afecțiunilor stomatologice a dus la creșterea morbidității bolilor stomatologice la copii până la 72,6% în an. 2008, iar indicele COE — până la 3,7.

Conform datelor statisticii oficiale ponderea copiilor antrenați în profilaxie a crescut de la 32,2% în an. 2004 până la 50,6% în an. 2008, al nivel raional în ultimii trei ani se menține la 30,0% (Fig. 3).

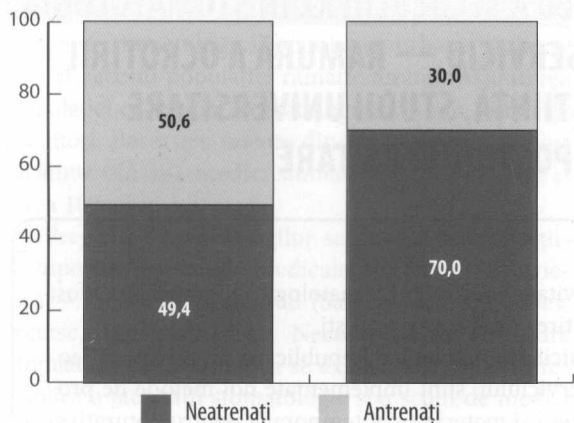


Fig. 3. Ponderea copiilor antrenați în profilaxie (%), an. 2008.

Pentru perioada de analiză ponderea copiilor asanați din numărul celor ce o necesită a fost cea mai mare în an. 2007 fiind 74,3% cu o scădere până la 71,9% în an. 2008.

Datorită neadresărilor la timp cu scop profilactic au crescut adresările de urgență stomatologică: de la 110 mii în an. 2004 până la 148799 în an. 2008, ce constituie o creștere de 35,3%. Din numărul total de adresări 64,4% (95867) au fost din partea persoanelor asigurate, în 35,6% asistența stomatologică a fost acordată din surse extrabugetare acumulate de la serviciile prestate contra plată.

Analiza situației actuale argumentează necesitatea reorganizării și dezvoltării serviciului stomatologic din țară având ca scop renovarea și realizarea în practică a „Programului Național de sănătate orală la copii” și sporirea accesibilității populației la o asistență stomatologică performantă prin implementarea noilor metode de management în activitatea instituțiilor stomatologice, metodelor contemporane de diagnostic și tratament. În conformitatea cu Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale nr. 46 din 31.01.06 în cadrul IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a fost organizată „Secția de monitorizarea, evaluare și integrarea a serviciului de asistență medicală stomatologică”.

În acest context de către serviciul de evaluare, monitorizare și integrare, de comun acord cu specialistul principal al Ministerului Sănătății în stomatologie, facultatea stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu” a fost elaborat un proiect de ordin privind reorganizarea serviciului stomatologic, formarea IMSP Policlinica Stomatologică raională ca agent juridic și economic independent.

Sursele financiare vor fi alocate de bugetul republican, local, granturi, din sursele extrabugetare parvenite de la acordarea asistenței stomatologice contra plată.

Consolidarea bazei tehnico materiale a serviciului stomatologic se va efectua în 3 etape:

I — Consolidarea bazei tehnico materiale a serviciului stomatologic din municipii și centrele raionale.

II — Consolidarea bazei tehnico-materială a serviciului stomatologic din localitățile rurale care funcționează.

III — Consolidarea bazei tehnico-materială a serviciului stomatologic din localitățile rurale, care nu funcționează din lipsa de cadre.

Organizarea asistenței stomatologice populației — în scopul asigurării accesului la asistența stomatologică calitativă se va stabili structura serviciului stomatologic de stat, prin policlinici stomatologice în municipii și în raioanele republicii cu filiale în localitățile rurale (cu statut de persoană juridică):

- Asistența stomatologică pentru adulți;
- Asistența stomatologică copiilor și profilaxia bolilor stomatologice;
- Asistența stomatologică de urgență;
- Asistența stomatologică de protetică dentară
- Locul stomatologiei private și conlucrarea cu serviciile medicale de stat.

Concluzii:

1. Asigurarea joasă a populației cu medici stomatologi și dentiști afectează considerabil nivelul de sănătate a populației. Lipsa profilaxiei bolilor stomatologice, menținerea focarelor de infecție cronică în cavitatea bucală va duce la creșterea morbidității.

2. Consolidarea serviciului stomatologic la diferite niveluri va asigura ameliorarea acordării asistenței medicale stomatologice calitative, prestarea unor servicii echitabile pentru toate categoriile de populație din localitățile rurale și municipii. Aceste acțiuni ne oferă un pact social important asupra opiniei medicale, prin consolidarea imaginii medicului în special de la sate, cât și crearea condițiilor atractive de activitate, ca urmare va atrage tinerii specialiști de a practica medicina în localitățile rurale.

3. Consolidarea bazei tehnico-materiale a serviciului stomatologic va crea condiții de muncă a medicilor stomatologi conform standardelor internaționale, va crește accesibilitatea populației la servicii stomatologice de înaltă calitate, vor crește considerabil veniturile de la prestarea serviciilor contra plată, instituțiile stomatologice vor putea concura pe piața prestărilor de servicii, va crește rentabilitatea lor.

Bibliografia

1. Anuarele statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova pentru anii 2004—2008.
2. Asigurarea obligatorie de asistență medicală/Compania Națională de asigurări în medicină. Chișinău, 2005.
3. Hotărârea Colegiului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 2 din 19.02.2002 „Cu privire la Conceptul dezvoltării asistenței stomatologice în Republica Moldova”.

4. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 672 din 21.07.1999. „Cu privire la trecerea instituțiilor stomatologice la autogestiune“.
5. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 749 din 4.08.1999 „Pentru aprobarea actelor normative despre executarea Legii privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat“.
6. Legea Nr. 1585 — XIII din 27.02.1998 „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală“.
7. Legea Ocrotirii Sănătății a Republicii Moldova nr. 411 — XIII din 28.03.1995. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 34 din 22 iunie 1995.
8. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 51 din 15.03.2000 „Cu privire la activitatea instituțiilor stomatologice“.
9. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 7 din 13.01.1997 „Despre perfecționarea asistenței medicale stomatologice populației din Republica Moldova“.
10. Ordinul Ministerului Sănătății din 22.09.1999 „Cu privire la separarea serviciului stomatologie din componența spitalului județului, municipale și sectorale“.
11. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (2007—2021), Chișinău, 2008, 64 p.

INVESTIȚIA ANILOR 60 A SECOLULUI XX ÎN STOMATOLOGIA AUTOHTONĂ CA SERVICIU — RAMURĂ A OCROTIRII SĂNĂTĂȚII, ȘTIINȚĂ, STUDII UNIVERSITARE ȘI POSTUNIVERSITARE

Svetlana SIMINOVICI,
medic șef,
Victor SIMINIUC,
medic șef adjunct,
Mihai ȘESTOVSCI,
șef SEMIAS

**IMSP POLICLINICA
STOMATOLOGICĂ
REPUBLICANĂ**
*(Serviciul Evaluare,
Monitorizare și
Integrare a Asistenței
Stomatologice)*

Rezumat

Din primii ani de activitate Policlinica Stomatologică Republicană a fost bază clinică pentru pregătirea tinerilor specialiști.

Colaboratorii Policlinicii Stomatologice Republicane au un aport deosebit în perfecționarea serviciului, sunt implementate noi metode de profilaxie, tratament, tehnologii și materiale contemporane pentru obturații și confecționarea protezelor dentare.

Colaboratorii Policlinicii Stomatologice Republicane conlucrează cu Asociația Medicilor Stomatologi, cu catedrele de profil stomatologic a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“.

Summary

THE INVESTMENT OF THE 60s OF THE XX CENTURY IN AUTOCHTHONIC STOMATOLOGY AS SERVICE — A BRANCH OF HEALTH, SCIENCE AND UNIVERSITY AND POST UNIVERSITY CARE.

From the first years of activity the Republican Stomatological Clinic was the basic clinical training for young specialists.

The Republican Stomatological Clinic collaborators have a great contribution in improving the service, there are developed new methods of prevention, treatment, technology and contemporary materials for obturatings and and manufacturing of dentures.

The Republican Stomatological Clinic collaborators is working with the Association of Stomatologists, with the Stomatological Departments of the Stomatologic field of the Moldova State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu“.

Pregătirea cadrelor medicale din populația băștinașă a Republicii Moldova și organizarea asistenței medicale calificate la bazele locale s-a început odată cu fondarea, crearea Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (conform ordinului Unional al școlii superioare nr. 427/669 din 31 august 1945 și al Comisariatului Popular al ocrotirii sănătății din URSS, care prevedea transferarea în or. Chișinău a Institutului de Medicină nr. 2 din or. Leningrad, evacuat în Kislovodsk în timpul blocadei și transformarea lui în Institutul de Stat de Medicină din Chișinău cu o singură facultatea de medicină generală).

Printre problemele Ministerului Sănătății, în circuitele de specialitate de atunci, pe parcurs de peste 10 ani figura problema asistenței stomatologice calificate și organizării ei în tânăra republică. Deja activau peste 60 cabinete stomatologice și o secție în cadrul Spitalului Clinic Republican. Această rețea de instituții acordă



asistență stomatologică populației urbane și rurale, dar accesul populației rămâne limitat. Asigurarea populației cu medici stomatologi era 1,1 la 10 mii de locuitori. Resursele umane din acest serviciu au fost alcătuite din 141 medici stomatologi, 219 dentiști și circa 100 tehnici dentari.

Pregătirea stomatologilor se efectua în instituțiile superioare și școlile medicale din Uniunea Sovietică — Moscova, Leningrad (Sankt-Peterburg), Kiev, Irkutsk, Harkov, Odesa. Necompletarea cu cadre stomatologice în Moldova se explica prin lipsa în republică a facultății stomatologie și a școlii de medici dentiști, precum și prin numărul insuficient de absolvenți trimiși în Moldova de către Ministerul Sănătății al Uniunii, care, nici nu se rețineau.

Dezvoltarea fructuoasă a serviciului stomatologic în republică s-a început odată cu crearea facultății stomatologie în anul 1959 și anii 60 ai secolului XX. Facultatea de stomatologie a fost fondată prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 122 din 08 iunie 1959 (ministru — dl. A. Discalenco) și aportul rectorului Institutului de Stat de Medicină d-lui Nicolae Testemițanu. Pentru prima dată au fost înmatriculați 50 studenți și încă 15 au fost trimiși pentru a urma studiile în Odesa. Între timp, pe parcursul anilor 1959—1961, are loc formarea corpului profesoral-didactic, bazei tehnico-materiale, catedrelor de profil stomatologic, disciplinelor de bază, pregătirea în institutele de medicină de bază din URSS a unui grup de medici-secundari clinici: în a. 1960 Arsenie Guțan (Leningrad), Sofia Sirbu, Mihail Bușan, Pavel Topolnițchii (Kiev), Vladimir Ocușco (Moscova), apoi studii postuniversitare de secundariat obțin în anii 1961—1963 Ilarion Postolachi (Kiev), 1961—1965 Ana Eni (Kiev), 1963—1964 Alexandra Bujor (Baraniuc) (Odesa), care s-au întors în țară și au stat la baza dezvoltării nu numai a stomatologiei practice, dar și didactice, și științifice. Prin eforturile și energia rectorului Institutului dlui Nicolae Testemițanu, nucleul facultății se suplinește cu specialiști invitați din Uniune pentru predarea disciplinelor stomatologice și cunoașterea posibilităților inepuizabile a stomatologiei — Nicolae Fetisov, profesor universitar, Serghei Mudrâi, candidat în științe medicale, Victorin Melehov (Kiev), se angajează în funcții de asistenți specialiști băștinași Olga Ovciauc, conferențiarul Vasilii Titarev, transferați din Spitalul Clinic Republican ș.a.

Investiția eforturilor făuritorilor stomatologiei au-

tohtone a contribuit la promovarea primei promoții de absolvenți băștinași în anul universitar 1963—1964, formarea facultății stomatologiei moldave și școlii științifice în stomatologie, bazei tehnico-materiale și bazelor clinice a facultății menționate, iar pe termen lung — locul 24 în lume după calitatea pregătirii medicilor stomatologi după datele Organizației Mondiale a Sănătății. Investițiile din anii 60 a secolului trecut, în mod categoric, incontestabil, au dovedit justetea căii alese de către conducerea ocrotirii sănătății, rectoratul Institutului de Medicină din Chișinău în frunte cu ilustru Nicolae Testemițanu.

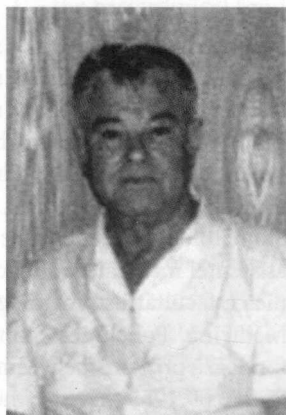
Prin aportul considerabil a făuritorilor stomatologiei autohtone Arsenie Guțan, Sofia Sirbu, Mihail Bușan, Pavel Topolnițchii, Vladimir Ocușco, Ilarion Postolachi, Ana Eni, Alexandra Bujor (Baraniuc) ș.a. s-au făcut schimbări radicale și în sistemul de organizare a asistenței stomatologice din republică. Hotărîrea Sovietului de Miniștri al RSSM nr. 407 din 26.09.1961 „Cu privire la ameliorarea asistenței stomatologice populației republicii“ se îndeplinea, dar măsurile întreprinse erau insuficiente. În tînăra Moldovă, până și în timpul formării stomatologiei ca disciplină medicală, facultății de stomatologie a Institutului de Stat de Medicină, funcțiile organizator — metodice în stomatologie supimentar, mai mult formal. exercita Policlinica Stomatologică Centrală a orașului Chișinău (actualmente IMSP Centrul Stomatologic Municipal). Încă departe de optimal serviciul stomatologic republican activa ca ramură a ocrotirii sănătății, existau multiple probleme anevoiase cu dirijarea asistenței stomatologice, cu bazele clinice a tinerei facultăți de stomatologie. Ca baze clinice se declarau instituțiile stomatologice existente, cărora de către organele de conducere ale ocrotirii sănătății li se atribuia statutul de instituții clinice (Spitalul Clinic Republican, Policlinica aceluiași spital, Policlinica Stomatologică Centrală a orașului Chișinău). Din nou un rol important în ameliorarea serviciului stomatologic și extinderea bazelor clinice a facultății stomatologie îi revine dlui Nicolae Testemițanu, la moment (1963—1968) — ministrul sănătății. Întruchiparea concepției marelui om al neamului moldav dlui Nicolae Testemițanu, în rînd cu fondarea facultății, a fost fondarea Policlinicii Stomatologice Republicane cu funcțiile de diriguitor a asistenței medicale stomatologice din țară și bază clinică a facultății stomatologie a Institutului de Stat de Medicină. Policlinica Stomatologică Republicană se fondează prin ordinele Ministerului Sănătății nr. 14-k din 25.09.1965 „Despre mersul îndeplinirii Hotărîrii Sovietului de Miniștri al RSSM nr. 407 din 26.09.1961 „Cu privire la ameliorarea asistenței stomatologice populației republicii“ și nr.243§3 din 12 octombrie 1966 „Despre organizarea în or. Chișinău a Policlinicii Stomatologice Republicane de I categorie“ pe baza secției de stomatologie a Spitalului Clinic Republican și amplasată pe fostul bloc al Institutului de Oncologie.

Datorită fondării Policlinicii Stomatologice Republicane, facultatea de stomatologie a ISM deja bine formată, a extins aria de pregătire și formare a cadrelor

profesoral — didactice, pregătire a tinerilor specialiști autohtoni, în cadrul Policlinicii sunt organizate catedrele de profil stomatologic terapeutic (șef catedră Sofia Sîrbu) și chirurgical (șef catedră dl Arsenie Guțan, conferențiar, doctor în medicină). Un rol făuritor cu contribuție substanțială în organizarea acestui lucru pragmatic au adus renumiții tinerii savanți autohtoni, secundariați clinici a clinicilor de vază ale Rusiei și Ucrainei — Sofia Sîrbu, Arsenie Guțan, Ana Eni, Vladimir Ocușco, Mihai Bușan, Pavel Topalnițchi, care de rînd cu Omul Emerit, profesor universitar, doctor habilitat în medicină Nicolai Fetisov, profesorul universitar, doctor habilitat în medicină Serghei Mudrăi, conferențiarul universitar, doctor în medicină Vasile Titarev ș.a. participă activ la organizarea catedrelor de profil, ulterior dezvoltă acest lucru titanic profesorii universitari Ilarion Postolachi, Pavel Godoroja, Gheorghe Nicolau, Dumitru Șcerbatiuc, Valentin Topalo, Alexandra Baraniuc, Valeriu Burlacu, Teodor Popovici, Eugenia Balan ș.a.

În rînd cu fondarea Policlinicii Stomatologice Republicane, în viziunile Ministrului Sănătății dlui Nicolae Testemițanu, conducător, medic șef necesită să fie numit un savant autohton tînăr, generos, setos de carte și muncă. Primul savant care a fost chemat pentru audiență în Ministerul Sănătății a fost dl Arsenie Guțan, medic stomatolog chirurg și savant, care în baza Policlinicii Stomatologice Republicane va pune temelia bazei clinice a catedrei chirurgie oro — maxilo — facială și stomatologie chirurgicală de ambulator în rînd cu organizarea catedrei de stomatologie terapeutică și serviciilor stomatologice ce țin de activitatea unei Policlinici de prima categorie — protetică dentară cu laborator tehnic, anesteziologie, roentghenografie, fizioterapie, profilaxie și stomatologie pediatrică, serviciului organizațional metodic și consiliului medical.

Fondarea Policlinicii Stomatologice Republicane ținea de trecut o cale plină de greutate, lăcașul acestei instituții fiind transferat de la balanța Institutului Oncologic. Pe baza secției stomatologie a Spitalului Clinic Republican au fost transferate 54 funcțiuni titulare — personal medical și auxiliar, s-au acordat suplimentar surse financiare pentru încă 96 funcții bugetare. După o minuțioasă analiză a situației de către ministrul sănătății dl Nicolae Testemițanu, dlui Arsenie Guțan i-a fost permisă, la dorința tînărului savant, setarea de știință în domeniu, care a fost numit în funcție de șef de catedră de chirurgie oro — maxilo — facială a facultății de stomatologie. Dar planurile de reorganizare a instituției medicale de profil spitalicesc (institutului oncologic) în instituție medicală stomatologică de ambulator, de



organizare a secțiilor și serviciilor, cabinetelor stomatologice, rămînînd ale dlui Arsenie Guțan, care nu s-au scimbat considerabil și pînă în prezent. În postul de medic-șef a fost numit doctorul Mihai Bușan, doctor în medicină, medic șef adjunct — Gavril Burduja. La 1 decembrie 1966, datorită unei munci organizatorice eficiente, policlinică a primit primii pacienți în secțiile de terapie și ortopedie, la 12 decembrie a fost deschisă secția chirurgie oro-maxilo-facială cu 30 paturi. Șefi de secții au fost numiți: Claudia Vasețcaia — terapie, Vladimir Tăbîrță — protetică dentară, Gheorghe Cebanache — chirurgie. Inițial în colectiv s-au încadrat medicii S. Barabaș, T. Vertebnaia, M. Vodneva, E. Cuzmenco, L. Ozerianscaia, I. Leșciova, C. Solomaha, A. Grăjdieru, V. Malovata, V. Iaroțcaia, C. Harea, medicii dentiști A. Gaiduc, L. Sandu, V. Dumitraș, O. Semionova, tehnicienii dentari I. Adriușenco, O. Nichitin, L. Șapoșnic, asistenți medicali R. Plămădială, L. Mînăscurtă și alții. Ulterior colectivul s-a completat cu tineri specialiști, absolvenți al Institutului de Medicină din Chișinău, actuală Universitate de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“ — P. Vrancea, Eleonora Casian, Lubovi Voina, Valentina Mihailov, Dumitru Frunze, Eugenia Crucicevici, Gheorghe Nemerenco, Mihai Cojocar, Mihai Crucicevici, Teodor Popovici, Andrei Onică, Oleg Babaiev și alții.

La 14 decembrie 1966 prin ordinul medicului șef Mihai Bușan a fost creat Consiliul Medical al Policlinicii Stomatologice Republicane, fapt ce a consemnat extinderea ariei de influență în asistența stomatologică din țară. Activitatea fructuoasă a profesorilor de la catedrele amplasate în instituție (N. Fetisov, A. Guțan, V. Melehov, V. Titarev, S. Sîrbu, O. Ovcariuc, A. Eni, A. Cușnir) au contribuit la perfecționarea și maturizarea colectivului. Astfel, treptat, datorită conducerii chibzuite și muncii sîrguincioase a specialiștilor s-a consolidat colectivul policlinicii, rezervînduși dreptul de ștab republican al asistenței stomatologice.

În legătură cu organizarea cursurilor de perfecționare a medicilor stomatologi în cadrul Facultății de Perfecționare a Medicilor și cu invitația la această muncă a medicului șef al Policlinicii Stomatologice Republicane dlui Mihai Bușan, în fruntea policlinicii din februarie 1974 și pînă în 2004 se află Gavril Burduja, medic șef adjunct — Aurelia Grăjdieru, menționați prin multiplele Diploame de onoare și mulțumiri din partea Ministerului Sănătății al RM.

Pe parcursul a celor 43 de ani de activitate colectivul în permanență se completa cu specialiști, absolvenți a Facultății de Stomatologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“.



Toți tinerii specialiști au fost tutelați de specialiști cu experiență și în scurt timp au devenit profesioniști de înaltă calificare, folosind metodele cele mai performante de tratament și îmbogățind tradițiile colectivului în continuare. Mulți din ei își perfecționează studiile în instituțiile de peste hotarele republicii — România, Rusia, Ucraina, Germania, Franța, Italia, Israel ș.a. Majoritatea specialiștilor au fost atestați și li s-a conferit categoriile prima și superioară de calificare, unii devin doctoranzi și colaboratori ai catedrelor Facultății Stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“, au apărut și scriu teze de doctori în medicină.



Din 2004 medic șef al IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a fost numită dna Svetlana Siminovi, manager în domeniu, master în management în sănătate publică, menționată cu multiple diplome și perfecționări în domeniul organizării și economiei ocrotirii să-

nătății publice, iar medic șef adjunct dl Victor Siminiuc, doctorand al catedrei stomatologie terapeutică a USMF „Nicolae Testemițanu“. Medicul șef dna Svetlana Siminovi și medicul șef adjunct dl Victor Siminiuc în condițiile actuale de economie de piață, sunt pionerii instituției în elaborarea, gestionarea, implementarea și evaluarea proiectelor de finanțare, creditare, reclamă, marketing și management, activitate rațională la autogestiune a instituției. Schimbările organizatorice și noile priorități în activitatea instituției o fac mai accesibilă, mai plină de conținut.



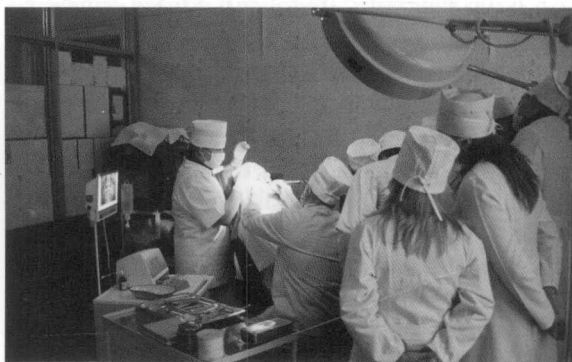
Instituției îi revine un rol important în pregătirea și perfecționarea cadrelor de specialitate. Pe parcursul a mai multor ani ea a constituit baza instructiv-metodică pentru catedrele de stomatologie terapeutică și

chirurgie oro-maxilo-facială, cât și pentru cursul de stomatologie ortopedică a facultății de perfecționare a medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“. Actualmente în cadrul policlinicii activează numai Catedra de Chirurgie



Oro-Maxilo-Facială, șef de catedră — profesorul universitar, doctor habilitat în medicină dl Dumitru Șerbatiuc. Pe parcursul anilor de activitate a policlinicii fructuos combină lucrul curativ cu cel didactic, instructiv — metodic conferențiarul universitar, doctor în medicină dl Teodor Popovici, asistentul universitar Eugenia Balan, din anul 2004 — asistentul universitar Liliana Nastas.

Pe parcursul ultimilor ani din contul mijloacelor disponibile a USMF „Nicolae Testemițanu“ s-a renovat considerabil baza tehnico — materială a lăcașului catedrei, s-au procurat utilaj medical (instalații stomatologice, popinele, etc), iar din contul IMSP Policlinica Stomatologică Republicană s-au efectuat lucrări de reparație capitală contemporană a încăperilor de tratament și studii și de odihnă pentru colaboratorii catedrei. Colaboratorii catedrei de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială sunt prezenți la conferințele clinice organizate în instituție, unele petrecute de către ei însuși. La fel, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană organi-



zează conferințe medicale cu participarea și a altor catedre (stomatologie ortopedică în frunte cu profesorul universitar dl Ilarion Postolachi, stomatologie terapeutică a facultății de perfecționare a medicilor cu participarea profesorului universitar dlui Valeriu Burlacu ș.a.)



Șeful catedrei Chirurgie Oro-Maxilo-Facială profesorul universitar, doctor habilitat în medicină dl Dumitru Șerbatiuc este membru al Consiliului Administrativ a instituției, mereu este prezent la dările

de seamă anuale a instituției, prezintă un interes de îmbinare, colaborare fructuoasă dintre catedra ce o prezintă li instituției.

În prezent în baza Policlinicii Stomatologice Republicane sunt petrecute și orele practice a rezidenților facultății stomatologie și cursanților catedrei de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială și stomatologie ortopedică a Facultății de Perfecționare a Medicilor a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (șef de catedră — profesor universitar, doctor habilitat în medicină, dl Valentin Topalo), asistenți fiind medicii Victor Siminiuc, Eugen Tabacari, Mihai Șestovschi.

Medicii stomatologi, tehnicienii dentari din republică însușesc în IMSP Policlinica Stomatologică Republicană noi metode de diagnostic și tratament, cât și tehnologiile moderne de confecționare a protezelor dentare la perfecționările organizate la locul de muncă. Un anumit merit la acest capitol din nou aparține bazei clinice a universității, fiind că prin suportul științific a facultății de stomatologie și de perfecționare a medicilor instituția se dezvoltă pe calea intensivă, printre primele în instituție sunt aplicate tehnologiile noi și avansate de tratament stomatologic. Anual zeci de studenți — tehnicieni dentari a Colegiului Național de Medicină și Colegiului de Medicină Bălți fac stagiul practic la instituția menționată, conducători iscusiți fiind tehnicianul dentar superior dl Marcel Lașcu, tehnicienii dentari Vasile Negru, Ilie Ichim, Larisa Briceag, Svetlana Pasecinic, Ion Casian, Serghei Petrașișin, Nicolae Gilcă, Roman Vlas ș.a.

Un rol important în desfășurarea activității policlinicii pe parcursul celor 43 de ani i-a revenit serviciului organizațional-metodic, care de comun acord cu Ministerul Sănătății, dirijează asistența stomatologică prin intermediul medicilor-consultanți și metodiști. Printre cei ce și-au adus aportul în cadrul acestei subdiviziuni sunt medicii C. Harea, T. Barbălat, T. Popovici, M. Crucichevici, O. Babaiev, N. Alandarenco, M. Șestovschi. Din ianuarie 2006 în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Policlinica Stomatologică Republicană a fost organizat serviciul de monitorizare, evaluare și integrare a asistenței medicale stomatologice, care își desfășoară activitatea în baza strategiilor și politicii Ministerului Sănătății, actelor normative și legislative în vigoare. Șef de serviciu este numit dl Mihai Șestovschi — șeful serviciului organizator metodic a instituției. Serviciul în cauză asigură executarea atribuțiilor cu care a fost investit în conformitate cu cerințele unificate, implimentează strategiile de dezvoltare a serviciului pe termen scurt și de perspectivă, bazate pe perfecționarea continuă a calității serviciilor stomatologice prestate populației. Atribuțiile și cerințele serviciului reprezintă strategiile și politica Ministerului Sănătății în domeniul stomatologiei.

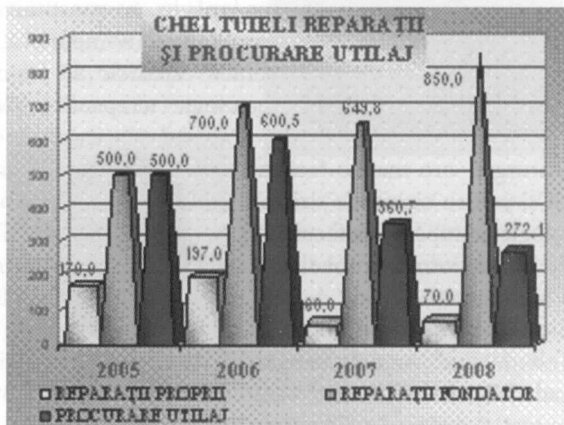


În baza instituției permanent activează comisiile de atestare a medicilor stomatologi și lucrătorilor medicali cu studii medii de profil stomatologic a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova. Președinte al Comisiei de atestare a medicilor stomatologi pe parcursul a zeci de ani este profesorul universitar, doctor habilitat în medicină dl Valentin Topală, în activitatea comisiei iau parte specialistul principal a Ministerului Sănătății, Președintele Asociației Medicilor Stomatologi din Republica Moldova, profesorul universitar, doctor habilitat în medicină — dl Ion Lupan, profesorul universitar, doctor habilitat în medicină, decanul facultății stomatologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” dl Pavel Godoroja, profesorii universitari, doctori habilitați în medicină dl Gheorghe Nicolau, dl Ilarion Postolachi, dl Dumitru Șcerbatiuc, profesorii universitari dna Sofia Sârbu și dl Valeriu Burlacu, conferențiarilor universitari dna Alexandra Baraniuc, Ana Eni, Valeriu Fală ș.a.

Președinte al Comisiei de atestare a lucrătorilor medicali cu studii medii de profil stomatologic pe parcursul a zeci de ani este directorul Centrului Municipal Chișinău, specialistul principal în stomatologie al mun. Chișinău, doctor în medicină, asistent universitar dl Anatol Pancenco, secretar — Mihai Șestovschi, șeful serviciului de evaluare, monitorizare și integrare a serviciului stomatologic a Instituției Medico-Sanitare Publice Policlinica Stomatologică Republicană, vicepreședinte — dl Victor Siminiuc, medic șef adjunct al instituției, în componența Comisiei menționate se află și asistenta majoră a instituției dna Parascovia Hanganu.

Instituția Medico-Sanitară Publică Policlinica Stomatologică Republicană în ultimii ani devine una din cele mai tinere instituție medicală (circa 70% din angajații instituției au vîrstă pînă la 50 ani, iar 30% din ei — pînă la 30 ani). Colaboratorii Policlinicii Stomatologice Republicane au un aport deosebit în perfecționarea serviciului, sunt implementate noi metode de profilaxie, tratament, tehnologii și materiale contemporane pentru obturații și confecționarea protezelor dentare.

Instituția a renovat mai mult de 70% echipamentul medical cu cel de excelență, toate încăperile cu destinație medicală sunt reparate și amenajate după



cerințele și standardele Consiliului Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate. Sunt perfectate serviciile medicale de calitate, crește satisfacția pacienților. Întru realizarea obiectivelor prevăzute de Legea Ocrotirii Sănătății, Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și de alte acte normative din domeniul medicinei și farmaciei, Instituția este supusă controlului permanent sanitaro-epidemiologic de stat și evaluării. În noiembrie a. 2004 instituția cu succes a obținut „Certificatul de Accreditare”, în acest an tindem să fim reacreditați. Prin intermediul Consiliului Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate în mod oficial se confirmă și recunoaște, că Policlinica Stomatologică Republicană, personalul acesteia sunt competente să execute activitățile specifice profilului ei stomatologic în conformitate cu standardele europene și actele normative din domeniul medicinei și farmaciei. Accreditarea instituției a oferit un sistem complex de aprecieri din exterior, oferă siguranța populației în legătură cu serviciile stomatologice acreditate printr-un proces cuprinzător, oferă informații despre performanța serviciilor stomatologice în instituție, are ca obiectiv să continue stimularea și motivarea instituției, personalului ei în activitatea lor orientată spre satisfacția pacienților instituției printr-o înaltă calitate a serviciilor prestate.

În strînsă colaborare cu facultatea stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, Asociația Stomatologilor din Republica Moldova și alte instituții stomatologice din republică, IMSP Policlinica Stomatologică își extinde aria de influență, participă la elaborarea strategiilor de dezvoltare a asistenței stomatologice în țară, acordarea asistenței stomatologice și profilaxia bolilor stomatologice, elaborarea proiectelor economice ale serviciului ș.a. În anul 1986, după metoda recomandată de experții OMS a fost efectuat un studiu în rândul populației din Republica Moldova, care a stat la baza întocmirii în 1987 a „Programului complex de profilaxie a bolilor cavității bucale și cariei dentare”. Datorită implementării acestui program s-au obținut rezultate bune în profilaxia și asistența stomatologică acordată copiilor. Ponderea copiilor antrenați în profilaxie constituia 65,5%, iar a copiilor asanați din numărul celor ce o necesită a ajuns la nivelul de 86,7%. Treptat a început să se stabilizeze ponderea copiilor ce necesită asanarea cavității bucale din numărul celor examinați.

Criza economico-financiară din țară din anii 90 a afectat considerabil serviciul stomatologic. Sa micșorat volumul asistenței stomatologice acordate populației. Guvernul Republicii Moldova, prin Hotărârea nr. 672 din 21.07.1999 „Cu privire la trecerea instituțiilor stomatologice la autofinanțare” a decis să se debaraseze de problemele acordării serviciilor stomatologice, neluând în considerare faptul că nivelul de trai a 90% din populație este sub limita sărăciei. Majoritatea populației rurale a rămas fără asistență stomatologică. Utilajul stomatologic s-a învechit moral și fizic, se atestă o aprovizionare insuficientă cu instrumente

și materiale stomatologice. Mulți specialiști au abandonat profesia și au plecat la lucru peste hotare sau au trecut în instituțiile stomatologice private. Neefectuarea măsurilor profilactice în ultimi ani a condus la creșterea numărului de patologii complicate și de adresări în cazurile de urgență.

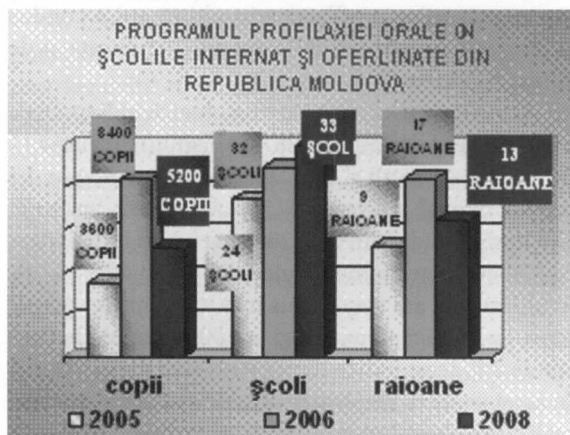
Actualmente asistența stomatologică în Republica Moldova sunt desfășurate 287 de instituții, inclusiv 11 policlinici, 41 secții și 235 cabinete stomatologice. La nivelul raional activează 54,5% din aceste instituții. Din lipsă de cadre din anul 2005 în țară nu funcționează 176 cabinete stomatologice din localitățile rurale, în ultimii trei ani s-au închis încă 45 cabinete. Asigurarea cu medici stomatologi la 10000 populație constituie 2,5, acest indice fiind pe raioane numai de 1,7. În acest context, rezolvarea acestor probleme necesită realizarea obiectivelor și proiectelor guvernamentale precum este „Satul moldovenesc” cu rezolvarea problemelor sociale și de muncă a tinerilor specialiști, de către instituție au fost pregătite și prezentate la diferite nivele — Ministerul Sănătății, Congresele al XIII și XIV a medicilor stomatologi din republică, proiecte de Strategii și ordine (Strategia privind dezvoltarea serviciului stomatologic, proiectul de ordin privind formarea instituțiilor stomatologice raionale cu autogestiune proprie financiară), care pînă ce nu s-au aplicat.

Din lipsa surselor financiare „Programul Național de profilaxie orală la copii”, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1235 din 22.12.1998 nu a putut fi îndeplinit. Lipsa profilaxiei afecțiunilor stomatologice în republică a dus la creșterea medie a morbidității bolilor stomatologice la copii de la 58,7% pînă la 72,6%, iar indicile COE de la 2,1 pînă la 3,7. Conform datelor statistice, ponderea copiilor antrenați în profilaxie a crescut de la 32,2% în 2004 pînă la 36,6% în anul 2005, 39,1 % în a. 2006 41,7% în a. 2007 și pînă la 50,6% în a.2008, se atestă creșterea ponderii copiilor ce necesită asanarea cavității bucale de la 34% pînă la 36,4%, în a. 2007 scăzînd nesuficient pînă la 33,7% și în anul 2008 — pînă la 32,7%. Este insuficientă ponderea copiilor asanați din numărul celor ce o necesită, care constituia în a. 2006 67%, în a. 2007 fiind de 74,3% și 2008 de 71,9%.

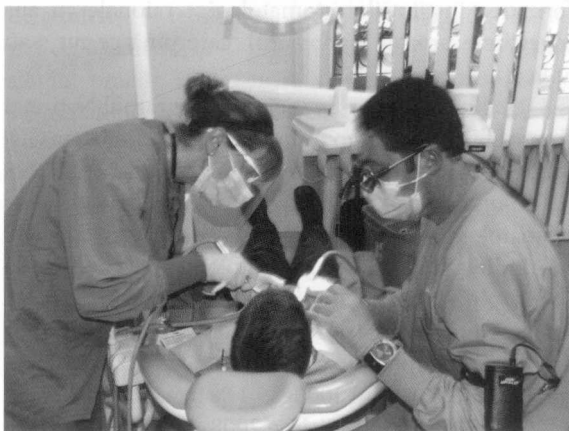
În anul 2006 a fost întocmit un „Program de asigurare a serviciului stomatologic din țară cu utilaj și aparatură stomatologică” deoarece dotarea instituțiilor stomatologice lasă de dorit, utilajul s-a învechit moral și fizic și depășește vîrsta de 30 ani. Conform acestui proiect era preconizat că în trimestrul IV 2006 raioanele pilon (Glodeni, Calareș, Ciadîr Lunga) să fie aprovizionate cu tot utilajul necesar, dar pînă în prezent raioanele nominalizate n-au primit nimic.

IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a depus eforturi pentru a găsi surse financiare suplimentare pentru ameliorarea situației din republică. Cu sprijinul Ministerului Sănătății, Universității de Stat de Medicină „Nicolae Testemițanu”, suportul financiar al Biroului de Relații Bilaterale a Comandamentului Forțelor SUA în Europa în anii 2005—2008

este realizat „Programul de profilaxie a maladiilor stomatologice la copii din școlile internat și orfelinatele din Republica Moldova“. În comun cu medicii



rezidenți stomatologi ai USMF „Nicolae Testemițanu“ și medicii stomatologi din teritoriu în an. 2008 a fost efectuată profilaxia la 5200 copii (în anul 2006 — la 8400 copii, în an. 2005 — la 3600 copii) din 33 instituții nominalizate (în anul 2006 — în 32, în 2005 — în 24), inclusiv 11 din mun. Chișinău, 4 din mun. Bălți și 13 raioane ale republicii: Anenii-Noi, Ialoveni, Cahul,



Leova, Drochia, Edineț, Florești, Soroca, Ocnița, Rîșcani și Rezina (în anul 2006 — 17, în an. 2005 — 9).

În an. 2008 IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a contribuit la demararea încă a două Proiecte de sănătate orală la copii. În comun acord cu organizația din SUA (medicii și asistenții medicali) „Medical Teams Internațional“ și Societatea Filantropică „Coral Deo“ din Chișinău, Moldova, cu suportul material, financiar și logistic a organizațiilor menționate, în septembrie 2008 instituția a organizat un Program de profilaxie orală și asanarea cavității bucale copiilor din școala auxiliară nr. 7 și școala specială nr. 12 pentru copii hipoacuzi din mun. Chișinău. În instituție cot la cot cu lucrătorii noștri medicali au activat medici din SUA, acordând asistență stomatologică calificată, responsabilitate medicală și contribuție personală copiilor. În total au primit asistență stomatologică profilactică și curativă de calitate 5200 copii.

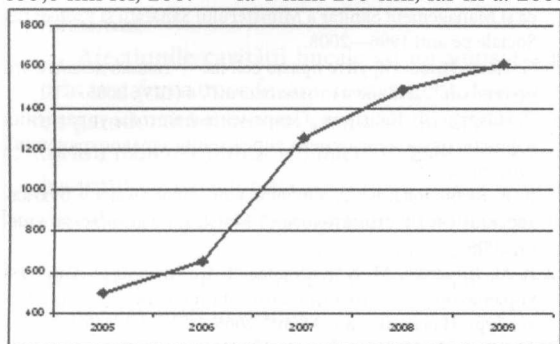
Al doilea proiect demarat în an. 2008 este Proiectul de asanare a copiilor supravegheați de CIDDC („Centrul de informare și documentare a drepturilor copiilor“), care continuă și în anul 2009.

În anul 2009 a demarat și este realizată campania de asistență stomatologică a copiilor din raionul Nisporeni în cadrul realizării Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 314 din 22.04.2009 „Cu privire la perspectiva de dezvoltare social-economică a raioanelor Strășeni, Nisporeni și Călărași“. Din nou în echipele stomatologice mobile ca parteneri a campaniei de asistență stomatologică a copiilor din raionul Nisporeni sunt atrași rezidenții facultății stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“ sub conducerea decanului facultății profesorului universitar dlui Pavel Godoroja, președintele Asociației Stomatologilor din Republica Moldova profesorul universitar dl Ion Lupan, IMSP Policlinica Stomatologică ca diriguitor de campanie atrage ca partener IMSP Centrul Stomatologic Municipal pentru Copii (director dna Tamara Sturza) și Centrul Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare (director dl Vasile Ouatu). În campania nominalizată au fost antrenați în profilaxia orală 6761 copii, ce constituie 57,5% din numărul total de copii, au necesitat asanarea cavității bucale 2941 copii (43,5%), din cei examinați au fost asanați 2397 sau 81,5% din cei ce necesită.

În octombrie a.c. cu sprijinul Ministerului Sănătății, Universității de Stat de Medicină „Nicolae Testemițanu“, suportul financiar al Biroului de Relații Bilaterale a Comandamentului Forțelor SUA în Europa, va continua „Programul de profilaxie a maladiilor stomatologice la copii din școlile internat și orfelinatele din Republica Moldova“.

IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a avut și are scop cu acțiuni de ghidare a depune efort pentru realizarea deciziilor fundamentale a „Programului Strategic a instituției“ pentru promovarea politicii statului în domeniul sănătății publice. Activitatea IMSP Policlinica Stomatologică Republicană este axată continuu la sporirea accesibilității populației la servicii de sănătate orală de calitate și materiale, medicamente esențiale, un pachet unic de servicii medicale de înaltă calitate și la prețuri accesibile, reieșind din necesitățile reale ale populației și utilizarea rațională a surselor financiare disponibile. Ca rezultat instituția prestează servicii medicale de calitate superioară, care contribuie la creșterea gradului de satisfacție a pacienților, sporirea accesibilității populației la serviciile stomatologice, tratamentul necesar și, implicit, la ameliorarea sănătății publice, extinderea și creșterea profiturilor, creșterea autorității și încrederii societății. Conform priorităților stabilite, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană, monitorizează și contribuie la crearea premiselor pentru realizarea asigurărilor obligatorii și facultative de asistență medicală. Reieșind din cele expuse, din a. 2006 multe organizații, instituții au apelat către instituția noastră și au contractat colaborare în prestarea serviciilor, unele fiind reîncheiate an din an (CNAM, televiziunea „EURO-TV“, compania „QBE ASITO“ S. A., firma „MART“, CIDDC ș.a.), circa zece instituții au contractat confecționarea pieselor metalice (turnătorii).

IMSP Policlinica Stomatologică Republicană a contractat serviciile stomatologice în cadrul asigurărilor obligatorii din 1 iulie 2004 în sumă de 200,0 mii lei, în anul 2005 au crescut la 500,0 mii lei, 2006 — la 655,0 mii lei, 2007 — la 1 mln 255 mii, iar în a. 2008



au fost contractate cu CNAM servicii stomatologice în sumă de 1 mln 241,5 mii lei și suplimentar — 250,0 mii lei prin Acord adițional. Pentru a. 2009 sunt contractate cu CNAM servicii stomatologice în sumă de 1 mln 613 mii 950 lei (Fig. 1). În rezultatul evaluării și monitorizării a primelor etape de contractare, activității instituției în condiții noi contractuale, modificării esențiale a statutului și managementului financiar, a crescut responsabilitatea pentru calitatea serviciilor prestate și eficacitatea utilizării mijloacelor disponibile. Întru eficientizarea asistenței stomatologice conform Programului Unic de asigurări obligatorii au continuat măsurile de perfecționare continuă a cadrului managerial al instituției, au continuat realizările altor măsuri de pregătire și de reorientare a mijloacelor financiare în favoarea programelor eficiente de sănătate publică în cadrul implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală, reactualizarea standardelor medicale de tratament stomatologic.

Experiența acumulată pe parcursul anilor 2004 — 2009 demonstrează faptul că implementarea asigurărilor obligatorii a oferit instituției instrumente legale de mobilizare și colectare a surselor financiare necesare instituției, bugetul instituției este utilizat eficient, necătând că business-planul fondurilor asigurărilor obligatorii a instituției constituie în an. 2008 numai circa 21 % (în an. 2007 — 22,4%, în 2006 — circa 15%) din business planul global al instituției. Accentul se pune pe îndeplinirea indicatorilor de performanță, îndeplinirea planului financiar din serviciile acordate contra plată, care reflectă în primul rând calitatea serviciilor și satisfacția necesităților pacienților. Cheltuielile din fondurile asigurărilor obligatorii sunt redată în fig. 2.

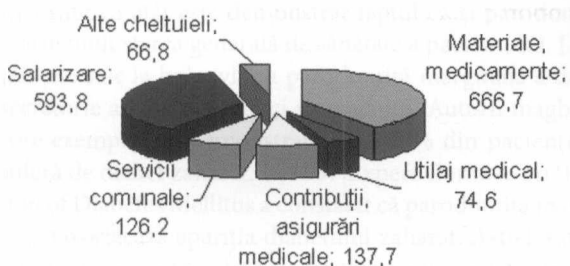
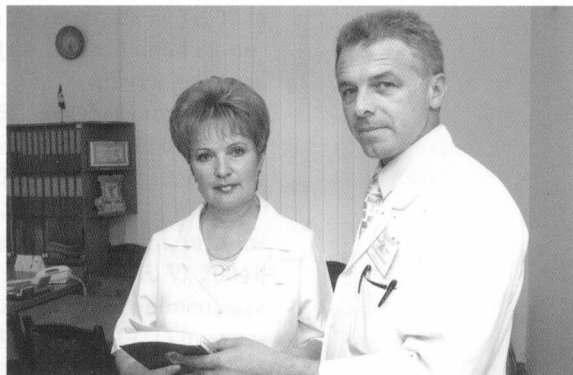


Fig. 1. Cheltuielile din fondurile asigurărilor obligatorii în medicină, mii lei.

Dezvoltarea asistenței stomatologice este legată în mod incontestabil de politica generală a reformei economice, sociale, de promovare a principiilor de bază de reformare a întregului sistem. Promovarea asistenței stomatologice în baza noilor principii ale medicinei preconizează pentru activitatea IMSP Policlinica Stomatologică Republicană în anul 2009 următoarele principii:

1. Asigurarea echității, protejarea grupurilor vulnerabile, accesibilitatea la asistența stomatologică de urgență și profilactică.
2. Accesibilitatea socială a asistenței stomatologice oferite populației și acordarea ei pe baza principiului de solidaritate.
3. Lipsa divergențelor dintre eficacitate economică și medicală.
4. Integrarea intereselor în ameliorarea calității și asigurarea eficacității
5. Fundamentarea sistemului de îngrijiri de sănătate orală, creșterea eficienței asistenței stomatologice prin ameliorarea raportului cost/eficacitate, cost/avantaj sau cost/beneficiu/incurajarea serviciilor eficiente.
6. Realizarea programelor și campaniilor de profilaxie orală și asanare a cavității bucale în grupurile organizate de copii, școli și oferlinate din Republica Moldova.
7. Implementarea monitoring-ului socio-igienic în scopul supravegherii continue a indicatorilor de sănătate orală și depistării devierilor.
8. Evaluarea, monitorizarea și integrarea asistenței stomatologice din Republica Moldova.

IMSP Policlinica Stomatologică Republicană în condiții de autofinanțare și relații contractuale, va precua ca căi de micșorare a cheltuielilor neproductive, de micșorare a cheltuielilor pentru întreținerea instituției, prioritatea să fie acordată tehnologiilor medicale, calității serviciilor prestate, sporirii indicilor calitativi a asistenței stomatologice acordate de specialiștii instituției.



Odată cu schimbarea esențială a statutului instituției, desfășorându-și activitatea pe principiul autofinanțării, de non-profit, a managementul financiar și principiile de gestionare, IMSP Policlinica Stomatologică Republicană rămâne cu viziunea asupra principiilor de suport pentru activitatea de consolidare a sănătății publice prin promovarea unui stil sănătos de viață și accesul echitabil la servicii medicale de cali-

tate. Grijă față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în activitatea oricărui stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și caracterizează nivelul dezvoltării și prosperării sociale.

Aceasta este următoarea investiție a fiecărui medic stomatolog și instituții stomatologice, serviciul stomatologic, în viitorul stomatologiei autohtone, în ramura ocrotirii sănătății.

Bibliografie

1. Pavel Godoroja, Arsenie Guțan și coaut. „Facultatea stomatologie la 50 de ani (istorie, prezent și năzuințe), Chișinău, 2009.
2. „Darea de seamă anuală a IMSP Policlinica Stomatologică Republicană către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova”, Chișinău, 2009.
3. Victor Siminiuc, Svetlana Siminovic, Sergiu Toma „Problemele actuale a managementului asistenței stomatologice”, Chișinău, „Medicina Stomatologică” vol I, nr. 1, 2006.
4. S. Siminovic, M. Șestovschi, V. Siminiuc „IMSP Policlinica Stomatologică Republicană la 40 de ani”. Medicina stomatologică. Chișinău, 2006.
5. T. Popovici, S. Siminovic, V. Siminiuc, G. Burduja „Crâmpiele din istoria Policlinicii Stomatologice Republicane”. Medicina stomatologică. Chișinău, 2006.
6. G. Burduja, A. Grajdieru, M. Șestovschi „Policlinica Stomatologică Republicană la 30 de ani” Actualități stomatologice. Chișinău, 1996.
7. Constantin Ețco „Management în sistemul de sănătate”, Chișinău, „Epigraf”, 2006.
8. Anuarele statistice a Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar a Ministerului Sănătății și Protecției Sociale pe anii 1996—2008.
9. G. Hetz „Инвестируйте прямо сейчас — только делайте это правильно”, „Новое в стоматологии”, 4 (125), 2005.
10. Я. Накатис, Ф. Кадыров „Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения”, Москва, 2001.
11. В. В. Кузнецова, Ю. А. Оболонской „Экономика и бухгалтерский учёт в стоматологии”, Москва, Медицинская книга, 2006.
12. В. М. Янченко, М. К. Касумова, Т. Ш. Мчелидзе „Система управления стоматологической организацией”, Санкт Петербург, Издательство „Меди”, 2005.
13. М. Рааб, Ф. Н. Кадыров, А. Ю. Исаков „Технологический менеджмент в области здравоохранения. Стратегия и экономика оснащения ЛПУ”. Москва, 2003.
14. В. В. Степанов „Справочник по организации и экономике стоматологической службы”, Москва, 2002.
15. Тестемидану Н. А. „Пути сближения уровней медицинской помощи населению Молдавской ССР”. Кишинев, „Штиинца”, 1974.

EFECTE VICE-VERSO ÎNTRE PARODONTOPATII ȘI DIABETUL ZAHARAT

Rezumat

Afecțiunile cavității bucale au un impact asupra întregului organism, prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație. La bolnavii cu parodontită marginal cronică s-au depistat schimbări în funcția secretorie a pancreasului și stomacului. Este demonstrate faptul, că 8—12% din pacienții cu parodontită marginală suferă de diabet zaharat. Modificările vasculare parodontale sunt atât de caracteristice diabetului, încât li se atribuie termenul de „microangiopatie diabetică” sau „parodontopatie diabetică”. Aceste efecte vice-verso sunt demonstrate și în studiul nostru pe un lot de 31 pacieni aflați în studiu

Summary

Vice-versa effects between parodontopathys and diabetes mellitus.

Mouth disease have an impact on the entire body through the installation of outbreaks stomatogene of ifection and intoxication. The patients with chronic marginal periodontities have detected changes in the secretorie the stomach and pancreas. It is demonstrated that the 8—12% of patients with marginal periodontities suffering from diabetes. Parodontale vascular changes are so characteristic of diabetes, that are assigned the term „diabetic microangiopate” or „diabetic parodontopate”. These findings vice — verso are demonstrated in our study on a sample of 31 patients in study.

Introducere

Relația dintre bolile somatice ale organismului și modificările care au loc în cavitatea bucală sunt legate de dereglările metabolismului, hemodinamicii, dereglări imunologice și neuroreglatorii, precum și de schimbările microbiocenozei. Boala care are un impact direct asupra structurilor cavității bucale este diabetul zaharat (Villershausen-Tsenhen B., Gleyssner S, 1998; Mohammad AR et al., 1994).

Diabetul zaharat împreună cu afecțiunile care îl însoțesc sau îl agravează, inclusiv și cele bucale, este în prezent una dintre cele mai actuale probleme ale medicinei moderne, soluționarea căreia pe plan mondial nu poate fi realizată. Și Republica Moldova, în acest sens, din păcate, nu face excepție. Într-o perioadă relativ scurtă de timp (2004—2007) numărul de diabetici în Moldova a crescut de la 31000 la 42000! Studiu în dinamică a numărului de pacienți în țara noastră arată că numărul anual de oameni cu diabet zaharat a crescut cu 3—7%, în diferite grupe de vârstă. Experții OMS au estimat că în lume, în anul 1995, de diabet zaharat suferau 135 milioane de oameni, în anul 2000 au fost înregistrate 177 mln, în prezent maladia afectează peste 230 milioane, în 2030 se preconizează că această cifră va ajunge la 400 milioane de oameni, (Anestead Z. Zota L. 2007)

Afecțiunile cavității bucale au un impact asupra întregului organism, prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație (Borovschii E. V., 2004). Mai mult ca atât este demonstrat faptul că și parodontita marginală influențează foarte mult starea generală de sănătate a pacientului. L. N. Ciladze (1971) în experiențele sale la bolnavii cu parodontită marginală a depistat schimbări în funcția secretorie a pancreasului și stomacului. Autorii magheari (Shugar L. et al., 1980) spre exemplu, au demonstrat că 8—12% din pacienții cu parodontită marginală suferă de diabet zaharat. În 1997 Expert Comitee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus a constatat că parodontita marginală este unul din factorii care favorizează apariția diabetului zaharat. Astfel, este valabilă și relația inversă, adică o legătură feet- back între afecțiunile cavității bucale (inclusiv și parodontita marginală cronică) și diabetul zaharat. Aceasta se bazează pe faptul că procesele patologice din regiunea oro-maxilo-facială agravează evoluția diabetului zaharat.

Sergiu Ciobanu,
conf. universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică,
„N. Testemițanu“

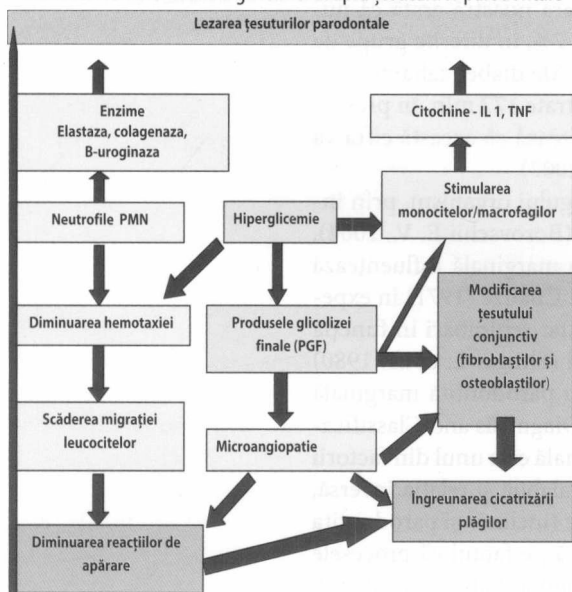
Discuțiile asupra interrelației diabetului zaharat și acestor afecțiuni basculează de la negarea completă a impactului diabetului zaharat în dezvoltarea lor la recunoașterea legăturii de cauzalitate între ele.

Una din ipotezele acestei legături, presupune că în parodontitele marginale sporește sinteza și eliminarea citochinelor, endotoxinelor de către microorganismele, care duce la creșterea nivelului de lipopolizaharide, ca urmare a lezării pereților celulari. Aceste produse, la rândul său induc creșterea nivelului glicolizei terminale, care are un impact important în patogenia diabetului zaharat. În așa fel infecția parodontală complică evoluția metabolică a diabetului zaharat.

Modificări de circulație. În diabetul zaharat, microcirculația suferă modificări patologice fiind determinate ca o microangiopatie diabetică. Veriga principală în apariția acestora este dereglarea metabolismului de carbohidrați și glicozamine care asigură integritatea structurală și funcțională ale membranei bazale vasculare. Datorită acestor dereglări, modificarea patologică a vaselor sanguine în diabetul zaharat are caracter specific: lumenul vascular nu este închis, dar peretele este practic întotdeauna afectat. Se atestă creșterea adheziei trombocitare, care contribuie la aterogeneză (Palișev M.A, Anichkov N.M, 2001). Esența microangiopatiei, sunt plasmoragiile, care deteriorază membrana bazală a patului microcirculator, apoi cauzează scleroza și hialinoza peretelui vascular. Aceste procese nu au la bază factorii inflamatori, dar rezultă că tulburările microcirculatorii au caracter primar pe fondul deja existent al hipoxiei, permeabilității crescute ale structurilor vasculare parodontale, reducerii rezistenței acestora la acțiunea factorilor nefavorabili. Modificările vasculare parodontale sunt atât de caracteristice diabetului, încât li se atribuie termenul de „microangiopatie diabetică” sau „parodontopatie diabetică”.

Hiperglicemia, induce la diminuarea producției sau dereglarea acțiunii insulinei, poate influența prin scădere a creșterii și proliferării matricii țesutului

Prezentarea schematică a glicemiei asupra țesuturilor parodontale



lui conjunctiv, care la rândul său negativ influențează sinteza fibrelor gingivale și periodontale, precum și a osteoblastelor. Schematic aceste elemente sunt redacte în tabelul 1. Fibrele de collagen în unele locuri se îngroașă în altele devin laxe și dezordonate. Frecvent pe mucoasa bucală sunt microdefecte înconjurate de infiltrat inflamator, uneori cu caracter cronic. Epiteliului de acoperire e hiperplaziat și vegetează adânc în țesutul subiacent, celulele epiteliale se vacuolizează, crește cantitatea mucopolisaharidelor și a glicogenului. Are loc o proliferare a țesutului granular tânăr, uneori cu infiltrat inflamator și sclerozant, care, conform părerii mai multor autori este de origine autoimună.

Una din cele mai timpurii și cele mai frecvente manifestări ale diabetului zaharat sunt modificările în lichidul bucal, în primul rând prin dereglarea secreției de lichid, care generează xerostomia, însoțită de uscăciune în cavitatea bucală. Compoziția și proprietățile lichidului bucal, la pacienții cu diabet zaharat, diferă față de cele ale persoanelor sănătoase. Cel mai demonstrativ semn al acestor modificări este creșterea glucozei în salivă peste limitele normei (0.24-3.33mg la 100 ml salivă). Există o legătură directă între concentrația glucozei în sânge, lichidul bucal și prezența depunerilor în cavitatea bucală, fapt demonstrat de M.J.Campbell 1967. Astfel la pacienții, la care % glucozei era de la 0.44 până la 6.33 mg glucoză la 100 ml salivă, au fost depistate depuneri moi abundente. Acest fapt poate fi explicat prin aceea că glucoza este un mediu nutritiv favorabil pentru microorganismele favorizând înmulțirea lor și formarea depozitelor dentare, care induce la dezvoltarea parodontitei marginale. Totodată hiperglicemia provoacă și modificări în valorile calciului și a fosforului. Cu toate că, poate fi determinat și conținutul normal de calciu în salivă, totuși mai frecvent conținutul de calciu și fosfor se schimbă (tabelul 2.). În consecință, există o modificare a raportului de Ca/P în direcția creșterii acestuia care favorizează mineralizarea depunerilor moi cu formare de tartru dentar. Depunerea tartrului dentar a fost depistată în 78,8 % cazuri, inclusiv și a celui subgingival în 39%, în studiul efectuat de E. N. Jitovscaia (1969).

Tabelul 1

Valorile calciului și fosforului în lichidul oral în normă și în hiperglicemie

Ca/P	În normă		În hiperglicemie	
	numeric	Mmol/l	Numeric	Mmol/l
Ca	1,02	0,01	1,55	0,02
P	4,36	0,08	3,09	0,05

Scopul lucrării

Studiul interacțiunii afecțiunilor parodontale cu diabetul zaharat. Studiarea particularităților evoluției clinice și a aspectelor sociale.

Material și metode

Studiul constă din partea clinică și teoretică — exprimată prin o anamneză desfășurată (aplicând diverse anchete). În studio au fost incluși 31 pacienți, din care 10 au prezentat grupa de control. Repartizarea pacien-

ților după vârstă, sex, tipul de diabet zaharat, etc., este foarte bine ilucidat în tabelele cu rezultatul studiului. Partea clinică a inclus examenul endobucal (în studio au fost incluși și molarii trei), accentual fiind pus pe examenul parodontal și anume: descrierea formulei dentare (lipsa dinților), Indicele Parodontal (IP) după Loë și Silness 1964, cu înregistrarea rezultatelor, măsurarea profunzimii pungilor parodontale, recesiunilor gingivale, gradul de mobilitate dentară. În două cazuri clinice au fost puse în evidență statusul parodontal complet, în baza indicilor SPITN (OMS 1978), API (Lange et al. 1977), PBI (Saxer/Mühleann 1975), gradul de lezare în zona furcațiilor (Hamp, Nyman și Linde, 1975). Grupul de studiu (cu diabet zaharat), sau aflat în secția de endocrinologie a Spitalului Clinic Republican (SCR) din orașul Chișinău. Pacienții din lotul de control au fost invitați în clinica stomatologică universitară, pentru determinarea statusului parodontal. Criteriul de bază în selectarea pacienților din lotul de bază a fost pacienții cu diabet zaharat de tipul I/II, cu parodontită marginal cronică (PMC) (pacienții cu boli infecțioase și alte afecțiuni endocrine, n-au fost incluși în studiu). Iar lotul martor a constat din pacienți cu PMC, dar nu sufereau de diabet zaharat, (deasemenea pacienții cu boli infecțioase și alte afecțiuni endocrine, n-au fost incluși în studiu).

Țin să menționez, metodelor aplicate, sunt cunoscute de către specialiști în domeniu, deaceia nu le v-om descrie pe larg.

Rezultate

În urma examinărilor clinice și paraclinice, cu studiu comparativă a stării de sănătate parodontală și o anamneză minuțioasă la pacienții din ambele loturi, am obținut următoarele rezultate, redată în tabelele de mai jos.

Tabellul 2 Studiul comparativ a lotului de bază cu cel de control

	Lotul de bază (cu DZ)		Lotul de control (fără DZ)	
	Tipul I — 2	Tipul II — 19	10	
Numărul pacienților			10	
Sexul	F — 13	B — 8	B — 5	F — 5
Vârsta medie	53		52	
Nr. dinților restanți	13-14		19	
Indicile Silness-Loë	pacienți 0%		0-0 pacienți 0%	
	1-4 pacienți 24%		1-5 pacienți 50%	
	2-3 pacienți 18%		2-5 pacienți 50%	
	3-10 pacienți 59%		3-0 pacienți 0%	
Pungi parodontale + recesiune gingivală	4 — 5 mm		2 — 3 mm	
Sângerări gingivale	58%		20%	
Pierdere de dinți	100%		100%	
Inflamație gingivală	84%		40%	
Recesiune gingivală	52%		30%	
Complicații după extracții dentare	38%		0%	
	1. Hemoragie îndelungată			
	2. Alveolită			
	3. Cicatrizare îngreunată			
	4. Dureri potextractionale			

Tabellul 3 Rezultatele anamnezei desfășurate

Sexul	B — 8		F — 13	
Vârsta	53 годa			
Studii	Studii primare	Studii medii	Studii supioare 19%	
	10%	71%		
Fumatul	Da — 5 %		Nu — 95%	
Tipul de D.Z.	Tipul I — 2 (10%)		Tipul II — 19 (90%) Insulinodependent 5 (26%) Insulin independent 14 (74%)	
	Bun 1	Satisfăcător 5 (24%)	Nesatisfăcător 15 (71%)	
Controlul metabolic (autoaprecierea+ istoria bolii)	Cardiovasculare -73%; Macroangiopatii — 68%; Retinopatii — 63%; Nefropatii — 42%; Neuropatii — 31%			
Complicațiile frecvente	În mediu 9 ani			
Termenul mediu de boală (DZ)	Întâmplător			
„Cum ați aflat că suferiți de DZ?”	Analiza sângelui, după o suspiciune Într-un caz medicul stomatolog a suspectat și a făcut trimitere la analiza sângelui			
Vizite la medicul stomatolog	Odată în an 8 (38%)	Cu 1-2 ani în urmă 9 (43%)	Cu 3-5 ani în urmă 0 %	Cu 5 ani în urmă, nu știu 4 (19%)
	regulat 1 (5%)		Neregulat (haotic) 20 (95%)	
Regularitatea vizitelor la medicul stomatolog	Extractii dentare Tratament protetic În 3 cazuri, pentru tratament parodontologic			
Cele mai frecvente cauze pentru vizite	„Eu l-am înștiințat 9 (42%)” Nu știa 9 (42%) A depistat din anamneză 3 (14%)			
„Vi s-a propus să tratați parodontita?”	Da — 7 (33%); Nu — 14 (67%)			
Coplicații după extracții dentare	38%			
	1. Hemoragie îndelungată		5 (24%)	
	2. Alveolită		1 (5%)	
	3. Cicatrizare îngreunată		5 (24%)	
	4. Dureri posextractionale		2 (10%)	
Au fost prescrise antibiotice după extracții	Da — 7 (33%)		Nu — 14 (67%)	
Acuze despre starea de sănătate a cavității bucale	Pierderea dinților			
	Sângerări gingivale			
	Hiperemie și edem gingival			
	Recesiuni gingivale			
	Depozite dentare			
	Miros fitid (halenă) din cavitatea bucală			
	Xerostomie (uscăciune)			
	Buze uscate și fisurate (ragade unglare)			
	Mobilitate dentară			
	Dureri la masticatie			
	Dureri în limbă (glosalgie)			
	Dureri în maxilare			
Ulceratii pe mucoasa cavității bucale				
Mese în zi	4 — 5 în zi			
Numărul de periaj în zi	0,8 — 1 în zi			
Curățarea spațiilor interdentare și îngrijirea protezelor fixe	0 %			
Accesibilitatea financiară a tratam. stomatologic	Accesibilă 11 (52%)		Inaccesibilă 10 (48%)	

Discuții

Procesele infecțioase și inflamatorii de orice origine, inclusiv și cele din ca-vitatea bucală provoacă pe fonul diabetului zaharat procese metabolice și hor-monale complicate, care trebuie să se desfășoare pe un teren deja modificat, ceea ce duce la creșterea necesarului în insulină a organismului, iar acesta agravează evoluția diabetului zaharat. Stafne E.S. (1969) indică că înlăturarea proceselor distructive și inflamatorii din teritoriul oro-maxilo-facial scade necesitatea orga-nismului în insulină. Astfel există o legătură inversă (sau bilaterală) între aceste afecțiuni și poten-țierea reciprocă ale acestora (Taylor 2001). Ipoteză legăturii bilaterale conchide că controlul afecțiunilor cronice ale cavității bucale este strict necesară pentru controlul diabetului zaharat, iar înlăturarea infecției îmbunătățește controlul metabolic și micșorează necesitățile pacientului diabetic în insulină.

La tema corelației parodontitei marginale cu diabetul zaharat sau efectuat mai multe studii de către cercetătorii străini (Taylor 2001). Însă în R. Moldova cu părere de rău, n-am întâlnit așa studii, dar avem peste 42000 bolnavi de diabet zaharat. Studiu în dinamică a numărului de pacienți cu diabet zaharat în țara noastră, arată că a crescut cu 3 — 7%, în diferite grupe de vârstă.

Concluzii

Depistarea precoce a diabetului zaharat, poate preveni apariția parodontitei marginale la acești pacienți și vice-verso.

Este evident, că la pacienții cu afecțiuni generale, cum ar fi diabetul zaharat, riscul apariției PMC și gravitatea procesului este mai mare.

Medicul stomatolog trebuie să acorde o deosebită atenție factorilor de risc, în timpul examinării pacienților cu PMC, realizând o anamneză desfășurată.

Nu mai puțin impotant prezintă și informarea atât a pacienților, cât și a medicilor stomatologi despre riscurile și influențele reciproce.

Bibliografie

1. Anestiadi Z., Zota L. Epidemiologia diabetului zaharat în Republica Moldova. / Materialele conferenței științifice dedicate jubileului de 190 de ani de la fondarea Spitalului Clinic Republican. Jurnalul „Arta Medica“ Chișinău 2007, Ediție specială.
2. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 20:1183—1197, 1997
3. Grant, D^o, Stern, J. & Listgarten, M. The epidemiology, etiology and public health aspects of periodontal disease. In: Grant, D., Stern, J. and Listgarten, M., eds. Periodontics. (1988), St. Louis: CV Mosby Co, pp.229, 332-335.
4. Grossi, S.G., Skrepinski, F.B., DeCaro, T., Zambon, J.J., Cummin, D. & Genco, R.J. Treatment of periodontal disease in diabetics reduces glycated haemoglobin. Journal of Periodontology . (1997), 68, 713-719.
5. Karjalainen, K.M., Knuutila, M.L. & von Dickhoff, K.J. (1994). Association of the severity of periodontal disease with organ complications in type 1 diabetic patients. Journal of Periodontology 65,1067—1072.
6. Loe H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. Diatom Care 1993; 6-3,19-3,4
7. Soory, M. Hormonal factors in periodontal disease. Dental Update (2000), 27,380-383.
8. Taylor, G.W., Burt, B.A., Becker, M.P. et al. Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Periodontology (1996), 67, (suppl.) 1085—1093.
9. Taylor G: Bi-directional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. Ann Periodontol 6:99 -112, 2001
10. Zambon, J.J., Reynolds, H., Fisher, J.G., Shlossman, M., Dunford, R. & Genco, R.J. Microbiological and immunological studies of adult periodontitis in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. Journal of Periodontology (1988), 59, 23-31

LEZIUNILE DE FURCAȚIE — PREVALENȚA ȘI PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI LOR

Viorica Chetruș

d.ș.m., conferențiar
catedra Stomatologie
Terapeutică

USMF „N. Testemițanu“

Rezumat

Distrucția parodontală adiacentă zonelor de furcație și trifurcație radiculară reprezintă un factor de prognostic nefavorabil al dinților afectați. Aceste leziuni sunt considerate ca cele mai importante leziuni ireversibile ale bolii parodontale atât ca frecvență (peste 70% la molarii pacienților peste 35 ani cât și ca gravitate). În ciuda noilor descoperiri în ceia ce privește tehnici de avangardă ca „Regenerarea tisulară” oricum metodele chirurgicale ca amputația radiculară, hemisectia și chiar extracția deși par atemporale sunt încă metode utile în diferite situații, în special la molari. Această lucrare tratează tocmai aceste variante terapeutice.

Summary

The furcation lesions-prevalence and specific features of their treatment.

Periodontal bone destruction adjacent to furcations of molar roots has been considered to be the most unfavourable for the involved teeth of the furcation. The furcation lesions are frequently met (over 70% at 35 years old patient's molars and as gravity). Despite new discoveries in advanced techniques like tissue regeneration, methods like root resections and even extraction are useful in some situations, especially in molars. This study reflects exactly these techniques.

Actualitatea temei

Afectarea zonei de furcație a molarilor superiori și inferiori de către boala parodontală reprezintă o complicație foarte serioasă, iar stomatologii sunt în continuă căutare de metode noi moderne și cât mai efective în tratamentul acestei boli. Succesul pe termen lung a acestor tratamente a fost și rămâne una dintre cele mai mari provocări pentru stomatologii parodontologi. Deoarece ocupă o poziție posterioară acești dinți limitează accesul pentru diagnostic, tratament precum și pentru efectuarea igienizării de către pacient, iar pentru parodontolog reprezintă o provocare în căutarea noilor descoperiri în tratamentul lor. Frecvența mare de apariție a acestei patologii (peste 70% din molarii pacienților peste 35 ani) ne determină să acordăm importanța corespunzătoare atât etiologiei cât și tratamentului. Posibilitățile de igienizare ale zonei respective sunt foarte importante pentru reușita tratamentului. Încă din etapa întocmirii tratamentului pacientul trebuie instruit în privința efectuării unei igieni perfecte, constituind un factor cu valoare predictivă pentru succesul tratamentului. Dintele și gradul de implicare a furcației reprezintă pentru majoritatea specialiștilor cei mai importanți factori care influențează decizia de alegere a unei modalități de tratament (Muller și colab., 1995).

Zona furcației este o zonă problematică încă din perioada de formare și erupție, proiecția de smalț în furcație (82—90%) împiedicând atașamentul parodontal (Larato, 1975). Leziunea de furcație este direct proporțională cu gradul de proiecție a smalțului în furcație. În vederea tratamentului prin tehnica regenerării tisulare ghidate, această proiecție de smalț trebuie complet îndepărtată, ceea ce este foarte dificil. Motivul acestei complete îndepărtări este simplu: noul atașament nu se va putea forma pe smalț.

Întotdeauna este preferabil să regenerăm parodontiul pierdut. Totuși prognosticul pentru regenerare în astfel de situații este redus. Intervențiile de

acest gen sunt scumpe, necesită timp lung, iar eșecul tratamentului subminează încrederea pacientului în tratament. Defectul cu cele mai mari șanse de regenerare este cel care are un perete vertical vestibular față de furcație și rădăcini divergente pentru a permite o corectă debridare (McClain, 1993). Acest lucru este dificil pentru că distanța dintre rădăcini este mai mică (în 58% din cazuri) decât dimensiunea părții active a unei chiurete parodontale (Bover, 1979). Chiar și instrumentarul ultrasonic are posibilități limitate în acest sector.

Aplicarea regenerării tisulare ghidate în terapia parodontală implică plasarea unei bariere fizice pentru asigurarea repopulării suprafeței radiculare cu celule ale ligamentului parodontal. Conceptul biologic care stă la baza acestei tehnici este acela că celulele progenitoare pentru formarea de nou țesut conjunctiv de atașament pe suprafața radiculară sunt în ligamentul parodontal. Studiile efectuate pe animale au arătat că se câștigă mai mult atașament dacă în tratamentul leziunilor de furcație de gradul II și III se asociază și membrana. Lindhe sugerează că determinant pentru rezultatul intervenției este mărimea defectului și forma osului alveolar înconjurător. Alți autori sunt de părerea că suprafețele radiculare implicate în defect parodontal ce urmează a fi supuse unui tratament de regenerare parodontală va fi condiționată acid. Primul care a sugerat acest lucru a fost Stahl (1972), explicând că această demineralizare expune fibrele de colagen ale matricii dentinare. Această expunere favorizează migrarea fibroblaștilor și se vor întrepătrunde cu fibrele de colagen nou formate.

Studiile pe animale au demonstrat creșterea cantității de țesut conjunctiv nou de atașament după condiționarea acidă a suprafeței radiculare implicate. De asemeni, Caffesse (1985), Claffei (1987) au arătat îmbunătățirea formării de atașament în defectele furcației la câini după condiționare acidă a suprafeței radiculare. Cu toate acestea de obicei, rezultatele se însoțeau de o resorbție radiculară. Cercetările cu privire la calitatea acoperirii furcației cu țesut conjunctiv de atașament este nu condiționarea acidă a suprafeței radiculare ci repopularea suprafeței cu celule derivate din ligamentul parodontal. La om, nici un studiu nu a demonstrat utilitatea condiționării acide a suprafețelor supuse regenerării. Fuentes (1993) într-un studiu efectuat pe 27 defecte de furcație mandibulare tratate prin tehnica chirurgicală cu lambou re poziționat coronar cu și fără condiționare acidă, nu găsește diferențe semnificative între defectele tratate cu sau fără condiționare acidă.

În tabelul următor sunt prezentate studii comparative privind rezultatele după regenerare tisulară ghidată și după tehnica chirurgicală cu lambou asociată cu debridare la maxilar:

Tabel 1

Autor	Tratament	Defect	Câștig de atașament		Umplerea defectului	
			Ver-tical	Ori-zontal	Ver-tical	Ori-zontal
Mezler și colab.	MembrăPTFE Debridare	Maxilar. Gr.II	1,0 0,2		1,5 0,3	0,9 0,3
Caton și colab.	Poliglactac Debridare	Maxilar Gr.II	3,7 0,9	2,2 0,1		
Mello-nig	PTFE Debridare	Maxilar Gr.II	1,3 0,4		1,8 0,9	1,0 0,3
Ponte-riero și Lindhe	PTFE Debridare	Maxilar Gr.II	1,5 0,1			1,1 0,3
Ponte-riero și Lindhe	PTFE	Interpro-ximal mx.	0,2			0,2

Cercetările recente efectuate de Pontoriero și Lindhe au demonstrat rezultate îmbucurătoare în tratamentul leziunilor de furcație. Ei au utilizat RTG în cazul leziunilor de furcație la nivelul molarilor inferiori. Pe o hemiarcadă au practicat RTG, iar pe cealaltă operație cu lambou, și au măsurat câștigul de inserție la pacienți cu afectări clasa a II-a sau clasa a III-a ale furcației pe ambele hemiarcade. După 6 luni, 14 din 21 de leziuni clasa a II-a erau complet închise iar valorile măsurătorilor prin sondare orizontală au indicat, cu excepția a două cazuri, reducerea la normal a acestora. În cazul operațiilor cu lambou, numai 2 din 21 defecte au fost eliminate complet. Pe cînd acolo unde a fost practică RTG, 8 din 12 locuri au indicat suplimentar închiderea completă sau parțială a furcațiilor de clasa a III-a. În cazul afectărilor de clasa a III-a ale furcației tratate prin operație cu lambou, nu s-a găsit nici un caz de închidere completă.

Obiectivele lucrării

Deși leziunile interradiculare la nivelul molarilor rămîn încă o problemă nerezolvată pînă la sfârșit de către stomatologii parodontologi scopul acestei lucrări este de a analiza rezultatele obținute în urma unui tratament chirurgical a leziunilor de furcație de gr. II și III prin RTG și prin operație cu lambou în regiunea molarilor inferiori și superiori.

Material și metode

Studiul clinic s-a efectuat pe un lot de 25 pacienți cu leziuni interradiculare de gr.II și III în regiunea molarilor inferiori și superiori. Media de vîrstă a bolnavilor cuprindea între 23-68 ani de sex feminin și masculin, dintre care — 16(64%) bărbați și 9 femei(36%), fumători fiind- 14(56%) și nefumători—11(44%). În urma unui examen clinic și radiologic minuțios practic la fiecare din pacienți au fost depistate una sau mai multe leziuni interradiculare. Pentru a face o analiză între metodele de tratament propuse, pacientului i se efectua la o hemiarcadă RTG, iar la altă hemiarcadă -operație prin lambou.. Astfel au fost tratati 19 (70,3%)

dinți cu leziuni interradiculare de Gr.II și 8(29.6%) dinți cu leziuni interradiculare de Gr.III. Prin metoda de RTG au fost tratați 17dinți cu lezare Gr.II și 6 dinți cu lezare Gr.III, iar prin metoda operație cu lambou au fost tratați 2 pacienți cu lezare de GrII și 2 pacienți cu lezare de Gr.III.

Rezultate și discuții

Analiza statistică ne-a demonstrat că la toți cei 25 de pacienți luați în studiu s-au depistat una sau mai multe leziuni interradiculare. Dar pe scara de prevalență sau clasat bărbații cu 64% și fumătorii cu (56%). Capacitatea de regenerare în cazul defectelor furcației, ca și în cazul defectelor osoase este influențată de numărul pereților osoși care înconjoară defectul. Câștigul de inserție și prognosticul regenerării osoase este extrem de redus în cazul dinților cu leziuni interradiculare de Gr.III și foarte bun în leziuni de Gr.II, atunci cînd osul interdentar sau peretele osos vestibular se află coronar față de nivelul furcației. Câștigul de inserție la nivelul furcației este de asemenea influențat de înălțimea trunchiului radicular . După 6 luni de la intervenția chirurgicală în cazul leziunilor de clasa a III-a din cele 8(29.6%) cazuri nu s-a obținut închidere completă a leziunii nici la dinții tratați prin RTG și nici la cei tratați prin operații prin lambou. În afectări de clasa a II-a prognosticul este foarte bun, atunci cînd osul interdentar sau peretele osos vestibular se află coronar față de nivelul furcației astfel din 17 dinți tratați prinRTG sau obținut 5 închideri complete ceia ce denotă un rezultat satisfăcător. Din acest studiu s-a mai observat că operațiile prin RTG practicate la molarii superiori sunt mai puțin optime cu cele ale tratamentului efectuat la molarii inferiori, datorită unor complicații anatomice precum prezența șanțurilor radiculare adânci la nivelul furcației, accesul limitat la furcație și deficitul de țesut din această zonă.

Concluzii

1. Capacitatea de regenerare în cazul defectelor furcației, ca și în cazul defectelor osoase este influențată de numărul pereților osoși care înconjoară defectul.
2. Prognosticul de închidere a leziunilor de furcație prin RTG este cu mult mai mare decât prin operații prin lambou.

Bibliografie

1. Muller H.,Eger T. Furcation diagnosis.J.Clin.Periodontol,1999, p.26, 485-488.
2. Muller H.,Eger T.The overall significance of regenerative procedures in the treatment of furcations.Quintessence Int.1997,p.28, 321-328.
3. Silvia Mărțu,C.Popovici,Oana Potărniche,Ioana Rudnic.Particularitățile tratamentului leziunilor de furcație la dinții maxilari. Droguri,biomateriale,echipamente și tehnici în medicina stomatologică vol.I,Iași-27 februarie 2002.
4. A.L.Dumitrescu, L.Zetu, S.Teslaru.Revoluția leziunilor interradiculare .Zilele medicinei dentare Ieșene, Iași,13-15 martie 2008.

PROBLEME ACTUALE ÎN RESTAURĂRILE DENTARE

Rezumat

În baza analizei surselor bibliografice și experienței personale sunt prezentate unele recomandări referitoare la efectuarea restaurărilor defectelor coronare cu utilizarea materialelor compozite fotopolimerizabile.

Summary

According to the analysis of bibliographic sources and personal experience are represented some recommendation referred to the effectuation of coronary damages restorations using photopolymerisable composite materials.

Actualitatea temei

Leziunile odontale coronare atât de origine carioasă, cât și rezultate de distrofii, sunt cele mai frecvente leziuni și antrenează dinții din întreaga arcadă dentară (Borovski E.V., 1990; Burlacu V.Z., 2000; Gorea O., 2003; Радлинский В.Н. et al., 2000).

Leziunile odontale coronare a dinților frontali nu numai că produc diverse dereglări funcționale, dar influențează considerabil aspectul fizionomic, fapt care impune pacienții să se adreseze medicului stomatolog.

E știut că coroanele de înveliș din acrilate utilizate în restaurările fizionomice cu timpul își modifică culoarea, iar în zonele de contact cu gingia adesea produc congestia gingivală.

Coroanele de înveliș din ceramică sunt fragile și necesită o preparare profundă a țesuturilor dure dentare uneori cu consecințe din partea pulpei dentare.

Din aceste considerente au fost propuse metode de fațetare, diferite tehnologii în restaurarea odontală. Însă o problemă actuală rămâne elaborarea și implementarea tehnologiilor moderne cu înlăturarea minimală a țesuturilor dure dentare, dar care ar poseda un efect fizionomic de durată.

Am putea menționa, că acestor cerințe corespund restaurările estetice utilizate pe scară largă în tratamentul leziunilor coronare însă cu regret nu întotdeauna se obține un efect scontat.

În bibliografia curentă, există un șir de publicații cu elucidarea indicațiilor, etapelor de lucru, materialelor utilizate cele mai moderne, realizare performantă, însă mai puține date sunt consacrate criteriilor diferențiate, care trebuie luate în calcul la restaurarea dinților.

Scopul lucrării este de a studia criteriile și aplicarea lor diferențiată în realizarea restaurărilor coronare estetice.

Din datele bibliografice evidențiem expresia-de dentiție naturală atractivă, care se asociază cu celelalte elemente faciale.

În stomatologie apare o nouă ramură a ei cosmetica dentară-arta de asamblare al tuturor elementelor naturale estetice a dinților.

Datele bibliografice (Epistatu A.C. et al., 2002) arată că până în secolul XIX-lea frumusețea era obiectivă, bazată pe simetria formelor, calculate prin rapoarte matematice.

Secolul al XX-lea a schimbat concepția despre frumos. Arta picturală este înlocuită de cea fotografică și cinematografică. În această perioadă apare „surșul publicitar” unde sunt expuși dinții frumoși, albi, strict aranjați după forma arcadei dentare, și care prezintă un surș plăcut.

Din acest moment tot mai mult se atrage atenție la forma, culoarea, mărimea și așezarea corectă a dinților, adică la partea estetică sau fizionomică a dinților.

Cosmetica dentară ne impune să analizăm elementele anatomice ale dinților și arcadei dentare la fiecare individ și să corectăm ceea ce-l deranjează, dar și pe noi specialiști.

Sofia Sirbu,

*profesor universitar,
doctor în medicină,
catedra stomatologie
terapeutică,*

*Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”*

Cristina Bălțeanu,

*medic stomatolog-
rezident*

Vlantea Bălțeanu,

*medic stomatolog,
categoria superioară,
Centru stomatologic
„Bălțean-Crisdent”*

Fistican Gheorghe,

*medic stomatolog-
rezident*

În estetica dentară este foarte important de evaluat un șir de criterii:

- antropometrice;
- rasiale și geografice;
- morfopsihologice;
- legate de sex;
- legate de vârstă;

La etapa actuală, după noi, o importanță practică în restaurările dentare estetice mai actuale sunt criteriile legate de sex și vârsta pacientului. Observațiile asupra studiului dinților normali denotă două tipuri de dinți: femenini și masculini, care se deosebesc prin unele caracteristici.

Dinții femenini sunt mai rotunși la marginea incizală cât și la nivelul liniilor de tranziție ale suprafețelor. Marginea incizală este mai semitransparentă.

Dinții masculini sunt mai angulați și mai robusți, sunt pigmentați, iar marginea incizală este mai puțin transparentă. Suprafața dinților frontali la bărbați are o formă pătrată și mai puțin reliefată decât la femei.

Deasemenea în majoritatea dinților masculini sunt mai mari decât cei femenini.

Un rol semnificativ în confecționarea restaurărilor estetice au și și criteriile de vârstă.

Mai întâi de toate dinții tineri sunt:

- mai deschiși la culoare din cauza mineralizării incomplete a adamantinei;
- nu sunt pigmentați;
- au o structură cu păstrarea unor brăzdițe pe suprafețele vestibulare, care sunt caracteristice dinților tineri;
- ambrazura gingivală, sau nișa papilară este mică;
- ambrazura incizală (nișa incizională) este mare;
- pe dinți adesea se observă linii sau spoturi (pete) albe foarte fine în structura adamantinei-sectoare ne maturizate;
- marginea incizională uneori comportă mici cuspizi sau neregularități.

Contrar celor menționate la persoanele în vârstă dinții frontali sunt:

- mai întunecați la culoare din cauza mineralizării mai sporite a adamantinei;
- adesea sunt pigmentați;
- nu au luciu pronunțat;
- mai alungiți din cauza retracției gingivale, cauzată de vârstă sau leziuni dentale;
- ambrazura gingivală este mai mare;
- pot fi înclinați spre vestibular;
- cu spațieri interdentare;
- mai scurți și mai lați din cauza abraziunii țesuturilor dure;
- ambrazura incizală este mai mică din cauza abraziunii;

Așadar, în restaurările dentare estetice toate aceste caracteristici trebuie luate în calcul pentru a efectua o iluzie de dinți naturali, corespunzător sexului și vârstei pacientului.

Este foarte important ca în fiecare caz medicul să aibă aceste cunoștințe și o imaginație în ce mod pot fi utilizate principiile „liniilor”, „culorii” și structura anatomică corectă a dinților pentru restabilirea fizionomiei arcadelor dentale.

E știut că aplicarea unor linii verticale pe suprafața vestibulară a dinților frontali îi conferă dintelui un aspect mai înalt mai subțire, pe când liniile transversale crează imaginea de dinte mai lat și mai scund.

Așadar, la restaurarea dinților alungiți în restaurare se pot folosi niște striuri foarte fine transversale, pe când la cei erodați-verticale, folosind un material compozit de o nuanță mai închisă.

De obicei convexitatea suprafețelor vestibulare în limita normală deasemenea crează iluzia de dinți mai înguști, pe când o suprafață plată face dinții mai lați și crează niște „umbre” întunecate între dinți, ceea ce dereglează estetica.

Cunoașterea principiilor culorii ne permite realizarea unor restaurări dentare cât mai aproape de natural. Nuanțele mai închise a materialului compozit le putem folosi în combinație cu cele indicate pacientului în: părțile laterale a dintelui în cazul când este necesar de a crea iluzia de dinte mai îngust, scund, masculin sau vârstnic. În cazurile unor spații mari între dinți, care la restaurare le vom subroga se va folosi compozit cu o nuanță mai închisă în zonele de tranziție de la un dinte la altu, plus la aceasta vom repartiza uniform fiecărui dinte o parte din mărimea spațiului nu numai dintelui restabilit ci și celui vecin.

La fel și în cazul dinților înalți, atunci când vrem să creem senzația de dinți mai scurți, putem folosi nuanțe de compozit mai închis la colet, iar la marginea incizală se mărește zona de transparență.

Pentru dinții masculini se selectează nuanțe de material compozit, iar transluciditatea marginii incizale mai scăzută, sau diferite hașuri foarte fine substratul superficial.

De obicei în restaurările estetice a dinților frontali pacienții în vârstă își doresc dinți albi, transparenți ca și la persoanele tinere, sau după cum se exprimă ei, „vreau dinți ca în tinerețe” și uneori nu sunt satisfăcuți de culoarea dinților care i s-au confecționat.

De la bun început medicul, asistenta și pacientul trebuie să selecteze culoarea compozitului; să lămuirească de ce s-a ales această culoare care corespunde vârstei pacientului și să compare alegerea cu dinții vecini.

Trebuie de știut, că dacă zona de contact va fi plasată mai aproape de coletul dintelui putem obține o iluzie de dinți mai tineri, pe când plasarea ei spre marginea incizală va forma triunghiuri negre măbind nișa papilară, astfel vom obține iluzia de dinți bătrâni.

Poziționarea ariei de contact spre vestibular crează impresia de dinți lați, pe când la poziționarea acesteia spre oral dintele pare mai îngust.

Trebuie de știut că zonele sau punctele de contact se găsesc la nivelul convexității maxime a suprafețelor laterale. De exemplu, între incisivi centrali aria de contact se află în treimea incizală, între incisivi

centrali și laterali zona de contact este mai aproape de treimea mijlocie, iar între incisivii laterali și canini este mai aproape de treimea cervicală.

Ariile de contact ale dinților posteriori sunt în treimea ocluzală a tuturor dinților, excepție fac molarii superiori, unde zona de contact se depistează în două treimi ocluzale.

Așadar, restaurarea estetică este o artă pe care nu fiecare poate să o realizeze.

Cunoașterea nuanțelor nominalizate mai sus poate ușura într-o măsură mare obținerea succesului scontat de ambele părți.

Dar totuși trebuie luată în considerație și tipologia psihologică a persoanei căruia i se confecționează o restaurare. Neaplicarea elementelor de ordin psihologic care caracterizează pacientul poate să determine uneori insuccese, chiar în condițiile când din punct de vedere strict profesional, tehnic actual medicului stomatolog este impecabil.

Concluzii

Cunoașterea morfologiei dinților este un diziderat important pentru medic la efectuarea restaurărilor dentare estetice.

În estetica dentară este necesar de evaluat și aplicat în restaurările odontale, diferite criterii legate de tipologiile existente.

Bibliografie

1. Borovski E.V. Stomatologie terapeutică.//Chișinău 1999,p. 417.
2. Gorea O.Aspecte clinice ale tratamentului leziunilor odontale coronare ale dinților frontali.//Chișinău 2003, Teză de doctor în medicină.
3. Epistatu A.C., David D., Epistatu D., Radulescu A., Stanciuc D. Cosmetica dentară în practica stomatologică. Buzău, 2002. p. 192.
4. Бурлаку В.З. Будущее за реставрационной терапией.// Dent Арт6 2000 N 3, с. 71-74.
5. Радлинская В.Н., Радлинский С.В. Современные технологии реставрации зубов. Полтава, 2000.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМ ОТБЕЛИВАНИЯ И ИХ ДЕЙСТВИЕ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Евгений Лазарев
Ассистент
кафедры зубного
протезирования и
ортодонтии

Дмитрий Золотухин
резидент

Анатолий Мемос
резидент

Rezumat

Aspecte contemporane a sistemelor de înălbire și acțiunea lor asupra sensibilității țesuturilor dure a dinților.

În articol se revăd aspectele contemporane ale sistemelor de înălbire și acțiunea lor asupra sensibilității țesuturilor dure ale dinților.

Cercetarea a fost efectuată asupra a 36 de pacienți, cărora li s-a aplicat procedura de înălbire cu diferite sisteme. Pacienții au fost divizați în 3 grupe a câte 12 persoane. În fiecare grupă se aplicau o anumită sistemă de înălbire. Fiecare pacient înainte procedurii a fost investigat, i s-a determinat culoarea inițială (după scala lui Vita) și s-au stabilit indicațiile și contraindicațiile pentru înălbirea dinților. De asemenea s-a efectuat igiena profesională a dinților cu 2 săptămâni înainte de procedură.

Cheie-cuvint: sensibilitatea, sisteme de inalbire,inalbirea.

Summary

Contemporary aspects of bleaching systems and their action on the hard tissue sensitivity of teeth.

In the article is reviewed contemporary aspects of the whitening systems and their actions on the sensibilities of the hard tissues of teeth.

The study was done on 36 patients on which different systems of whitening were used. The patients were divide in 3 groups of 12 people each. In each group 1 system of whitening was used. Each patient was examined before the whitening procedure for their initial tooth shade and indications and contra indications for whitening teeth. Likewise professional cleaning of teeth was done 2 weeks before the procedure.

Key-words: sensibilities, whitening systems, whitening.

Введение

Как же просто испортить цвет зубов! Достаточно редко их чистить, баловать себя сладостями, курить, а некоторым и вовсе от рождения дарована желтая эмаль зубов. И если бы не современные методы отбеливания зубов, то всю жизнь бы улыбались такие люди улыбкой Моны Лизы. Какие существуют безопасные виды отбеливания зубов?

Отбеливание бывает домашним и кабинетным. При домашнем отбеливании вы носите каппы дома, например, надеваете их на ночь, кабинетное отбеливание выполняется за один сеанс в кабинете стоматолога. Даже домашнее отбеливание может быть безопасным, если оно делается под контролем врача. Не менее важным вопросом является безвредность и безболезность процедуры отбеливания.

В этом мы попытаемся разобраться!

Цель исследования

Изучить особенности использования различных отбеливающих систем, определение наиболее эффективной системы отбеливания и возникновения гиперчувствительности во время процедуры и после.

Материалы и методы

Для определения наиболее эффективной системы отбеливания, вызывающей наименьшие осложнения в виде возникновения гиперестезии во время процедуры и в последующие двое суток, нами были взяты 36 пациентов, выделенные в 3 группы (кол-во 12 пац). Каждая из групп использовала определенную систему отбеливания. В нашем эксперименте использовались

три профессиональные отбеливающие системы:

- BMS Whitident (38% перекись водорода) + лампа Chairfixed LED; BMS Dental srl.
- ZOOM Advanced Power (25% перекись водорода) + УФ лампа ZOOM 3; Discus Dental
- OPALESCENCE xtra boost (35% перекись карбамида) Ultradent +

За 2 недели до проведения процедуры отбеливания, пациентам назначалась реминерализирующая терапия в виде ежедневных аппликаций рем крем MI PASTE (GC), TOOTH MOOUSE (GC), FLOURIDEX (DiscusDental) гель, для снижения риска возникновения гиперестезии.

Результаты и Обсуждения

В случае нашего исследования применялись две отбеливающие системы, которые осуществлялись при помощи специальных аппаратов излучающих источник голубого света который активирует отбеливающий гель. С системой BMS применялась лампа WHITEDTNT CHAIRFIXED BMS на основе светодиодов (2 LED-Ultraviolet, 4 LED-Infrared, 8 LED-White), с системой ZOOM применялась лампа ZOOM AP-ультрафиолетовая лампа с длиной волны 340-400 Нм, которая находится далеко от инфракрасного спектра. Помимо этого, производитель ставит в лампе фильтры, отсекающие потенциальный инфракрасный свет и вредную часть УФ. Выходящий свет не нагревает зубы ни на 1°C после 45-минутной процедуры. По поводу синего света, он тоже холодный. Но секрет в том, чтобы не допускать появления инфракрасного света. Об эффективности синего света... этот вопрос нужно задать производителям.

Третьей системой в нашем исследовании применялась продукция фирмы Ultradent Opalescence xtra boost без дополнительного оборудования.

Отбеливающие системы	Клинические случаи	Удовлетворительный результат			Неудовлетворительный результат
		***	**	*	
BMS	12	1 8,3%	3 25%	5 41,6%	3 25%
ZOOM AP	12	9 75%	3 25%	—	—
Opalescence	12	6 49,9%	4 33,3%	1 8,3%	1 8,3%

*** — пациенты, у которых наблюдалось улучшение цвета на 5-8 оттенков по шкале VITA, без возникновения признаков гиперестезии.

** — пациенты, у которых наблюдалось улучшение цвета на 3-5 оттенков по шкале VITA, с возникновением признаков гиперестезии.

* — пациенты, у которых наблюдалось улучшение цвета по шкале VITA менее чем на 3 оттенка с возникновением гиперестезии.

По результатам полученным нами, после использования трех различных систем отбеливания, можно сказать об отсутствии суперэффективных и абсолютно безопасных методах. Но правильный выбор метода отбеливания, индивидуально каждому пациенту, диагностика и планирование отбеливания повышают эффективность и снижают

риски возникновения гиперестезии.

При применении отбеливания зубов в качестве самостоятельного или вспомогательного метода лечения диагностика включает несколько обязательных этапов. Прежде всего, необходимо установить этиологию пигментированных зубов, что в значительной степени влияет на прогноз лечения. Следующим немаловажным фактором является выявление общих заболеваний и заболеваний зубов и мягких тканей полости рта, которые могут в той или иной степени ограничить использование отбеливания. Применение определенных медикаментов может вызывать состояние повышенной чувствительности к свету, что требует осторожности при использовании источников света.

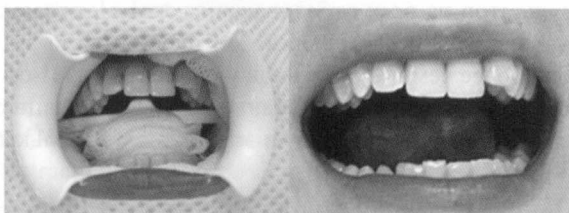
Кроме того, необходимо понять, насколько достижимы для данного пациента ожидаемые им результаты лечения, в какой мере его ожидания согласуются с прогнозом врача, какова степень готовности пациента участвовать в лечении и разделить ответственность за его результаты. Результат зависит от факторов которые являются фундаментальными в процедуре отбеливания и которыми пренебрегать нельзя. При этом соблюдение технологии становится крайне важным.

Применение материалов, источников света от различных производителей сводит эффективность к нулю и возникновению гиперестезии вследствие перегрева пульпы.

Во многих материалах основным отбеливающим агентом выступала кислота, которая, выполняя основную функцию окисления пигментов, при этом разрушала кристаллическую структуру эмали нарушая ее минерализацию, что вызывало гиперестезию.

В нашем случае применялись препараты для профилактики возникновения гиперчувствительности. За две недели до процедуры и после нее применялись аппликации рем. кремов TOOTH MOOUSE, MI PASTE (GC), FLUORIDEX, что по результатам исследования снизило возникновение гиперестезии и ее интенсивность. Вследствие правильно составленного планирования отбеливания и своевременной профилактики, возникновение гиперестезии как осложнения было снижено у 36,1% пациентов. Действительно не только это является причиной возникновения гиперестезии, а также источник света, отбеливающих гелей. Наиболее эффективной системой в этом вопросе себя показала система ZOOM AP, где возникновение гиперестезии было снижено у 75% пациентов.

Отбеливание зубов с помощью системы ZOOM пациентке 29 лет.



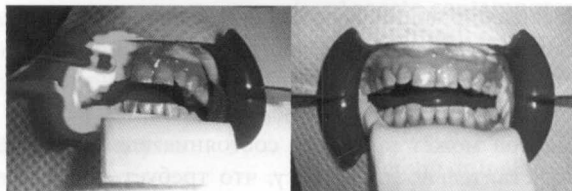
До

после

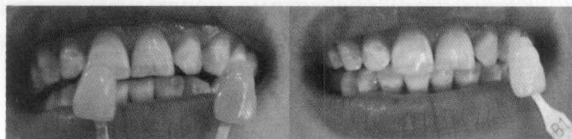
В данном случае присутствует флюороз пациентке 38 лет:



- до процедуры отбеливания



- во время процедуры



- непосредственно после процедуры отбеливания



Отбеливающие системы, использующиеся с лампами усиливающими проникающее действие отбеливающего геля показали себя как наиболее эффективные в офисном отбеливании. За один час офисного отбеливания мы достигли улучшения цвета зубов более чем на пять оттенков у 75%. Но этот результат нельзя отнести ко всем системам отбеливания. В нашем случае применялись две различные системы с различными лампами. Одна из ламп на основе светодиодов LED (BMS Chairfixed), вторая лампа ZOOM AP (DiscusDental), где применяется запатентованный ультрафиолетовый спектр света. Но в случае нашего исследования мы обратили внимания что спектр света используемых нами ламп очень различен-как и результаты исследования после процедуры отбеливания от различных систем.

Улучшение цвета более чем на 5 оттенков у пациентов из I-ой группы (BMS Whitedent) составило 8,3%, и только один пациент был удовлетворен результатом т.к. у него не возникло гиперестезии, и он был доволен цветом своих зубов.

При применении системы ZOOM Advanced Power мы достигли наиболее положительных результатов из всех отбеливающих систем, применявшихся в исследовании. Улучшение цвета зубов более чем на 5 оттенков у пациентов из II-ой группы (ZOOM AP) составило 100%, все 12 пациентов, которые применяли эту систему. И только

у 25% пациентов возникало ощущение повышенной чувствительности во время процедуры и в последующие двое суток.

Хочется сказать что результаты, полученные при использовании системы Opalescence Xtra boost намного лучше, чем у системы BMS Whitedent, несмотря на то, что она применялась самостоятельно без всевозможных источников света.

Выводы

За последние годы значительно возросли эстетические требования, предъявляемые пациентами к стоматологическому лечению. Пациенты заинтересованы в лечении, которое не только обеспечивает устранение дефектов и восстановление утраченных функций их зубов, но при этом еще и сохраняет или улучшает эстетический результат.

Чтобы не оставлять разочарованными наших пациентов с их возрастающими эстетическими требованиями, мы должны постоянно изучать и осваивать современные методы стоматологического лечения. Достижения современной науки и развитие новых технологий позволили нам ощутимо пополнить арсенал консервативных методов эстетического стоматологического лечения. Новые технологии отбеливания зубов заслуженно занимают видное место в этом ряду, позволяя относительно легко и быстро добиваться существенного улучшения стоматологической эстетики.

Благодаря интенсивным исследованиям ученых и постоянно разрабатываемым новым технологиям за последнее десятилетие в практику врачей-стоматологов были внедрены десятки разнообразных методов отбеливания зубов. Важным аспектом в этом вопросе является правильный выбор метода отбеливания, диагностика и соблюдение техники проведения процедуры. Кроме того, необходимо понять, насколько достижимы для данного пациента ожидаемые им результаты лечения, в какой мере его ожидания согласуются с прогнозом врача, какова степень готовности пациента участвовать в лечении и разделить ответственность за его результаты.

Библиография

- 1 Орда А.Н. Кабинетное фотоотбеливание зубов-новое направление в эстетической стоматологии. Дент Арт, 2004 №5 стр 20-22.
- 2 Журнал „Дентальные технологии“ №1, 2004г.
- 3 Журнал „Дентальные технологии“ №5, 2004г.
- 4 Под редакцией Е.В.Боровского 2005г. Терапевтическая стоматология. Обезболивание. Отбеливание. Пломбирование. Эндодонтия. Издательство „Стоматология“.
- 5 Н.И.Крихели 2008г. Отбеливание зубов и микроабразия эмали в эстетической стоматологии. Современные методы. Издательство „Практическая медицина“.
- 6 И.К.Луцкая 2005г. Основы эстетической стоматологии. Издательство „Современная школа“.

ALGORITMUL DE PROFILAXIE AL HEMORAGIILOR POSTEXTRAȚIONALE DENTARE

Rezumat

Pacienții care urmează să fie supuși extracțiilor dentare pot avea mai mult sau mai puțin o combinație de probleme generale, care pot influența asupra hemostazei. Importanța cercetărilor noastre a constat în implementarea în practica stomatologică a chestionarului de identificare și evaluare a riscului hemoragic. Elaborarea algoritmului de profilaxie al hemoragiilor postextraționale dentare reprezintă un real ajutor pentru medicul practician și va contribui la reducerea semnificativă a apariției accidentelor hemoragice.

Cuvinte cheie: extracția dentară, hemoragie postextrațională, profilaxie.

Oleg Zănoagă, doctorand
Catedra chirurgie
oro-maxilo-facială,
stomatologie ortopedică
și implantologie orală.
F.P.M. USMF „Nicolae
Testemițanu“

Summary

Prophylaxis algorithm of bleeding after tooth extraction

Patients whom has to be performed a tooth extraction may have a combination of general diseases, that can influence haemostasy. The importance of our studie is to introduce in practical stomatology the questionnaire of identificaton and evaluation of bleeding risk. Making the algorith of prophylaxy of bleeding after tooth extraction will be a real help for general practitioner and will reduce the risk of bleeding accidents.

Key words: tooth extraction, socket bleeding, prophylaxy.

Actualitatea temei

Hemoragia postextrațională dentară (HP) continuă să reprezinte o problemă clinică importantă atât prin alterarea stării generale a pacienților cât și prin dificultățile ce apar în realizarea hemostazei locale [1,2,3,4,5]. Conform datelor literaturii HP se întâlnesc de la 0,25 până la 5% din pacienți, iar din toate complicațiile extracției dentare — constituie 15,9% [6]. Cercetările noastre au relevat o frecvență de 4,2% a complicațiilor hemoragice postextraționale [7]. Acestea, fiind uneori severe, pun în pericol viața pacientului, chiar în urma intervențiilor chirurgicale minore [1,2,3,4]. Principalele cauze ale alterării stării generale a pacienților în urma hemoragiilor abundente sunt nu numai adresarea tardivă a acestora la medicul stomatolog, acordarea ajutorului medical necalitativ, ci și alegerea incorectă a timpului optim pentru efectuarea extracției dentare. Anamneza minuțioasă joacă un rol important în prevenirea hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii [1,8,9,10]. Deși în condiții de ambulator efectuarea unui examen general complet este relativ dificilă, trebuie adoptat un sistem rațional și eficient prin întrebări precise în scopul obținerii datelor necesare și suficiente pentru precizarea terenului pacientului. Astfel, identificarea preextrațională a riscului hemoragic și a patologiei de fond ce poate cauza apariția HP prezintă un obiectiv științifico-practic primordial și este insuficient ilucidată în literatura de specialitate, fapt ce a servit ca imbold pentru efectuarea prezentului studiu.

Scopul studiului

Aprecierea riscului hemoragic la pacienții care necesită extracții dentare și elaborarea algoritmului de profilaxie al hemoragiilor postextraționale dentare.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat pe un lot de 89 de pacienți care au fost repartizați în două grupuri. Grupul de referință a inclus 30 de persoane (19/b și 11/f) cu vârsta cuprinsă între 21—78 de ani, cărora li s-au efectuat 40 de extracții dentare. Grupul de studiu a inclus 59 de bolnavi (31/b și 28/f) în vârstă de la 18 până la 76 de ani internați în secția Chirurgie OMF a Centrului Național Științifico-Practic Medicină

de Urgență cu hemoragie postextractională dentară de diversă etiologie.

Pentru evaluarea statusului general, am proiectat un chestionar de apreciere a riscului de apariție a hemoragiei postextractionale dentare. Astfel, la interogare, toți pacienții, din ambele grupe, au răspuns la un șir de întrebări:

- Cât timp s-a prelungit hemoragia după traumatisme, după intervenții chirurgicale (extracții dentare, tonsilectomie, apendectomie etc).
- Au fost sau se observă hemoragii gingivale, nazale, gastrointestinale, hemartroze.
- Bolnavul a avut hemoragii peteșiale pe tot corpul sau pe mâini și pe picioare, în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele.
- Particularitățile menstruațiilor.
- Au avut loc asemenea manifestări la rudele apropiate (mai ales, la bărbați) ale bolnavului pe linia mamei.
- Prezența sau lipsa patologieilor concomitente care pot influența hemostaza (hepatite, ciroze hepatice, hipertensiunea arterială etc.).
- Folosirea unor medicamente care pot dereglă hemostaza (antitrombotice), modul de administrare și monitorizarea terapiei.

Pentru o examinare de orientare a sistemului hemostatic, la pacienții examinați, a fost determinat timpul de sângerare după Duke (norma 2-4 minute) și timpul de coagulare după Lee-White (norma 8-12 minute).

La pacienții din grupul de referință extracțiile dentare s-au efectuat sub anestezie locală cu sol. Lidocaină 2%, fără vasoconstrictor, iar traumatismul operatoriu a fost minim (cu lezarea minimă a gingiei marginale și fără fracturi ale pereților alveolari sau ale septului osos interradicular).

La pacienții din grupul de studiu s-au efectuat următoarele investigații paraclinice: analiza sângelui (de urgență) cu aprecierea hematocritului, analiza generală a sângelui, analiza biochimică a sângelui, analiza generală a urinei, coagulograma (indicele de protrombină, timpul recalcificării active, timpul tromboplastinei parțial activate, timpul trombinic, fibrinogenul, testul cu etanol), electrocardiografia.

Rezultate și discuții

În urma cercetărilor efectuate s-a constatat că, la pacienții din grupul de referință formarea cheagului sangvin a fost apreciată în al 5-8-lea minut postextractional, ceea ce corespunde cu transformarea sângelui din stare lichidă în stare de gel. Timpul de sângerare după Duke și timpul de coagulare după Lee-White au fost în limitele valorilor normale. Semne de hemoragie postextractională (primară sau secundară) nu au fost înregistrate. Prin urmare, cu mare probabilitate se poate presupune, că la pacienții din grupul de referință au fost normale funcțiile sistemului de hemostază. Astfel, riscul de apariție a HP a fost apreciat preextractional prin răspunsurile negative la întrebările sus-menționate. Concomitent, prin aceste întrebări,

au putut fi decelate informații vizavi de prezența sau lipsa unor afecțiunilor generale preexistente cât și a medicamentelor care pot influența asupra hemostazei.

La pacienții din grupul de studiu cauzele apariției HP au fost următoarele: în 20 cazuri — hipertensiunea arterială, în 16 — trombocitopenia, în 15 — distonia neuro-circulatorie și la 8 pacienți — medicația anticoagulantă orală (Trombostop, Warfarina, Fenilina). În urma anamnezei s-a constatat că, la pacienții hipertensivi extracțiile dentare au fost efectuate fără monitorizarea valorilor tensiunii arteriale, iar aplicarea tamponamentului compresiv supraalveolar, imediat postextractional, nu a contribuit la stoparea hemoragiei. La majoritatea pacienților (93,7% cazuri) cu patologie hepatică sindromul hemoragipar a fost manifestat în anamneză prin diverse simptome: epistaxis, gingivoragii, hemoragii postextractionale dentare, echimoze, hemoragii peteșiale în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele, hemoragie din varicele esofagiene. În analiza sângelui periferic la 5 pacienți cifrele trombocitelor au variat în limitele 50,0.109/l — 100,0.109/l, iar în 3 cazuri < 50,0.109/l. Trombocitopenia pronunțată la persoanele cu patologie hepatică a fost depistată și prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>4 minute). Conform datelor literaturii trombocitopenia (numărul trombocitelor < 150,0.109/l) la pacienții cu tulburări hepatice cronice se remarcă în 76% cazuri, iar la 13% din bolnavi cifrele trombocitelor variază de la 50,0.109/l până la 75,0.109/l [11]. Astfel, deficitul de sinteză a factorilor de coagulare și trombocitopenia, ce se instalează odată cu progresarea patologiei hepatice, duc la apariția hemoragiilor postextractionale dentare. La pacienții aflați sub medicație anticoagulantă orală anamneza hemoragică a fost pozitivă la 3 pacienți și s-a manifestat clinic prin gingivoragii și hemoragii postextractionale dentare. Conform datelor literaturii frecvența complicațiilor hemoragice la pacienții aflați sub tratament anticoagulant variază între 1,4 — 10%, iar la 0,5-1% poate apărea deces în urma hemoragiilor abundente [12]. Trebuie de menționat că acești pacienți prezintă un risc crescut atât hemoragic cât și tromboembolic, mai cu seamă la persoanele care nu-și monitorizează lunar efectul medicației anticoagulante. Prin urmare, pentru a evita aceste complicații recomandăm ca extracția dentară, la aceste persoane, să fie efectuată în condiții de staționar sub controlul unor indici ai coagulogramei pe fon de medicație antimicrobiană și fără anularea anticoagulantului [13]. Această ordine de idei este menționată în literatura de specialitate și de alți autori [14,15,16,17].

Astfel, pacienții care urmează să fie supuși extracțiilor dentare pot avea mai mult sau mai puțin o combinație de probleme generale, cunoscute sau necunoscute atât de medic cât și de pacient, care pot influența asupra hemostazei. Bazându-ne pe sinceritatea declarațiilor pacienților din grupul de studiu am apreciat o realizare superficială a anamnezei de către medicii care au efectuat extracțiile dentare și omiterea depis-

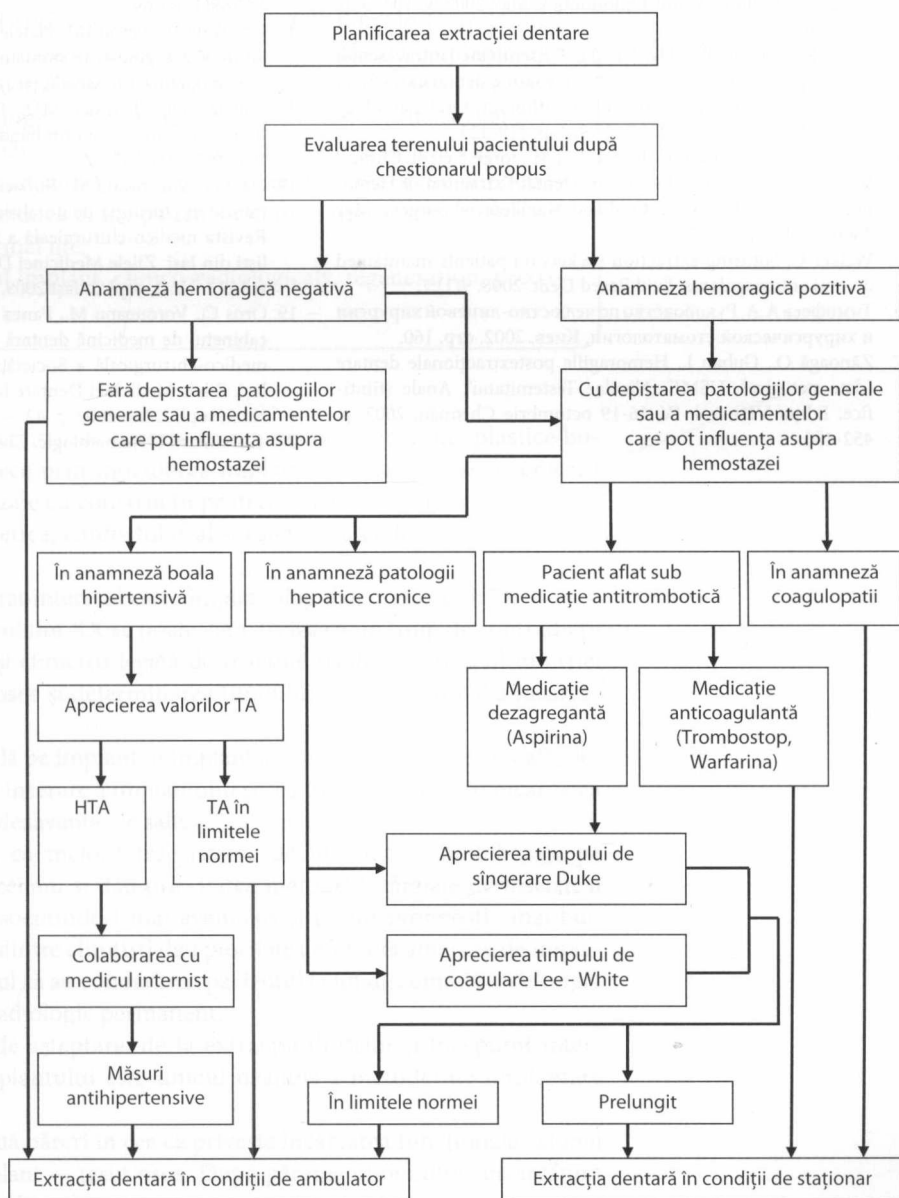
tării unor afecțiuni sistemice, care au contribuit inevitabil la apariția HP. Prin urmare, din păcate, investigația pacienților în stomatologie de obicei se oprește mai mult asupra istoricului afecțiunii stomatologice care l-a adus pe pacient la consultație și tratament. Despre aceasta relatează și alți autori [18,19]. Din cele menționate putem conchide că un rol important în profilaxia HP îi revine anamnezei. Prin colectarea datelor cu ajutorul chestionarului propus am constatat că riscul de apariție a complicațiilor hemoragice poate fi apreciat preextractional prin răspunsurile la întrebările menționate anterior. Dacă răspunsurile la aceste întrebări au fost negative, cu mare probabilitate se poate presupune, că la bolnavul examinat sunt normale funcțiile sistemului de hemostază. Concomitent, prin aceste întrebări, pot fi decelate informații vizavi de prezența sau lipsa unor afecțiunilor generale preexistente cât și a medicamentelor care pot influența asupra hemostazei. Pacienții cu datele anamnezei suspecte la dereglarea hemostazei necesită o investigație preextractională. Conform unor date din literatura de specialitate [20] la 95-98% din cei interogați nu este necesar să se examineze detaliat hemostaza (determinarea funcțiilor trombocitelor, coagulograma). Astfel, unele diateze hemoragice [20] (trombocitopenia, trombocitopatia, vasopatiile) pot fi depistate prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>4 minute), iar insuficiența severă a factorilor de coagulare, supradozarea cu anticoagulante — prin creșterea timpului de coagulare după Lee-White (>12 minute). Aceste investigații au un șir de avantaje: pot fi efectuate de orice medic în policlinică sau în condiții de staționar, tehnica de efectuare este simplă, durata scurtă a procedurii, nu necesită aparatură și instrumentariu deosebit. În caz de devieri pronunțate a indicilor hemostatici de la limitele normei recomandăm ca extracția dentară să fie efectuată în condiții de staționar. La pacienții hipertensivi extracții-

le dentare trebuie efectuate sub monitorizarea pre- și postextractională a tensiunii arteriale cu menținerea acestora în limitele valorilor normale.

Rezumând cele expuse anterior, trebuie să accentuăm faptul că statutul general compromis poate implica apariția HP, uneori severe. Astfel, accidentele hemoragice pot fi reduse la minim printr-o evaluare corectă preoperatorie. Considerăm că implementarea în practică a chestionarului de identificare și evaluare a riscului hemoragic va fi util medicului stomatolog și va contribui la reducerea semnificativă a apariției HP. Multitudinea afecțiunilor generale preexistente ale pacienților și medicația antitrombotică face dificilă alegerea corectă a timpului optim pentru efectuarea extracției dentare. Prin urmare, propunem algoritmul de profilaxie al hemoragiilor postextractionale dentare (fig. 1). În acest algoritm se expune consecutivitatea planificării extracțiilor dentare în dependență de datele anamnestic.

Fig. 1

Algoritm de profilaxie al hemoragiilor postextractionale dentare



Concluzii

1. Riscul hemoragic poate fi apreciat preextractional prin colectarea datelor cu ajutorul chestionarului propus.

2. Anamneza hemoragică pozitivă, valorile crescute ale timpului de sângerare după Duke și ale timpului de coagulare după Lee-White presupun că, la bolnavul examinat sunt alterate funcțiile sistemului de hemostază.

3. Elaborarea algoritmului de profilaxie al hemoragiilor postextractionale dentare reprezintă un real ajutor pentru medicul practician și va contribui la reducerea semnificativă a apariției accidentelor hemoragice.

Bibliografie

1. Henderson J.M., Bergman S., Salama A., Koterwas G. Management of the oral and maxillofacial surgery patient with thrombocytopenia. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2001; v.59, 4: 421-427.
2. Hartman M.J., Caccamese J.F., Bergman S.A. Perioperative management of a patient with Bernard-Soulier syndrome for third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. May 2007. v. 103, 5, p. 626-629.
3. Peters K.A., Triolo P.T., Darden D.L. Disseminated intravascular coagulopathy: Manifestations after a routine dental extraction. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. April 2005. v. 99, 4, p. 419-423.
4. Correa M.E., Annicchino-Bizzacchi J.M., Jorge J. et al. Clinical Impact of Oral Health Indexes in Dental Extraction of Hemophilic Patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. May 2006. v. 64, 5, p. 785-788.
5. Walker C. Suturing extraction sockets on patients maintained on oral anticoagulants. *Evid Based Dent*. 2008; 9(1):7.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев. 2002, стр. 160.
7. Zănoagă O., Guban L. Hemoragiile postextractionale dentare (date statistice). USMF „Nicolae Testemițanu”. *Anale științifice. Ediția VIII, vol. IV, 16-19 octombrie Chișinău, 2007, p. 452-456.*
8. Chacon G.E., Ugalde C.M. Perioperative Management of the Patient with Hematologic Disorders. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*. May 2006. Vol. 18, 2, p. 161-171.
9. Martini M.Z., Lopez JS Jr., Gendler JLPL., da Fonseca EV., Soares HA., Franzi SA. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura Presenting as Post-extraction Hemorrhage. *J Contemp Dent Pract* 2007 September; (8)6:043-049.
10. Baker R. Pre-operative hemostatic assessment and management. *Transfusion and Apheresis Science*. August 2002. v. 27, 1, p. 45-53.
11. Afdhal N., McHutchison J., Brown R. et al., Thrombocytopenia associated with chronic liver disease. *Journal of Hepatology*, 2008; v.48, 6:1000—1007.
12. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. Санкт-Петербург. 2006, стр.103.
13. Zănoagă O., Topalo V., Sirbu D., Suharschi I., Procopenco O. Conduita în extracția dentară la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă orală. *Revista medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. Zilele Medicinii Dentare Iași-Chișinău 1-4 aprilie vol.113. Nr. 2, supl. 2. Iași 2009. p. 75 — 79.*
14. Alexander R., Ferretti AC., Sorensen JR. Stop the nonsense not the anticoagulants: a matter of life and death. *N Y State Dent J*. 2002 Nov;68(9):24-26.
15. Garcia DA, Regan S, Henault LE, Upadhyay A, Baker J, Othman M, Hylek EM. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med*. 2008 Jan 14;168(1):63-69.
16. Lévesque H., Péron JM. Platelet aggregation inhibitors and vitamin K antagonists in stomatology and maxillo-facial surgery. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2003 Apr;104(2):80-90.
17. Wallace DL., Latimer MD., Belcher HJ. Stopping warfarin therapy is unnecessary for hand surgery. *J Hand Surg [Br]*. 2004 Jun;29(3):203-205.
18. Oros C., Voroneanu M., Budacu C., Stelea C. Evoluția postoperatorie în chirurgia dento-alveolară — între eșec și iatrogenie. *Revista medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. Zilele Medicinii Dentare Iași-Chișinău 1-4 aprilie vol.113. Nr. 2, supl. 2. Iași 2009. p. 37 — 41.*
19. Oros C., Voroneanu M., Fanea R. Urgența cardio-vasculară în cabinetul de medicină dentară — cauze de risc major. *Revista medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. Zilele Medicinii Dentare Iași-Chișinău 1-4 aprilie vol.113. Nr. 2, supl. 2. Iași 2009. p. 42 — 45.*
20. Corcimaru I. Hematologie. Chișinău. 2007, p. 333 — 337.

EVALUAREA CLINICĂ A INSTALĂRII IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE IMEDIAT POSTEXTRAȚIONAL

Rezumat

A fost studiat la nivel clinic radiologic regenerarea țesuturilor preimplantare pentru instalarea imediată a implantelor utilizând diferite metode implantologice. A fost demonstrat că instalarea precoce a implantelor în spațiul preextrațional va duce la menținerea înălțimii și spațiului interdental și va favoriza reabilitarea ocluziei cu edentație parțială și totală, de asemenea va duce la restabilirea funcției masticatorii, de înghițire, fonetică și nu în ultimul rând estetică ceea ce este foarte important în viața de zi cu zi.

Cuvinte cheie: implante dentare, clinic-radiologic, regenerare, reabilitare precoce.

Summary

CLINICAL EVALUATION OF IMMEDIATE POSTEXTRACTIONAL INSTALLATION OF DENTAL ENDO-OSSEOUS IMPLANT

Clinico-radiologically was studied the regeneration of the periimplantation tissue at dental endo-osseous implant installation postextrațional with immediate and conventionally loaded using different implantology methods. It was proved that inserting the implants precociously in the post-extrațional socket brings to maintenance of the height of the socket process, precocious rehabilitate of the bite with partial and total edentations, also recovery of the masticatory functions, of the swallow, of the phonetics and of course the rehabilitate of the patient's esthetics that is very important for framing in the normal life.

Key Words: dental implant, clinico-radiologically, regeneration, precocious rehabilitate.

Introducere.

Implantarea dentară constituie o parte componentă a chirurgiei plastice buco-maxilo-faciale, deoarece prin inocularea implantelor endoosoase se creează posibilul reabilitării ocluzale cu construcții protetice fixe ce restituie cu mult mai fiziologic masticția, fonetica, confortul oral și estetica feței decât alte construcții.

În ultimii ani s-a majorat interesul către implantologia dentară (1; 5; 7).

A doua jumătate a secolului XX se poate caracteriza ca un timp de contradicții și debateri între savanți și cliniciști legată de reacțiile tisulare în timpul inserției implantului dentar endoosos și determinarea timpului cât mai optimal a încărcăturii funcționale.

Încărcătura funcțională pe implant în implantarea endoosoasă este actuală, deoarece ambele metode de inserare a implantului și cea întârziată și cea cu încărcarea imediată au avantajele și dezavantajele sale.

Este cunoscut faptul că majoritatea sisteme de implantare sunt bazate pe concepția ultimilor treizeci ani și dau prioritatea metodei întârziată de inserție a implantelor endoosoase socotindu-l mai avantajos și cu un prognostic mai bun (2;3;6;10). De aceea mulți dintre cliiniști dau prioritatea metodei amânate de implantare, cunoscând bine faptul că au condamnat pacientul la un disconfort îndelungat și un control medical și radiologic permanent.

Așa că timpul lung de așteptare, de la extracția dintelui și începutul intervenției de inserare a implantului este unicul neajuns a metodei de implantare amânate.

La moment există două păreri în ceea ce privește încărcătura funcțională cât mai precoce a sistemului implant — țesut osos. După părerea unor autori încărcătura funcțională precoce a implantului servește ca un activator în osteogeneza repa-

conf. N. Chele
Catedra de chirurgie
OMF Universitatea
de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae
Testemițanu“

ratorie (15;6;9;11). Alți autori sunt de părerea că încărcătura funcțională precoce a implantului induce la formarea țesutului conjunctiv între implant și țesutul osos (3;6;8;9).

În literatura de specialitate am întâlnit lucrări științifice unde se spune că în rejiunea dinților restanți este posibil dezvoltarea hipoxiei tisulare (1;4;7;9). Consecințele grave în urma hipoxiei tisulare este dereglarea metabolismului energetic și celular știut fapt că activitatea celulară în țesutul paradontal este determinat de încărcătura funcțională.

Atrofia procesului alveolar în urma extracției dentare, care complica înserarea implantelor endoosoase la moment este cea mai actuală problemă practică implantării(3). Sunt cunoscute lucrări științifice unde sa studiat aptitudinea țesutului osos de a suporta încărcătura funcțională în regiunea implantului (2;7;9). Doar în aceste lucrări studiul a fost efectuat după închierea procesului de osteointegrare, însă nu în perioada precoce după funcționarea construcției ortopedice.

După părerea noastră înserarea implantelor cât mai precoce în alveola postextractională va duce la menținerea înălțimii procesului alveolar, reabilitarea precoce a pacienților cu edentații parțiale și totale, restabilirea funcției de masticatie, glutiție, fonetica și nu în ultimul rând reabilitarea estetică a pacienților atât de necesară pentru încadrarea în societate.

Scopul.

Reabilitarea precoce a pacienților cu edentații prin inserția implantelor dentare endoosoase imediat postextractional.

Materiale și metod.

În studiu au fost incluse 50 persoane (154 implantate) — 28 bărbați și 22 femei cu vârsta între 35 și 65 ani. Au fost utilizate implantate dentare „Alpha-BIO“. În urma examenului clinic — radiologic tradițional acceptat în implantologia dentară au fost stabilite indicațiile și posibilitățile reabilitării protetice a pacienților cu utilizarea implantelor dentare endoosoase imediat postextractional. În dependență de tipul edentației și alți parametri numărul de implantate inserate unui pacient varia de la 1 până la 21.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul întâi 30 pacienți (109 implantate) la care inocularea implantelor endoosoase sa efectuat imediat postextractional fără augmentare de os. După efectuarea anesteziei loco-regionale sau extras dinții cu procese patologice periapicale, churetajul alveolei, prelucrarea alveolei cu soluții antiseptice apoi cu freza triunghiulară (freza pilot, sau bisturiu de os) la 800 — 1000 turații pe minut am forat neoalveola la adâncimea respectivă apreciată în timpul planificării implantării. Pe traiectul „canalului“ creat în continuare cu frezele sistemului de implantate utilizat luând în considerație densitatea osului a fost preparată „neoalveola“ cu diametrul și lungimea necesară pentru implantul respectiv. Inserarea era finisată cu cheia dinamome-

trică cu un efort de 30—35 Ncm. După instalarea implantelor în treimea superioara a implantului spațiul liber între peretele neoalveolei și implant sa implut cu chiag de sânge. Acest chiag slujește ca substrat de regenerare a țesutului osos și trebuie protejat în perioada postoperatorie (administrarea în primele 3-5 zile a tratamentului antiinflamator și clătitori a cavității bucale, alimentarea cu produse lichide etc). Apoi era efectuată radiografia de control (ortopantomografia, radioviziografia retroalveolară). Implantatele au fost instalate în așa mod ca ultima spirală să fie situată la 1—2 mm sub corticala apofizei alveolare, a fost aplicat șurubul de vidicare și plaga postoperatorie sa închis prin suturi cu fir atraumatic. A doua etapă chirurgicală la mandibulă a fost efectuată peste 3—4, la maxilă — peste 4—5 luni. La ambele maxilare cu bisturiul circular a fost efectuată punerea în evidență a implantelor prin excizionarea cerculețelor de gingie care le acoperea.

Lotul doi 20 pacienți la care inserția implantelor endoosoase s-a efectuat imediat postextractional cu augmentare de os și încărcarea imediată a implantului. La acești pacienți după forarea neoalveolei și inocularea implantului spațiul liber între peretele neoalveolei și implant era augment cu material biocompozit Kolapol KP-3, aplicarea imediată a abutmentului și aplicarea a două suturi de contur distal și medial de implant pe fibromucoasa gingivală, amprentarea, la a 7—8 zi cimentarea lucrării protetice.

Rezultate.

În timpul instalării implantelor la pacienții din grupa unu după metoda standard fără augmentare, au fost depistate unele momente nefavorabile care ulterior au afectat într-o orecare măsură starea lor generală și vindecarea plăgii. Pe coama crestei alveolare gingivo-periostul este intim aderat cu patul osos și decolarea lamboului adesea a fost dificilă producându-se laceratii, sfirtecări ce a compromis vindecarea primară a plăgii. Acest procedeu deseori este însoțit de hemoragii și hematoame postoperatorii. Din 30 pacienți din această grupă la 4 pacienți au fost depistate hematoame în lojile învecinate. La a doua zi după operație la toți pacienții s-a dezvoltat un edem vădit a gingiei și a țesuturilor moi adiacente. El era în creștere devenind maximal la a 2—3 care treptat dispărea către a 7—8 zi. Primile zile după operație pacienții acuzau la disconfort și dureri pronunțate care ușor erau suprimate cu antidoloranți. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7—9 zi după intervenție. În 2 cazuri a avut loc dehiscenta parțială a plăgii cu vindecare per secundam către a 10 zi. La etapa a doua gingia acoperea implantatele și nu se deosebea de cea învecinată. Radiologic la 16 implantate a fost depistată o resorbție a osului cortical în mijlociu de 1,2 mm (minimal — 1mm, maximal — 2mm). La 2 pacienți 4 implate nu sau integrat, au fost suprimate și înlocuite prin alte imlante cu diametru mai mare și încărcătură imediată. Despre acest fenomen menționează și alți autori (2, 4).

Caz clinic 1.

Pacientul C. Diagnosticul: Parodontită marginală cronică generalizată forma gravă. Edentație parțială terminală la maxilarul superior și intercalată la mandibulă.

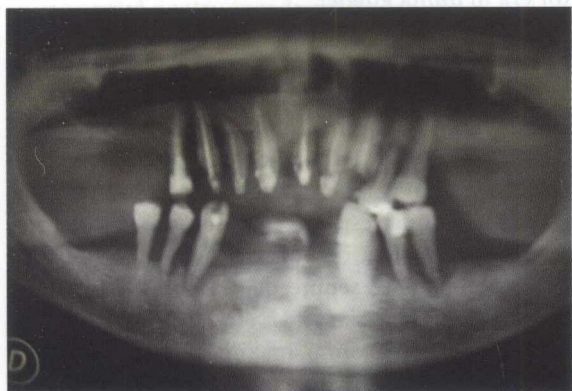


Fig (1). Radiografia panoramică



Fig (2). Extracția multiplă a dinților



Fig (3). Instalarea implantelor



Fig (4). Radiografia de control la a 2-a zi

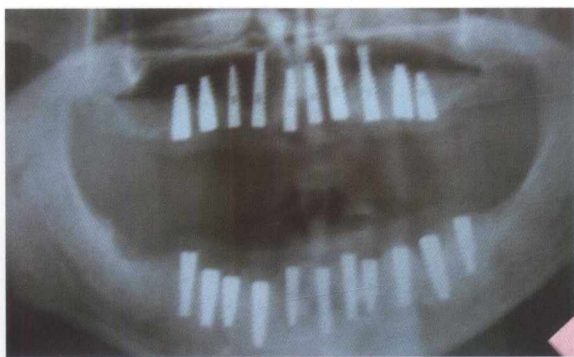


Fig (5). Radiografia de control la 4 luni



Fig (6). Aplicarea abutmentelor peste 4,5 luni

În grupul doi de studiu reacția gingiei și țesuturilor adiacente vădit se deosebea de cea din grupa întâi. În toate cazurile la inserarea implantelor sângerare din gingie n-a avut loc. Imediat postoperator plaga gingivală era cu marginele iregulate care în unele locuri contacta cu marginea implantului. Acest contact era evident când corpul implantului umplea în întregime alveola.

Caz clinic 2.

Pacientul E. Diagnosticul: Parodontită apicală cronică.



Fig (1). Parodontită apicală cronică.

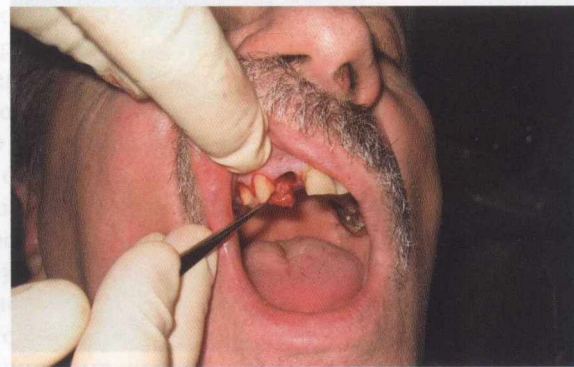


Fig (2). Odontectomia și chiuretajul

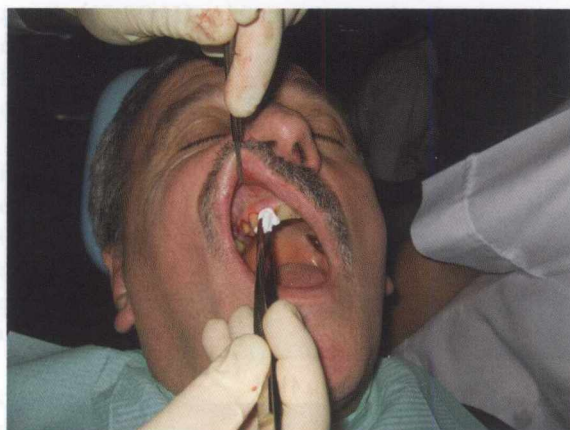


Fig (3). Augumentarea alveolei



Fig (4). Instalarea implantului

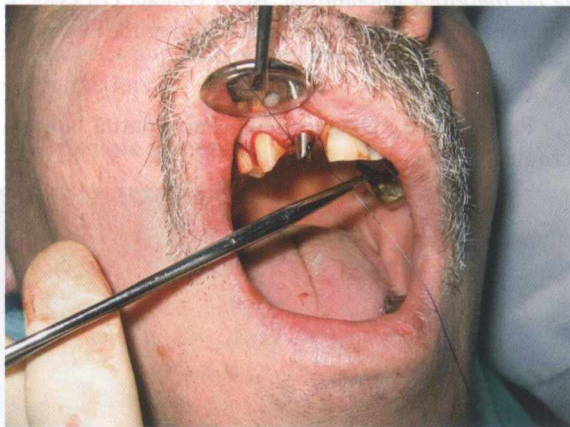


Fig (5). Aplicarea abutmentului

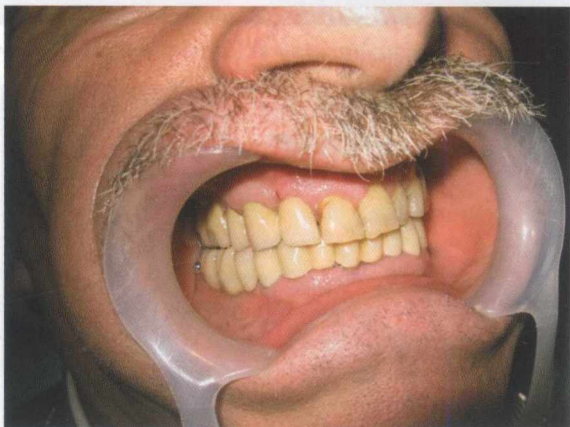


Fig (6). Încărcătura imediată

Profunzimea inserării implantului era apreciată prin plagă cu un ac bont prin determinarea prezenței sau absenței treptei între os și implant. A doua zi după operație pe marginile plagii gingivale se aprecia chiagul sanguin în retrație. Edemul postoperator era în limita gingiei.

La a 3—4 zi edemul a dispărut iar miniplaga era în curs de epitelizare. Epitelizarea definitivă a avut loc în diferiți termeni — de la 5 pînă la 10 zile. Ea depindea de diametrul implantului și de extracția dentară atraumatică. Durata medie necesară pentru instalarea unui implant și aplicarea coroniței pe el utilizînd metoda respectivă a fost de 7310 zile. Examenul radiologic a demonstrat că din 45 implantate la 32 de implantate semne de resorbție pe verticală a corticalei lipseau iar la 13 erau în mijlociu de 0,8 mm (minimal — 0,6mm, maximal — 1,4mm). Valorile periostului din ambele grupe nu se deosebeau și variau între -2 și -5 la maxilă și între -4 și -8 la mandibulă. Acesta ne mărturisește despre faptul că la instalarea implantelor prin tehnici diferite se obține o osteointegrare a implantelor la fel.

La implementarea în practică a acestei metode ne-am condus de fenomenul epitelizării plăgilor după extracțiile dentare. Este bine știut că extracția dintelui cu traumă minimală a țesuturilor înconjurătoare și chiagul sanguin, care umple alveola imediat postextracțional, favorizează epitelizarea plăgii într-un timp scurt (7—10 zile).

De rînd cu alți factori un rol important în osteointegrarea implantelor cit și în remodelarea osului pereimplantar pe parcursul funcționării implantelor îl are vascularizarea sanguină (6). Este dovedit (3) că peste 70% din alimentare osul cortical al maxilarelor o primește din periost. Studiile recente (7) demonstrează că traumatizarea periostului, mai cu seamă la maxilă, provoacă o resorbție vădită a corticalei. Se poate afirma că decolarea lambourilor mucoperiostale dereglează nutriția osului și, probabil că restabilirea ei completă nu mai are loc, ce și contribuie la resorbția corticalei. La pacienții din prima grupa cărora la instalarea implantelor de către noi a fost folosită tehnica cu lambou în extracția multiplă a avut loc o resorbție mai pronunțată a osului cortical în comparație cu rezultatele din grupa doi. Despre aceasta relatează și alți autori (3, 1).

În același timp menționăm că tehnica de instalare a implantelor dentare endosoase imediat postextracțional este mai dificilă și poate fi utilizată de medicii cu experiența respectivă în implantologia orală. O condiție obligatorie pentru utilizarea acestei metode este prezența integrității pereților alveolari și dintele extras să nu depășiască diametru de 4—4,5 mm.

Concluzii și discuții.

În studiul efectuat sa demonstrat că prin metodele de implantare postextracțional (cu și fără augmentare) și încărcare imediată a implantelor dentare endosoase obținem:

1. Micșorarea perioadei de tratament a pacientului și a discomfortului oral;
2. Reabilitarea precoce a funcțiilor de masticație și fonație;
3. Reabilitarea estetică precoce a pacienților necesară pentru încadrarea în societate;
4. Preîntâmpinarea atrofiei postextractionale a apofizei alveolare.

Bibliografie

1. Becker W., Goldstein M., Becker B. e., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
2. Becker W., Wikesjö U.M., Sennerby L., et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. J. Periodontol., 2006; 77(10):1717—1722.
3. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with 85 Sr and gamma spectrometry. J.Oral Implantol., 1995; 21: 214-219.
4. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless

- surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2006; 21 (2): 23-29.
5. Gănuță N. Tratat de implantologie orală. Editura Național. București. 1998.
6. Mancez P. Chirurgie sans lambeau et temporisation immédiate en secteur antérieur. Implant., 2008; v.43, n.2: 87-95.
7. Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. Second Edition. St. Louis, Mosby Year book, Inc. 1999.
8. Nosaka Y., Kitano S., Wada K., Komori T. Endosseous implants in horizontal alveolar ridge distraction osteogenesis. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2002; 17: 846-853.
9. Rocci A., Martignoni M., Gottlow J. Immediate loading in the maxilla flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2003; 5 (suppl 1):29:36.
10. Rompen E. Vers une simplification des protocoles pour une efficacité a court terme et une fiabilité a long terme. Implant., 2007; v.13, n.3: 185-190.
11. Параскевич В. Л. Дентальная имплантология. Минск : ООО „Юнипресс“ 2002.

РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ ПРИ УЗКИХ КОСТЯХ МЕТОДОМ, ОТЛИЧАЮЩИМСЯ ОТ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ. ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ SPI И ARROW PRESS

Как известно, с прекращением роста зубов начинается процесс резорбции альвеолярного отростка вплоть до базальной кости. Нефункционирующая кость резорбируется. Ранняя имплантация с последующей рациональной нагрузкой приостанавливает этот процесс. Имплантант полностью контактирует с костью анкилозным соединением (в случае остеоинтеграции), в отличие от зуба, обладающего естественной системой фиксации в кости, то есть парадонтом. Кровоснабжение парадонта состоит из сосудистых анастомозов, что существенно отличается от васкуляризации тканей, окружающих имплантант. Вывод: имплантант намного более уязвим к различного рода воздействиям извне в отличие от зуба.

Имплантируя в узкие кости, мы в первую очередь должны думать о минимальном повреждении системы Гаверс-Фолькмае канальцев, имеющих огромное значение в кровоснабжении интегрирующей кости. Чем меньше образуемый лоскут слизистой оболочки, тем менее повреждается переост с прилегающими сосудами, а также достаточное количество слизистой оболочки вокруг имплантанта не нарушает кровоснабжение всего участка. Корень зуба, находясь в альвеолярном отростке посредством природного аппарата: корень-PDL (шарпейвы волокна)-Laminate dura (кортикальная пластинка альвеолы)- трабекулы кости перераспределяет, в конечном счёте, жевательное давление на наружную кортикальную пластинку челюсти. Искусственное подражание этой системе осуществляется посредством бикортикальной фиксации имплантатов в кости с повлечущей ранней рациональной нагрузкой для образования компактного слоя вокруг имплантанта (like laminate dura), что свидетельствует об остеоин-

**Доктор
Феликс Авербух,
Израиль**

теграции (Strib 1985). Можно проследить устойчивость имплантата, которая образуется через год после операции в трех типах кости в зависимости от количества губчатого и компактного составляющих. Устойчивость через год сравнивается, что доказывает компактизацию кости вокруг имплантата. Безусловно, речь идет о различного рода шероховатых имплантатах по типу S.L.A. поверхность (макро-20-40 микрон + 2 микрон). Всё сказанное ранее мы постараемся связать, а именно, почему в случаях с узкими костями мы используем SPI (Спиральные имплантанты системы Альфа-Био) и ARROW PRESS (Одноэтапные имплантанты системы Альфа -Био) и их модификации, и в чём преимущество этих имплантантов. Благодаря тому, что SPI обладает широкой активной резьбой, он входит в кость, придавая кортикальную фиксацию, не повреждая губчатую кость. Это очень важно для узких костей. Аналогично ARROW PRESS, который подходит также в случаях маленького медио-дистального расстояния между зубами, он обладает встроенным „abatment“, а также спиральной резьбой, подражающей имплантанту SPI. Он производится в трех диаметрах 3-3, 3-3,6 мм (внутренний диаметр между спиралями уменьшен соответственно 2-2,3-2,6 мм и длиной 13-15 мм).

Вспомним традиционные медоты имплантации при узких костях.

По Jensen, в случае узких костей при нехватке места для имплантации обычным методом используется мембрана и винты поддержки. Сверлятся небольшие отверстия в кортикальной пластинке для обеспечения кровоснабжения из системы (Гаверс-Фолькман) каналцев, а также губчатой кости.

Под мембрану вводится графт. Через 2-4 месяца производится имплантация. Использование мембраны и графта увеличивает стоимость операции, а также перерыв между аугментацией кости и самой имплантацией, является недостатком данного метода. Использование естественной мембраны и графта (забор из подбородочной или другой области) осложняет операцию увеличением операционных мест. Использование отслаивания (расщепления) кортикальных пластинок челюстей, а также винта поддержки + графт. Недостаток: сложность расщепления кости. Использование дистрактора (аппарат Елизарова в стоматологии). Недостаток: сложность операции и гигиены.

Мы предлагаем использование имплантантов SPI (единственный в своем роде конический спиральный имплантант с двойной резьбой, крылья которой увеличиваются и изменяются по его длине шаг 2x2,1) и фактически используются как вращающиеся остеомы. Они при-

менимы в имплантации сразу после удаления, в одномоментной имплантации и использовании в типах кости 2-3-4. В перечисленных случаях также применим имплантант ARROW PRESS, описанный выше. Методика достаточно упрощена использованием меньшего количества дрелей, что предупреждает потерю кости. Например, все размеры SPI можно вкручивать, используя дрели меньше на размер. Если при обычных имплантатах используются дрели 2-2,5-3,2- имплантант 3,75, то при использовании SPI дрели 2-2,5 — имплантант SPI 3,75. Все имплантанты

ARROW PRESS используются только с дрелью — pilot 2 мм.

Рассмотрим случай: во фронтальной области отсутствует 11 зуб. На С.Т. наличие очень узкой кости. Использован имплантант SPI диаметром 3,75 мм, подготовка дрели 2-2,5 мм. Минимальная потеря окружающей кортикальной кости, использование графт с мембраной, предварительно создав мелким бором отверстие для лучшего кровоснабжения. Использована мембрана A.P.R.F. (autologous platelet rich fibrin) из крови пациента.

Другой случай. Потеря четырех нижних резцов. Есть выбор: или использование меньшего количества традиционных имплантантов, тогда нарушается эстетика, или 4 имплантантов ARROW PRESS.

Ещё один случай. Женщина врач 42 года наличие тремы между 23 и 24 зубами. Нет места для обычного имплантата в медио-дистальном направлении. Использован имплантант ARROW PRESS 15 мм длина, диаметр 3 мм. Результат: имплантант вошел между корнями граничащих зубов, не травмируя кортикальные пластинки альвеол.

Женщина 80 лет. Проблема фиксации полноръемного протеза на нижней челюсти. Подготовка места для ARROW PRESS имплантантов 3,3 диаметр, длина 15 мм без образования лоскута. Результат: отсутствие припухлости и послеоперационных болей, минимальная потеря крови, легкая переносимость имплантации. Дальнейшее протезирование системой дольдер бар-протез.

ВЫВОД

Использование имплантантов SPI и ARROW PRESS упрощает процедуру операции для врача-стоматолога, предупреждает чрезмерную потерю кости при сверлении дрелями, благодаря использованию меньшего количества сверл. Уменьшает стоимость операции (мембрана графт), облегчает послеоперационный период для пациента.

OPTIMIZAREA ESTETICĂ A PUNȚILOR DENTARE CU UTILIZAREA SUPORTURILOR IMPLANTATE ÎN REGIUNEA FRONTALĂ

Rezumat

Procedeu de confecționare a punților dentare cu utilizarea suporturilor implantate care constă în efectuarea unei amprente, în care se introduc analogii implanturilor și se toarnă un model. Apoi se înșurubează tuburi din plastic în analogii implanturilor pe model și se secționează conform formei arcadei dentare și înălțimii ocluziei dentare. Urmează modelarea protezei din ceară, după care are loc separarea modelului în segmente corespunzătoare implanturilor. Ceara se înlocuiește cu metal, apoi segmentele punții dentare, după instalarea lor pe implanturile modelului, se unesc între ele prin sudare rece. Pentru optimizarea esteticii dentare în grupa frontală se folosesc abutmenți individual pregătiți cu ajutorul paralelometrului frezor, etc. Astfel combinăm fixarea punții protetice dentare prin înșurubare în regiunea laterală cu cimentarea în regiunea frontală. Urmează acoperirea protezei cu material decorativ, după care ea se fixează pe maxilar, iar orificiile tehnologice din materialul protezei se umplu cu material pentru plombare. După procedeu propus au fost confecționate 311 punți dentare.

Summary

Aesthetics optimization of Dental Bridges by Means of Implanted Supports in the frontal region.

The procedure of bridge manufacture using the implanting supports which consists in performing of an impress into which the analogue implants are introduced and a model is cast. Afterwards the plastic tubes are screwed into the analogue implants of the model. They are divided according to the form of the dental arcade and the height of the dental occlusion. Then it will take place the modeling of wax prosthesis. We separate the wax model into segments equal to implants. We substitute the wax with metal, then the segments of the dental bridge, after their installing on the model implants are connected with them by means of cold solder. To optimize the dental aesthetics, there were used abutments in the frontal group, they being prepared by means of the parallelometer miller. Thus we combine the fixation of prosthetic dental bridge by screwing into lateral region and by cementing in the frontal region. Later on the covering of prosthesis with decorative material takes place. It is clasped into the maxilla, but the technologic orifices from the prosthetic material are filled with filling material. 311 of dental bridges were manufactured according to this procedure.

Key words: fixing dental bridges, implanted supports.

Резюме

Эстетическая оптимизация мостовидных зубных протезов с использованием имплантируемых опор во фронтальном участке.

Метод заключается в том, что изготовливают оттиск, соединяют аналоги имплантатов с трансферами, отливают модель, вкручивают пластиковые трубы (абатманы) в аналоги имплантатов на модели. Затем срезают пластиковые трубы согласно форме формируемой зубной дуги и высоте прикуса. Для оптимизации эстетики зубов во фронтальном участке используются индивидуальные пластиковые абатманы с титановой основой, которые изготавливаются при помощи фрезера — параллелометра и др. При комбинировании методов

V. Fala

*Catedra Stomatologie
terapeutică, FPM,
USMF „Nicolae
Testemițanu“
Clinica stomatologică
„Fala Dental“*

фиксации (во фронтальном участке — метод цементировки, в боковом участке — метод вкручивания зубных протезов на имплантатах) достигается оптимизация эстетики во фронтальном участке и устойчивости, надежность корпуса всего протеза. Моделируется протез из воска, затем разделяют восковую модель на сегменты, соответствующие имплантатам, после чего заменяют воск на металл. Сегменты мостовидного протеза после их установки на имплантатах модели, соединяют между собой с помощью холодной сварки. Покрывают протез керамикой или другим декоративным материалом. Следует фиксация зубных протезов на имплантируемых опорах, а технологические отверстия в материале протеза заделывают пломбирочным материалом. Этот метод позволяет врачу стоматологу в любой момент снять мостовидный протез без его деформирования или нарушения керамического покрытия.

Ключевые слова: мостовидные зубные протезы, имплантируемые опоры.

Introducere

Complicațiile edentației, parțiale și totale, a cavității bucale și procedeele de tratament esteticofuncționale rămân o problemă actuală cu multe aspecte nerezolvate. După concepțiile savantului german Wolfram Bücking implantologia dentară este o specialitate ortopedică cu componentă chirurgicală, deoarece unica funcție a implanturilor constă în crearea stîlpilor pentru viitoarele construcții protetice. Protezarea pe implanți constă din următoarele etape:

1. Examinarea posibilității implantării și protezării pacientului.
2. Planificarea tratamentului ortopedic (modelarea din ceara, montarea dinților artificiali) în cooperare cu tehnicianul dentar.
3. Aprecierea stării apofizei alveolare (grosimea, înălțimea, relieful, densitatea țesutului osos).
4. Construcția șablonului chirurgical conform viitoarei construcții protetice și diagnosticului.
5. Instalarea implanturilor cu ajutorul șablonului chirurgical (cu augmentarea imediată sau la distanță).
6. Perioada de reabilitare, în dependență de planul de tratament și volumul de lucru.
7. A doua intervenție chirurgicală (instalarea conformatoarelor gingivale).
8. Obținerea amprentelor și aprecierea ocluziei centrale.
9. Proba carcasului metalic și aprecierea culorii părții estetice a viitoarei construcții protetice.
10. Aprecierea esteticii.
11. Fixarea permanentă a construcției protetice.

După datele OMS, 65% din populație este afectată de această patologie, deci zilnic la medic stomatolog se adresează pacienți cu astfel de acuze. Astăzi implanturile dentare au devenit o parte componentă a stomatologiei, astfel lărgind spectrul de protezare dentară. În foarte multe cazuri clinice, protezele mobilizabile pot fi înlocuite cu proteze fixe, ca punct de sprijin folosindu-se implanturile dentare. Aceste noi metode de implantare și de protezare estetică oferă pacientului o restituire completă a esteticii, masticăției și vorbirii.

În pofida acestor reușite, rămân insuficient studiate mai multe aspecte ale acestei probleme. Unele din ele fiind: tensiunea internă a punții protetice pe implanturi, estetica dentară, fixarea optimală a punților protetice, etc.

Scopul

Înlăturarea maximă a tensiunii interne a punții protetice pe implanturi, optimizarea esteticii dentare în regiunea frontală și optimizarea fixării punții protetice cu utilizarea suporturilor implantante.

S-au trasat următoarele obiective:

1. Elaborarea metodei de înlăturare maximă a tensiunii interne a punții protetice pe implanturi.
2. Optimizarea esteticii dentare cu accent pe segmentul frontal.
3. Optimizarea fixării punții protetice cu utilizarea suporturilor implantante.

Materiale și metode

Metoda elaborată constă în simplificarea și facilitarea procesului de fixare a punții dentare pe implanturi, precum și în reducerea cheltuelilor pentru realizarea acestui proces. Metoda este realizată prin executarea unei amprente în care se introduc analogi ai implanturilor, se toarnă un model, se înșurubează tuburi din plastic în analogii implanturilor pe model, apoi se secționează tuburile conform formei arcadei dentare formate și înălțimii ocluziei dentare.

În grupul frontal, din tuburi standarte din masă plastică, cu baza metalică, se modelează abutmenți individuali, utilizând ceara de modelare, paralelometrul frezor etc.

Aceste construcții din ceară se înlocuiesc cu metal și se ajustează pe modelul din ghips. Se modelează o proteză din ceară, se separă modelul în segmente corespunzătoare implanturilor, se înlocuiește ceara cu metal. Folosind în regiunea frontală abutmenți individuali, pregătiți conform arcadei dentare, respectând maxim posibil cerințele ocluziei, obținem posibilitatea optimizării esteticii dentare. Apoi segmentele punții dentare, după instalarea lor pe implanturile modelului, se unesc între ele cu ajutorul sudării reci. Carcasul metalic se acoperă cu portelan sau cu un alt material decorativ. Proteza confecționată se fixează pe maxilare, iar orificiile tehnologice din materialul protezei se umplă cu material pentru plombare.



Fig. 1. Aspectul gingiei după fixarea conformatoarelor gingivale.

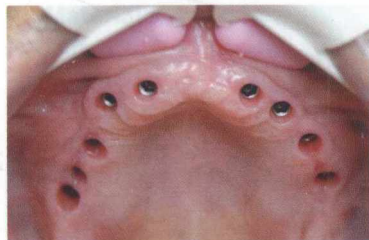


Fig. 2. Aspectul gingiei și a suporturilor implantante după înlăturarea conformatoarelor gingivale.



Fig. 3. Aspectul suporturilor implantante.



Fig. 4. Pregătirea maxilei și a transferelor pentru amprentare.



Fig. 5. Amprenta dublă într-un timp.



Fig. 6. Pregătirea abutmenților la paralelometru — frezor.



Fig. 7. Ajustarea abutmenților metalici.



Fig. 8. Etapa finală a punții protetice ajustată pe modelul de lucru.

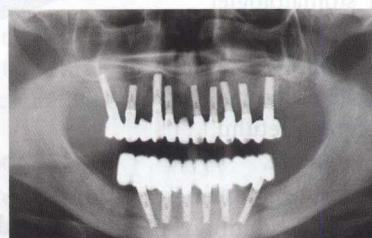


Fig. 9. Ortopantomograma.



Fig. 10. Ajustarea punții protetice în cavitatea bucală.



Fig. 11. Aderarea punții protetice la gingie (sectorul I).



Fig. 12. Aderarea punții protetice la gingie (sectorul II).



Fig. 13. Imaginea punții protetice în oglindă.



Fig. 14. Zîmbetul pacientului după protezare.



Fig. 15. Aspectul feței pînă la protezare.



Fig. 16. Aspectul feței după protezare.

Secționarea tuburilor din plastic, conform formei arcadei dentare formate și înălțimii ocluziei dentare, permite ulterior de a evita o astfel de operațiune a procedurii precum încovoierea tuburilor, ceea ce asigură accesul optimal al cheii la orificiul intern al implantului, astfel majorându-se siguranța fixării punții dentare. Datorită faptului că segmentele punții dentare, corespunzătoare implanturilor, se toarnă separat, iar proteza se assemblează pe modele, se evită problemele legate de erorile din cauza tasării metalului, menținându-se precizia îmbinării pedunculilor punții dentare cu implanturile. Segmentele punții dentare se unesc între ele cu ajutorul sudării reci pe model. În caz de necesitate, când distanța dintre segmente cauzată de tasarea metalului se va mări, la sudură se va adauga aliaj de lipit. Proteza acoperită cu material decorativ, după instalarea ei pe maxilar și după închiderea orificiilor tehnologice cu material pentru plombare, prezintă o proteză rezistentă și corespunzătoare cerințelor estetice a stomatologiei moderne.

Avantajele procedurii propus sunt simplitatea, lipsa necesității de a folosi unele din utilajele tehnologice moderne, ceea ce permite reducerea prețului, simplificarea și facilitarea fixării punții dentare.

Metoda propusă este ilustrată prin desenele prezentate în fig. 17—18:

- fig. 17, operația procedurii de secționare a tuburilor din plastic conform formei arcadei dentare și înălțimii ocluzale;
- fig. 18, segmentele punții dentare sudate, după instalarea lor pe implanturile modelului, prin procedura menționată.

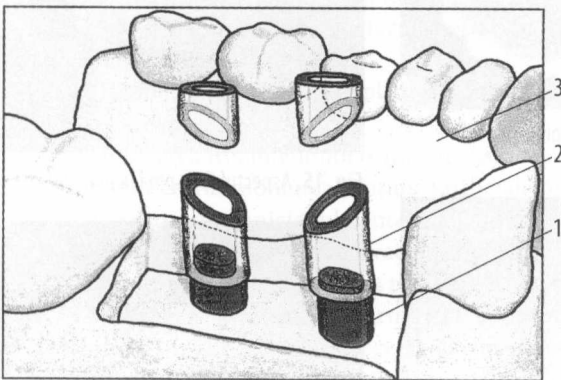


Fig. 17

1 — suportul implantant, 2 — modelul, 3 — tubul plastic.

Procedul redat se realizează în felul următor: după introducerea implanturilor și cicatrizarea plăgii chirurgicale la pacient, se execută o amprentă în care se introduc analogi ai implanturilor (1). Se toarnă un model (2) și în analogii implanturilor (1) se înșurubează tuburi din plastic (3). Apoi se secționează tuburile (3) conform formei arcadei dentare și înălțimii ocluziei dentare. Se modelează o punte dentară din ceară, se separă modelul din ceară al punții dentare în segmente corespunzătoare implanturilor (1) și se înlocuiește ceara cu metal. După instalarea

segmentelor (4) punții dentare pe implanturile (1) modelului (2), segmentele (4) se unesc între ele cu ajutorul sudării reci. Se acoperă proteza cu ceramică sau cu un alt material decorativ. Proteza confecționată se fixează pe maxilare, iar orificiile tehnologice din materialul protezei se umplă cu material pentru plombare.

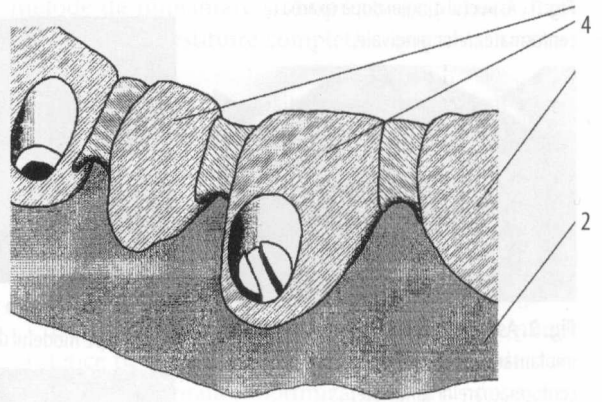


Fig. 18

2 — gingie artificială, 4 — carcasul metalic.

După metoda propusă au fost confecționate 311 punți dentare. Acuze din partea pacienților cu privire la calitatea și eficacitatea punților dentare nu au fost.

Concluzii

1. Procedul propus permite evitarea erorilor din cauza tasării metalului și înlăturarea maximal posibilă a tensiunii lăuntrice a punții protetice, cu utilizarea suporturilor implantante și cheltuieli materiale esențial reduse.
2. Utilizarea combinată a metodelor de fixare (prin cimentare și prin înșurubare) a punților protetice cu utilizarea suporturilor implantante, permite optimizarea esteticii dentare în regiunea frontală.
3. Metoda propusă permite fixarea optim posibilă a punții protetice și intervenția oricând necesară a medicului stomatolog asupra mecanismelor de fixare, fără deteriorarea sau deformarea lor.

Bibliografie

1. Howat A. P., Capp N. J., Barrett N. V. Occlusion & Malocclusion, London 2005, pag. 129 — 150 (235 pages).
2. Jurgen D., Ernst O. Total Prothetik, London 2007.
3. Michael D. W. Failure in the restored dentition: management and treatment, London 2005, pag 189 — 219 (407 pages).
4. Michael D. W. Failure in the restored dentition: management and treatment, London 2007, pag. 129 — 211 (231 pages).
5. Островский А. Протезирование с опорой на имплантаты, Москва 2006, стр. 60 — 69 (93 страниц).
6. Wolfram Bücking, A Dental Treasure Chest, Tips and tricks for daily practice, Germany 2007, pag. 145 — 160 (312 pages).

ASPECTE COMPENSATORII ÎN PRESIUNEA (ÎNCĂRCAREA) IMPLANTELOR DENTARE

Scopul lucrării constă în analiza variantelor optimale a restabilirilor arcadelor dentare prin utilizarea implantelor, stărilor de echilibru în dinamică și explicarea biomecanicii solicitării dinților, implantelor și osului de către suprastructura protectică, unelor elemente compensatorii în presiunea (încărcarea) implantelor dentare.

Material și metode

Din 1997 la 43 pacienți au fost instalați 77 implanți — șurub într-una și două etape, la 4 pacienți — după tratamentul preprotetic a deformațiilor arcadelor dentare, au fost confecționate proteze parțial — mobilizabile, restaurări dentare uni-implantare, punți pe implanți și punți pe implanți și dinți. Clinic, radiologic fotos-tatic și prin IFP (indicele de funcționare a protezei, indicii igienici tradiționali au fost determinate în dinamică, în limitele didgnostice, starea întregului sistem Os — Implant — Construcția Protetică — Anatagoniști (OICA).

Rezultate

Restabilirile arcadelor dentare prin utilizarea implantelor nu a dereglat contac-tele ocluzale, s-a atras atenția că solicitarea mecanică nu a produs rezorbție progresivă osoasă și corespund criteilor eficacității terapiei protetice pe implante.

Discuții

Presiunea (încărcarea) pe implante nu manifestă dăunător asupra osteointegrării, ce demonstrează necesitatea de studiu pe viitor în continuu a mecanismelor de repartizare a suportului (presiunii, încărcării) între implant și osul adiacent.

Elementele elastice compensatorii a implantelor asigură adaptarea mobilității implantelor la mobilitatea dinților restanți, ce într-un anumit grad influențează la repartizarea fiziologică a presiunii uniforme și repartizarea ei spre dinții, implanții vecini. Încordările între implant (-e) și restaurarea dentară (punte) pot conduce la formarea microcartamentelor dintre suprafața internă a restabilirii protetice și abatmenele, capurile implantelor de sprijin, dintre implant (-e) și țesuturile peri-implantare cu ulterioara răpire a implantului (-elor). În oarecare măsură la cimentarea restaurărilor dentare pe implanții cu elemente elastice compensatorii se exclude apariția microcartamentelor dintre suprafața internă a restabilirii protetice și abatmenele, capurile implantelor de sprijin, prin urmare și dintre implant (-e) și țesuturile periimplantare. Elementele elastice a implantelor diminuează mișcările oscilatoare progresiv accelerate, care pot apărea în timpul suprasolicitării masticatorii și pot conduce la dislocarea implantelor, în cel mai bun caz — la descementarea restabilirii protetice. Prin elementele elastice compensatorii menționate se compensează mobilitatea fiziologică „nulă” a implantelor, precum sunt compensate și erorile neînsemnate a restaurărilor dentare, suprasolicitările ocluzale, etc.

Concluzii

Programarea adecvată a sistemului „OICA” (os — implant — construcția protetică — antagoniști) presupune în prim rînd diagnosticul minuțios a dereglărilor ocluzale cu analiza funcțională a întregului sistem stomatognat, planificarea tratamentului preprotetic, folosirea diverselor concepte și metodologii, între care în prim rînd este necesar de accentuat folosirea „cheii ocluzale”, formarea ocluziei, montării implantelor dentare și dinților pe ei, menținerea rezultatelor ocluzale obținute după terapia protetică pe implante și conservarea morfofuncțională, ocluzală, a sistemului stomatognat pentru un timp îndelungat.

Analiza practică în studiu efectuat pe parcursul a 11 ani expune că programarea adecvată a schemelor lucrărilor protetice pe implante influențează la repartizarea fiziologică a presiunii uniforme și repartizarea ei spre dinții, implanții vecini, puterea nominală a solidarității componentelor implantelor duce la un echilibru biomecanic și repartizare uniformă a încordărilor mecanice în proteză, implant și țesutul osos adiacent, sistemul Os — Implant Construcția protetică — Anatagoniști.

Victor Siminiuc,
*doctorand Catedra
Terapie Stomatologică
USMF „Nicolae
Testemițanu”,
R. Moldova,
IMSP Policlinica
Stomatologică
Republicană*

Bibliografie:

1. Dorin Bratu, Robert Nussbaum „Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe“, „Editura medicală“, București, România, 2006;
2. Nicolae Gănuță, Alexandru Bucur, Alexandru Gănuță „Tratat de implantologie orală“, Editura Național, București, 2002;
3. Andreoni D., Maiorana C., Abondanza T. „Изготовление слепков имплантатов на раннем этапе их остеоинтеграции“, „Новое в стоматологии“, 4, 2006;
4. Anitua E. „Реставрации с опорой на имплантаты для жевательных зубов“, „Новое в стоматологии“, 2, 2008;
5. Fanuti A., Salice S., Piemontese M., Saponaro S. „Свободная установка реставраций с опорой на импланты“, „Новое в стоматологии“, 4, 2007;
6. Hrdina R. „Прикладная биомеханика“, „Новое в стоматологии“, 3, 2007;
7. Massironi D., Pasceta R. „Концепция терапии, обеспечивающая возможность воздействия функциональных нагрузок на импланты, непосредственно после их введения“, „Новое в стоматологии“, 8, 2004;
8. Mehrhof J, Nelson K. „PBLG — концепция изготовления реставраций с опорой на имплантаты“, „Новое в стоматологии“, 5, 2006;
9. V. Siminiuc „Unele aspecte ale terapiei protetice pe implante în cazuri de dereglări funcționale ocluzale“, „Medicina Stomatologică“, 1, 2006;
10. Букаев М. Ф. „Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами“, „Новое в стоматологии“, 3 (135), 2006;
11. Кауфман С., Мусин М. „Принципы формирования окклюзии при реабилитации функции жевания после оральной имплантации“, „Клиническая имплантология и стоматология“, 2, 1997;
12. Мушеев И.У., Олесова В. Н., Фрамович О.З. „Практическая дентальная имплантология“;
13. Параскевич В. Л. „Дентальная имплантология“, 2-е издание, Москва, Медицинское информационное агентство“, 2006;
14. Томас Тейлор, Джон Агар, Теодора Вогиаца „Протезирование на имплантах. Современное состояние и перспективы“, „ProLab iQ“, 1, 2005;

IGIENA CAVITĂȚII BUCALE ÎN TERAPIA PROTETICĂ PE IMPLANTE

Victor SIMINIUC

*Doctorand Catedra
Stomatologie
Terapeutică,
Medic șef adjunct
IMSP Policlinică
Stomatologică
Republicană, Medic
stomatolog protetician*

Rezumat

Ca și alte organe, dinții sunt programați să funcționeze atât timp cât trăiește omul. Modul în care dinții sunt expuși un timp mai îndelungat factorilor de risc este la latitudinea noastră. Medicina stomatologică modernă a ajuns să depisteze o mare parte din acești factori de risc, precum și modul în care ei operează. Omul modern are nevoie de cunoștințe precise despre factorii de risc și mecanismul lor de acțiune.

Autorul vine cu informația corectă despre igiena cavității bucale a pacientului purtător de implante și proteze fixate pe ele. Prevenirea și combaterea afecțiunilor bucodentare trebuie să și-o asume fiecare persoană, totodată fiecare să fie responsabil pentru sănătatea proprie.

Implantologia astăzi vine să completeze arsenalul terapeutic al stomatologiei moderne, deoarece ea prezintă un mare avantaj și speranță pentru pacienți în soluționarea problemelor edentației parțiale și totale.

Summary

ORAL HYGIENE IN PROSTHETICS THERAPY BASED ON IMPLANTS.

Like other organs, the teeth are programmed to operate as long as man lives. The way the teeth are exposed to risk factors is at our discretion. The modern dental medicine has come to detect most of these risk factors and how they operate. The modern man needs exact knowledge about risk factors and their action mechanism.

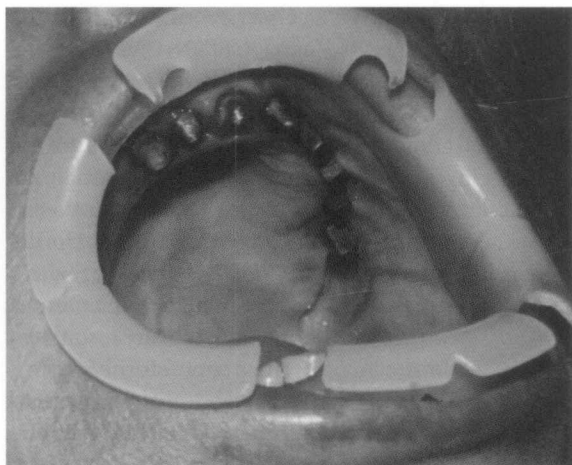
The author comes up with correct information about oral hygiene of the patient carrier of implants and prosthesis attached to them. Preventing and combating of buccal and dental diseases must be taken by each person as well as each person must be responsible for their own health.

The implantology comes up today to complete the therapeutic arsenal of modern dentistry, because it presents a great advantage and hope for patients in solving problems of partial and total edentia.

Mulți din pacienții au noțiuni extrem de limitate în ceea ce privește igiena individuală a cavității bucale în cazul existenței implantelor. E vorba despre faptul, că dacă pacientul a ajuns la o stare, când a fost nevoit să se despartă de o parte a dinților săi, atunci, desigur, una din cauzele principale a acestui lucru a fost atitudinea neglijentă față de ei, față de dinții săi, igiena foarte proastă a cavității bucale și lipsa vizitelor la medicul stomatolog. De aceea este naiv de a conta pe o atitudine diversă față de implantate. Pacientul trebuie să știe, că în cazul lipsei unei îngrijiri igienice a implantului, la fel ca și a dinților săi, se vor forma plăci dentare, un tartru dentar moale, care se vor mineraliza datorită salivei în tartru dentar dur. Resturile de mâncare (food debris), tartrul cu depunerile de microorganisme și celulele autogene (materia alba), plăcile și tartrul, vor provoca prin mișcări de apăsare, suport masticatoriu inflamarea gingiei din jurul implantului. Ca reacție la aceasta este formarea mărită a lichidului gingival (sulcus fluid) în fisura periimplantică, care servește drept sursă de substanțe nutritive pentru microorganismele tartrului implantic (dentar). Ca urmare se intensifică formarea tartrului și sub el se creează condiții anaerobe. Dinții, și mai ales implantul, nu pot de sinestatător să scape de microbi, separînd, de exemplu, smalțul dentar. Chiar și tartrul dentar obișnuit („sănătos“), în fiecare oră, poate să se înmulțească (în cazul igienei proaste a cavității bucale) și să devină patogen. Tartrul dentar (implantic) are un statut absolut diferit, decît alte pelicule biologice din organismul uman (intestin, pe suprafața pielii). În cazul dezvoltării depunerii și transformării ei în tartru pe implant, el va crește în adîncime pe implant, distrugînd joncțiunea osoasă cu el și va conduce la formarea pungilor implantogingivale și osoase, la populația microbială a periodonțiului și a țesuturilor paraimplantice. Aceasta poate conduce la reacții de inflamare, tromboza vaselor sangvine periferice regionale, edem și sîngerarea gingiilor, ceea ce duce la mobilitatea implantului și a suprastructurii (protezei) pe el, chiar și pînă la căderea lor. Tartrul dentar (de implant) de asemenea, poate contribui la distrugerea cimenturilor superrezistenți din coroanele protezelor cu sprijin pe implantate, ceea ce duce la separarea implantului, independent sau în combinație cu distrugerea (destrucția) țesuturilor paraimplantice și infectarea lor.

Nici un sistem de implantare nu rezolvă problema corelației dintre viu și mort și integrării lor, închiderii fisurii implantogingivale și nu înlătură cauzele de distrugere și scădere (resorbție) a țesutului osos. De asemenea în cazul existenței implantelor nici odată nu se închide calea pentru pătrunderea infecției în interiorul osului maxilarului și a organismului în general, adică „întărirea“ epitelială nu este sigură în calitate de barieră biologică.

În calitate de măsuri de profilaxie importante, ce previn complicațiile în primele 2-3 luni după implantare, sunt vizitele medicale dese (2-3 ori pe lună) pentru luarea măsurilor oportune de imobilizare (crearea imobilizării totale sau mobilizării reduse) a implantu-



lui și la prevenirea infectării posibile a zonei paraimplantice. Acest lucru trebuie să-l cunoască și medicul, și pacientul. Doar necunoașterea dă naștere ignoranței, iar ignoranța științifică dă naștere unei activități lipsite de rezultate.

În practica mondială implantologia și terapia protetică pe implantate au trecut testarea timpului. Cunoștințele și abilitățile medicilor se văd nu după dificultatea lucrului realizat de ei, dar după rezultatele obținute. În implantologie și terapia protetică pe implantate rezultatele sunt bune. Numai la IMSP Policlinica Stomatologică Republicană pe parcursul unui an se implantatează și se protezează pe implantate cu proteze de metaloceramică, metaloacrilate și altele aproximativ o sută de pacienți. Problema constă în crearea sistemului masticator artificial OICA, ce constă din osului de sprijin (O), implant (-ți) (I), construcția protetică (C) și dinți antagoniști (A) (opuși maxilarelor implantate pe una sau ambele părți). Întreg sistemul trebuie să se adapteze adecvat la situația schimbătoare din cavitatea bucală. Adică, terapia protetică pe implantate este o artă, ce restabilește armonia întregului sistem stomatognat. Medicii în acest caz sunt ajutați de pacienți. Ei sunt obligați să aibă o atitudine grijulie față de tot lucrul în general, să efectueze igiena cavității bucale ca o parte a igienei generale. Doar „cununa“ tratamentului se transmite în minile anume a pacienților, care își asumă răspunderea pentru păstrarea cavității sale bucale, integrității lucrării protetice și stabilității implantului. Aceasta reprezintă o „insuflare“ pentru pacienți. Conform datelor multor cercetători prognoza favorabilă de implantare în mărime de 25-30% depinde de respectarea îngrijirii igienice a cavității bucale. Mai ales, că în comparație cu dinții naturali, capacitatea de formare a plăcilor pe suprafața implantatelor este mărită. Noi singuri suntem responsabili de „alegerea“ bacteriilor, ce populează cavitatea noastră bucală.

Igiena individuală a cavității bucale trebuie să fie completată de cea profesională, efectuată de medic — în primii 2,5 ani peste fiecare 3 luni, apoi — de 2 ori pe an.

Prima observare clinică asupra stării protezelor pe implantate se efectuează deja peste una lună după instalarea suprastructurii permanente. Trebuie să fie trecute toate testările, ce verifică igiena cavității bucale

(OHI-S indicele de igienă Green-Vermilhan, Zol, Silness, PMA-Parma, PI-Russel. CPITN-OMS, KPI-Lusuși și altele). În mod obiectiv se determină mobilitatea implantatelor, sensibilitatea la percuție. De asemenea se măsoară adâncimea de sondare a șanțului dintre implant și gingie cu sonde gradate sau sonde speciale parodontale „VIVACARE“, a căror presiune dozată este apreciată vizual după coinciderea striatiilor-vizorilor mînerului și intercalării, CPITN — cu sonde și altele. Într-un excluderea deteriorării suprafeții implantatului sau abatementului se recomandă folosirea sondelor din plastic. În scopuri științifice sunt folosite sistemele electronice de măsurare cu presiunea permanentă automată a sondării — Interprobe, Florida — Probe, Periprobe. Este determinată compoziția calitativă a lichidului, este efectuată diagnosticarea microbiologică. Se efectuează radiografia panoramică (OPG), osteodensitometria, dacă e posibil — tehnica roentghenologică paralelă cu sistemele Rinn sau Hawe-Neus. Cu ajutorul ultimelor cu inelele vizoare și cu fixatorii peliculei se realizează direcția exactă a fotografiei paralel cu axa dentară (implantul dentar).

Pentru determinarea stabilității implantului este oportun de a folosi aparatul „Periotest“ cu înregistrarea electronică a amortizării și mobilității sale (pe larg este folosită la catedra chirurgie oro — maxilo — facială și stomatologie ortopedică a facultății de perfecționare a medicilor a USMF „Nicolae Testemițanu“, profesor universitar, doctor habilitat în medicină dl Valentin Topalo), viziograful și altele cu inserarea informației primite în calculator, forma specială parodontologică sau harta medicală. Astfel, măsurile medicale și perioadele dintre ele trebuie să fie selectate individual. Aceasta depinde de calitatea igienei cavității bucale, reacția mucoasei cavității bucale la măsurile igienice și stările ei la acest moment, construcțiile de implantate și a suprastructurilor (protezelor). Se efectuează obligatoriu remotivarea și reinstruirea pacienților despre igiena cavității bucale după tabloul clinic dat.

Pentru măsurile profesionale medicul trebuie să se folosească de aparate optice (stomatoscop, lupa binoculară și altele) și de instrumentar special. M. N. Musin consideră, că folosirea unor instrumente metalice grosolane, a scelerelor metalice, depuratoarelor este inadmisă pentru curățirea profesională a implantatelor, iar A. Dudco — și a ultrasunetului. Folosirea acestora conduce la inactivarea chimică, dăunarea fizică a implantului, reacțiile posibile dintre metalul instrumentului și metalul implantului. În afară de acțiunea mecanică dăunătoare în general, ele deteriorează pelicula oxidului de titan pe suprafața implantului, ce asigură biocompatibilitatea mărită cu țesuturile cavității bucale. În autopasivarea titanului ea nu se restabilește în întregime. Contaminarea suprafeții titanului cu instrumente metalice creează premise pentru coroziune. Respectiv, în curățirea profesională este necesar de a folosi instrumente de plastic (de exemplu a ciuretelor „Implacare“ 4R-4L“, „Cavi — Jet“), iar dacă se folosesc de metal, atunci ele trebuie să fie acoperite cu teflon în partea cu care se lucrează. De obicei, cu-

rățirea profesională se efectuează cu ajutorul frezelor manuale avînd o rotație scăzută, cu instrumente acustice și nu numai pe părțile paragingivale, dar și parțial subgingivale a implantului. Mulți autori consideră că metoda cea mai eficientă de igienă profesională a cavității bucale este curățirea coletului implantului cu dispozitive de cauciuc în formă de ceșcuțe, de conuri (setul „Hawe-Prophy“), cu aplicarea pe ele a pastelor speciale pentru șlefuit sau introducerea prafului de ponce amestecat cu apă (șlefuirea poate fi efectuată cu un cap pilos). În continuare se prelucrează suprafețele dinților (artificiali, naturali) și ale implantatelor cu perii de nailon, instrumente de plastic sau cu dispozitivele „Eva-Plastickspitze“, „Cavi-Gets“ și altele. La o impurificare masivă, suprafețele (e de dorit numai ale dinților) se pot curăți cu ajutorul instrumentelor metalice, cu aparatul ultrasonor „Vector“ (se poate și a implantului) și altele, cu dispozitive speciale — „Cavitron“, skalere magnitostriuctive, instrumente de o frecvență joasă (Sonic), skalere piezoelectrice.

Instrumentele manuale pentru igiena profesională a cavității bucale pot fi specifice pentru un anumit grup de dinți sau suprafețe, ceea ce se aplică și pentru implantate. Avantajul lor este condiționat de forma, dimensiunea și particularitatea ascuțirii: bilaterale (universale — Columbia 13/14 și 4R 4L, Sikle skalere) și unilaterale (pentru suprafețele mediale — Gracey 11/12 sau distale — Gracey 13/14). Se cuvine de aplicat vibrația ultrasonoră foarte atent și numai în cazuri excepționale. Ea poate să influențeze negativ suprafața implantului, la fel ca și fătuielele compozite sau de faianță, poate să deterioreze ermetizarea marginală și să contribuie la distrugerea cimentului. După curățirea cu instrumente manuale metalice sau dispozitive ultrasonore, este obligatorie prelucrarea ulterioară cu metodele și materialele indicate mai sus (conurile de cauciuc etc.). Ca încheiere se efectuează curățirea suprastructurilor (protezelor), fixate pe implantate cu capuri de cauciuc. Structurile detașabile pot fi curățite suplimentar cu ultrasonor (de exemplu, în aparatul de tip „Ultrashall USG 5000“, băi ultrasonore).

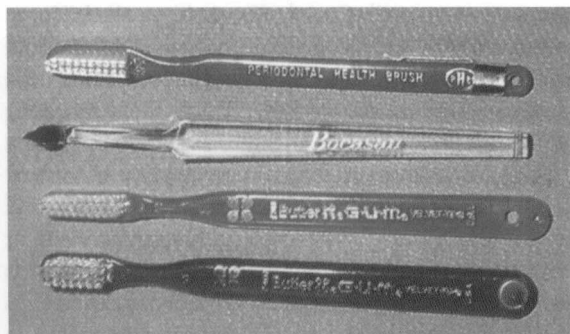
Toate metodele de curățire mecanică și chimică, de terapie antibacterială, aplicate pentru susținerea unei igiene corespunzătoare la dinții naturali, sunt bune și pentru implantate. Scopul este același: înlăturarea depunerilor și păstrarea suprafeței curate poleite. Într-o anumită privință îngrijirea implantelor este chiar mai simplă — plăcile și depunerile de tartru se văd foarte bine pe suprafața metalică și se înlătură mai ușor de pe suprafața poleită a implantului. Este necesar de a ține minte, că întărirea epitelială și țesutoconjunctivală la coletul implantului lipsește și numai țesuturile moi prezintă o barieră pentru bacterii. Este o corelație pozitivă dintre formarea plăcii, indicele ei înalt și gingivită, creșterea adâncimii pungii paraimplantice, resorbția accelerată a osului și popularea bacterială în șanțul paraimplantic. De aceea, menținerea unei igiene corespunzătoare a cavității bucale — este un factor deosebit de important în lupta pentru preîntîmpinarea destrucției (distrugerii) țesuturilor paraimplantice.

Procedurile îngrijirii individuale casnice trebuie să fie individualizate în legătură cu diferite condiții de acces la implantate, în funcție de termenul lor de funcționare, senzațiile subiective ale pacientului și datele obiective (tabloului clinic), analiza roentghenologică și de laborator. Este evident, că igiena individuală a cavității bucale a pacientului, ce poartă implante și suprastructuri pe ele, devine o parte a activității zilnice de muncă, o verigă ca somnul, dejunul sau prânzul etc., despre care nu putem uita sau omite.

În cavitatea bucală se află în permanență bacterii, acestea și substanțele cleioase eliminate de ele formează tartrul dentar. În continuare se dezvoltă un lanț, ce împiedică altor verigi ale activității vitale a pacientului — somnul, lucrul, prânzul, se dezvoltă o inflamare, ce trece prin implant — fisura gingivală drept pe os, vasele mari și nervii zonei maxilo-faciale. Resturile de mâncare și tartrul dentar trebuie în mod obligatoriu să fie eliminate. Locurile principale de concentrare a lor în implantele dentare va fi locul cel mai vulnerabil — patul paraimplantic, dar și suprafețele protezelor, spațiul dintre părțile intermediare și gingia, suprafețele dinților intacti.

Pentru efectuarea igienii orale individuale instrumentul de bază pentru curățirea dinților pînă în prezent este periuța de dinți. În cazul existenței implantelor cele mai eficiente și preferabile sunt periuțele de dinți manuale profesionale (Reach, Jordan Activ Tip, Colgate Total, Oral-B, Advantage, Plague, Remover etc), în combinație cu mijloacele suplimentare de igienă. Periuța trebuie să fie în mod obligatoriu din fibre artificiale (păr artificial), deoarece în părul periuțelor naturale este un canal mijlociu, care poate să se umple cu microorganisme. În plus, suprafața lor este poroasă, cu pielețe, iar capetele nu pot fi prelucrate. În periuțele din fibre artificiale canalul lipsește, suprafața este netedă, neporoasă, iar capătul poate fi rotunjit. De asemenea se recomandă, ca periuța să aibă o fixare rigidă (capul — gîtul — mîner), părul e microtextural (partea mare lucrativă — nu numai capătul părului, dar și suprafețele laterale), cu acoperire din polimeri și combinată după compoziție (nylon, setron, perlon, poliuretan etc.)

S-au recomandat bine **periuțele cu păr în două niveluri**: 1) lung și mai scurt la margini — pentru cu-



rățirea bazei dinților de-a lungul gingiilor (în regiune paracoletară), și 2) mic și aspru — pentru curățirea dinților înșuși. Periuța poate fi cu indicarea gradului de uzură a părului — părul este colorat astfel, încît

după un termen determinat de folosire părul își schimbă culoarea datorită ștergerii suprafeței.

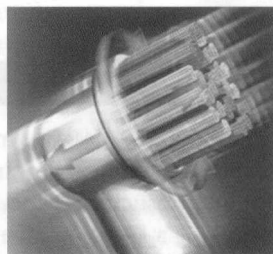
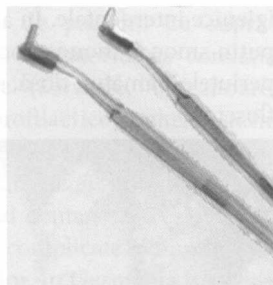
Este de dorit proeminența forței și adîncirea activă sub un unghi de 60°. După gradul de aspritate periuța trebuie să fie moale de tipul „Soft“, foarte moale de tipul „Sensitiv“ sau cu un grad mediu de aspritate de tipul „Medium“ cu un grad înalt de retenție a părului, cu o mică cantitate a lor cînd sunt strînse și de dorit cu mai multe nivele. I. Șeptelici și I. Postolachi recomandă în aceste scopuri tăierea rîndurilor inutile și lăsarea rîndului central a periuței obișnuite. T. Popovici recomandă de a folosi părul artificial cu două nivele și periuțele, ce au numai un smoc de păr în formă de spirală sau con. El recomandă de asemenea periuțele, care au la capătul opus al părții active (capului) un stimulator gingival de cauciuc sau un con din plastic elastic pentru curățirea și masajul papilelor gingivale și țesuturilor periimplantice, astfel stimulînd microcirculația lichidului gingival.

Din **periuțele electrice** se cuvine de a se folosi numai de periuțele profilactice cu fixare de aspritate joasă și medie, cu capuri mici rotunde, ce fac mișcări circulare de întoarcere. Datorită combinației mișcărilor de întoarcere — circulare și pulsației de înaltă frecvență curățirea unicală trece în cîteva direcții concomitent. Părul pătrunde în adîncime între dinți, implantși și pe marginile gingiilor, afinînd, iar apoi eliminînd tartrul dentar. Ca urmare se obține o curățire moale și profundă. Multe periuțe electrice au un senzor de presiune, taimer cu memorie, cîteva viteze, și fiecare pacient le alege individual („Braun Oral-B Plague Remover“, „Interplac“ și altele).

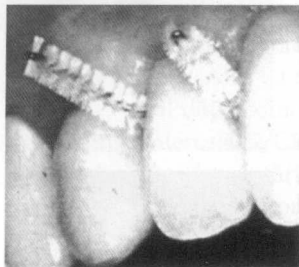
Totul ce este legat de electricitate, putem aplica pentru igiena individuală în mod cumpătat. Conform datelor lui I. Șeptelici, I. Postolachi nu se poate generaliza apariția curenților mici. La hotarul dintre implantul inserat (ai cărui componenți sunt metalul sau faianța, sticlă activă, HAP) cu țesutul moale viu și osul sunt prezente straturi electrice duble. Barierele lor energetice, împreună cu potențialul electric localizat pe suprafața membranelor separatoare biologice, dirijează procesele de regenerare. În aceste procese trebuie să ne amestecăm „cu prudență“, după studierea lor cu un scop bine determinat.

Periuțele igienice obișnuite nu sunt adaptate categoric pentru curățirea implantatelor și a suprastructurilor pe ele din cauza unei eficiențe joase. În cazul existenței în cavitatea bucală a dinților intacti cu parodont sănătos putem să le acceptăm.

Pentru curățirea implantatelor, suprafețelor protezelor dentare și a mucoasei sunt necesare mijloacele



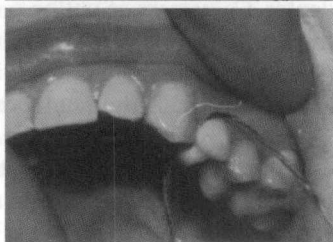
igienice interdentale. În afară de periutele de dinți cu puțin smoc și monosmoc manuale se mai folosesc și periutele-pământuf, flosă, superflosă, panglici dentare, flosețe.



Pământufurile interdentale pot fi considerate chiar obiectul de igienă de bază, folosit de către utilizatorul suprastructurilor pe implantate. Pământuful trebuie să fie confecționat din aceleași materiale

ca și periutele, descrise mai jos. Pământuful este confecționat nemijlocit din sîrmă răsucită cu păr scurt, fixat între răsucirile sîrmei. Este obligatorie acoperirea de plastic a sîrmei pentru evitarea „șocului galvanic”, care poate avea loc la contactul cu suprafețele metalice a implantului, protezelor. Pământufurile pot curăți cel mai eficient partea supragingivală a implantului și partea interioară a suprastructurii. Pământuful, legat cu un mîner, este numit periută pentru suprafețelor proximale ale dinților.

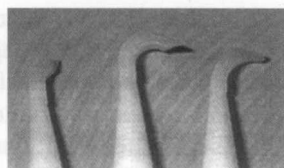
Flosse (ațe dentare — New Floss, Satinfloss, Satintape, Reach, Oral B) conțin fibre de nylon, care reprezintă ațișoare de nylon, răsucite între ele sau lipite cu ajutorul acoperirii de polimer „Pebax”. Ele pot fi neceruite sau acoperite cu ceară, care conține suplimentar impregnare cu mentol. În compoziția floselor moderne sunt adăugați antioxidanți, ulei de castor (ce conferă ațe elasticitate), component de fluor.



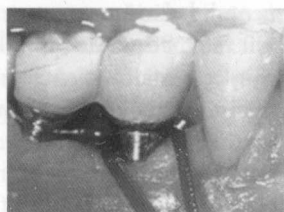
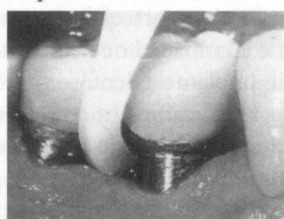
Pentru igiena cavității bucale, protezelor și implantatelor flosele trebuie să fie biocomponente cu acoperire de polimeri. E necesar de a le folosi după fiecare masă. Ele sunt un atribut foarte important, care permite pătrunderea în adîncime sub suprastructură (proteză) și de a curăți minuțios suprafața ei interioară, ceea ce protejează mucoasa de posibilele decubitusuri, curăță structurile implantelor (poleindu-le pînă la luciu). Testele clinice au arătat, că curățirea cu periută de dinți și ață este mai eficientă de 2 ori decît folosirea numai unei singure periute pentru micșorarea sîngerării și inflamării gingiilor.

Pentru a trece ușor flosa de pinză sub proteză se recomandă de a folosi flosețe (flososustînători) sau ace elastice „exPlac” cu construcția specială a urechii

pentru introducerea flosului. Ele sunt de plastic, de o singură sau mai multe folosințe, atraumatice. Pentru curățirea spațiilor interdentare, suprafețelor meziale și a suprafeței distale a coroanelor de sprijin, sunt folosite teipuri, setinflosuri etc.



Superfloss — sunt fibre de nylon de o înaltă textură în formă de amestec de nylon și poliuretanic. La protezarea pe implante este folosit superflossul în trei secțiuni standardizate. El constă din trei părți: subțire elastică, spongios purificator și partea de tipul superfloss obișnuit. Datorită suprafeței afinate părții lui mijlocii cu mult mai eficient se curăță partea supragingivală a implantului. Superflosurile sunt parte integrantă a procedurii igienice, de dorit după fiecare masă, minim înainte de somn (firmele „Educational”, „Health Products”, „Gohnson & Gohnson”, „Oral — B” și altele).



Electroflosurile și scobitoarele sunt contraindicate din cauza traumatismului și pericolului dăunării părții supragingivale a implantului.

Panglica dentară practic nu se deosebește cu nimic de flos, în afară de cantitatea de fibre de nylon de bază care o formează, care și o fac de 3 ori mai largă. Ea are o acoperire de ceară, impregnată cu polietilenglicon, sorbitol, zaharină de sodiu și aromă. Toate au menirea de a conferi panglicii o mai mare elasticitate, o capacitate mai bună de impregnare, preîntîmpinarea fragilității.

În acest mod, cu ajutorul mijloacelor enumerate mai sus de curățire mecanică se efectuează igiena zilnică a cavității bucale în cazul existenței implantului și a suprastructurilor pe ele (2—4 ori pe zi). La început se curăță dinții, gingia și limba, ca de obicei, după metoda recomandată de medic (metoda standardizată, metoda lui Leonard Bass, Fones, Reite, Charter, Smit — Bell, Stiman etc.) Una din metode este completată cu curățirea suprafețelor protezelor și implantelor. În același timp trebuie să remarcăm, că mișcările cu periută în regiunea implantului trebuie să fie în direcția ce vine de pe suprafața gingiei, scurte și sub un unghi, mai mic sau egal cu 45° față de implant.

La curățirea suprafețelor meziodistale ale coletului implantatelor cu ajutorul pământufurilor, mișcările lui trebuie să fie în direcția înainte-înapoi. Pacientul este obligat să țină minte, că în rezultatul mișcărilor instrumentelor de curățire, resturile de mîncare și ale

tartrului dentar cu diferite colonii de microorganisme nu trebuie să nimerească sub șanțul dintre gingie și suprafața implantului. Sunt preferate pastele suficient de lichide (se pot folosi geluri), pentru a pătrunde în locurile greu accesibile, inclusiv spațiul dintre coroane, corpul protezei-pungi și regiunea paraimplantică.

Păstrarea joncțiunii implantepiteliale depinde de eliminarea corectă a depunerii bacteriale și atîta timp cît măsurile de igienă individuală vor fi aplicate corect — nu vor fi migrații ale acestei joncțiuni. Împreună cu înlăturarea factorilor nocivi de pe țesuturile paraimplantice și papilele gingivale, cu ajutorul curățării mecanice se activează circulația atîta în întregului parodontiu, cît și fluxul de sînge și de substanțe nutritive la inserția implantepitelială, ceea ce constituie deja o profilaxie a complicațiilor.

Medicii și pacienții trebuie să-și pună scopuri realiste — profilaxia și oprirea progresării bolii. Dacă ei tind spre obținerea stărilor ideale, atunci ambii pot fi dezamăgiți. Succese ale măsurilor profilactice (profesionale și individuale) pot fi considerate după criteriile:

1. Lipsa pungilor dentogingivale și lipsa joncțiunii implantgingivale.
2. Lipsa pierderii osului alveolar ce sprijină dinții și implantul.
3. Gingia sănătoasă ce nu sîngerează la curățirea dinților, lipsa mirosului din cavitatea bucală, masticății indoloră și zîmbetul armonios.

Astfel, se demonstrează că cea mai eficientă formă a măsurilor de profilaxie este înlăturarea mecanică a toxinelor, plăcilor, depunerii și tartrului de pe suprafața rădăcinilor dinților, coletele implantului și suprafețele protezelor (scaling și root planing). În afară de mijloacele mecanice și a dispozitivelor în acest scop sunt folosite și cele auxiliare, printre care sunt și **pastele de dinți**.



Strămoșii noștri se curățau pe dinți cu sticlă pisată, cărbune de lemn, smoală, funingine, lînă cu miele... Cu trei secole în urmă în Europa au început să se folosească de sare pentru curățirea dinților. Apoi s-a trecut la cretă. Începînd cu secolul XIX se foloseau prafuri de dinți pe bază de cretă, iar la sfîrșitul lui oamennii au început să treacă la paste de dinți în tuburi (primul în această privință este compania „Colgate“). În secolul XX căutările de substituie a cretei ca abraziv dentar au condus la folosirea dioxidului de cremniu, compatibil cu mulți componenți activi. La etapa actuală se produc paste cu un diapazon larg de calități cerute, cu un indice optimal de ph, și datorită acestui fapt se normalizează balanța acido-alkalină în cavitatea bucală, fapt ce reprezintă o necesitate strictă nu numai în cazul existenței implantatelor și protezelor, dar și în cazul dinților și gingiilor sănătoase.

Pentru pastele, folosite de pacienți cu suprastructuri pe implante, este obligatoriu, ca corelația tuturor componenților lor (abrazive, umezitoare, superficial-active, curativ-profilactice și altele) să fie optimală cu acțiunea curativ-profilactică determinantă. Componenții necesari în ei sunt inhibitorii creșterii cristalice a tartrului dentar, care este inițiatorul reacțiilor inflamatorii complicate și multiforme în jurul dinților și implantelor. În Germania în aceste scopuri sunt folosite difosfaturi, în SUA — pirofosfaturi (Blend-a-Med-Complet) și altele, în cea mai mare parte a lumii se folosesc compuși de zinc — clorură și nitrat de zinc.

Pentru a recomanda și a prescrie paste de dinți pacienților săi, protezați pe implantate, se cuvine de știut compoziția acestora. În baza ei e mai simplu și mai ușor de a judeca despre calitățile și, respectiv, mecanismele de acțiune, în care cazuri ce fel de paste de aplicat. Pacienților cu implante le este necesar de a se folosi de paste curativ-profilactice, dar periodic, ținînd cont de situația stomatologică din cavitatea bucală. Astfel, nemijlocit după operație este necesar de a folosi paste, ce conțin extracte și (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, antiseptice puternice de tipul clorhexidin (CG), triclozan (T), cetilperidiumclorid (CPC) și cele analoge, precum și fermenți — pancreatin, tripsin, dextranoză, mutanaza, ce acționează inhibitor asupra citorva tipuri de bacterii. Dar, ele sunt folosite pe un termen scurt, nu mai mult de trei săptămîni. S. B. Ulitkovski subliniază, că uneori pasta de dinți are o influență negativă (dăunătoare), care constă în distrugerea cu ajutorul unor mijloace antibacteriale puternice nu numai a microflorei patogene, dar și saprofite, ce conduce la disbioză. În perioada principală de folosire se dă preferință pastelor cu extracte (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, ce au o acțiune astringentă moale și o acțiune antiinflamatoare, dar ce nu conține antiseptice puternice de tipul CG, T, CPC. În pastele, recomandate pentru folosire permanentă, este de dorit de a include complexele de vitamine. În caz de acutizare, însoțită de reacția inflamatoare, se recurge la pastele, folosite în primul caz.

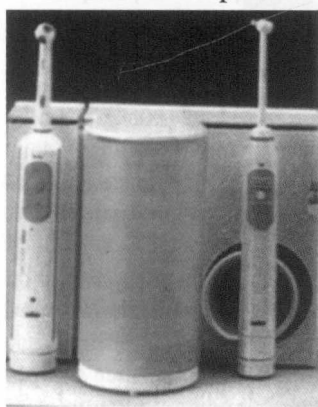
Calități antibacteriale posedă pastele „Blend-a-med Complit“, „Blend-a-med respirație sănătoasă“, („Procter and Gamble“, SUA), „Elgidium“, „Elgifiur“, „Pan-soral“ („Pierre Fabre Medicament“, Franța), „Colgate Total“, „Colgate Xylltrol“, „Natural White“, „Pepsodent Ultra“, „Txeramed 2 in 1“, „Bioenel“, „Paradontax“, „Forever“, „Parodontal“, „Novii jemciug extra“, „Izumrud“, „Vesna“, „Osınca“, „Meatnaia“, „Lesnaia“, „Hlorofilovaia“, „Evrica“, „Extra“ și altele.

Pastele, ce conțin preparate vegetale (cel mai des pigmentul de hlorofilă), extracte și infuzii de romaniță, pojarniță, trestie mirositoare, trandafir, ulei de trandafir și altele și complexul de vitamine (C, E, K, P) posedă o acțiune antiinflamantă accentuată. Ele reduc sîngerarea gingiilor, îmbunătățesc metabolismul în mucoasa cavității bucale și stimulează procesele de regenerare. Hidroaxipatitul ce intră în compoziția unor paste asigură microprelucrarea țesutului osos cu calciu

și fosfat, iar în virtutea lipsei în ea a componentelor de fluor, ea poate fi folosită în raioanele cu conținut mărit a fluorurilor în apa potabilă. În extractele de ierburi intră vitamina K, ce posedă acțiune hemostatică (de oprire a sîngelui), iar triclozanul (se conține în unele paste ale companiei „Colgate“, „Procter and Gamble“ și altele) preîntîmpină procesele purulent-inflamatoare, accelerează creșterea granulelor și epitelizarea mucoaselor. La pastele cu săruri cu conținerea diferitor componente minerali, microelemente, antiseptice se referă „Balsam“, „Morscaia“, „Meri“, „Pomorin“, „Lazuri“ etc. Ele activează procesele metabolice în țesuturile moi ale cavității bucale, contribuie la îmbunătățirea circulației sanguine, influențînd binefăcător țesuturile parodontiului.

Pastele, ce conțin în calitate de componente activi curățători fermenți și alte SBA (substanțe biologice active — pancreatin, lizoțim, ribonucleaza, tvin-40 și altele) — „Zendium“, „Biotene“, „Salutem“, „Osobaia“, „Fosfataznaia“, „Cristall“ și altele trebuie să fie aplicate sub controlul medicului curant (fără sfatul acestuia — numai în decurs de 5—7 zile).

Una din varietățile esențiale a formelor lichide este pasta de dinți lichidă. Una din ultimele variante este **periuța de dinți, în mînerul căreia se introduce un container cu pastă lichidă**, care se scurge prin



tub în interiorul coletului periuței de dinți spre baza cîmpului periuței. Datorită calităților înalte de formare a spumei ea se răspîndește ușor de la baza smocului spre propriul cîmp al periuței. Containerul este calculat pentru folosire de mai multe ori. Această formă este

comodă mai ales în drum, în plus, izolarea completă a containerului cu pastă lichidă de mediul înconjurător preîntîmpină posibilitatea populării microbiene. Ca exemplu a acestei combinații de periuță cu pastă este Dent X pres.

Recent a fost propusă încă o modificare a periuței de dinți, în mînerul căreia sunt deja două spații, dintre care unul se umple cu pastă de dinți, altul cu clătitor, și la fel, ca și în cazul anterior, care se scurge spre baza cîmpului periuței pe capul periuței de dinți. Scurgerea pastei de dinți și a clătitorului se reglează independent. Pentru a putea conține o cantitate mai mare de pastă de dinți și de clătitor, mînerul periuței este făcut mai lung, decît la periuța de dinți tradițională.

La prescrierea medicului (în perioada postoperatorie după implantare, reacțiile inflamatoare) se pot folosi **paste și geluri specifice**, — nu pentru efect de curățire, dar pentru aplicare pe mucoase, — „Pasta adezivă solcoseridentală“, „Mundizal-gel“, „Peridontol pasta“, gel factoric „Dentim“, „Metrogil-denta“, peliculele „Diplen — denta cu CG“, „Lac antibacterial

cu CG“, „Cervitec“, „Traumel S“, „Voko-Pac“, „Septopac“, bioemplaștrii de preparate colagene „Gingitec“, „Sangvinol“, compoziții de collagen cu făină osoasă „Collaost“ și hidroaxipatit (HA) „Collapol“, sisteme pentru înlăturarea tartrului dentar „Proxyt“ și altele.

Pasta adezivă solcoseridentală (Solco Basll, Switzerland) (PASD) este o combinație de substanță activă solcoseril, ce accelerează procesele de cicatrizare cu anesthetic local pe bază de compus. Ea se aplică pe mucoasele din jurul implantului și în regiunile de inflamare cu un strat subțire de 3—5 ori pe zi după luarea mesei și efectuarea toaletei mucoaselor, combinîndu-le cu alte măsuri curativ-profilactice. Pasta se aplică pe suprafața uscată preventiv (cu un tampon de vată sau un șervețel de hîrtie), după aceasta suprafața PASD se înmoaie cu apă pînă la formarea peliculei adezive de forma jelului, care protejează mucoasa de daunele mecanice și termice. Peste 2—5 minute după aplicare înlătură durerea, și simțul indolor se menține timp de 3—5 ore. Se așează bine pe mucoasă, durata de menținere a PASD pe mucoasă este de 1,5—5 ore, ceea ce o deosebește de „Mundizal-gel“, „Metrogil-denta“ și altele (ultimele sunt de scurtă durată). J. Porteder a propus utilizarea PASD în calitate de bandaj optimal după implantarea implantatelor dentare, pentru diminuarea riscului complicațiilor infecțioase (conform datelor observărilor — de trei ori), ce se dezvoltă în rezultatul divergenței marginilor rănii postimplantice pentru tratarea decubiturilor sub proteze. I.M. Rabinovici și G.V. Bancenco. l-au propus pentru lecuirea stomatitelor aftodice și herpetice. Influența PASD asupra procesului de granulare se observă deja în primele 2—3 zile după începutul terapiei. PASD accelerează cicatrizarea cu 30%, poate fi folosită în timpul gravidității, în perioada de lactație, la bolnavii de diabet zaharat.

„Mundizali-gel“ reprezintă o combinație de colină salicilată, ce posedă o acțiune antiinflamatoare și analgetică, și clorură de cetalconiu, ce este un mijloc dezinfectant.

„Metrogil Denta“ — gel pentru gingii, se folosește în complex cu toate procedurile igienice curativ-profilactice după implantare, skelingul profesional (curățire) de asemenea și în condiții casnice precum PASD sau mundizal-gel. „Metrogil Denta“ conține metronidazol și clorhexidin, datorită cărora posedă calități accentuate bactericide, bacteriostatice și antiprotozoice referitor la gram „-“ și gram „+“ de bacterii. Conform datelor lui Langhe, 60% din doza CG rămîne pe mucoasa cavității bucale și retsabilirea nivelului bacterial anterior are loc doar după 7 ore, e de dorit de a nu clăti gura și de a nu lua masa după aplicarea gelului măcar 30—40 de minute, deoarece „Metrogil-Denta“ nu formează peliculă, iar adeziunea de mucoasă este joasă. Șincarenco V. N. și coautorii au propus pentru mărirea expoziției și prelungirea acțiunii ei, aplicarea „Metrogil Denta“ în formă de pansament elastic cu lut alb, oxid de zinc și ulei de mentă.

Gel factoric „Dentim“ contribuie la normalizarea echilibrului microbial în cavitatea bucală, datorită

suprimării selective a creșterii de stafilo- și streptococi și alte tipuri de bacterii patogene. El se aplică cu degetul sau cu o periută moale pe gingie și se încoțeste de masare.

V. P. Dedeian, N.I. Soloviova au propus **pelicula medicinală adezivă biopolimerizată „Diplen-Denta“ cu CG** ca un component medicinal de bază, dar cu posibilitatea conținerii și a unui șir de alte componente antibacteriale, antiinflamatoare și a combinației lor. Ea are o grosime neesențială, este transparentă, nu este toxică, are o plasticitate înaltă, ceea ce îi conferă mari avantaje în folosire, mai ales în perioada postoperatorie după implantare. Ea constă din două straturi — hidrofilă și hidrofobă. Stratul interior — hidrofob, conține mijloace și componente terapeutice, ce stabilizează preparatul și prelungesc acțiunea lui, controlează ieșirea lui din peliculă și transportarea prin mucoasă, precum și componentele, ce reglează echilibrul acido-alkalin pe suprafața sectorului acoperit. Stratul exterior — hidrofob, izolează focarul de acțiunea factorilor mediului înconjurător și îndeplinește funcția de protecție. Înainte de aplicarea „Diplen-Denta“ trebuie să fie efectuat skellingul profesional, poleirea coletelor rădăcinilor, implantelor și a protezelor nedetașabile, după indicații — chiuretajul. Fișile de peliculă de 5—6 mm se așează pe mucoasa marginii gingivale de 2 ori pe zi (dimineața și pe noapte), în cazul existenței pungilor adânci parodontale (mai mult de 6 mm) medicul introduce suplimentar bucățele tăiate mărunt nemijlocit în punși (sau în fisura implantgingivală). Cursul este de 5—14 zile.

S-a recomandat bine materialul hidrofob din Germania „**Reso-pac**“, folosit în calitate de pansamente pe gingie și purtător de medicamente. El nu necesită să fie înlăturat, se fixează pe 30 de minute și apoi se dizolvă încet. „Reso-pac“ constă în mod preferențial din celuloză, mai ales se fixează trainic pe țesuturi umede și chiar sîngerînde. Avantajul „Voko Pac“ este elasticitatea în decursul întregii perioade de aflare în cavitatea bucală, lipirea excelentă pe suprafețele dinților și pe gingie, efectul stabil după cursul lui terapeutic.

„**Gingitec**“ și „**Sanngvicol**“ — pansamente gingivale, ce reprezintă plăci poroase din biopolimerul natural al colagenului. În componența lor intră extracte de ierburi medicinale de romaniță, gălbenele, coada-șoricelului, măcieș, salvin, alginat de sodiu și preparat antimicrobian de origine vegetală sangviritin. Ultimul este activ și față de microorganismele, rezistente la acțiunea antibioticelor.

Sistemul de paste „**Proxyt**“ („**Plaque removal system**“) este destinat pentru înlăturarea tartrului dentar (de implant) și poleirea optimizată. O anumită valoare a abrazivității pastelor (microdisperse, medie și simplă) permite de a le folosi în conformitate cu indicațiile individuale. Un efect profilactic suplimentar este asigurat de adaosurile de aminofluorură și xilit.

Se cuvine de a reaminti, că folosirea pastelor, gelurilor, panglicilor și altor mijloace de igienă orală, mai ales în complex cu conținerea mijloacelor antibacteriale cu o acțiune puternică, de tipul CG, T și altele,

poate conduce la distrugerea nu numai a microflorei patogene a cavității bucale, dar și saprofite. De aceea, este preferabil de a lăsa medicul să decidă în privința alegerii pastei. Pastele cu acțiune puternică nu se folosesc mult timp, la sfatul medicului și conform instrucțiunii firmei producătoare, alternînd cu mijloacele obișnuite curativ-profilactice. La apariția semnelor de disbacterioză (depuneri pe gingii, limbă, durere, înroșire) se cuvine de a înceta urgent folosirea acestui mijloc curativ-profilactic și de adresat la medic.

Elixirele dentare nu sunt recomandate pacienților ce poartă suprastructuri (proteze dentare) pe implantate, iar în perioada postoperațională sunt absolut inadmisibile din cauza unei concentrații înalte de alcool.

Clătitorii igienici pentru gură se pot folosi, cînd sunt inaccesibile formele perfecționate. În perioada postoperatorie ei nu sunt bineveniți, deoarece conțin alcool.

În prezent se consideră, că anume formele lichide fără alcool ale mijloacelor igienice sunt cele mai eficiente mijloace de luptă cu formarea, acumularea și dezvoltarea tartrului dentar. Ele pătrund în orice locuri greu accesibile, indiferent de desimea dinților, formele maxilarelor sau a oricăror stări patologice, inclusiv starea după intervențiile operative, implantare. Aceasta este deja o garanție a unei cicatrizări mai intensive și a rezultatului favorabil pe fonul profilaxiei dezvoltării oricărei infecții.

Se consideră, că cel mai eficient acționează clătitorii antiseptici pentru prevenirea dezvoltării și înlăturării tartrului dentar în mediul cu Ph 8,0—11,0. În caz dacă clătitorul conține 1,5% de etanol, 5% de oleat de sodiu și o cantitate suficientă de hidrogenfosfat-2-sodiu este posibil de a crea un mediu de soluție a clătitorului cu ph, egală cu 9,8, ceea ce se consideră o condiție optimă pentru acțiunea clătitorului antitartric. Unele clătitori conțin și mai activi componente — CPC (cetil piridin clorură), ce împiedică formarea tartrului dentar („Reach Anti — Plaque“, „Stomatidin“ și altele).

Numai cu clătirea cavității bucale se poate obține o influență subgingivală de lungă durată asupra florei punșii (fisurii implantgingivale) și, deci, asupra înlăturării bacteriilor. Durata de aflare a substanței în punșă este scurtă (nu pentru toate — la stomatidin ea este de 72 de ore) sau nu se poate atinge adîncimea punșii (fisurii implantgingivale). De aceea este necesară folosirea de asemenea și a dispozitivelor cu jet de apă, irigatorilor, centrilor orali, stropitoarelor, aplicatorilor cu vacuum.

Una din ultimele invenții în domeniul producerii mijloacelor lichide de igienă este fabricarea clătitorilor capsulați, care pot fi sub formă finită. Capsula cu membrana ce se dizolvă în cavitatea bucală conține o cantitate suficientă de soluție pentru irigarea cavității bucale sau în capsula de dimensiune mai mică poate fi o substanță în formă de gel, care se amestecă cu saliva după dizolvarea capsulei, și creează o soluție antiseptică. Există și forme capsulate, care trebuie să fie preventiv dizolvate în apă, pentru a crea un clătitor adecvat pentru folosire.

O idee originală este combinarea containerului cu clătitorul și a mosorului cu ață dentală. Un astfel de dispozitiv înmoaie puțin ața și irigă spațiul interdental în procesul procedurii igienice. Există variante și mai simplificate, când ambalajul clătitorului este combinat cu cutioara de flos, dar ele se folosesc separat și consecutiv. De asemenea sunt și elaborări de clătitoru pentru cavitatea bucală, care conțin steroizi antiinflamatori și agenți antifugi. În acești clătitori ph al mediului variază între 3.5 pînă la 7.0, conținutul de steroid antiinflamator constituie nu mai puțin de 2.5 privind hidrocortizon (S. B. Ușacovschi).

Clătitorii curativ-profilactici pentru pacienții cu implante sunt preferabile. Ei trebuie să fie folosiți după fiecare masă și de dorit, după ce s-a băut ceva dulce. Ei nu trebuie să conțină alcool, trebuie să aibă ingrediente antiinflamatori și antimicrobieni. În perioada postoperatorie se folosesc clătitorii, ce conțin extracte și (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, antiseptici de tipul CG, T, CPC (cetilperidiumclorură) sau analoge lor. Dar antisepticii în pastă și clătitor trebuie să coincidă, iar folosirea lor (la fel ca și a pastelor) — este de scurtă durată, pînă la 3 săptămîni. În stare liniștită, în viața cotidiană se folosesc clătitori cu extracte (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, dar fără antiseptici artificiali. În caz de inflamare se recurge la clătitori, după cum este indicat mai sus. Clătitorii curativ-profilactici trebuie să aibă o spumozitate moderată, cu aromatizanți neutrali. La clătitorii antitartrici de tipul „Prebrashing“ se recurge numai la sfatul medicului, peste 1—2 zile în decurs de 7—10 zile.

Mijloacele antimicrobiene nu trebuie să aibă toxicitate locală sau sistemică, ele nu trebuie să conducă la formarea bacteriilor rezistente, trebuie să aibă un spectru larg de acțiune, iar contactul dintre substanța microbială și microorganismele trebuie să fie de o durată mai lungă. Newbrun clasifică mijloacele antimicrobiene în felul următor:

1. Fenoli: Phenol, Timol, Hexylresorcin, Listerin (Timol bucaliptol, Mentol, Methsalicylat).
2. Compuși cvadrupli de amoniu: Cetylpiridiniumchlorid, Bezethoniumchlorid.
3. Substanțe de oxidare: Perborate, Peroxyde.
4. Extracte vegetale: Quecksilber, Sanguinarine.
5. Bisbiguanide: chlorhexidine.
6. Bis-pyridine: ostenidim.
7. Pyromidine: hexedin.
8. Hologone: chloridine, fluoride, bromide, iodide.
9. Sărurile metalelor grele: Silber, Zinn-Zinc, Kupfer.

Substanțele de oxidare, fenolii și compușii cvadrupli de amoniu se consideră un început activ al primei generații cu eficiență joasă, Bisiguanide-agentii celei de-a doua generație cu capacitate înaltă. La cele

din urmă se referă CG și Alexidin, care este apropiat după structură.

În implantologia dentară și terapia protetică pe implante se folosesc **antiseptice** de tipul miramistin, HG, T, CPC, cidipol, listerinocinisept, corsodil, eliidril și altele. Dar, ele trebuie, fără îndoială să se deosebească după concentrarea componentului antibacterian în dependență de tabloul clinic, direcția acțiunii lor. În mare măsură aceasta depinde de mecanismul predominant de acțiune a preparatului.

Determinarea sensibilității bacteriilor față de preparate antibacteriale permite de a alege individual antisepticul. Cea mai joasă activitate antibacteriană față de microbi anaerobi ai cavității bucale este depistată la miramistin și octinesept, iar un spectru mai larg îl posedă cidipol. Cele mai active sunt listerina (dar ea nu influențează asupra streptococilor anaerobi), metacid, fogucid, tantum verde, meridol (cu fluorură de amoniu sau plumb), clorghexamed — fluid, catamin AB, catapol CG și dioxidin (care acționează asupra tuturor ștamilor, chiar în amestec 1:10). Sub aspect clinic se cuvine de a ține cont de faptul, că în cazul folosirii locale a antisepticilor în cavitatea bucală ei se amestecă în mare măsură cu salivă, cu lichid gingival (minim de 2 ori), astfel, activitatea bactericidă a acestor preparate pentru sanarea focarului în privința bacteriilor anaerobe trebuie să fie nu mai puțin de 1 : 2 (folosind concentrația standartizată).

Un mare interes prezintă preparatul „Imudon“ („Solovei Farma“, Franța), capabil de a acționa simultan pe verigile cheie ale mecanismelor de protecție. „Imudon“ (pastile pentru supt, mecanismul de acțiune este ca și la capsule) este pregătit din amestec de lizat ștam excitantii cei mai frecvenți bacteriali și fungicizi ale proceselor patologice în cavitatea bucală, la care se raportează *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corinobacterium pseudodiphtherium*, *Candida albicans*. El reprezintă un complex polivalent de anticorpi — vaccina uscată, care poate fi folosită la sfatul medicului în perioada postoperatorie privind implantarea și la apariția reacțiilor de inflamare (paraimplantite).

Noi perspective în profilaxia complicațiilor după implantare în stomatologie se deschid cu folosirea ozonului medical, ce are efecte bactericide, antiviro-tice, antiinflamatoare, analgezice, imunomodulatoare și dezintoxicatoare. Ozonoterapia locală — este cronologic prima metodă de aplicare a ozonoterapiei în medicină. În același timp concentrații înalte de ozon se folosesc pentru dezinfecție, cele joase — contribuie la epitelizare și cicatrizare. Sunt elaborate metodici speciale de ozonare și de dozare a ozonului în soluție fiziologică, ulei pe ozonatori (Cvazar) și altele. Pacienților li se recomandă clătirea cavității bucale zilnic 1 dată pe zi (250 ml de soluție în decurs de 2—3 min.) și local pentru spălarea pungilor paradontale, a fisurii implantgingivale cu ajutorul seringii, încet (5—10 min.) cu concentrația de ozon de 1500—4000 mkg/l în ședințe de la 3 pînă la 10



zile, de asemenea aplicații de ulei de măsline ozonat (3500—4000 mkg/l) câte 10 ml pe maxilar în decurs de 30 de min.

Din mijloacele lichide de igienă a cavității bucale, folosite în condiții casnice se poate evidenția cele igienico-profilactice — **deodorantul gel-spray „Dentonic” și gel factoric „Dentim”**. O particularitate caracteristică a acestor mijloace este alegere minuțioasă și folosirea combinațiilor optime ale componentelor biologic-activi de origine vegetală și maritimă. Datorită componentelor naturali de extracte din ierburi și acțiunii complexului antioxidant, vitaminelor C și P cu antighipoxant, „Dentonic” contribuie la acțiunea de regenerare și de învelire. Datorită intensificării proceselor de schimb energetic celular și a respirației are loc stimularea imunității locale, fapt decisiv pentru folosirea lui după implantare dentară. Pentru obținerea unui efect mai mare se dă cu spray de la o distanță mică, îndreptând jetul sub părțile intermediare ale protezelor în regiunea implantatelor.

Mai simplă și eficientă este irigarea cavității bucale cu antiseptici, în același timp se spală cu ușurință resturile de mâncare, tartrul moale din locurile greu accesibile (părțile intermediare ale protezelor — punți, zona joncțiunii implantgingivale și alte), unde nu se poate folosi nimic, în afară de jetul de apă sau de soluție. **Irigatorii** trebuie să fie cu câteva regimuri de lucru („jet” și „duș”) și cu un vas mai mare pentru soluție. La începutul procedurilor igienice — „jetul”, la sfârșit — „duș” cu masarea gingiilor. Ele pot fi folosite de nenumărate ori pe zi, după fiecare masă. De exemplu: 1. duș pentru cavitatea bucală „Aqualux electronic” — are regimuri cu un jet și cu mai multe jeturi de apă, cu o bună schimbare a ajustajului (duzei). 2. hidromasor Braun Plak Control MD 5000 Type 4723. 3. irigator Water Pik Familienmunddusche WP-30E — cu un jet, cu o pompă mai lentă a apei din rezervor (180 s). La această etapă există totalitatea irigatorului cu periuța de dinți electrică — centrul oral, ceea ce mărește posibilitatea îngrijirii igienice. Setul centrului oral conține — dispozitive de încărcare separat pentru periuța de dinți și irigator, container pentru lichid, motor pentru pomparea apei sub presiune spre mînerul irigatorului, container pentru păstrarea periuțelor-ajustaje (duze) și a capurilor irigatoare individuale — ajustaje (duze), tuburi pentru pomparea lichidului, întărire de pereți.

Ținând cont de cele expuse mai sus, facem concluzia, că metodele igienei profesionale și individuale a cavității bucale, mijloacele folosite pentru aceasta și seturile lor optime, vor fi diferite în dependență de diversitatea construcțiilor, cantitatea, formele implantelor și protezelor pe ele, tabloul clinic. Igiena individuală a cavității bucale în aceste cazuri va fi minuțioasă și de lungă durată.

Dacă există o singură coroană pe implante (aflată separat), ea trebuie să se „așeze” pe locul său, pereții de contact ai coroanei nu trebuie să atîrne de supra gingiei sau să o străpungă. Luînd în considerare faptul, că după operația de implantare și așa este

prezent edemul traumatic, iar mai apoi este posibilă depunerea gingiei și resorbția posttraumatică al procesului alveolar, ecuatorul coroanei artificiale trebuie să fie modelat anatomofiziologic. Astfel, resturile de mâncare nu pot să se acumuleze intens sub coroana artificială, în regiunea joncțiunii implantgingivale, ceea ce ar fi contribuit la o distrugere mai rapidă a ei, mai ales, că o astfel de joncțiune este departe de perfecțiune, de natură. În aceste cazuri se cuvine de a recurge la o curățire mai intensă a spațiilor interdentală și a spațiului dintre coroană și gingie, adică a coletului implantului. Dacă să ținem cont de faptul, că de flose ne folosim permanent, atunci la acestea e necesar de a adăuga superflosa, ultraflosa, setinflosa și pămătuful.

La folosirea aței dentare, introduse sub coroana artificială în regiunea coletului implantului este necesar de a face cu ea mișcări circulare, ceea ce contribuie la o înlăturare mai bună a resturilor de mâncare. Evident, superflosa și pămătufurile sunt mai eficiente. În mod obligatoriu după curățirea mecanică cu mijloace de bază și auxiliare se fac băițe cu clătitor. Orice acumulare de tartru la hotarul dintre medii duce la o distrugere mai rapidă a materialului fixator (ciment), pe fonul unei formări mai intensive a tartrului dentar. De aceea superflosa este necesară în mod deosebit, ea este trecută în jurul coletului implantului (dinților) și se fac mișcări de întindere — întoarcere. Atunci datorită părții afinate a aței se curăță mai bine suprafețele paragingivale atât ale implantului, cât și a coroanei artificiale.

Curățirea coroanelor pe implantate este combinată cu curățirea coroanelor, ce se află pe dinți, fără o deosebire esențială în efectuarea igienei individuale. În continuare este curățit corpul protezei-punte cu curățirea spațiilor interne (ascunse) și externe în jurul coroanelor protezei. O atenție deosebită se acordă suprafeței interne a corpului protezei-punte, spațiului ce se spală, pentru a evita formarea decubiturilor sub ele.

După cum se vede, efectuarea măsurilor individuale profilactice (procedurilor igienice) pentru pacienți, purtători de implantate și de suprastructuri pe ele, este destul de complicată. S. B. Ulitovschi a elaborat o schemă rațională de efectuare a lor. Considerăm, că igiena individuală a cavității bucale în cazul existenței suprastructurilor pe implante nu trebuie să fie efectuată de două ori, deoarece din punct de vedere igienic ea nu este pe deplin justificată. Este vorba, că după somn, chiar dacă s-a făcut igiena minuțioasă a cavității bucale seara, oricum are loc acumularea unui mare număr de microorganisme și se formează tartrul dentar, ceea ce este mai ales dăunător pentru fisura implantgingivală. Este igienic justificat de a introduce încă un ciclu de curățire a cavității bucale, și anume dimineața după mâncare. Adică, igiena se va efectua de trei ori: 1. pînă la masă dimineața (după somn), 2. după dejun, 3. înainte de somn (după cină). După fiecare masă în mod obligatoriu este necesar de a face irigarea (dușul) și clătirea cavității bucale.

Schema efectuării procedurilor individuale igienice



Dintele — este o structură inginerescă ideală, la presiunea pe dinte de 42 kg, efortul pe vârful rădăcinii lui se mișorează și constituie aproximativ 800 g. La implant presiunea superioară va fi identică cu presiunea implantului pe țesuturile inferioare, deoarece implantul nu are un sistem de amortizare ca la dinte natural — legături, fibre cu orientare funcțională diferită (sub diferite unghiuri), fibrili și toate funcțiile parodontului în această regiune sunt scăzute. În parodontologie A. S. Grigorean, N. A. Rabuhin consideră semnul diferențial-diagnostic de bază starea joncțiunii dentogingivală. Dacă aceasta este menținută, ceea ce se determină la sondarea șanțului dentogingival, se presupune diagnoza de gingivită, iar la distrugerea joncțiunii dentogingivale și descoperirea pungii parodontologice este diagnosticat cu încredere parodontită. În acest caz **implantul există permanent în stare de parodontită?** Această întrebare trebuie să și-o pună și medicii (chirurgii-implantologi, terapeutii, proteticienii), și pacienții. Ei trebuie să țină minte despre faptul, că partea cea mai vulnerabilă și complicată a cavității bucale nu sunt dinții, coroanele, protezele, implantul și osteointegrarea lui (întreg sistemul APIO), dar gingia, regiunea ei marginală. Acolo, unde implantul (dintele) iese din maxilar, se hotărăște soarta lui, va trăi sau va muri? Problemele igienei individuale nu trebuie să abordeze aspectul curățirii dinților, protezelor și a suprafețelor lor, dar curățirea cavității bucale, mai întâi de toate — a zonei marginale a gingiei, mai ales în cazul existenței implantelor. Așa cum natura nu poate uni împreună implantul și osul, așa ea nu poate opri și distrugerea țesuturilor paraimplantice (dacă aceasta a început deja). Gingia din regiunea implantului nu trebuie să se inflameze nici odată, deoarece se dezvoltă edemul. În acest caz, în afară de depunerea de bacterii, bacterii și toxine, ce se acumulează în fisura implantogingivală, în ea poate crește și epitelul (stratul superior al gingiei), legătura implantului cu osul este dereglată în continuare, deoarece creșterea epitelului poate merge pe

toată adâncimea. În caz de nerespectare a regulilor de igienă, pungea ce s-a format, va crește, deoarece bacteriile continuă lucrul său distructiv, distrugând tot mai multe țesuturi de sprijin. Implantul pierde în permanență sprijinul și cade. În cazuri de depistare a „pierderii” țesutului osos în combinație cu prezența unui escudat e necesar de scos proteza (-ele) și de le curățit separat. Regiunea afectată în timpul curățirii abatementelor e necesar de prelucrat cu apă oxigenată 1% sau cu pastă cu conținut de metronidasol („Metrogyl denta”, „Elysol”), se repetă instructajul de igienă orală de sinestător, se demonstrează metodele de folosire a superflossului și pămătufurilor interdentale. La această vizită este necesară șlefuirea selectivă a contactelor premature.

Specialiștii sunt unanimi în părerea, că parodontita, din păcate, este incurabil, boala ce se termină cu căderea ultimului dinte și de asemenea a implantului. Dar nu este aici sfârșitul stomatologiei, boala poate fi oprită. În acest scop astăzi medicii stomatologi împreună cu pacienții posedă un vast arsenal de cunoștințe, metode și mijloace. În cazul distrugerii țesutului osos, detsabilizării gingiei, fiecare milimetru de legătură obținută din nou (joncțiune implantogingivală) — este deja un mare succes. Dar, de regulă, după implantare nu trebuie să existe procese destructive. Viteza de atrofiere (pierdere) a țesutului osos al maxilarelor în regiunea implantatelor nu trebuie să depășească 0,2 mm pe an (conform criteriilor general acceptate). Și chiar dacă „implantul trăiește în stare de parodontită”, atunci sarcina medicilor și pacienților este simplificată — e vorba de menținerea stării inițiale, adică constă în profilaxia complicațiilor:

1. vizita regulată la medicul stomatolog — cel puțin de 2 ori pe an.
2. efectuarea măsurilor igienice necesare cu întregul arsenal de mijloace igienice de 3 ori pe zi și după fiecare masă.
3. detartrajul profesional regulat al dinților, protezelor și implantelor.
4. respectarea regulilor de detartraj profesional al dinților, protezelor și implantelor.
5. respectarea regulilor de protezare (oportună, adecvată, rațională), regulilor de folosire a protezelor și a îngrijirii igienice a acestora.

BIBLIOGRAFIE

1. Postolachi I. și coaut. „Protetica dentară”, Chișinău, „Știință”, 1993, pag. 84 — 96, 122 -130, 402 — 412.
2. Popovici T. „Particularitățile protezării cu utilizarea implantatelor”, „Îngrijirea igienică”, „Implante dentare în stomatologie”. Chișinău, 1994, pag. 22 — 25.
3. Detienville R., Besnainou B., Mirot F. „Maintenance et implants osteointegres”, „Journal de Parodontologie”, 2, 1991, pag. 227 — 232.
4. Eugene Joffe „Современный подход к лечению пародонтита в повседневной практике стоматолога” (Нью — Йорк, 12, 97). „Новое в стоматологии”, 9, 1998, стр. 39 — 42.
5. Hans — Georg Gräber „Влияние антисептических растворов для полоскания полости рта, содержащих хлорексидиндиглюконат и фторид аммония/олова на образование налета и гингивит”, „Квинтэссенция”, 2, 1999, стр. 51 — 58.

6. Hyman Smukler, Martin C. Nager, Paul C. Tolmie „Влияние особенностей морфологии проксимальных поверхностей зуба на удаление зубного налёта“. „Квинтэссенция“, 2, 1991, стр. 151- 157.
7. Ivo Drižhal „Микробный дентальный налёт“. „Новое в стоматологии“, 8, 2001, стр. 19 — 24.
8. Manfred Lang „Вопросы гигиены в дентальной имплантологии“, „Квинтэссенция“, 4, 1998, стр. 53 — 55.
9. Roger Böhne-Grandt. „Усовершенствование помощницы врача-стоматолога. Возникновение заболеваний пародонта. Обзор“, „Квинтэссенция“, 4, 1998, стр. 58 — 61.
10. Безрукова И. В. „Клиника, диагностика и лечение быстро прогрессирующего пародонтита“. „Новое в стоматологии“, 5, 2001, стр. 65 — 69.
11. Бер Марк, Миссика Патрик, Джованьоли Жан-Луи „Устранение осложненного имплантологического лечения“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2007, стр. 215-218.
12. Бокая В. Г. „Самоконтролируемая гигиена полости рта — эффективный способ профилактики стоматологических заболеваний“, „Стоматология для всех“, 3, 2000, стр. 17 — 19.
13. Быков В. Л. „Функциональная морфология эпителиально-го барьера слизистой полости рта“, „Стоматология“, 3, 1997, стр. 12 — 16.
14. Бюкин Вольфрам „Стоматологическая сокровищница. Советы и секреты практического стоматолога“, Москва, Барселона, Пекин, Берлин, Чикаго, Стамбул, Лондон, Милан, Бомбей, Париж, Прага, Сан — Паулу, Сеул, Токио, Варшава, „Квинтэссенция“, 2007, стр. 175-179.
15. Вагнер В. Д. „Первичная профилактика стоматологических заболеваний“, „Пособие по стоматологии“, Н. Новгород, 2000, стр. 148 — 151.
16. Варес Э. Я. „Парадоксы стоматологии (информация к размышлению)“. „Стоматология“, 1, 1997, стр. 72 — 74.
17. Григорьян А. С., Топоркова А. К. „Проблемы интеграции имплантатов в костную ткань (теоретические аспекты)“, Москва, „Техносфера“, 2007, стр. 11 — 18.
18. Дедеян В. Р., Соловьёва Н. И., Езикаян Т. И., Медведева И. А. „Лечение заболеваний пародонта с использованием плёнок „Диплен — дента“ с хлоргексидином“. „Стоматология“, 4, 1997, стр. 18 — 22.
19. Дмитриева Л. А., Романов А. Е., Царев В. Н., Ушаков Р. В., Карнаухов А. Т. „Сравнительная характеристика антибактериальной активности новых антисептиков и перспективы их применения в стоматологической практике“. „Стоматология“, 2, 1997, стр. 26 — 27.
20. Дудко А. С. „Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами“, „Новое в стоматологии“, 3, 1998, стр. 73 — 77.
21. Зицманн Н. и Шерер П. „Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов. Клиническое руководство“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2005, стр. 47.
22. „Квинтэссенция“. „Новый RESO — PAC“, „Растворы для полосканий полости рта для эффективной профилактики зубного налёта и гингивита“, „Квинтэссенция“, 2, 2000, стр. 56.
23. Копейкин В. Н., Миргазизов М. З. „Ортопедическое лечение адентии с использованием имплантатов“, „Руководство по ортопедической стоматологии“ Москва, 1998, стр. 206 — 230; 406 — 443.
24. Ланге Д. Е. „Применение в стоматологии хлоргексидингликоната (СНХ) в качестве antimicrobial средства“. „Клиническая стоматология“, 1, 1999, стр. 38 — 42.
25. Леус П. А., Любко С. С. „Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта“. „Клиническая стоматология“, 3, 1997, стр. 70 — 72.
26. Маттила П., Киуттила М. „Влияющие вещества, содержащиеся в зубных пастах“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 3(6), 1998, стр. 76 — 80.
27. Мельниченко Э. М. „Методы и средства профилактики основных стоматологических заболеваний“, „Профилактика стоматологических заболеваний“, Минск, 1990, стр. 12 — 28.
28. Михайлова А. М., Лясников В. Н. „Дентальные имплантаты и суперинионный эффект“. „Новое в стоматологии“, 2, 1999, стр. 13 — 23.
29. Модина Т. П. „Исследование коллапана в хирургическом лечении парадонтитов“. „Клиническая стоматология“, 1, 1999, стр. 44 — 47.
30. Мусин М. Н. „Вопросы гигиены с точки зрения современной имплантологии. Клинические и зуботехнические аспекты“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 2, 1997, стр. 25 — 33;
31. Никольский В. Ю., Федяев И. М. „Дентальная имплантология“ (учебно — методическое пособие), Москва, МИА, 2007, стр. 100 — 111.
32. Параскевич В. Л. „Дентальная имплантология“, 2-е издание, Москва, 2006, стр. 363 — 391.
33. Перова М. Д. „К вопросу о профилактике деструкции околоимплантанных тканевых структур“. „Новое в стоматологии“, 2, 1999, стр. 33 — 41.
34. Попельных В. П. „Дентальная имплантация — метод, которому можно доверять“, „Стоматология для всех“, 2/3, 1999, стр. 51 — 58.
35. Портедер Х., Хеннинг Г. „Солкосерилдентальная адгезивная паста в лечении ран слизистой оболочки полости рта после имплантации внутрикостных имплантатов“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 2(5), 1998, стр. 48 — 51, 3(6), 1998, стр. 63 — 66.
36. Рабинович И. М., Банченко Г. В., Рабинович О. Ф. „Опыт клинического применения „Солкосерил дентальной адгезивной пасты“. „Клиническая стоматология“, 4, 1998, стр. 49 — 51.
37. Ренуар Франк, Рангерт Бо „Факторы риска в стоматологической имплантологии“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2007, стр. 42.
38. Самсонов В., Иванов А., Васильев М., Медведский В. „Некоторые клинические аспекты в лечении периимплантита“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 4(7), 1998, стр. 26 — 27.
39. „Стоматология для всех“, „Как правильно чистить зубы?“, „Зубная паста на основе гидроксиапатита „Парадонтол“, новинка косметического объединения „Свобода“, „Стоматология для всех“, 1, 1998, стр. 24 — 25.
40. Суров А. „Новый взгляд на проблему шейки имплантата“. „Новое в стоматологии“, 3, 1998, стр. 79 — 90.
41. Суров О. Н. „Зубное протезирование на имплантатах“, Москва, 1993, стр. 117 — 129, 133 — 138, 172 — 176.
42. Темерханов Ф. Т., Гарафутдинов Д. М. „Комплексная оценка исследований микробиологических и цитологических показателей имплантоэпителиальной зоны“. „Стоматология“, 4, 1997, стр. 45 — 46.
43. Улитковский С. Б. „Прикладная гигиена полости рта“. „Новое в стоматологии“, 6, 2000, 9, 2000, стр. 45 — 48, 58 — 63.
44. Улитковский С. Б. „Проблема зубной щётки в России“. „Новое в стоматологии“, 7, 2001, стр. 23 — 24.
45. Улитковский С. Б. „Современные тенденции в производстве жидких средств гигиены полости рта“. „Новое в стоматологии“, 4, 2001, стр. 50 — 52.
46. Ушаков Р. В., Царев В. Н. „Проблема выбора антисептиков в стоматологии“, „Стоматология для всех“, 4(5), 1998, стр. 50 — 51.
47. Ушаков Р. В., Царев В. Н., Чувилкин В. И. „Принципы применения антибиотиков в современной стоматологии“. „Стоматология для всех“, 1, 1999, стр. 24 — 27.
48. Ушаков Р. В., Шугайлов И. А., Белоглазов В. Л., Чуходжян Г. А., Чуходжян А. Г., Ушакова Т. В. „Применение самоклеящейся плёнки „Диплен ЛХ“ для аппликационного обезбоживания в стоматологии“. „Стоматология для всех“, 1(6), 1999, стр. 32 — 33.
49. Хоббек Джон, Уотсон Роджер, Сизи Ллойд „Руководство по дентальной имплантологии“, Москва, МЕДпресс — информформ“, 2007, стр. 139 — 140, 187 — 188.

RESTAURĂRI PROTETICE FIXE PE IMPLANTE DENTARE ENDOOSOASE ÎN DENTAȚIA TOTALĂ

Aurel Gumeniuc
Catedra chirurgie
oro-maxilo-facială,
stomatologie ortopedică
și implantologie orală
FPM

Rezumat

Din 39 cazuri de edentații totale condițiile clinico-anatomice au permis confecționarea ulterioară a restaurărilor protetice fixe (RPF) în 19 cazuri (48,72%). RPF au fost realizate în total pe 260 de implante tip șurub dintre care 160 de stadiul I cu încărcare funcțională precoce și 100 de implante de stadiul II cu încărcare funcțională după integrarea lor. Suprastructurile fixe au fost reprezentate de: bloc de coroane, proteză parțială fixă (PPF), PPF cu extensie unilaterală și bilaterală. Pentru planificarea tratamentului cu proteze fixe a fost propus indiciul: raportul UP/US. A fost elaborată metoda de tratament eficient a pacienților edentați total prin intermediul RPF pe implante de stadiul I.

Cuvinte cheie: edentația totală, restaurări protetice fixe pe implante, implante de stadiul I, încărcarea funcțională precoce.

Summary

FIXED PROSTHETIC RESTAURATION ON ENDOOSEOS DENTAL IMPLANTS IN TOTAL EDENTULOUS

Out of 39 total edentation cases, in 19 cases (48.72%) the clinical and anatomical conditions permitted the production of fixed prosthetic restoration (FPR). FPR were in total implemented on 260 screw type implants, out of which 160 were of one stage with early functional loading and 100 implants of two stage with functional loading after their integration. The fixed superstructures were represented by: block of crowns, fixed partial prosthesis (FPP), FPP with unilateral and bilateral cantilever. For the projection of fixed prosthesis treatment the following indicator was suggested: UP/US ratio. An efficient method for the treatment of total edentulous patients was elaborated, through FPR on one stage implants.

Keywords: total edentulous, fixed prosthetic restorations on implants, one stage implants, early functional loading.

Actualitatea temei

Edentația totală este considerată ca o stare patologică gravă a aparatului dento-maxilar, care afectează funcțiile de bază ale acestuia (masticția, fonația, fizionomia etc.), și ca urmare, având consecințe asupra întregului organism. Experiența clinică ne arată că, în ciuda faptului, majoritatea pacienților cărora le-au fost confecționate proteze totale nu le folosesc, motivele acestor situații fiind cauzate de neajunsurile lor (volumul mare, instabilitatea pe câmpul protetic, intoleranța, factorul psihologic etc.). Transmiterea nefiziologică a forțelor masticatorii provoacă modificări morfologice regresive care duc la atrofia progresivă a suportului muco-osos, stabilitatea protezelor devenind problematică, iar acești pacienți fiind clasificați drept „imposibil de tratat” prin metode tradiționale¹.

Implantologia orală a deschis orizonturi largi stomatologiei în general și proteticii dentare în special^{1,2,4,6,10,11}. Actualmente multiplele cazuri de edentații totale pot fi soluționate prin restaurări protetice fixe (RPF) pe implante dentare endoosoase. În literatura de specialitate această întrebare este insuficient elucidată mai cu seamă în cazul utilizării implantelor endoosoase monolite (one piese) de stadiul I.

Scopul lucrării

Ameliorarea reabilitării pacienților edentați total prin evidențierea particularităților protezării cu RPF implanto-purtate.

Obiectivele lucrării:

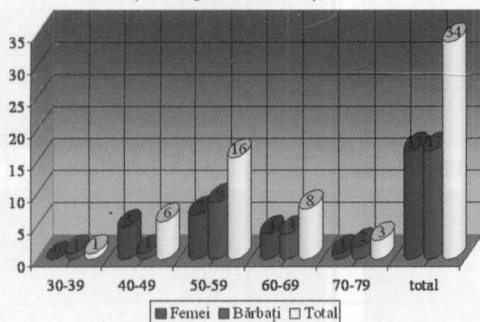
1. Determinarea ratei posibilității protezării pe implante dentare endoosoase la persoanele cu edentație totală cu PRF față de modalitățile de protezare mobilizabilă și hibride (mobilizabilă pe butoni, proteze de acoperire, fixă+arcată, fixă+placă);
2. Analiza comparativă a funcționalității RPF pe implante dentare endoosoase de stadiul I și de stadiul II;
3. Elaborarea metodei de tratament eficient a pacienților edentați total prin intermediul RPF pe implante monolite de stadiul I;
4. Elaborarea unor indici în planificarea RPF cu utilizarea implantelor dentare endoosoase de stadiul I și II.

Material și metode

Pe parcursul a 5 ani au fost examinați 58 pacienți cu edentație totală la care au fost stabilite condiții clinico-anatomice pentru instalarea implantelor endoosoase tip șurub. Examenul a fost făcut conform schemei standard ce a inclus: anamneza, examenul exo- și endobucal, aprecierea stării și gradului de atrofiere a creștelor alveolare reziduale și a mucoasei, determinarea relațiilor mandibulo-craniene, studiul modelelor de diagnostic (după necesitate), examenul radiologic — ortopantomografia cu șablon Ro-logic (fig.1), radiografia retroalveolară^{2,9}. La examinarea pacienților au fost luate în considerație indicațiile și contrain-

Diagrama 1.

Repartizarea pacienților implantologici edentați total pe categorii de vârstă și sex



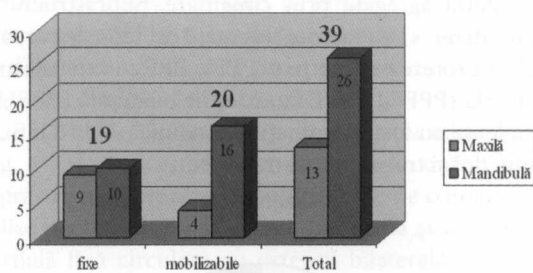
dicațiile acceptate în implantologia orală^{4,6,8,10,11}. Fiecare situație clinică a fost analizată preventiv în prezența pacientului. În toate cazurile s-au luat în considerație metodele alternative de soluționare a situației clinice concrete. După consultația primară, pacienții suplimentar au fost familiarizați cu intervențiile necesare și particularitățile tratamentului cu utilizarea implantelor dentare (sensul intervenției chirurgicale, perioada postoperatorie, complicațiile posibile etc.), după care pacienților li s-a propus tratament protetic cu utilizarea implantelor dentare. Propunerea a fost acceptată de 34 pacienți (17 bărbați și 17 femei) cu vârsta cuprinsă între 34 și 76 ani (diagr. 1). 5 pacienți au prezentat edentații totale bimaxilare, adică vorbim despre 39 de maxilare protezate pe implante. Majoritatea pacienților au acceptat implantele de stadiul I

(preț convenabil, timp scurt de tratament). Primind acordul pacienților asupra tratamentului, situația clinică a fost studiată și în baza modelelor de diagnostic. După consultația în comun cu chirurgul a fost întocmit planul de tratament, coordonând termenii intervențiilor chirurgicale și protetice.

Din 26 cazuri de edentații mandibulare condițiile clinico-anatomice au permis instalarea a unui număr suficient de implante cu confecționarea ulterioară RPF în 10 cazuri. Din 13 cazuri de edentații la maxilă proteze fixe au fost realizate în 9 cazuri (diagr. 2). Celorlalți pacienți li s-au propus proteze mobilizabile, de acoperire și hibride.

Diagrama 2.

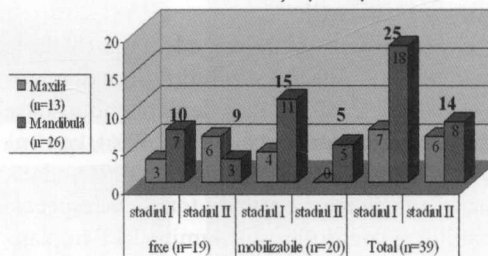
Repartizarea protezelor pe maxilare în funcție de metoda de fixare



RPF au fost realizate în total pe 260 de implante dentare endoosoase dintre care 160 de stadiul I (sistemul „СТИ-ИОЛ“, S. Petersburg) cu încărcare funcțională precoce și 100 de implante de stadiul II (sistemul „Alpha-Bio“, Israel) cu încărcare funcțională după integrarea lor.

Diagrama 3.

Coraportul lucrărilor protetice în funcție de maxilar, metoda de fixare și tipul implantelor



19 RPF (diagr. 3) au fost realizate pe 181 de implante corespunzător 98 de stadiul I (10 lucrări — 3 la maxilă, 7 la mandibulă) și 83 de stadiul II (9 lucrări — 6 la maxilă, 3 la mandibulă).

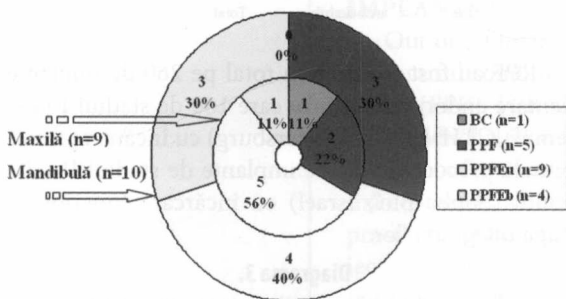
5 implante de stadiul II nu s-au integrat în perioadă de „așteptare“ fapt cauzat de purtarea protezelor tranzitorii mobilizabile, 2 dintre care au fost pierdute, iar 3 reinstalate (la maxilă). 5 implante au fost inserate (la 2 pacienți) la a doua etapă chirurgicală în regiunile unde au fost extrași dinții restanți - intervenție executată în perioadă primei etape chirurgicale. Atât ultimele cât și cele 3 reinstalate au fost încărcate funcțional precoce în combinație cu implantele de stadiul I. Condițional, toate implantele demontabile le-am considerat ca cele de stadiul II. Pierderea implantelor de stadiul II nu a avut rezonanță în schimbarea schemei calculative a tratamentului și designului RPF.

Un implant de stadiul I a fost extras în perioada preprotetică (os de tip IV) din motivul pierderii stabilității primare, iar RPF a fost recondiționată prin transformarea unității de sprijin în parte intermediară a PPF.

Implantele au fost inserate transgingival fără decolarea lambourilor mucoperiostale, dirijate de ghiduri chirurgicale (fig. 2—3). La toate implantele a fost obținută stabilitate primară bună. Gradul de stabilitate a implantelor a fost apreciat cu ajutorul aparatului „Periotest—Siemens“ (Germania).

Tratamentul a fost efectuat cu respectarea cerințelor protezării pe implantate dentare endoosoase^{1,2,6,7,10}. În toate cazurile la a 7—10 zi de la inițierea protezării implantatele au fost solidarizate în bloc prin suprastructura agregată prin cimentare. Suprastructurile fixe (diagr. 4) au fost reprezentate de: bloc de coroane (BC), proteze parțiale fixe (PPF), PPF cu extensie unilaterală (PPFEu), PPF cu extensie bilaterală (PPFEb). Pacienții au fost examinați în dinamică — la 6 luni, la unu, doi și trei ani după tratament.

Diagrama 4.
Repartizarea RPF pe maxilare



Rezultate și discuții

Din 58 pacienți examinați cu edentație totală la care au fost stabilite indicații și condiții clinico-anatomice către utilizarea implantelor dentare endoosoase tip șurub acordul au dat numai 34 (58,62%), ce constituie în total 39 de maxilare edentate total. Tot odată, din numărul maxilarelor edentate total, cu respectarea indicațiilor și condițiilor sus numite, RPF implantate-purtate au fost realizate în 19 cazuri (48,72%). Cauzele majoritare ale refuzului celorlalți 24 pacienți a tratamentului protetic pe implantate au fost implantofobia sau starea financiară dificilă.

Amprentele au fost permise în dependență de tipul implantelor utilizate prin tehnica tradițională în două straturi pentru implantate de stadiul I (fig.6) sau sandwich prin metoda indirectă (lingura închisă) pentru implantate de stadiul II (fig.16-19). Șabloanele cu bordurile de ocluzie, în cazurile implantelor demontabile, au fost fixate prin înșurubare pentru preîntâmpinarea dislocării lor la etapele de lucru (fig.20). Pentru implantate de stadiul I stabilitatea șabloanelor a fost obținută prin fricțiune, utilizând ca matrice silicon rezilient în regiunile implantelor interesate (fig.8). Prepararea bonturilor protetice ale implantelor se efectua obligatoriu sub răcire cu jet de apă. La etapele de ajustare a carcasului metalic și fixării protezelor o atenție

deosebită am atras la obținerea unei inserții pasive pe stâlpii protetici.

Particularitățile de design și ocluzale ale protezelor constau în micșorarea tablei ocluzale până la dimensiunile premolarilor în zonele laterale cu formarea contactelor multiple și uniforme pe toată suprafața ocluzală a protezei și crearea condițiilor pentru igienizarea protezelor la nivelul gingiei. Arcada dentară poate fi micșorată până la nivelul premolarilor secunzi sau a primilor molarilor. În așa cazuri la purtătorii de proteze mobilizabile în antecedente eficacitatea masticatorie după datele lui Dorin Bratu¹ este restabilită până la 90—100%. Reeșind din aceste considerații am propus de a implementa în practica protezării fixe cu sprijin implantar un indice calitativ: raportul UP/US, unde UP — unități protetice, iar US — unități de sprijin. Acest indice nu trebuie să fie depășit de 2,0 pentru implantate de stadiul II și de 1,5 pentru implantate de stadiul I (tab. 1). Numărul minim de implantate să fie 6 pentru implantate de stadiul II și 8 pentru implantate de stadiul I. Implantate dentare să fie distribuite uniform. Acest indice poate fi folosit pentru tipurile de os I-III. Numărul de implantate necesare pentru realizarea protezării fixe în cazul densității osoase de gradul III-IV trebuie obligatoriu calculat conform principiului izotopiei implantare^{3,2,6,11}.

Tabelul 1

Repartizarea RPF în funcție de maxilare, implantate și a indicelui UP/US

Implante	Maxilare	Numărul RPF	Media ± σ		Raportul UP/US
			unităților de suport (US)	unităților protetice (UP)	
Stadiul I	maxilă	3	9,33 ± 0,47	11,33 ± 1,25	1,22 ± 0,18
	mandibulă	7	10,00 ± 1,41	13,00 ± 0,76	1,32 ± 0,18
	total	10	9,80 ± 1,25	12,50 ± 1,00	1,29 ± 0,14
Stadiul II	maxilă	6	9,33 ± 1,17	11,67 ± 0,75	1,26 ± 0,12
	mandibulă	3	9,00 ± 1,63	11,00 ± 2,16	1,22 ± 0,08
	total	9	9,22 ± 1,36	11,44 ± 1,20	1,25 ± 0,09
TOTAL		19	9,53 ± 1,43	12,00 ± 1,56	1,27 ± 0,16

Etapele clinico-tehnice de realizare a RPF implantate-purtate:

1. Radiografia preventivă.
2. Amprentarea preventivă.
3. Confecționarea șabloanelor de ocluzie.
4. Aprecierea și fixarea relației centrice.
5. Realizarea plăcii de orientare - șablon multifuncțional5.
6. Radiografia cu șablon multifuncțional5.
7. Implantarea.
8. Aprecierea repetată și fixarea relației centrice.
- 9-10. Amprentarea câmpului protetic pentru implantate demontabile după care urmează alegerea și prelucrarea bonturilor protetice, și invers, prepararea bonturilor protetice pentru

implantele monolite după care urmează amprentarea.

11. Realizarea suprastructurii.

12. Adaptarea și fixarea suprastructurii.

Alegerea metodei de tratament a edentatului total — fixă sau mobilizabilă este strict individuală și depinde de oferta osoasă, densitatea oaselor maxilare, vârstă, sex, profesie etc. Majoritatea pacienților solicită desigur restaurări protetice fixe care posedă toate avantajele protezelor fixe tradiționale și numai după discuții și explicații multiple acceptă și celelalte rezolvări^{1,2}. Protezarea fixă pe implante are unele dezavantaje mai mult în plan estetic decât funcțional:

- efectul de dinte alungit;
- ambrazuri cervicale mari;
- spații interdentare largi;
- distopia implantelor față de pozițiile elementelor de sprijin și a părților intermediare.

La toți pacienții protezați a fost obținută o funcționalitate bună a protezelor fixe. Examenele la vizitele de control la distanță au arătat că pacienții se folosesc cu succes de ele. Majoritatea pacienților, care anterior s-au folosit de proteze tradiționale parțiale mobilizabile sau totale, au relatat o eficiență funcțională net superioară a protezelor fixe noi. Endobucal a fost constatată o integrare gingivală satisfăcătoare a implantelor. Inelul perimplantar era de o culoare roz-pală, la palpare fără eliminări și sângerare. Examenul radiologic (ortopantomografia, radiografia retroalveolară) a

constatat osteointegrarea implantelor, resorbția osului la coama apofizei alveolare era nesemnificativă — până la 1 mm. În patru cazuri s-a constatat apoziția osului. Nici un implant inclus ca stâlp a RPF în edentația totală nu s-a compromis, rata succesului fiind de 100% atât pentru implantele de stadiul I cât și pentru cele de stadiul II, astfel egalând fiabilitatea și funcționalitatea lor.

Pentru elucidarea celor expuse descriem câteva cazuri clinice.

Cazul clinic nr. 1

Pacientul BP ♂ — 54 ani: edentație totală bimaxilară. Atrofia crestei alveolare cl. II după Schröder la maxilă, cl. I după Köller la mandibulă.

Au fost inserate în total 16 implante (6 la maxilă și 10 la mandibulă) tip șurub într-o etapă chirurgicală de diferite dimensiuni în funcție de oferta osoasă în regiunea dinților: 13, 12, 11, 21, 22, 23 — la maxilă; 36, 35, 34, 33, 32, 41, 42, 43, 44, 45, — la mandibulă (fig. 4—5). Pe aceste infrastructuri s-au confecționat suprastructuri reprezentate de un bloc de coroane cu culise pentru o proteză arcată la maxilă și o proteză parțială fixă circulară cu extensii bilaterală la mandibulă (fig. 9—11), agregate la stâlpii artificiali prin cimentare. Indicele UP/US=1,00 la maxilă și 1,30 la mandibulă. Examenul clinic și radiologic la distanță arată lipsa inflamației la nivelul gingiei și a rezorbției la nivelul patului osos (fig.12).



Fig. 1 Realizarea șablonelor Ro-logice



Fig. 4 Statusul intraoral după implantare

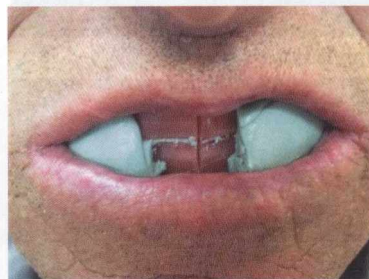


Fig. 7 Determinarea și înregistrarea RC

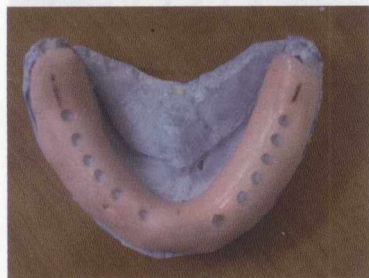


Fig. 2 Realizarea ghidului chirurgical

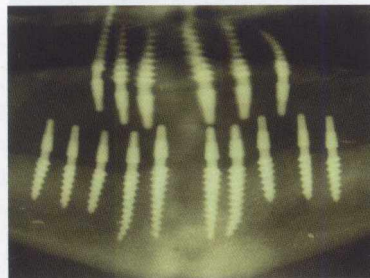


Fig. 5 OPG după implantare

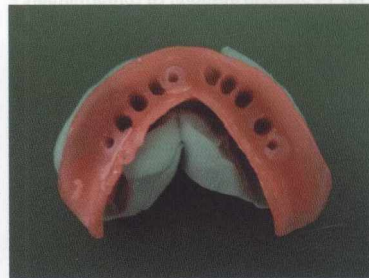


Fig. 8 Intradosul șablonului de ocluzie cu silicon rezilient în regiunea a 3 implante



Fig. 3 Aplicarea implantelor conform ghidului chirurgical



Fig. 6 Amprenta câmpului protetic



Fig. 9 Lucrările protetice finale după aplicare



Fig.10 Lucrările protetice finale în ocluzie

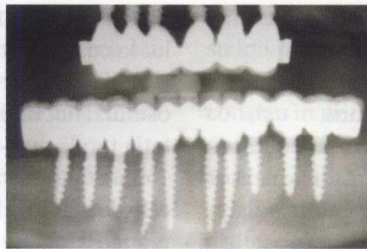


Fig.11 OPG după fixarea lucrărilor protetice

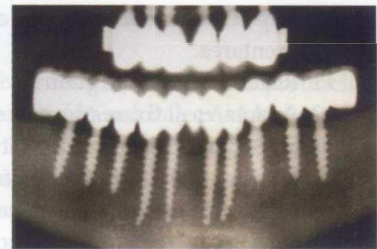


Fig.12 OPG la 1an

Cazul clinic nr. 2

Pacientul PI ♂ — 62 ani: edentație totală la maxilă. Atrofia crestei alveolare cl. I după Schröder.

În rezultatul examenului endobucal și radiologic s-a decis a instala 8 implante de stadiul II la maxilă în zona delimitată distal de sinusurile maxilare (fig. 13). Peste 10 zile după a doua etapă chirurgicală, pacientului i s-au demontat conformatoarele de gingie (fig. 14) și s-a apreciat starea profilelor emergențelor implantelor (fig.15), care au denotat posibilitatea amprentării câmpului protetic. Paralelismul relativ a axelor de înserare a implantelor ne-a oferit posibilitatea de amprentare după tehnica lingurii închise

(fig. 16—19). În baza modelului de lucru s-a confecționat șablonul cu burdură de ocluzie, pe care după aprecierea și fixarea RC s-au ales, adaptat și paralelizat prin frezare în izoparalemetru bonturile protetice ale implantelor (fig. 21). În urma adaptării carcasului metalic am obținut atât o aplicare pasivă a suprastructurii cât și o adaptare perfectă a ei către bonturile protetice aplicate și fixate dozat cu cheia dinamometrică cu o forță de 30 N/cm. Suprastructura este reprezentată de o PPF continuă cu extensii bilaterale agregată la mezostructură prin cimentare cu ciment provizoriu de lungă durată (fig. 23—24). Indicele UP/US=1,50

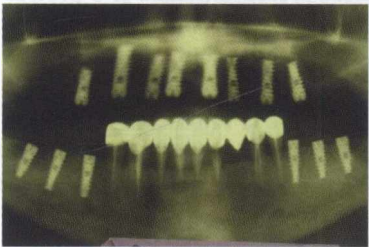


Fig. 13 OPG la a doua etapă



Fig. 17 Poziționarea capelor pe stâlpii de transfer (MIS, Israel)



Fig. 21 Bonturile protetice montate în cavitatea orală



Fig. 14 Statusul intraoral cu conformatoare de gingie



Fig. 18 Capele de transfer în amprentă



Fig. 22 Aplicarea pasivă a suprastructurii



Fig. 15 Profilul emergențelor (platformele implantelor)



Fig. 19 Repoziționarea ansamblului transfer-analogi în amprentă



Fig. 23 Nivelul liniei surâsului (surâs dentar)

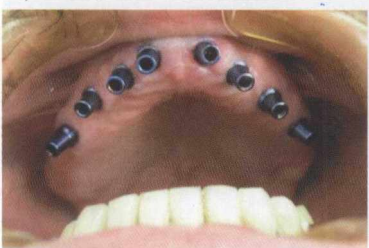


Fig. 16 Stâlpii de transfer (MIS, Israel)

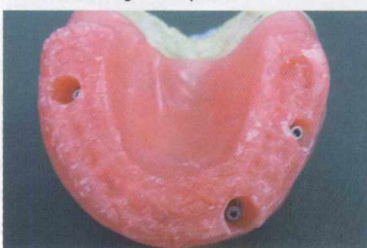


Fig. 20 Șablonul de ocluzie (pe model) fixat prin înșurubare de implante

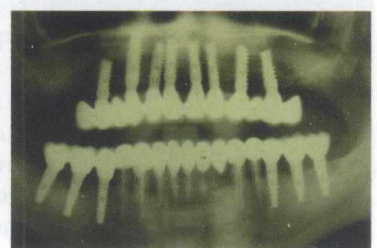


Fig. 24 OPG - aspect final

Concluzii

1. Rata posibilității instalării unui număr suficient de implantate pentru realizarea ulterioară a unei RPF la pacienții edentați total fără pregătire chirurgicală proimplantară constituie 48,72%.
2. Instalarea transgingivală a implantelor tip șurub de stadiul I este menajantă și permite inițierea tratamentului protetic la a 4—5 zi după operație.
3. Instalarea bicorticală a implantelor tip șurub într-o etapă și solidarizarea lor precoce contribuie la integrarea implantelor.
4. Metoda de reabilitare a pacienților cu edentații totale prin intermediul protezelor fixe cu utilizarea implantelor dentare tip șurub de stadiul I instalate bicortical și încărcate funcțional precoce este efektivă și poate fi cu succes utilizată în practica cotidiană.
5. La planificarea reabilitării edentațiilor subtotale și totale este necesar de luat în considerație indicele UP/SP. Acest indice nu trebuie să fie depășit de 2,0 pentru implantate de stadiul II și de 1,5 pentru implantate de stadiul I.

Bibliografie selectivă

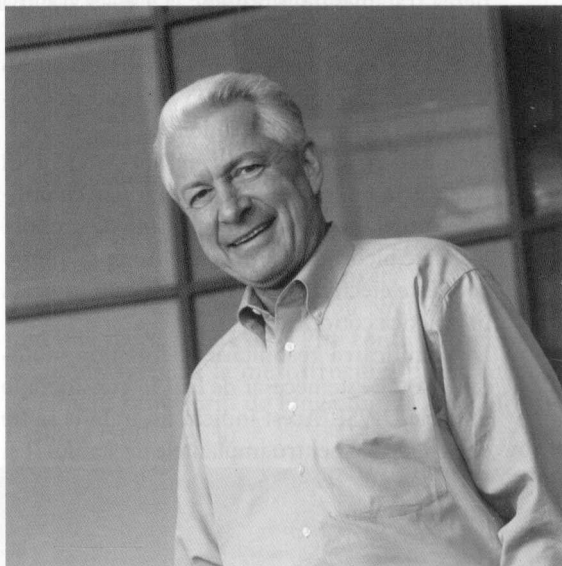
1. Bratu D., Ieremia L., Uram-Țuculescu S. Bazele clinice și tehnice ale protezării edentației totale. Editura medicală, Timișoara. 2005.
2. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe București. - Ed. Medicală. - 2003.
3. Garbaccio D. La vite Autofilettante bi-corticali: principio biomecanico tecnica chirurgica e risultati clinici. Dental Cosmos, N 6. 1981.
4. Gănuță N. Tratat de implantologie. Național. București. 1998.
5. Gumeniuc A., Topalo V. Șablon multifuncțional în implantologia orală. Analele științifice USMF „N. Testemișanu”. Ediția VI, vol IV, Probleme clinico-chirurgicale, 60 ani de învățământ superior medical în Republica Moldova, Chișinău 2005, pag. 655-659.
6. Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. Mosby. Year Book. 1999
7. Ormianer Z., Garg A., Palti A. Immediate Loading of Implant Overdentures Using Modified Loading Protocol. Implant dentistry vol. 15. nr.1 2006.
8. Payne A. et all. Conventional and early loading of unsplinted ITI implants supporting mandibular overdentures. Clinical Oral Implants Research. Nr. 13. 2002. p. 603-609.
9. Turkyilmaz I. Clinical and radiological results of patients treated with two loading protocols for mandibular overdentures on Branemark implants. Journal of Clinical Periodontology 2006 nr. 33 p. 233-238.
10. Мушеев И., Олесева В., Фрамович О. Практическая дентальная имплантология. Парадиз. 2000.
11. Ренуар Ф., Рангерт Б. Факторы риска в стоматологической имплантологии. Азбука. Москва. 2004

BIOGRAFIA

DAN E. FISCHER, D.D.S.

FONDATORUL "THE DIVERSITY FOUNDATION" ȘI COMPANIEI "ULTRADENT PRODUCTS, INC."

Dan E. Fischer a absolvit Universitatea din Utah în anul 1971. Dr. Fischer a obținut titlul de Doctor în Chirurgia Stomatologică în Universitatea din Loma Linda în anul 1974 a lucrat ca profesor în Departamentul Restorativ până a-și construi propria afacere După absolvire, Dr. Fischer a creat un laborator în subsolul casei sale. Scopul lui era să descopere căi mai bune pentru a controla sîngerarea, necesitate pentru domeniul restaurării țesuturilor la efectuarea amprentelor. La sfîrșitul



zilei, în practica lui stomatologică, Dr. Fischer dona propriul sînge pentru a testa diferite substanțe chimice. Așa au fost create produsele Astringedent și Dento-Infuzor, după care a urmat ața de retractie Ultrapak. Dr. Fischer a implicat mai mulți producători existenți în problema fabricării Astringedent și Dento-Infuzor-ului, dar nimeni din ei nu au văzut necesitatea și beneficiile. Așa a luat naștere Ultradent Products. De atunci, pînă în prezent, Dr. Fischer s-a axat pe cercetări și dezvoltarea aparatelor și materialelor stomatologice.

Timp de 15 ani Dr. Fischer a efectuat practică privată în continuu, lucrînd asupra investigațiilor și dezvoltării produselor și procedurilor stomatologice. Lucrul asupra cercetării și dezvoltării s-a prelungit pîna în 1990, apoi el și-a schimbat direcția spre R&D, ceea ce s-a transformat în scopul său principal, dar chiar și în prezent dumnealui mai face uneori practică, accentuată în pricipiu asupra stomatologiei estetice.

Scopul și dorința lui Dr. Fischer este îmbunătățirea serviciilor stomatologice și ameleorarea eficacităților clinice. El este Președintele și Șeful Oficiului Executiv al companiei "Ultradent Products, Inc." și este implicat activ în cercetarea și dezvoltarea multor produse utilizate în sfera stomatologică.

Dan Fischer a fost inaugurat cu diploma Absolventul Anului a Universității Loma Linda, în 1994 și cu Medalia Guvernatorului pentru Știință și Tehnologii a Statului Utah, 1997. În prezent este Membru al Academiei Stomatologiei Generale, al Academiei Stomatologiei Operative, al Asociației Stomatologiei Americane, al Academiei Stomatologiei Internaționale. De asemenea mai activează ca profesor adjunct la Universitatea Loma Linda și Universitatea din Tehas, San Antonio.

Pasiunea sa pentru stomatologie s-a intersectat cu dragostea sa față de oameni în general, ceea ce l-a călăuzit spre organizarea seminarelor de instruire în toată lumea. Dr. Fischer călătorește prin toate țările lumii prezentînd lecții despre concepțiile noi în stomatologia secolului 21 și implică tot mai multe grupuri social-economice pentru a maximiza posibilitățile tehnologiilor stomatologice moderne și simpliste.

DAN E. FISCHER, D.D.S.
505 West 10200 South
South Jordan, UT 84095 U.S.A.
(801)553-4195

EXPERIENȚĂ PROFESIONALĂ:

1. **Președinte** ULTRADENT PRODUCTS, INC.

1979 – până în prezent

2. **Activitate privată**

1975 – până în prezent

GRADE ACADEMICE:

1. **Conducătorul Departamentului**

2001 – până în prezent “Varietate de Zîmbete”

2. **Președintele** Academiei Internaționale de

2001 Odontologie Integrală

3. **Profesor Adjunct**

2001 – până în prezent

Universitatea Loma Linda – Școala Stomatologică

Universitatea din Texas – San Antonio

4. **Departamentul Directorial**, Asociația Absolvenților
Universitatea Loma Linda – Școala Stomatologică

1996 – până în prezent

Consilier Consultativ

1996 – până în prezent

Universitatea Buffalo din New York

Președinte

1977 – până în prezent

Ultradent Products, Inc.

Instructor

1974-1975

Universitatea Loma Linda – Stomatologia Restaurativă

STUDII:

1. Universitatea Utah, Salt Lake City

B.S. Grad

2. Doctor în Stomatologia Chirurgicală

1974

3. Universitatea Loma Linda – Școala Stomatologică

Major: DDS

3. Școala de Management Kellogg

2004-2006

PUBLICAȚII:

1. Fischer DE, Barghi N, Vatani L., “Efectele conținutului acidului de porțelan, tipuri de acizi și timpul gravării”, J Esthet Restor Dent. 2006; 18 (1) 47-52; discuția 53.

2. Fischer D., “Prepararea canalelor dintelui cu Endo-Eze AET: schimbări în canalele dinților depistate prin tomografia micro – computerizată” Int. Endod J., aprilie 2006; 39(4):332; Răspunsul autorului 332-3

3. Fischer DE, “Beneficiile pivoturilor din fibre optice: aplicații clinice a noului sistem de pivot”, Dent Today, februarie 2008; 27(2).

4. Fischer DE, Barghi N, Pham T., “Revederea intensității randamentului lămpilor fotopolimerizante în clinicile stomatologice private”, Compend Contin Educ. Dent., iulie 2007; 28(7):380-4.

5. Fischer DE, “Pivoturi endodontice. Beneficiile pivoturilor . Aplicații clinice a Noilor Sisteme de Pivoturi”, Dentistry Today, februarie 2008.

6. Fischer DE., “ Luptați pentru a Imita Naturalul. A doua opinie Column”, Dentaltown, februarie 2008

7. Fischer DE, “Stomatologia Estetică și Conservativă, Anexa Stomatologiei Minimal Invazive”, PPAD, august 2008.

8. D.E. Fischer, D.D.S. “Necesitatea supravegherii în timpul înălțării dentare” Practica Estetică și Restaurativă, februarie 2000, Volumul 2, nr. 2

9. D.E. Fischer, D.D.S. “Drs. CD White and GP Silver, Secolul 21”, Economia Dentară, ianuarie 2000, 90(1), 72-74

10. D.E. Fischer, D.D.S. “Există oare un viitor pentru supravegherea în timpul înălțării”, Stomatologia Independentă, ianuarie 2000, Vol. 5, Nr. 1, 72-75

11. D.E. Fischer, D.D.S. “ Necesitatea restaurării țesuturilor în Stomatologia Adezivă în prezent și viitor”, Clinica Stomatologică a Americii de Nord, octombrie 1998, Vol.42, N4, 595-606

12. J.H.Bailey, D.D.S., D.E. Fischer, D.D.S., “Lemostasi ed il controllo dei fluidi solculari quali parte di ogni procedura: il fulcro nell'odontoiatria moderna”, Attualita Dentale 1997, Anno 4 – nr.3/4

13. D.E. Fischer, D.D.S. și J.H. Bailey, D.D.S. “Înălțirea – vitală pentru îmbunătățirea situației estetice” Parodontologia Practică și Stomatologia Estetică, 7 (8) 61-64, octombrie 1995

14. D.E. Fischer, D.D.S., “Efectul Primerului în microeliminarea Ultraseal XT” al 15-lea Congres al Asociației Stomatologiei Pediatriche, 8-11 iunie, 1995, Goteborg, Elveția

15. D.E. Fischer, D.D.S. și J.H. Bailey, D.D.S. “Procedura hemostazei și controlul lichidului o necesitate în Stomatologia Modernă” Parodontologia Practică și Stomatologia Estetică, 7(4) 65-75, mai 1995

16. D.E. Fischer, D.D.S., “Testarea efectelor Mănușilor din Latex și Componentilor din grupul Restaurării Țesuturilor” Raportul Produselor Stomatologice, decembrie 1989, p.30, 74, 75

17. D.E. Fischer, D.D.S. “Restaurarea Țesuturilor, o Nouă soluție pentru o Veche problemă” Stomatologia Generală, mai-iunie 1987, p. 178-182

18. D.E. Fischer, D.D.S. “Controlul Țesuturilor pentru efectuarea amprentelor” (capitol), Tehnici de Restaurare pentru dinții individuali, L. Baum, ed. Masson Publishing Co., 1981, p.247-265

PREMII

- 2008 **Premiul Eroilor pentru Protecția Sănătății Dinților**, Utah Business Magazine
- 2007 **Premiul Producătorului**, Congresul Global pentru Stomatologia Minimal Invazivă
- 2006 **Finalist - Antreprenorul Anului**, Ernst and Young
- 2006 **Dr. Fischer în acoperirea Orașului Stomatologic** (Volumul 7) Articol intitulat: "Stomatologia Minimal Invazivă – O paradigmă a Protecției"
- 2006 **Certificatul de Competență pentru Contribuții în Stomatologia Estetică**, Centrul de Educație Estetică în Stomatologie a Universității din New York la Buffalo
- 2005 **Premiul Realizărilor Vieții**, Academia Americană a Stomatologiei Cosmetice
- 2004 **Premiul Frăției**, Academia Stomatologică Internațională
- 2001 **Premiul Realizărilor Civice**, Liga Cetățenilor Japonezi americani din Salt Lake
- Cine e Cine în America**, Membru Livetime
- 2000 **Premiul Realizărilor Mileniului**, Institutul Cercetărilor Clinice
- Premiul Serviciilor Remarcabile**, Asociația stomatologică din Utah
- Premiul Realizărilor Vieții**, genR8Tnext
- Premiul Frăției**, Academia stomatologiei Generale
- Premiul pentru Comerțul și Industria Dentară**, Academia Pierre Fauchard
- Premiul În Memoria lui G.V. Black**, Institutul de Cercetări Clinice
- 1997 **Medalia Guvernatorului pentru Știință și Tehnologie**, Statul Utah
- 1995 **Premiul Stomatologul Anului din Utah**, Utah AGD
- Premiul Frăției**, Academia Internațională pentru Estetica Dental-Facială
- 1994 **Absolventul Anului**, Universitatea Loma Linda, Școala Stomatologică, Asociația Absolvenților, Loma Linda, California
- 1992 **Exportatorul Micului Business al Anului**, Administrația Statelor Unite pentru Micul Business, Statul Utah

MEMBRU AL:

Academiei Stomatologiei Generale
Academiei Stomatologiei Chirurgicale
Asociației Stomatologice Americane
Academiei Internaționale a Stomatologiei
Fraternitatea Stomatologică Internațională Alpha Omega

CERCETĂRI

A dezvoltat numeroase produse stomatologice și proceduri pe larg utilizate în stomatologia profesională cu numeroase patente acceptate și/sau în așteptare atât în S.U.A., cât și în alte țări străine.

PREZENTĂRI LA NIVEL LOCAL

- 2009, februarie: „Maximizarea Materialelor și Tehnologiilor într-o Economie Slab Dezvoltată”, Las Vegas NV
- 2008, septembrie: „O Lume Minunată – Tăiem mai Puțin pentru a Primi mai Mult”, CDA, SFO, CA
- 2008, iunie: „Creșterea Nivelului Invaziei cu Etică, Estetică și Economie”, UNLV, Las Vegas, Nevada
- 2008, iunie: „Creșterea Nivelului Invaziei cu Etică, Estetică și Economie”, Universitatea Loma Linda, Loma Linda, CA
- 2008, aprilie: „Tehnologiile Stelare Avansate Economic Favorabile, Stomatologia Calitativă și Estetică”, Universitatea din Virginia de Vest, Virginia de Vest
- 2008, aprilie: „Promovarea Nivelului Minimal Invaziv”, Atlantic Beach, Nassau County
- 2008, inuarie: „Avantaje Favorabile Economic, Calitatea, Stomatologia Estetică – Erori din Trecut care mi-au format Calea pe care o urmez eu în Stomatologie Astăzi”, Scottsdale, AZ
- 2008, ianuarie: „Lecții pe care le-am primit în trecut și influența lor asupra Promovării Stomatologiei Minimal Invazive”, Scottsdale, AZ
- 2002, noiembrie: „Stomatologia Restaurativă Modernă Minimal Invazivă”, Universitatea Loma Linda, Loma Linda, California
- 2001, octombrie: „Stomatologia Adezivă”, Port Jefferson, New York, Societatea Stomatologilor din Orașul New York
- 2001, iunie: „Procedurile Stelare Simpliste pentru stomatologie în Secolul 21 - O profesie esențială”, Societatea Stomatologică din Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania (Conferința Anuală Liberă a Stomatologilor)
- 2001, iunie: „Statutul Artei Stomatologiei Restaurative – Înălbirea, Dentin Bonding, Sistemul de Composite din Rășină, Restaurarea Țesuturilor”, Universitatea din New York, New York
- 2000, noiembrie: „Stomatologia Restaurativă Modernă Minimal Invazivă”, Universitatea Loma Linda, Loma Linda, California
- 2000, octombrie: „Procedurile Stelare Simpliste pentru stomatologie în Secolul 21- O profesie esențială”, Societatea Stomatologică din San Francisco, San Francisco, California
- 2000, septembrie: „Înălbirea”, genR8Tnext, Palm Springs, California
- 1999, septembrie: „Puncte critice pentru Succesul în Restaurarea cu Bond”, Universitatea Buffalo, Buffalo, New York (“SUNY”)
- 1999, iunie: „Statutul Artei Stomatologiei Restaurative – Înălbirea, Dentin Bonding, Sistemul de Composite din Rășină, Restaurarea Țesuturilor”, Universitatea din New

York, New York

- 1999, aprilie: „**Biomaterialele în Tratatamentul Dentar Estetic**”, Universitatea Loma Linda, Loma Linda, California, Texas
- 1999, martie: „**Stomatologia adezivă pentru Secolul 21**”, Societatea Stomatologică Richmond, Richmond, Virginia
- 1999, februarie: „**Integrarea Stomatologiei Cosmetice în Practica Clinici dumneavoastră**”, Chicago Mid-Winter Meeting, Chicago, Illinois
- 1999, februarie: „**Restaurarea Țesuturilor**”, Universitatea Missouri – Kansas, Kansas City, Missouri
- 1999, octombrie: „**Restaurarea Țesuturilor**”, Universitatea din Minnesota, Minneapolis, Minnesota
- 1999, octombrie: „**Puncte critice pentru Succesul în Restaurarea cu Rășină Direct Plasată**”, Universitatea Buffalo, Buffalo, New York (“SUNY”)
- 1998, octombrie: „**Stomatologia adezivă pentru Secolul 21: Vinire Directe și Indirecte și Incrustații, Dentin Bonding, Restaurarea Țesuturilor**”, Societatea Brody (AEGD), San Francisco, California
- 1998, octombrie: „**Tehnologii care Îmbunătățesc Estetic Calitatea Vieții pentru Toate Grupurile Socio-Economice**”, Conferința Internațională ASDA, Chicago, Illinois
- 1998, septembrie: „**Tehnologii Principale care Îmbunătățesc Estetic Calitatea Vieții pentru mai multe Grupuri Socio-Economice**”, Al patrulea Simposium în Stomatologia Estetică și Bonding, sponsorizat de Universitatea din Texas, Centrul Științei despre Sănătate San Antonio a ținut în Las Vegas, Nevada
- 1997, octombrie: „**Procedurile Stelare Simpliste pentru stomatologie în Secolul 21- O profesie esențială**”, Societatea Stomatologică al Primului Sector, New York
- 1997, octombrie: „**Procedurile Stelare Simpliste pentru stomatologie în Secolul 21- O profesie esențială**”, Asociația Stomatologică Protecția Zîmbetului, Jacksonville, Florida
- 1997, septembrie: „**Puncte critice pentru Succesul în Restaurarea cu Rășină Direct Plasată**”, Universitatea Buffalo, Buffalo, New York (“SUNY”)
- 1997, iulie: „**Restaurarea Estetică, Înălbirea Non-Vitală utilizînd Capa, Noutăți în Oficiul Tehnicilor, Înălbirea cu Gel împotriva Înălbirii cu Laser**”, Universitatea din Boston, Boston, Massachusetts
- 1997, iunie: „**Statutul Artei Stomatologiei Restaurative – Înălbirea, Dentin Bonding, Sistemul de Composite din Rășină, Restaurarea Țesuturilor**”, Universitatea din New York, New York

PREZENTĂRI INTERNAȚIONALE

- 2009, martie: „**Stomatologia Minimal Invazivă – Un model al Protecției**”, Sarajevo, Bosnia
- 2009, februarie: „**Stomatologia Minimal Invazivă în Secolul 21**”, Prague
- 2009, februarie: „**Albirea dentară, de la Stomatolog la Pacient și Tehnician**”, Almaty, Kazakhstan
- 2009, februarie: „**De la Albire la alte Proceduri și Produse Minimal Invazive**”, Almaty, Kazakhstan
- 2009, februarie: „**Albirea și Profilaxia**”, Roma, Italia
- 2009, februarie: „**Stomatologia Minimală Astăzi**”, Roma, Italia
- 2009, ianuarie: „**Oportunități Economice: Etica, Estetica și Endodonția într-o Economie slab dezvoltată**”, Cancun, Mexico
- 2009, ianuarie: „**Compozite Adezivi pentru Restaurare**”, Cancun, Mexico
- 2008, noiembrie: „**Estetica și Etica**”, Bogota, Columbia
- 2008, noiembrie: „**Estetica și Etica**”, Pereira, Columbia
- 2008, noiembrie: „**Stomatologia Estetică Îngăduitoare: Păstrați-i dinți!**”, San Jose, Costa Rica
- 2008, noiembrie: „**O geantă Stelară de Trucuri pentru a Promova și Întări Stomatologia Estetică Minimal Invazivă: Pentru Grupuri Sociale Multiple**”, Queretaro, Mexico
- 2008, noiembrie: „**O geantă Stelară de Trucuri pentru a Promova și Întări Stomatologia Estetică Minimal Invazivă: Pentru Grupuri Sociale Multiple**”, Puebla, Mexico
- 2008, septembrie: „**Stomatologia Minimal Invazivă – Un model al Protecției**”, Yagreb, Croația
- 2008, septembrie: „**Stomatologia Minimal Invazivă – Un model al Protecției**”, Belgrad, Serbia
- 2008, septembrie: „**Urcînd pe Scara Invaziei**”, Republica Macedonia
- 2008, septembrie: „**Estetica pas-cu-pas**”, Bilbao, Spania
- 2008, mai: „**Stomatologia în prezent**”, Mantova, Italia
- 2008, mai: „**Albirea. Cazuri Clinice**”, Mantova, Italia
- 2008, martie: „**Optimizînd Protecția Dentară, astfel noi “Urcăm pe Scara Invaziei”**”, Riccione, Italia
- 2008, martie: „**Bondingul direct și Cazurile Estetice Clinice**”, Riccione, Italia
- 2008, februarie: „**Stomatologia Minimal Invazivă**”, Cancun, Mexico
- 2008, februarie: „**O geantă Stelară de Trucuri pentru a Promova și Întări Stomatologia Estetică Minimal Invazivă: Pentru Grupuri Sociale Multiple**”, Ocho Rios, Jamaica
- 2008, februarie: „**Bonding Direct Interior și Posterior. Testarea puterii bondului la Agentul de bonding preferat**”, Ocho Rios, Jamaica
- 2008, ianuarie: „**Urcînd pe Scara Invaziei**”, Sao Paulo, Brazilia
- 2008, ianuarie: „**Urcînd pe Scara Invaziei**”, Porto Alegre, Brazilia
- 2008, ianuarie: „**Urcînd pe Scara Invaziei**”, Manaus, Brazilia

- 2001, 19 noiembrie: „Înălbirea, Restaurarea, Stomatologia Estetică pentru Comunitate”, Mexico City, Mexico
- 2001, 15 noiembrie: „Înălbirea, Restaurarea, Stomatologia Estetică pentru Comunitate”, Strasbourg, Franța
- 2000, 27 noiembrie: „Restaurarea Estetică Masterclass III Ultimate”, Seminarul Stomatologic din Stockport, Anglia
- 2000, 10 noiembrie: „Etica și Estetica, Cum și De ce?” Academia Asiatică a Stomatologiei Estetice și Academia Indiană a Stomatologiei Estetice și Cosmetice, Mumbai, India
- 1999, 10 decembrie: „Procedurile Stelare Simpliste pentru Stomatologie în Secolul 21 – Stomatologia Adezivă și Bonding”, FGDP, Scoția
- 1999, 20 octombrie: „Etica și tehnicile în Stomatologia Estetică”, ACTA Amsterdam, Norvegia
- 1998, 11 septembrie: „Conceptul Restaurării Țesuturilor și Stomatologia Estetică – Efectele lor asupra Calității Vieții Pacienților”, Istanbul, Turcia
- 1998, iunie: „Noi Tehnologii Stelare/Estetice – O soluție splendidă pentru toate Grupurile Social-Economice”, Întrunirea AACD, Universitatea British Columbia, Vancouver, B.C., Canada
- 1997, 20 octombrie: „Procedurile Stelare Simpliste pentru stomatologie în Secolul 21 - O profesie esențială”, Bahamas
- 1997, 26 septembrie: „Restaurarea Țesuturilor, Înălbirea Vitală, Bonding Restaurativ și Plombarea Preventivă”, Sydney, Australia

“OPORTUNITĂȚILE ECONOMICE: ETICA, ESTETICA ȘI ENDODONȚIA ÎNTR-O ECONOMIE ÎN DESCREȘTERE”

Dr. Dan Fischer,
Professor adjunct la
Universitatea Loma
Linda și Universitatea
din Tehas, San Antonio

Cursul de o zi al Dr. Fischer asigură o ambundență de idei și tehnici pentru a ameliora practica d-ră în timp ce acordați servicii stomatologice pacienților. Acest curs demonstrează cum utilizarea corectă a tehnologiilor ajută la asigurarea unor tratamente de calitate, în urma cărora viața pacienților voștri la sigur se va ameliora; și de asemenea cursul accentuează o intervenție estetică minimal invazivă și o intervenție preventivă chiar din copilărie.

Acest curs este centralizat pe o informație practică și utilă, așa ca revoluții în albirea dentară și alternativele digii de cauciuc în cazuri individuale de restaurări estetice.

Pe parcursul a trei decenii, opțiunile tratamentului dentar și perspectivele pacienților s-au dezvoltat și s-au schimbat considerabil. Dr. Fischer a fost martorul tuturor acestor modificări și recunoaște că noile tehnologii au fost sursa principală a lor. În acest curs, domnul doctor se va împărtăși cu tehnici pe care le-a învățat în toată cariera sa dentară și va demonstra — cu evidența clinică — cum evoluția în calitate a materialelor pentru tratament stomatologic a ajutat medicii de azi să „ajungă acolo unde predecesorii noștri puteau doar să viseze.”

Acest curs le permite participanților să:

- Trateze o parte mai vastă de grupuri socio-economice, fără a influența negativ asupra principiilor lor generale.
- Contacteze cu copiii la o vîrstă destul de fragedă cu scop de a preveni apariția cariilor în copilărie.
- Recunoască principiile de calitate ale adezivilor și rășinii pentru retratarea dinților frontali fracturați.
- Înțeleagă albirea dentară și să poată răspunde la întrebările de genul: De la ce vîrstă se poate efectua albirea? Cum preparatele p/u albire tratează diferite tipuri de pete dentare? Care sînt opțiunile de tratare a fluoroziei? Care e mecanismul procesului de albire dentară cu peroxid?
- Începe tehnicile retratării directe a dinților posteriori mutilați.
- Integreze endodonția în practica lor stomatologică, inclusiv așa proceduri ca: plombarea canalelor dentare cu materiale radiopace, rășini hidrofilice și să pregătească canalul pentru pivot timp de 4 minute, pe parcursul aceleiași vizite.

Memorați — stomatologia modernă este ca o distracție, la care ești premiat și financiar și personal!



HOTĂRÎRE

“ 30 ” aprilie 2009

Nr. 61

mun. Chișinău

Cu privire la rezultatele evaluării și clasificării
revistelor științifice de profil

În baza Regulamentului „Cu privire la evaluarea și clasificarea revistelor științifice”, aprobat prin Hotărîrea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare nr. 212 din 06.11.08, cu modificările ulterioare, Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al A.Ș.M. și Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare **HOTĂRĂSC**:

1. Se aprobă rezultatele examinării dosarelor revistelor științifice de profil de către Comisia comună a CSSDT și CNAA pentru evaluarea și clasificarea revistelor științifice conform anexei 1.
2. Se recomandă Institutului de Filologie al A.Ș.M. de a comasa *Revista Buletinul Institutului de Lingvistică cu Revista de Lingvistică și Științe Literare*.
3. Se recomandă Institutului Patrimoniului Cultural al A.Ș.M. de a reînregistra *Revista de Etnologie și Culturologie în scopul atribuirii codului ISSN*.
4. Se recomandă fondatorilor de reviste științifice de a racorda statutul de publicație științifică la profilurile științifice de acreditare ale acestora.
5. CSSDT, de comun acord cu CNAA, va convoca ședințe, cu participarea redactorilor responsabili ai revistelor cu profil comun, în scopul eficientizării activității acestora și sporirii calității publicațiilor.
6. Se recomandă revistelor menționate în anexa 1 de a indica tipul de publicație științifică (A, B, C) pe copertă conform examinării.
7. Revistelor menționate în anexa 2, care au depus dosarele, dar care nu corespund criteriilor de evaluare din Regulament, li se sistează dreptul de revistă științifică de profil cu începere de la 01.09.09.
8. Lista curentă a publicațiilor de profil aprobate de CNAA, își păstrează valabilitatea pînă la 01.09.09, după care intră în vigoare lista revistelor științifice de profil, expusă în anexa 1.
9. Articolele publicate în revistele din Lista curentă a publicațiilor de profil CNAA pînă la 01.09.09 se vor considera publicații științifice pentru tezele, rapoartele științifice, rapoartele de acreditare etc.
10. CSSDT și CNAA, în termen de pînă la 01.09.09, vor elabora și vor introduce modificări în actele normative privind publicațiile științifice de profil în conformitate cu prezenta hotărîre.
11. Controlul asupra executării prezentei hotărîri îi revine dlui doctor habilitat I. Guceac, secretar științific general al A.Ș.M., și dlui academician S. Toma, vicepreședinte al CNAA.

Președinte al A.Ș.M.
academician

Gh. DUCA

Președinte al CNAA
academician

V. CANȚER

Secretar științific
general al A.Ș.M. doctor habilitat

I. GUCEAC

CONDIȚIILE DE STRUCTURARE A MATERIALELOR DESTINATE PUBLICĂRII ÎN EDIȚIA PERIODICĂ „MEDICINA STOMATOLOGICĂ”

Publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste. În publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” sunt următoarele compartimente: Teorie și experiment, Organizare și istorie, Odontologie-parodontologie, Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, Implantologie, Patologie generală, Referate și minicomicări, Susțineri de teze, Avize și recenzii, Personalități.

Materialele destinate publicării, vor fi prezentate în formă tipărită și în formă electronică într-un singur exemplar. Lucrările vor fi structurate pe formatul A4, Times New Roman 14 în Microsoft Word la 1.5 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autori și va fi însoțită de două recenzii (semnate de unul din membrii Colegiului de Redacție și de Redactorul-șef al publicației) completate pe o formă standard ASRM. Lucrarea prezentată va mai conține foaia de titlu cu următorul conținut: prenumele și numele complet a autorilor, titlurile profesionale și științifice, instituția de activitate, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunde, data prezentării.

Lucrările vor fi prezentate trezorierului ASRM, asistent universitar Dr. Oleg Solomon la sediul ASRM pe adresa: bd. Ștefan cel Mare 194B, et.1.

Lucrările vor fi structurate după schema:

- titlul concis, reflectînd conținutul lucrării;
- numele și prenumele autorului, titlurile profesionale și gradele științifice, denumirea instituției unde activează autorul;
- rezumatele: în limba română și engleză (și, opțional, rusă de autorii din Republica Moldova) pînă la 150—200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 pînă la 6.
- introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- bibliografia — la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. *Treatment of Malocclusion of the Teeth* (ed 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru o cercetare originală, 5 pagini pentru prezentare de caz clinic, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat al unei lucrări publicate peste hotarele republicii. Publicațiile altor catedre cu profil stomatologic (ex: farmacologia) nu vor depăși 10 pagini și nu vor conține mai mult de 30 de referințe.

Tabelele — enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului. Toate fotografiile și desenele se vor publica din sursele autorului și necesită a fi prezentate în formă electronică în format — nume.jpg.

Articolele ce nu corespund cerințelor menționate vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

Numărul lucrărilor de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru veridicitatea materialelor publicate.

Informații suplimentare la tel: +373 22/205-259, fax: +373 22/243-549,
e_mail: asrm_md@yahoo.com, www.asrm.md