



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE “CAROL DAVILA”

FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

**MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI PROTETIC
LA PACIENȚII CONSUMATORI DE STUPEFIANTE**

Teză de Doctorat

Rezumat

Coordonator științific,

Prof. Univ. Dr. MIHAELA RODICA PĂUNA

Doctorand,

Asist. Univ. Dr. ADRIANA BISOC

București, 2017

**MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI PROTETIC
LA PACIENȚII CONSUMATORI DE STUPEFIANTE**

Teză de Doctorat

Rezumat

Coordonator științific,

Prof. Univ. Dr. MIHAELA RODICA PĂUNA

Doctorand,

Asist. Univ. Dr. ADRIANA BISOC

2017

Recunoștințe

Pe parcursul școlii doctorale și la elaborarea acestei teze m-am bucurat de sprijinul permanent al doamnei Prof. Univ. Dr. Mihaela Rodica Păuna, căreia îi aduc pe această cale, cele mai sincere mulțumiri și profunđa mea recunoștință pentru încrederea și coordonarea științifică acordată.

Mulțumiri speciale colectivului de specialiști dentiști din cadrul Facultății de Medicină Dentară, Catedra de Protezare Parțial Mobilizabilă, și colegilor mei din clinica ARDS- București care m-au sprijinit în managementul tratamentului protetic la pacienții consumatori de stupefiante admiși în studiu, fără de care nu aș fi avut posibilitățile concrete de realizare a prezentei lucrări.

Considerații deosebite colaboratorilor din cadrul Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, sector 5, București.

Profundă recunoștință părinților mei, pentru sprijinul și încurajările neîntrerupte acordate pe parcursul vieții. Mulțumiri speciale tatălui meu, Ing. Constantin Bisoc, pentru suportul tehnic și pentru sporirea inspirației mele în realizarea acestei lucrări.

Cu mare drag, Dr. Adriana Bisoc

București, Martie 2017

Motto:

”Prima bogăție a omului este sănătatea”

Ralph Waldo Emerson

CUPRINS TEZĂ DE DOCTORAT

[184 pagini, 16 figuri la partea generala, 61 tabele si 35 fig. la partea personala, 12 anexe]

Recunoștințe	2
CUPRINS	3
Tabele și figuri din secțiunea personală	7
Acronime	10
INTRODUCERE	11
PARTEA GENERALĂ	13
CAPITOLUL 1 ISTORIC	13
CAPITOLUL 2 CLASIFICAREA STUPEFIANTELOR	20
CAPITOLUL 3 ASPECTE FARMACOLOGICE	25
3.1 Efecte fizice și psihice asupra consumatorilor	25
3.2 Fenomenul de dependență	29
3.3 Toleranța și abuzul	30
CAPITOLUL 4 METODE DE ADMINISTRARE A STUPEFIANTELOR	32
4.1 Modalități de consum	32
4.2 Comorbidități asociate consumului de stupefiante	36
4.3 Managementul riscului la care este expus medicul dentist în cursul tratamentului persoanelor consumatoare de stupefiante	37
CAPITOLUL 5 ASPECTE SOCIALE AFERENTE CONSUMULUI DE STUPEFIANTE	41
5.1 Tipuri de consumatori	41
5.2 Situația consumului de droguri în România	43
5.3 Implicațiile sociale ale consumului de droguri și repercursiunile acestora asupra sănătății orale	46
CAPITOLUL 6 EFECTELE ORALE ALE CONSUMULUI DE STUPEFIANTE	48
6.1 Consecințele consumului de stupefiante la nivel oral și repercursiunile acestora în efectuarea tratamentului dentar	48
6.2 Controlul durerii la persoanele consumatoare de stupefiante	52
6.3 Planificarea tratamentului dentar	54
CAPITOLUL 7 ABORDAREA PLURI-DIRECȚIONALĂ ÎN TRATAMENTUL PACIENTULUI CONSUMATOR DE STUPEFIANTE	57
7.1 Cadrul medical general privind abordarea tratamentului medical la pacienții consumatori de stupefiante	57
7.2 Tratamentul persoanelor dependente de droguri	57

7.3	Programe curative și de prevenție în sănătatea publică dentară	59
7.4	Colaborări medicale interdisciplinare și relații plurivalente	60
Fig 7.1	Abordări și colaborări în tratamentul pacienților consumatori de stupefiante	61
7.5	Suportul familial și de apartenență al pacientului consumator de stupefiante	62
7.6	Comunicarea și interacțiunea	63
Fig. 7.2	Integrarea tratamentului protetic dentar în planul de terapie aplicat unui caz clinic de consumator de stupefiante ce prezintă afectări complexe ale stării de sănătate	64
7.7	Reabilitare și reintegrare socială	65
PARTEA PERSONALĂ		66
CAPITOLUL 8 METODOLOGIA CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE		66
8.1	Considerații generale	66
8.2	Motivația alegerii temei	67
8.3	Scop	67
8.4	Ipoteze de studiu	69
8.5	Direcții de cercetare și tipuri de studii realizate	70
8.6	Material și metodă	70
CAPITOLUL 9 STUDIU PILOT PRIVIND GRADUL DE ADRESABILITATE CĂTRE CABINETELE DE MEDICINĂ DENTARĂ ȘI CONSECVENȚA ÎN TRATAMENTUL STOMATOLOGIC AL PACIENȚILOR CONSUMATORI DE STUPEFIANTE		75
9.1	Introducere	75
9.2	Materiale și metodă	76
9.3	Rezultate	77
9.4	Concluzii preliminare	89
CAPITOLUL 10 STUDIU CLINICO-STATISTIC DESPRE IMPACTUL CONSUMULUI DE STUPEFIANTE ASUPRA STĂRII GENERALE ȘI A PATOLOGIEI DENTARE		91
10.1	Introducere	91
10.2	Materiale și metodă	91
10.3	Rezultate	92
10.4	OBSERVAȚII CLINICE. Cazuri clinice	114
10.5	Constatări	123
10.6	Concluzii preliminare	124
CAPITOLUL 11 STUDIU CLINICO-STATISTIC ASUPRA OPȚIUNILOR DE TRATAMENT PROTETIC RAPORTATE LA STATUSUL ORO-DENTAR AL PACIENȚILOR CONSUMATORI DE STUPEFIANTE		125

11.1	Introducere	125
11.2	Materiale și metodă	127
11.3	Rezultate	129
11.4	Particularități ale tratamentului protetic	141
CAPITOLUL 12	DISCUȚII	142
CAPITOLUL 13	CONCLUZII	151
ANEXE		157
Anexa A	- Cronologia evenimentelor mondiale referitoare la droguri	158
Anexa B	- Cronologia izolării substanțelor naturale psihoactive	159
Anexa C	- Clasele de droguri controlate	160
Anexa D	- Nomenclator de reconstituire protetică	161
Anexa E	- Chestionar de sănătate pentru pacienți	162
Anexa F	- Factori esențiali în managementul tratamentului dentar al pacienților compromiși medical prin abuzul de droguri și/sau alcool	165
Anexa G	- Managementul tratamentului protetic	166
Anexa H	- Plan de tratament dentar, model S. Stefanac	167
Anexa I	- Evaluarea riscului pacientului	168
Anexa J	- Managementul riscurilor la cabinetele medicale dentare, model standard ISO 31000:2009	169
Anexa K	- Sistemul de Management al Calității la cabinetele dentare, model standard ISO 9001:2015	170
Anexa L	- Sinopsis de abordări în tratamentul dentar protetic	171
BIBLIOGRAFIE		172
Index	alfabetic al termenilor și al abrevierilor	181

INTRODUCERE

La nivel național, cercetarea în domeniul stupefiantelor este realizată, în principal, de instituții și autorități publice (ex. Agenția Națională Antidrog) dar și de către organizații nonguvernamentale.

Promovarea cercetării științifice ca nucleu de bază, în definirea și dezvoltarea răspunsurilor în domeniu, este unul dintre obiectivele ***Strategiei Naționale Antidrog pentru perioada 2012-2020***.

Guvernul României a aprobat ***Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018***, creând cadrul de acțiune pentru reducerea sau limitarea acestui fenomen dar și de dezvoltare a unor măsuri de prevenție sau compensare a efectelor negative.

Prin Tratatul de la Lisabona semnat în 2007 de modificare a Tratatului privind Uniunea Europeană și a Tratatului de instituire a Comunității Europene, s-a reasigurat libera circulație a lucrătorilor din țările membre, ceea ce a favorizat printre altele, și transferul unor morbidități determinate de utilizarea drogurilor și implicit, a unei patologii specifice oro-dentare.

Din acest motiv și nu numai, sunt necesare studii avansate și repetate pentru găsirea unui răspuns terapeutic la pacienții consumatori de stupefiante, care apoi prin rafinarea metodelor și simplificarea acestora pe considerente de cost și performanță, să devină un ghid de practică pentru specialiștii interesați din medicina dentară care se vor confrunta cu asemenea situații, multe dintre ele cu potențial de risc, atât pentru pacient cât și pentru medicul dentist sau echipa medicală, implicați în managementul de caz din această clasă de pacienți compromiși medical.

Prezentul studiu referitor la "Managementul tratamentului protetic la pacienții consumatori de stupefiante" este o cercetare științifică în domeniul medicinei dentare și are următoarele **obiective**:

- Stabilirea unei relații de cauzalitate pentru evidențierea relației între consumul de stupefiante și modificările care apar la nivelul mediului oral și structurilor dentare precum și evidențierea dinamicii afecțiunilor dentare datorate exclusiv consumului de stupefiante.
- Considerații asupra prognosticului afecțiunilor dentare în absența tratamentului necesar și în prezența continuării consumului de stupefiante.
- Etapizarea tratamentului afecțiunilor dentare, cu accent pe necesitatea soluțiilor de tratament protetic și planificarea metodelor de profilaxie.
- Identificarea și definirea unui flux, protocol sau ghid de management al tratamentului protetic adecvat pacienților consumatori de stupefiante.

Studiul se referă numai la pacienții consumatori sau foști consumatori de droguri ilicite, accidental/recreativ sau dependenți, cu deplină libertate de opțiune în apelarea serviciilor de asistență stomatologică precum și cu consimțământ informat la acceptarea și efectuarea tratamentelor dentare necesare, nefiind incluse persoanele sau grupurile de persoane captive, din sistemul penitenciar, spitalelor de psihiatrie sau altor situații congruente.

Raportat la obiectivele menționate anterior, pe baza evidențelor obiective colectate și a constatărilor de pe durata studiului se intenționează formularea unor concluzii pertinente și de sinteză, cu definirea proceselor de management esențiale și aplicabile domeniului luat în considerare, inclusiv managementul riscului și calității.

CUVINTE ”CHEIE”: management, stupefiant, risc, calitate, tratament protetic, protocol, xerostomie.

1. PARTEA GENERALĂ

(REVEDEREA DATELOR DIN LITERATURA DE SPECIALITATE)

Un **stupefiant**, denumit și **drog ilicit**, este o substanță psihotropă interzisă sub efectul unei reglementări legale, pentru faptul că deseori ea este susceptibilă de consumație problematică. Termenul de stupefiant a apărut în Franța, în Enciclopedia secolului al XIX-lea, anul 1858.

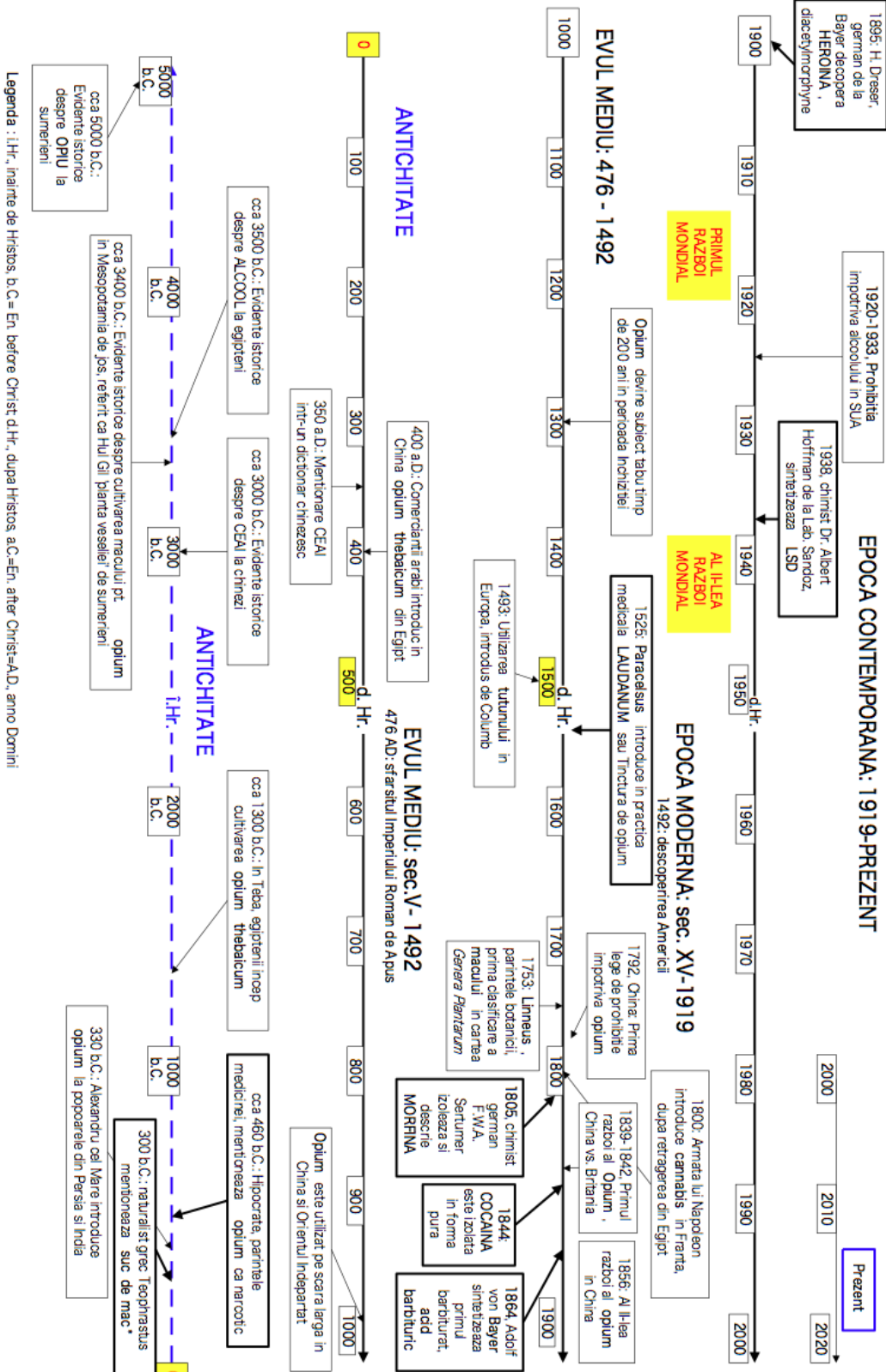
Capitolul 1 ISTORIC face o trecere în revistă a principalelor stupefiante care fac obiectul rapoartelor naționale A.N.A. 2004-2016, respectiv despre opiu și opiacee, psihostimulente tip khat, cocaină, substanțe halucinogene, canabis, barbiturice și benzodiazepinele, diazepamul, substanțele volatile.

Perspectiva istorică pe plan mondial a evenimentelor referitoare la stupefiante este prezentată în **Anexa A**, iar cea referitoare la izolarea substanțelor naturale psihoactive, în **Anexa B**.

Subsecvent, capitolul 2 prezintă clasificările stupefiantelor (**Anexa C**), capitolul 3 descrie aspectele farmacologice și capitolul 4 prezintă metodele de administrare.

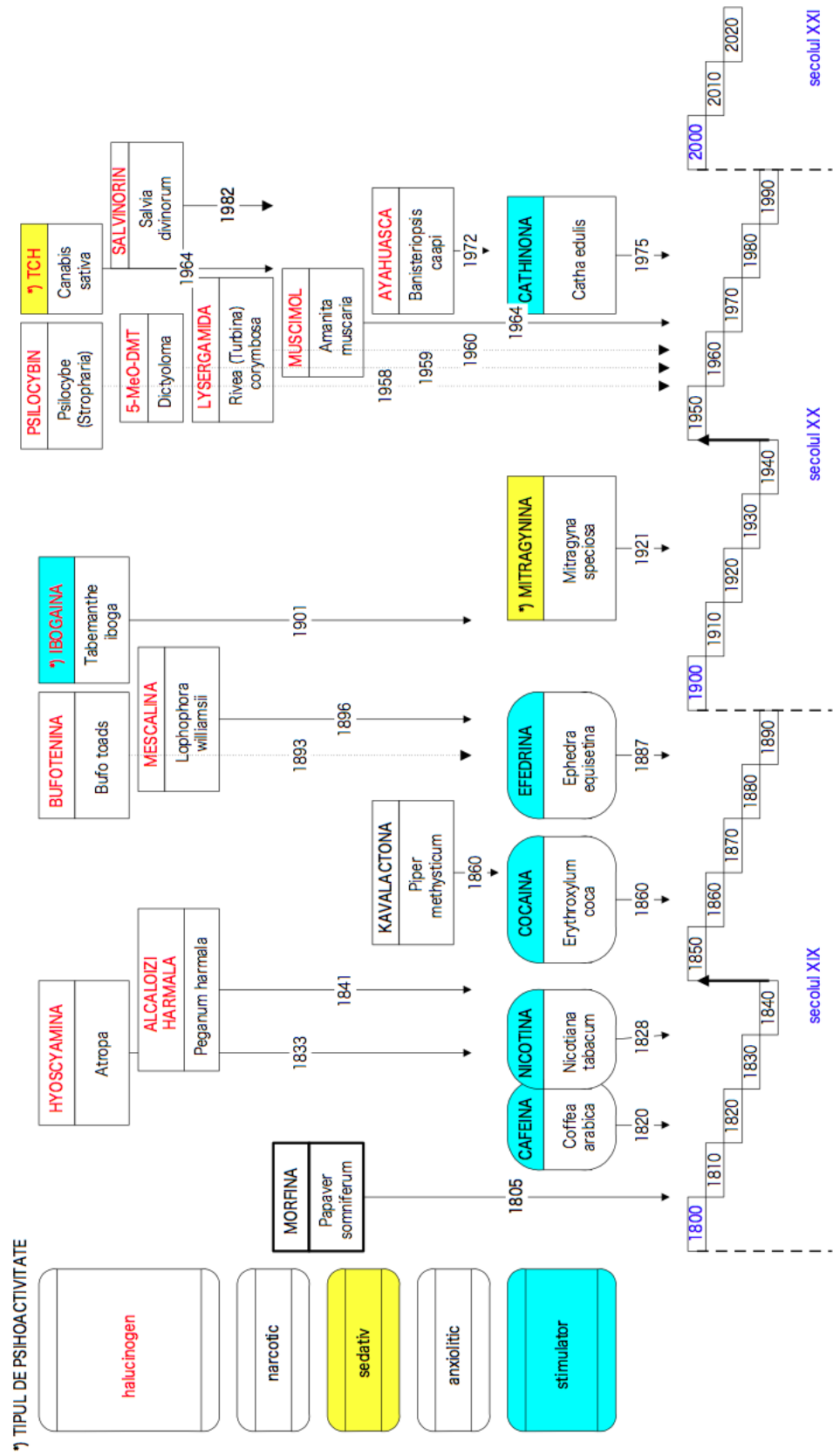
ANEXA A - CRONOLOGIA EVENIMENTELOR MONDIALE REFERITOARE LA DROGURI

CRONOLOGIA EVENIMENTELOR REFERITOARE LA DROGURI



ANEXA B - CRONOLOGIA IZOLĂRII SUBSTANȚELOR NATURALE PSIHOACTIVE

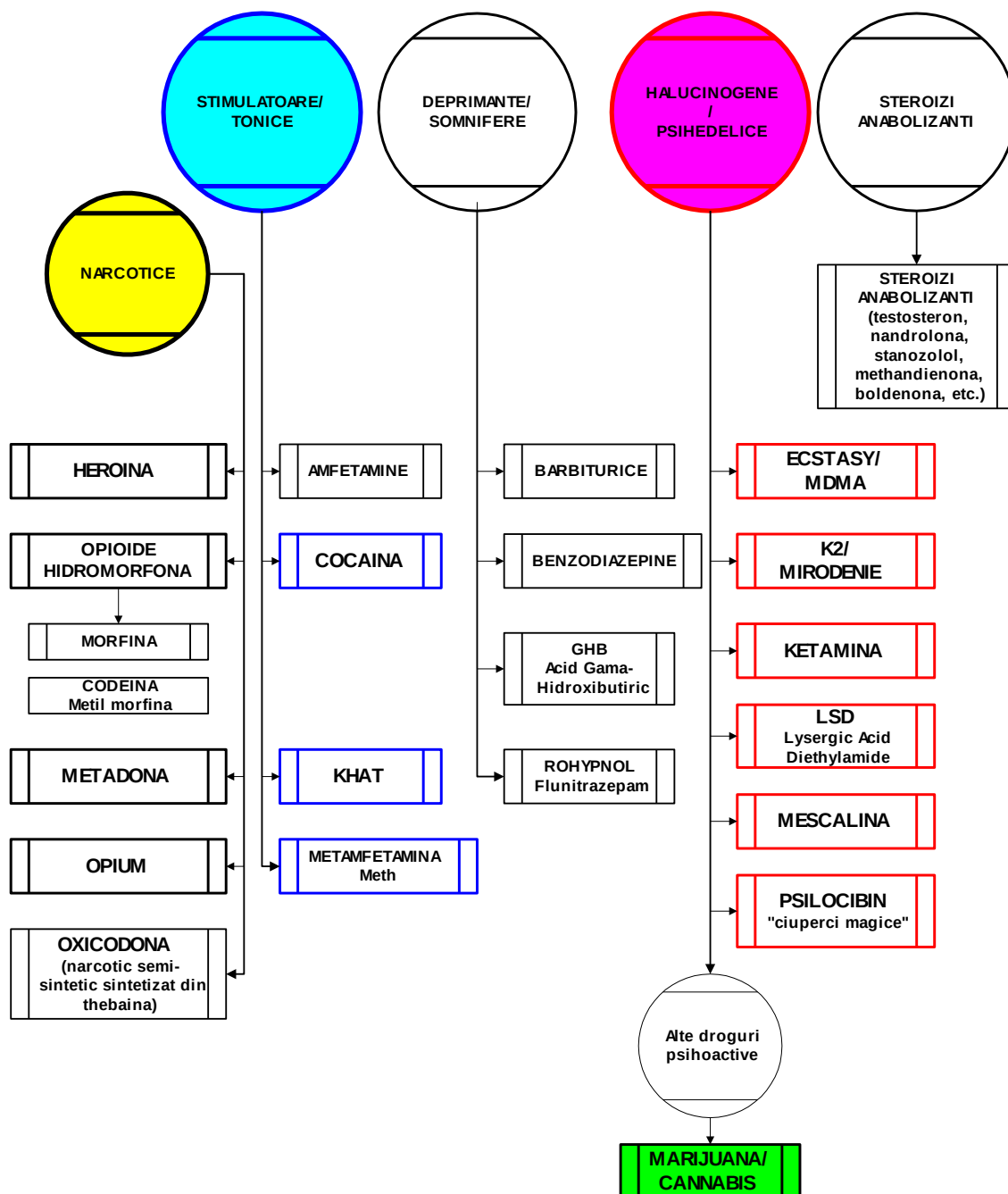
CRONOLOGIA IZOLĂRII SUBSTANȚELOR NATURALE PSIHOACTIVE



*) Tipul de psihoactivitate poate depinde de doza substanței

ANEXA C - CLASELE DE DROGURI CONTROLATE

CLASELE DE DROGURI CONTROLATE



Sursa: 2011, DEA [Drug Enforcement Administration], U.S. Department of Justice

Relația medic dentist - pacient consumator de stupefiante în cadrul tratamentului dentar

Personalul medical de toate specializările se confruntă frecvent cu situații în care pacienții sunt consumatori de stupefiante și trebuie să fie capabil să trateze cazurile făcând conexiunea dintre semnele clinice și consum [85]. Acesta trebuie să fie calificat în a efectua evaluări complexe ale statusului oral și să observe semnele consumului de stupefiante recognoscibile la nivel oro-facial pentru a asigura un tratament eficient și cu rezultate optime (Fig.1).

Aceste competențe sunt importante mai ales în cazul tratamentelor pacienților din aceasta categorie datorită factorilor comportamentali ce contribuie la inducerea stărilor de boli sistemice, cu manifestări și în teritoriul oral: diminuarea răspunsului imun, stări comportamentale induse de consumul de stupefiante, cum ar fi diete sărace în nutrienți și dezechilibrate ce duc la demineralizarea sistemului osos și comportamente ce cresc gradul de expunere la boli transmisibile, ce deseori au și manifestări orale [110].

Consumul de stupefiante are o serie de efecte negative asupra structurilor cavității orale, principalele fiind:

- xerostomie [22]
- scăderea densității oaselor maxilare [84]- ceea ce duce la o vindecare îngreunată în urma intervențiilor chirurgicale în sfera orală, contraindicarea tratamentului edentațiilor prin inserarea de implanturi dentare datorită nepredicibilității osteointegrării acestora- dat fiind cumulul de factori nefavorabili
- creșterea indicelui de placă bacteriană datorită creșterii apetitului pentru glucide și scăderea preocupării pentru igiena orală (Fig. 1) [22]
- factor de risc în apariția leziunilor premaligne la nivelul mucoasei orale- contactul direct și repetat al substanțelor stupefiante cu mucoasa, asocierea frecventă a acestuia cu consumul de tutun și alcool [85].

Mai sunt menționate:

- demineralizarea de cauză centrală a structurilor dentare prin activitatea unor hormoni intracranieni (o monoamină centrală) [22]
- asocierea frecventă a bruxismului diurn și nocturn, continuu, de cauză probabil neurologică [22]. Scăderea imunității la nivelul structurilor cavității orale și nu numai [22].
- Factor de risc în apariția comunicărilor buco-nazale - pentru modalitatea de administrare prin prizare (Fig. 2).



Fig. 1 Status oral după consumul de methamphetamine [86]



Fig. 2 Comunicare buco-nazală după consumul îndelung de cocaină și de heroină prin prizare

Anestezia locală cu vasoconstrictori poate crește riscul afecțiunilor cardiovasculare precum aritmii cardiace letale sau hemoragii cerebrale pentru persoanele consumatoare de stupefiante [96, 99, 100].

Studii bazate pe dovezi, confirmă faptul ca infecția cu virusul hepatic tip C este frecventă la consumatorii de stupefiante. Mulți dintre aceștia pot suferi totodată de alcoolism, având funcția hepatică afectată. O funcție hepatică compromisă solicită măsuri suplimentare de precauție în ceea ce privește utilizarea anesteziei de tip amidic cum sunt lidocaina și prilocaina, amândouă fiind metabolizate hepatic.

Tratamentul persoanelor dependente presupune susținerea subiecților în vederea stopării consumului de stupefiante și controlul sevrajului, menținerea unui stil de viață activ și ordonat, fără consum de stupefiante, evitarea recăderilor și concomitent reintegrarea individului în familie, în muncă și în societate [129].

Deoarece consumul de stupefiante conduc de regulă la afecțiuni cronice, persoanele în cauză nu pot opri consumul în câteva zile. Majoritatea pacienților necesită episoade repetate de îngrijiri susținute de personal medical de specialitate, pe perioade lungi de timp, pentru a putea ajunge la abținere și a-și recăpăta normalitatea în viața lor [130].

Dependența este o afecțiune complexă ce afectează funcțiile cerebrale și comportamentale, dar care poate fi vindecabilă aplicând tratamentul necesar și individualizat pentru fiecare caz în parte, funcție atât de pacient cât și de clasa de droguri (ex. alcool, opioide, benzodiazepine, amfetamine, canabis, etc., simple sau în asociere). Acesta trebuie să se adreseze tuturor afecțiunilor pacientului și nu doar dezintoxicării și stopării consumului în sine; urmarea tratamentului pe o perioadă adecvată de timp este critică pentru îndeplinirea obiectivelor acestuia [127].

Una din direcțiile importante de urmat este consilierea- individuală sau de grup- și terapiile comportamentale asociate. Acestea, este necesar să i se asocieze terapii medicamentoase adaptate fiecărui tip de drog în parte și monitorizate continuu în scopul de a fi modificate pentru a întâmpina aspectele date de procesul de schimbare.

Trebuie avute în vedere și terapiile pentru comorbiditățile asociate: HIV/SIDA, hepatita B/ C, tuberculoza sau alte boli infecțioase și consilierea pacienților în vederea reducerii riscurilor legate de contactarea sau de răspândirea acestor boli [131].

Terapiile de dezintoxicare se pot realiza de către serviciile medicale specializate în forma ambulatorie sau prin internarea pacienților în centre dedicate, în special în cazurile în care avem de-a face cu un consum de lungă durată, cu administrări de doze multiple și cu concentrații crescute sau în contextul asocierii de mai multe stupefiante [132, 133].

De regulă, tratamentul de dezintoxicare în consumul de substanțe opioide presupune administrarea metadonei, buprenorphinei sau naltrexonei; acestea pot fi administrate în spitale, centre specializate, cabinete medicale private sau în spitalele proprii sistemului penitenciar [134].

Efectele secundare ale administrării metadonei au repercursiuni și la nivel oral: xerostomie, greață și vomă- apariția eroziunilor dentare prin prezența frecventă a vomismentelor la nivelul cavității orale ce determină un pH scăzut al mediului oral [134]. Acestea pot fi un factor favorizant sau determinant în apariția cariilor dentare și a eroziunilor dentare. Efectele provocate de metadonă- starea de somnolență, scăderea sensibilității și a reacției la durere determină deasemenea efecte la nivel oral prin faptul că interesul pentru igiena orală devine aproape nul- factor determinant în apariția afecțiunilor odonto-parodontale, disconfortul dat de durerile dentare este atenuat și frecvent, subiectul în cauză, nu se adresează cabinetelor de medicină dentară pentru tratament de specialitate. Halitoza este întâlnită frecvent la acest tip de pacienți [126].

Medicația utilizată în tratamentul dependenței date de consumul de stupefiante poate include și antidepressive triciclice, antipsihotice și anxiolitice. Acestea au ca efect secundar hipofuncția glandelor salivare, ceea ce se traduce implicit prin xerostomie și efectele negative ale acesteia asupra stării de sănătate orală [135, 136].

Deasemenea medicația pentru tratamentul comorbidităților de tip HIV/SIDA (inhibitori ai proteazei) are ca și efect secundar xerostomia.

Pacienții cu xerostomie au dificultăți în masticatie, în vorbire, în a înghiți și tulburări ale gustului. Pot prezenta fisuri la nivelul buzelor sau comisurilor bucale, mucoasa bucală eritematoasă sau cu ulceratii, carii dentare și boală parodontală [126].

Atât tratamentul, cât și dispensarizarea sunt deziderate greu de obținut pe populația țintă, reprezentată de consumatorii de stupefiante. Complexitatea cazurilor- incluzând multitudinea de factori care concură în determinarea aspectelor patologice a statusurilor orale la acest tip de pacienți, determină necesitatea unei comunicări active între medici de specialități diverse: medicină dentară, medicină de

familie, psihiatrie/ psihologie, toxicologie, boli infecțioase, medicină internă, chirurgie, pneumologie, etc.

În astfel de cazuri, starea de sănătate orală poate fi ameliorată prin măsuri de educație și prevenție și bineînțeles, prin efectuarea tratamentelor stomatologice necesare. Există totuși multiple bariere în desfășurarea acestor măsuri datorită complexității cazurilor și necesității unei colaborări multidisciplinare asociată cu o muncă în echipă, la nivel extins [126].

O sistematizare a strategiei de aplicat într-o asemenea situație poate fi cea ilustrată în Fig. 3, după cum urmează:

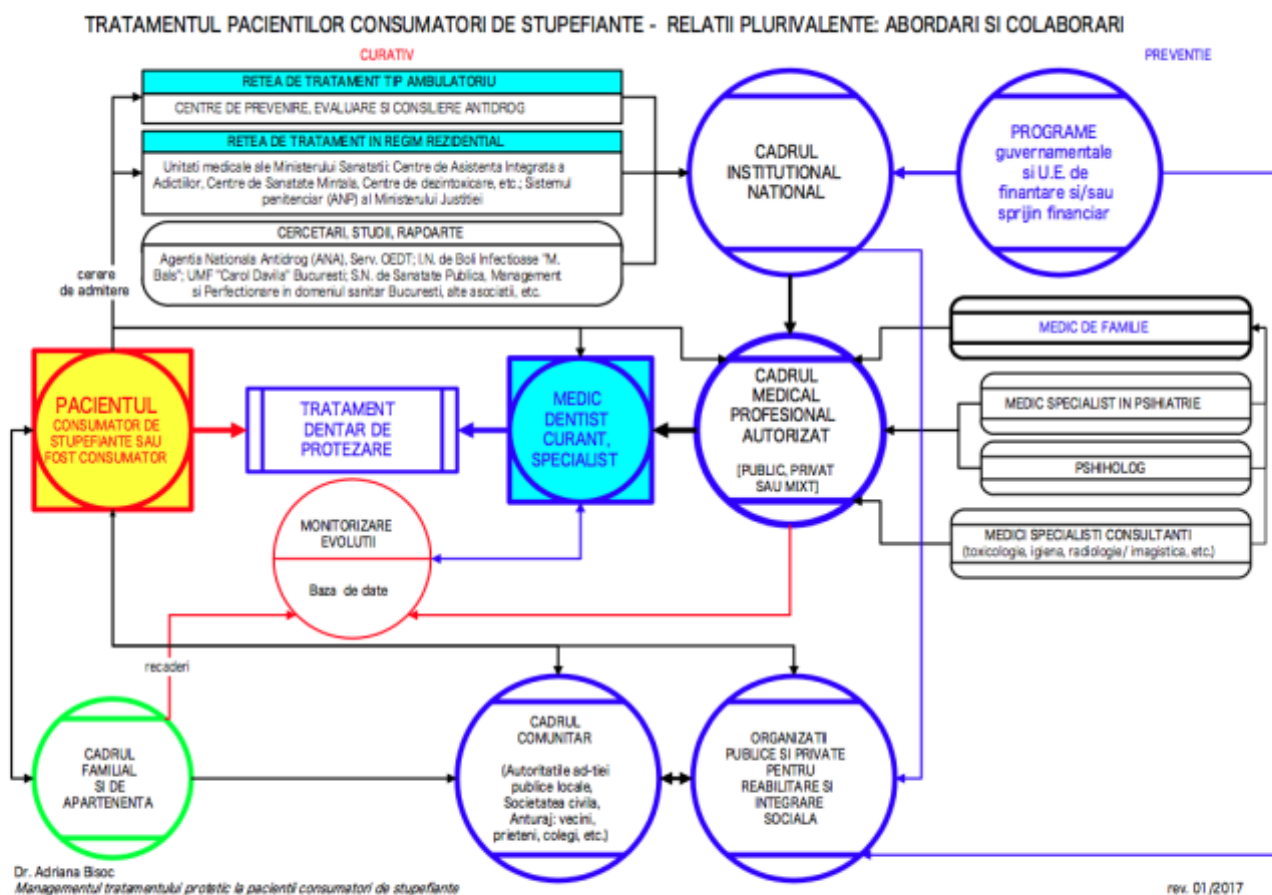


Fig. 3 Abordări și colaborări în tratamentul pacienților consumatori de stupefiante

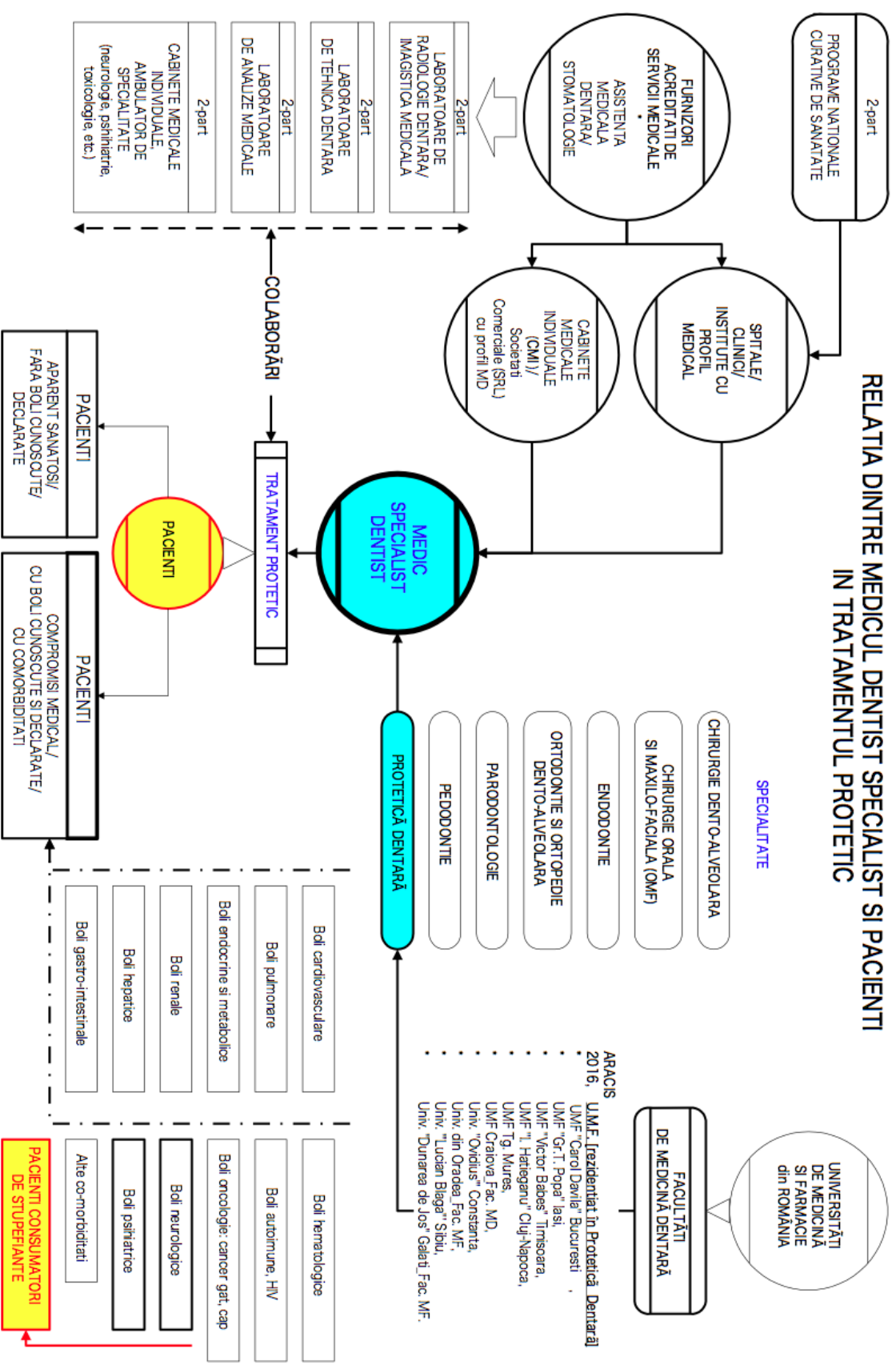
Tratamentul dentar protetic pentru aceasta categorie de pacienți nu este unul aparte din punct de vedere al mijloacelor și metodelor.

Contextul în care acesta se desfășoară, este unul special, având în vedere limitările date de starea precară de sănătate fizică și psihică [137].

Comunicarea și interacțiunea dintre medic și pacient/ aparținători stau la baza continuității în tratament- pacientul trebuie să beneficieze de un set complet de servicii de medicină dentară, într-o secvență stabilită de o logică medicală și practică verificată, fără întrerupere și fără repetarea fără motiv a procedurilor de diagnostic și tratament. În contextul în care există continuitate în tratament, crește și gradul de eficiență al acestuia.

Competența profesională în astfel de cazuri presupune pe lângă nivelul de cunoștințe și de specializare a echipei medicale și capacitatea medicului dentist de a fi un bun manager, de a prevedea, planifica, organiza, comanda, coordona și controla buna desfășurare a tratamentului. Confruntarea cu un număr crescut cazuri de consumatori de stupefiante, antrenează echipa medicală și o formează astfel încât să se răspundă nevoilor existente și așteptărilor pacientului, cu maximum de sollicitudine.

În România, lipsa unui cadru organizat- clinici dentare specializate pentru tratamentul unor astfel de cazuri, lipsa dotărilor adecvate în vederea realizării tratamentului dentar în centrele de consiliere și dezintoxicare, fac necesară integrarea pacienților consumatori de stupefiante în practica curentă, atât în cabinetele individuale de medicină dentară, cât și în clinici de profil, inclusiv cele universitare (Fig. 4), după cum urmează:.



Dr. ADRIANA BISOC:
"Managementul tratamentului protetic la pacienti consumatori de stupefiante"

Rev. 01/ 2016

Fig. 4 Integrarea tratamentului protetic dentar în planul de terapie aplicat unui caz clinic de consumator de stupefiante ce prezintă afecțiuni complexe ale stării de sănătate

2. PARTEA PERSONALĂ

METODOLOGIA CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE

CONSIDERAȚII GENERALE

Cazurile în care medicul dentist se confruntă cu pacienți consumatori sau foști consumatori de stupefiante sunt tot mai frecvente, în special în mediul urban, de aceea este necesar ca acesta să cunoască informații legate de efectele stupefiantelor asupra organismului în general și asupra structurilor orale în particular. Consilierea acestor pacienți în vederea conștientizării afecțiunilor orale/ generale pe care aceștia le prezintă și îndrumarea acestora către serviciile de specialitate pentru a primi tratamentul necesar joacă un rol important în scăderea nivelului actual al morbidității.

Primul pas este reprezentat de învingerea temerilor în ceea ce privește contactul cu mediul sanitar- în general și tratamentul stomatologic- în particular.

Cunoașterea și abordarea în consecință a dificultăților legate de comunicare și a neajunsurilor în materie de resurse (timp, bani, echipamente speciale) corelat cu managementul cazurilor ce presupun și consum de stupefiante în asociere cu statusuri orale precare, sunt elemente necesare ce sporesc gradul de performanță terapeutică.

Conduita în aceste cazuri trebuie să presupună măsuri de precauție suplimentare pentru a evita posibilele reacții necontrolate din partea pacienților ce se pot solda cu vătămări corporale atât pentru pacientul în sine, cât și pentru personalul medical implicat. Timpul alocat lămuririi aspectelor legate de tratamentul dentar trebuie să asigure buna înțelegere a acestora de către pacienți sau de către apărținătorii acestora- în situațiile în care se prezintă însoțiți. Astfel cresc șansele ca aceștia să beneficieze de un plan de tratament individualizat și să modifice prognosticul afecțiunilor dentare, în sensul pozitiv, prin aplicarea metodelor de terapie și profilaxie corespunzătoare.

Tratamentul protetic dentar urmărește reabilitarea funcțională a pacientului prin soluții cât mai puțin invazive și cât mai rezonabile din punct de vedere al costurilor, având în vedere că în majoritatea cazurilor clinice acestea sunt și cazuri sociale.

MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI

Confruntarea cu astfel de cazuri, de pacienți consumatori de stupefiante, imediat după intrarea în practica profesională curentă, m-a determinat să aflu cât mai multe date și informații referitoare la implicațiile și riscurile în astfel de situații, pentru care nu erau disponibile instrucțiuni sau ghiduri dedicate, nici în ciclul universitar de formare, nici în cele de specializare și perfecționare ([Anexa D](#)) sau educație medicală continuă (EMC).

Literatura de specialitate din țările care s-au confruntat la o scară mai largă cu acest flagel, tratează aspecte legate de interacțiunile medicamentoase dintre droguri și substanțele anestezice în special, dar și dintre acestea și medicația administrate pentru tratamentul diverselor afecțiuni generale. În situația dată, toate procedurile terapeutice dentare ce presupun anestezie dentară sunt de cele mai multe ori sortite eșecului, deoarece aceasta nu-și are efectul și durata scontate în mod normal.

Sunt puține date referitoare strict la aspectele dentare și a modalităților concrete de a conduce un tratament dentar la final în astfel de cazuri, în condiții de maximă siguranță atât pentru pacient cât și pentru echipa medicală implicată.

Factorul psihologic este deasemeni de luat în considerație, deoarece lucrul cu astfel de pacienți necesită un consum de energie mai mare și un grad de stress ridicat pentru personalul medical. Efectele directe ale consumului de droguri pe durata influenței acestora sau manifestările date de sevraj, pot provoca emoții negative personalului medical; din acest motiv acesta trebuie să cunoască informațiile referitoare la semnele și simptomele clinice în aceste cazuri.

Din aceste motive am manifestat interesul și preocuparea spre o aprofundare a măsurilor prin care se pot limita toate aceste neajunsuri și de a descoperi semne și criterii ce pot determina o adaptare a strategiei aplicabile pentru domeniul de medicină dentară în vederea obținerii rezultatului intenționat.

SCOP

Scopul principal al acestei cercetări este de îndeplini următoarele **obiective**:

- A Stabilirea unei relații de cauzalitate: documentarea unei relații strânse între consumul de stupefiante și modificările care apar la nivelul mediului oral și structurilor dentare, în contextul tratamentului preprotetic, protetic și protetic.
- B Evidențierea dinamicii afecțiunii: începând cu modificările care apar în consumul de droguri ușoare până în stadii avansate ale afecțiunilor dentare - situații care apar în consumul cronic de droguri sau consumul de droguri de mare risc (opioide) - teste diagnostice.
- C Prognostic: precizarea prognosticului afecțiunilor dentare în absența tratamentului necesar și în prezența continuării consumului de stupefiante.
- D Etapizarea tratamentului afecțiunilor dentare: subliniind faptul că sunt necesare soluții de tratament protetic neconcordanțe cu vârsta pacienților.
- E Planificarea metodelor de profilaxie: atât primară, cât și secundară și terțiară, coroborate cu psihoterapie și cure de dezintoxicare.
- F Elaborarea unui protocol de examinare, diagnostic și etapizare a planului de tratament.

Aceasta cercetare vizează a aduce beneficii atât în planul personal al pacienților, cât și în interesul comunității științifice, prin completarea datelor existente referitoare la:

- controlul durerii la pacienții consumatori sau foști consumatori de stupefiante - referitor la procedurile terapeutice preprotetice și protetice;
- modificările calitative ale structurilor dentare și modificări ale mediului oral coroborate cu alte afecțiuni generale asociate consumului de droguri;
- stabilirea unei relații de cauzalitate: consum de stupefiante - afecțiuni dentare - modificări ale planului de tratament protetic.

IPOTEZE DE STUDIU

Ipotezele luate în considerare și testate au fost următoarele:

Ipoteze dependente de timp/ durată

- Nu sunt diferențe semnificative **de timp scurs** de la ultima prezentare în cabinetul stomatologic indiferent de drogul folosit
- Există o corelație direct proporțională între **durata consumului de stupefiante** și **timpul scurs** de la ultima prezentare la cabinetul stomatologic
- **Timpul scurs** de la ultima prezentare la cabinet nu influențează în mod semnificativ ducerea la bun sfârșit a planului de tratament
- Există diferențe din punct de vedere a **duratei consumului de stupefiante** în ani în funcție de nivelul de pregătire: primar/mediu/avansat
- Persoanele angajate consumă stupefiante pe o **durată de timp** mai scurtă decât persoanele șomere
- **Durata consumului** influențează negativ instalarea și durata efectului anesteziei dentare
- **Durata medie de consum** nu diferă statistic în funcție de modalitatea de administrare a stupefiantelor: injectabil/neinjectabil/ ambele forme
- **Durata consumului de stupefiante** este corelată pozitiv cu numărul de carii dentare (de pe alte suprafețe decât cele de la nivelul coletului dinților)
- **Durata consumului de droguri** nu determină în mod semnificativ statistic creșterea numărului de carii dentare la nivelul coletului
- Nu există o corelație semnificativă statistic între **durata consumului de stupefiante** și numărul de afecțiuni colaterale declarate
- Numărul breșelor edentate nu este influențat în mod semnificativ de **durata consumului de droguri**

Ipoteze dependente de risc, impact și alte considerente

- Dacă există diferențe semnificative între proporțiile celor care vin la cabinet din proprie inițiativă sau aduși de terțe persoane și motivele acestora
- Prezența sau absența unui însoțitor determină în mod semnificativ revenirea la a doua ședință de tratament
- Există diferențe între tipul de stupefiante consumate de persoanele angajate versus persoanele șomere
- Prezența comorbidităților asociate influențează instalarea și durata efectului anestezic
- Subiecții de sex masculin consumă mai multe stupefiante decât subiecții de sex feminine
- Consumul de heroină este mai frecvent decât consumul de cocaină
- Dieta alimentară preferată de persoanele consumatoare de stupefiante nu influențează ca și durată în timp apariția leziunilor carioase dentare
- Incidența afecțiunilor parodontale nu diferă semnificativ indiferent de drogurile folosite
- Nu există riscul de apariție a leziunilor de mucoasă orală în funcție de prezența HVB, HVC și HIV/SIDA asociată cu consumul de stupefiante
- Tipul de stupefiant folosit nu influențează riscul de apariție a leziunilor mucoasei bucale
- Modalitatea de administrare a drogului determină diferențe semnificative în ceea ce privește numărul mediu de breșe edentate
- Motivul prezentării în cabinetul de medicină dentară influențează finalizarea întregului plan de tratament în cazul pacienților consumatori de droguri injectabile/ neinjectabile
- Numărul de periaje zilnic nu influențează numărul de carii de colet în cazul pacienților consumatori de droguri injectabile/ neinjectabile
- Alegerea variantei de tratament protetic nu este influențată de veniturile pacientului

DIRECȚII DE CERCETARE ȘI TIPURI DE STUDII REALIZATE

Tipurile de studii solicitate au fost următoarele:

- Studiu pilot clinico- statistic privind gradul de adresabilitate către cabinetele de medicină dentară și consecvența în tratamentul stomatologic a pacienților consumatori de stupefiante
- Studiu clinico-statistic asupra impactului consumului de stupefiante asupra stării generale și a patologiei dentare
- Studiu clinico-statistic asupra opțiunilor de tratament protetic raportate la statusul oro-dentar al pacienților consumatori de stupefiante

MATERIAL ȘI METODĂ

Observațiile descriptive și statistice prezentate în aceasta cercetare fac parte din studiul ce s-a desfășurat în perioada 01/03/2014 - 01/06/2016 pe un lot de 35 de pacienți în cadrul catedrei de Protetică

Mobilizabilă din cadrul UMF “Carol Davila” București, cât și în cadrul cabinetului medical individual ARDS Dental Clinic.

O parte din pacienții din lotul acestui studiu pilot au fost recrutați din programele desfășurate în cadrul Centrului de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog sector 5, București, ceilalți fiind pacienți care s-au adresat din proprie inițiativă pentru tratament stomatologic de specialitate. La rândul lor, aceștia au recomandat alți pacienți, din cunoscuți, cu aceleași antecedente de consum de stupefiante.

Pentru includerea sau excluderea în/din studiu a pacienților consumatori de stupefiante s-au prestabilit criterii specifice, asigurându-se subsecvent consimțământul informat al acestora pentru orice tip de intervenție, respectiv confidențialitatea tuturor datelor, imaginilor și altor tipuri de informații, așa cum se prezintă în [capitolele 9, 10 și 11](#).

Proceduri:

A Consultatie cu completarea unei foi de observație și recomandări pentru realizarea investigațiilor paraclinice necesare: Acestor pacienți li s-a realizat o anamneză riguroasă în baza unui chestionar ce cuprinde printre altele întrebări referitoare la aspecte ce țin de consumul de stupefiante și de problemele stomatologice pe care subiecții le au și inconvenientele cu care s-au confruntat atunci când au încercat să se adreseze cabinetelor de medicină dentară pentru tratament de specialitate.

B Ulterior s-a efectuat examinarea clinică a subiecților cu înregistrarea datelor în fișele de examinare, iar pacienții au primit după caz, recomandări în vederea efectuării de investigații paraclinice-analize, radiografii panoramice, radiografii retroalveolare, CT.

C Amprentare intraorală documentară: Au fost luate amprente ale arcadelor dentare în linguri standard cu hidrocoloizi ireversibili (alginat) în vederea realizării modelelor de studiu și analiza lor.

D Fotografiere intraorală documentară: S-a realizat cate un set de fotografii intraorale la prima consultație, sau în funcție de caz, în momentul în care s-a putut stabili o comunicare eficientă cu pacientul. Fotografiile intraorale sunt realizate din norma frontală și din norma laterală în poziție de intercuspidare maximă, respectiv relație centrică și fotografii de arcadă dentară: maxilară/ mandibulară. Pentru cei ce au ajuns până la etapa de protezare în decursul tratamentului dentar, s-au efectuat poze ale pieselor protetice atât extraoral, cât și intraoral din norma frontală/ laterală.

E În funcție de necesitate:

- Realizarea tratamentelor de urgență,
- Stabilirea de comun acord cu pacientul a unui plan de tratament pe care acesta să îl poată efectua;

Toate acestea au fost utilizate la evidențierea și descrierea aspectelor particulare ale afectării țesuturilor dentare raportate la cazurile particulare de consum de stupefiante.

F Din punct de vedere statistic, datele colectate prin procedurile descrise mai sus au fost analizate cu ajutorul **software-ului SPSS**, versiunea 2.2.

Rezultatele obținute au fost exprimate prin indicatori de tendință centrală (pentru fiecare lot s-a calculat media și derivația standard). Compararea între loturi s-a realizat cu ajutorul testelor de semnificație statistică “**T-Student** – Fischer”, pentru variabilele cantitative. Compararea între proporții s-a realizat cu ajutorul **testului “z”**. Rezultatele au fost analizate și global, folosind analiza de multiplicitate **ANOVA (Analysis of Variance)**.

În cazurile în care s-a luat în considerare o distribuție normală, toate datele au fost exprimate ca valoare medie plus deviația standard. În ceea ce privește caracteristicile pacienților s-a efectuat testul Mann-Whitney pentru datele continue și testul Fischer pentru datele categoriale. Compararea între cele două loturi s-a efectuat cu testul T-Student. Pentru a analiza asociațiile între parametri testați au fost efectuate **corelațiile Pearson/Spearman** (Bivariate Correlations Two Tailed). S-a considerat că valorile $p < 0.05$ au avut semnificație statistică.

S-au verificat ipotezele nule dacă sunt respinse sau nu, precum și tipurile și intensitățile corelațiilor existente.

Durata participării pacienților în studiu: 2 ani de zile: 2013-2015; Numărul de pacienți incluși în studiu: 35; Pacienții vor fi monitorizați lunar;

Riscuri și convenții cu pacienții:

Pacienților li s-au descris în prealabil riscurile la care se expun în desfășurarea procedurilor prevazute de această cercetare, iar în contextul în care aceștia s-au prezentat cu aparținători, explicațiile au fost aduse și la cunoștința acestora, alocând timpul necesar pentru eliminarea oricăror aspecte neclare.

PRINCIPALELE REZULTATE OBTINUTE

1 STUDIU PILOT PRIVIND GRADUL DE ADRESABILITATE CĂTRE CABINETELE DE MEDICINĂ DENTARĂ ȘI CONSECVENȚA ÎN TRATAMENTUL STOMATOLOGIC AL PACIENȚILOR CONSUMATORI DE STUPEFIANTE

Managementul consumului de stupefiante la pacienți poate fi o sarcină dificilă atunci când se are în vedere planificarea și efectuarea procedurilor de tratament stomatologic. Trebuie avute în vedere particularitățile unor astfel de cazuri și studiul amănunțit al tuturor pârghiilor necesare pentru finalizarea în condiții optime a tratamentului. De regulă, motivele ce determina adresabilitatea pacienților consumatori de stupefiante către cabinetele de medicină dentară nu diferă cu mult față de cele ale pacienților în general, însă diferă stadiul în care aceștia se prezintă și consecvența în urmarea și finalizarea tratamentului stomatologic necesar.

S-au evaluat datele referitoare la motivele prezentării în cabinetul de medicină dentară, principalele fiind existența unei urgențe (de regulă durere dentară) și controlul periodic. Se observă două

categorii de pacienți: cei ce vin din proprie inițiativă și cei ce se prezintă împreună cu aparținătorii-persoane din familie, prieteni.

Testul “z” arată diferențe nesemnificative între proporțiile celor care vin la cabinet din proprie inițiativă sau aduși de terțe persoane și motivele acestora. În acest caz, diferențele proporțiilor sunt întâmplătoare și nu pot fi atribuite unei cauze anume. Media ultimului control stomatologic a fost de 28 de luni (minim 3 luni și maxim 72 de luni). 57% dintre pacienți având ultima vizită la cabinet în urmă cu 24 de luni, iar 34% în urmă cu 12 luni.

Potrivit rezultatele studiului de fata, pacientii consumatori de droguri injectabile s-au prezentat mai rar pentru consult/tratament de specialitate in cabinetele stomatologice, comparativ cu cei care consuma droguri neinjectabile sau cei care consuma ambele forme.

Durata medie a timpului scurs de la ultima prezentare la cabinetul stomatologic, nu diferă semnificativ statistic între cele trei loturi- injectabil, neinjectabil, ambele forme(droguri utilizate), $p\text{-stat} > 0.05$. O imagine grafică a situației e reprezentată în Fig. 5.

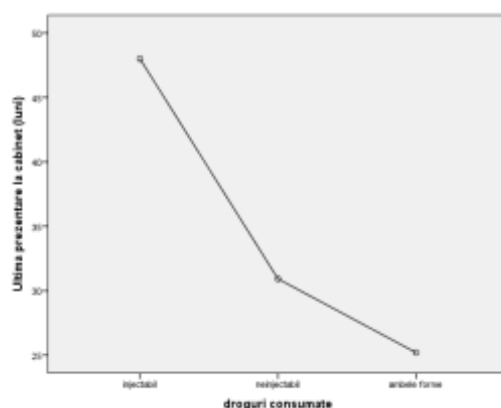


Fig. 5 Grafic ce ilustrează timpul scurs de la ultima prezentare în cabinetul de medicină dentară raportat la tipul de stupefiante consumate

Se constată statistic că cei ce revin la a doua sedință, au o ultimă prezentare la cabinet în medie cu 27 de luni în urmă, comparativ cu cei ce nu revin și care au ultima prezentare la cabinet în medie cu 39 de luni în urmă.

Indicele de corelație Spearman arată existența unei corelații liniare pozitive dar de foarte slabă intensitate între cei doi parametri, practic, se poate afirma că între durata consumului și timpul scurs de la ultima prezentare la cabinetul stomatologic, nu există nicio legătură.

Proporția celor ce revin la a doua sedință (Fig. 6) nu diferă semnificativ statistic în funcție de prezența sau absența unui însoțitor ($p\text{-stat}=0.37$)

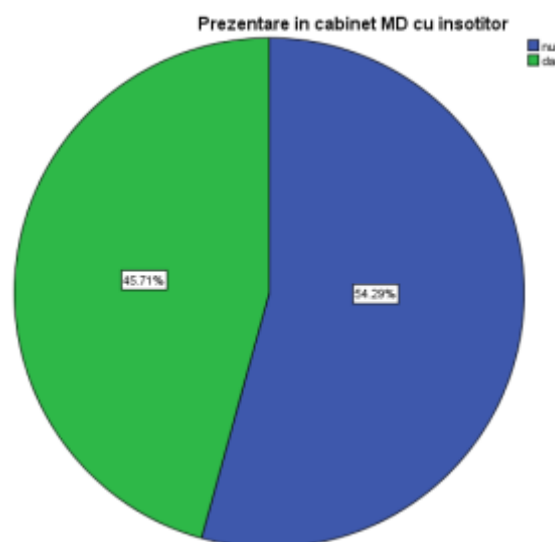


Fig. 6 Prezentarea în cabinetul de medicină dentară cu/ fără însoțitor

Comparații multiple – test ANOVA – arată ca durata medie a consumului diferă semnificativ statistic între cei cu nivel de pregătire mediu și avansat. Cei cu nivel mediu de pregătire au o durată medie a consumului de droguri de 78 de luni față de 56 de luni cât au cei cu nivel de pregătire avansat. Diferența este semnificativă statistic, $p\text{-stat}=0.029$, $CI_{95\%}$ 1.8, 40.4

Durata medie a consumului (ani) diferă semnificativ statistic între cei angajați și șomeri, aceștia din urmă având o durată medie a consumului de 6.3 ani față de angajați care au o durată medie de 4.9 ani. Diferența este semnificativă statistic pentru o valoare a lui $p\text{-statistic}=0.015$.

Persoanele angajate consumă droguri neinjectabile într-o proporție semnificativ mai mare față de șomeri: 52,4% vs 14,3% ($p\text{-stat}=0.022$)

Problemele cu anestezia apar într-o proporție mai mare la cei cu consum de peste 4 ani, dar diferențele sunt nesemnificative statistic ($p\text{-stat}>0.05$)

Unul dintre impedimentele majore ce influențează consecvența pacienților aflați în lotul de studio este factorul economic. Un procent considerabil au afirmat că nu își permit din punct de vedere financiar să susțină costurile unui plan de tratament stomatologic complet prin care să se realizeze o reabilitare oro-dentară.

În lipsa unui loc de muncă stabil și a costurilor pe care le suportă pentru tratamentele afecțiunilor generale colaterale, de multe ori, aceștia apelează la serviciile stomatologice doar pentru rezolvarea urgențelor. Prin urgență traducem de fapt durerile provocate de afecțiunile dentare, celelalte considerente, precum cel estetic sau cel funcțional, ocupând locuri secundare.

De multe ori, aceștia nu declară toate afecțiunile generale pe care le au sau tot istoricul consumului de stupefiante, de frică să nu fie respinși și urgența să nu fie tratată. Astfel, se expun

incidentelor și accidentelor care se pot întâmpla în cabinetul stomatologic, totodată expunând personalul medical unor riscuri suplimentare.

Aceștia pot avea reacții necontrolate în timpul tratamentului stomatologic, cât și reacții secundare în cazul interferențelor dintre substanțele utilizate în tratamentul stomatologic, cu cele sub influența cărora sunt. Aici sunt de menționat, aspectele legate de efectele anesteziei și tuturor substanțelor ce pot intra în circulație.

Anumiți factori de risc au o pondere semnificativă în declanșarea efectului (probleme cu anestezia): prezenta HIV, HVB, leziunile bucale și durata consumului > 4 ani.

Din punct de vedere al aspectelor sociale, raportat lotului de studiu, persoanele angajate consumă droguri neinjectabile într-o proporție semnificativ mai mare față de șomeri.

Durata medie a consumului diferă semnificativ statistic între cei cu nivel de pregătire mediu și avansat. Cei cu nivel mediu de pregătire consumă stupefiante pe o perioadă de timp mai lungă comparativ cu subiecții cu nivel avansat de pregătire.

Persoanele consumatoare de stupefiante se pot prezenta pentru servicii stomatologice în oricare stadiu de consum/ abținerea/ cura de dezintoxicare cu o patologie diversă.

Obiectivul colectării a cât mai multor date despre pacient prin intermediul chestionarului și bazei de date dedicate sau prin viu grai este acela de a conduce cât mai eficient cazul, cunoscând nevoile pacientului. Luând în considerație datele obținute din evaluare, se întocmește un **plan de tratament**, contactând serviciile optime pentru a răspunde nevoilor pacientului. Medicul dentist trebuie să monitorizeze evoluția planului de tratament spre a susține pacientul și a-i acorda suportul și motivația necesare pe parcursul reabilitării, astfel prevenind recăderile și ajutând la reabilitarea psiho-socială cu reintegrarea pacientului în mediul cotidian.

Pacienții trebuie conștientizați asupra efectelor devastatoare pe care le are consumul de droguri atât la nivelul cavității orale, cât și asupra întregului status de sănătate.

2 STUDIUL CLINICO-STATISTIC DESPRE IMPACTUL CONSUMULUI DE STUPEFIANTE ASUPRA STĂRII GENERALE ȘI A PATOLOGIEI DENTARE

Consumul de stupefiante este un fenomen actual, într-un proces fluctuant de creștere mai ales în rândul adolescenților și adulților tineri, un procent important din consumatorii sau foștii consumatori de stupefiante prezentându-se în cabinetele stomatologice pentru tratament de specialitate.

Acest fenomen ridică un interes aparte în medicina dentară prin faptul că medicul dentist poate juca un rol important în screening-ul consumului de stupefiante dacă recunoaște manifestările generale precum și cele orale ale acestuia.

Trebuie avute în considerație gravitatea și amploarea fenomenului cât și nivelul ridicat al morbidității și prezența comorbidităților asociate.

Literatura de specialitate documentează o strânsă relație de cauzalitate atât directă, cât și indirectă, între consumul de stupefiant și modificările care apar la nivelul mediului oral și structurilor dentare, element care, în contextul tratamentului preprotetic, proprotetic și protetic la acest tip de pacienți prezintă o importanță majoră.

Se constată o dinamică a afecțiunii începând cu modificările care apar în consumul de droguri ușoare până în stadii avansate ale afecțiunilor dentare - situații care apar în consumul cronic de droguri sau consumul de droguri de mare risc (opioace).

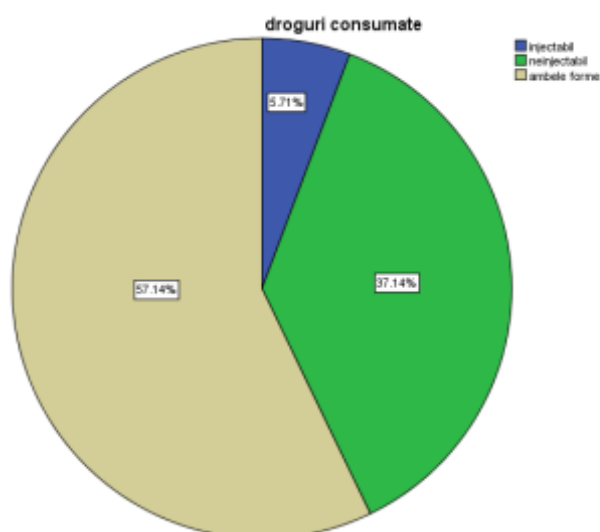


Fig. 7 Repartiția pacienților din lotul de studiu pe modalitățile de administrare a stupefiantelor

Aplicand testul ANOVA, reiese faptul că $F\text{-statistic}=8.84$, iar $p\text{-statistic}=0.005$, ceea ce face ca ipoteza nulă să fie respinsă, deci, durata consumului de droguri determină în mod semnificativ statistic creșterea numărului de carii dentare la nivelul coletului.

În consecință, putem afirma că **durata consumului de droguri** este un **factor de risc** pentru apariția și pentru numărul cariilor de la nivelul coletului dentar.

Un aspect care potențează această afirmație este acela că pe perioada consumului de stupefiant preferințele alimentare ale subiecților sunt modificate înspre o dietă bazată pe consum de alimente și băuturi cu conținut crescut de zaharuri. Este cunoscut rolul cariogen al zaharurilor din alimentație. Drept urmare, cu cât durata consumului de stupefiant este mai mare, cu atât perioada de consum a acestor alimente și băuturi este mai mare, fiind un factor de risc suplimentar în apariția leziunilor carioase dentare.

Aplicând o analiză de tip corelație bivariată și un test de proporție pe coloane, luând în considerare consumul de droguri injectabile/ neinjectabile (**Fig. 7**) și prezența afectării parodontale, observăm că afectarea parodontală în formă generalizată, apare într-o proporție semnificativ crescută în cazul folosirii drogurilor injectabile (81,8% vs 25%, $p\text{-stat}=0.038$). În restul formelor de parodontoză, proporțiile sunt întâmplătoare.

Aplicând teste de proporții pe coloane, observăm că afectarea parodontală apare într-o proporție mai mare la cei cu consum de peste 4 ani, dar diferențele sunt nesemnificative statistic ($p\text{-statistic} > 0.05$).

Afecțiuni generale asociate consumului de stupefiante

Este cunoscut faptul ca utilizarea substanțelor stupefiante în scop de consum poate atrage după caz, o serie de afecțiuni colaterale, unele date de modul impropriu de administrare a acestora. Cele mai frecvente afecțiuni constatate sunt cele transmisibile, de tipul HVB, HVC, HIV/SIDA, contactate de consumatori în timpul administrării injectabile cu seringi nesterile, folosite de mai multe persoane în același scop.

Perioada pe care se întinde consumul de substanțe stupefiante crește riscul contactării sau apariției de afecțiuni generale pentru persoanele consumatoare.

Utilizând instrumentul de analiză Graph – scatter plot observăm curba de regresie liniară pozitivă, ascendentă ceea ce traduce faptul că pe măsură ce crește durata consumului, crește și numărul afecțiunilor colaterale.

Testul ANOVA– F-test=31,5 și $p\text{-stat}=0,0001$ certifică faptul că există o corelație semnificativă între parametrii luați în calcul: durata consumului de stupefiante și numărul de afecțiuni colaterale declarate.

Analiza de risc

S-a evaluat statistic, raportat la **consumatorii de droguri injectabile** din lotul de studiu, prin intermediul testelor Chi-Square [χ^2] riscul de apariție a leziunilor de mucoasa orală în funcție de prezența sau absența HVB, HVC și HIV/SIDA.

Riscul imprimat de prezența HVB este de 2.6. Este un risc semnificativ statistic, CI 95% (1.3, 5.1).

Modalitatea de administrare a stupefiantelor determină în mod evident creșterea riscului de contactare și diseminare a bolilor transmisibile de tipul HVB, HVC, HIV/SIDA, căile de administrare injectabile fiind o poartă de intrare în circulația sistemică a acestor viruși.

Leziunile mucoasei orale, de diferite tipuri: de la cele produse prin trauma mecanică sau prin contact direct al substanțelor stupefiante cu mucoasa bucală, respectiv nazală, până la cele ce reflectă o patologie cronică sau malignă sunt în strânsă legătură cu patologia generală asociată, tipul, frecvența și modalitatea de consum a drogurilor.

CAZ CLINIC 1

Sex M, 33 ani, fost consumator de heroină

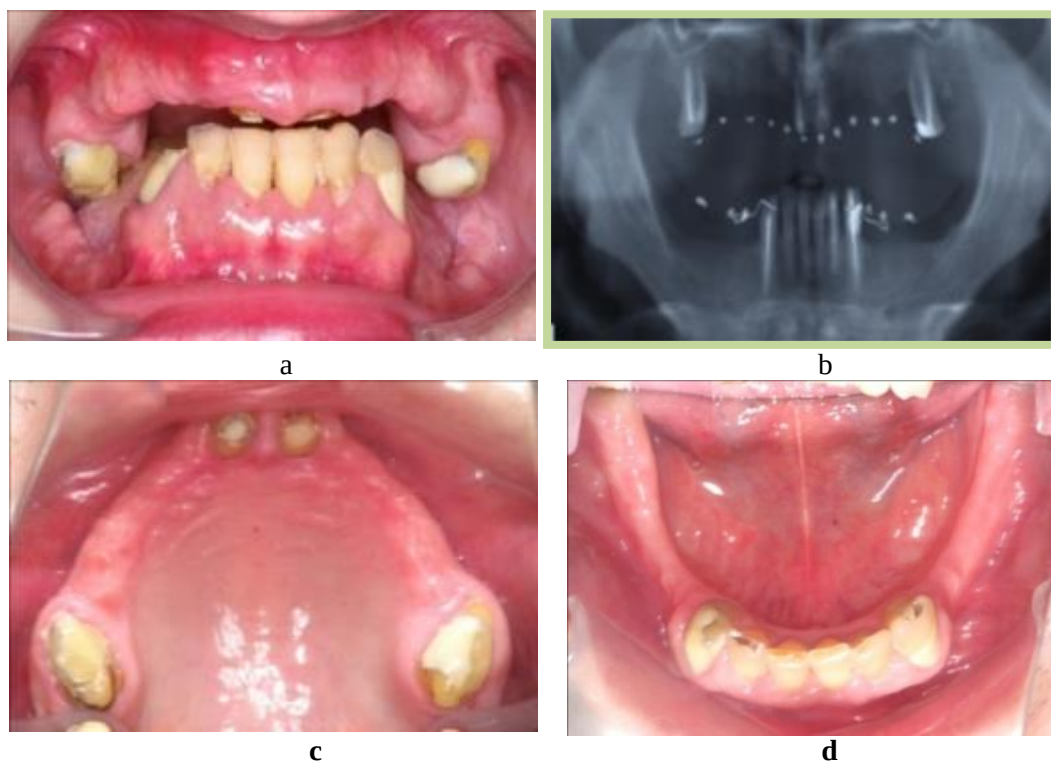
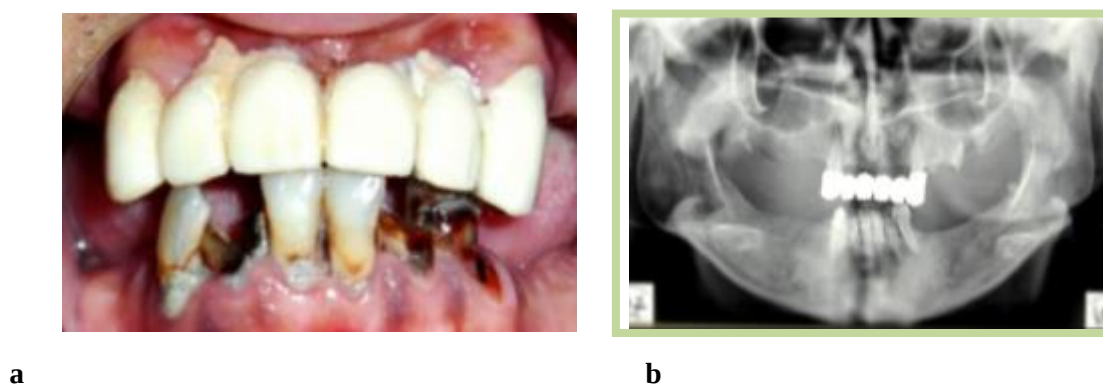


Fig. 8. a. arcade dentare neprotezate în poziție de relație centrică; b OPG; c. câmp protetic maxilar neprotezat; d. camp protetic mandibular neprotezat.

CAZ CLINIC 2

Sex F, 35 ani, fostă consumatoare de heroină





c



d



e



f

Fig. 9 a, c, d, e, f fotografii intraorale; b OPG

CAZ CLINIC 3

Sex M, 33 ani, consumator de heroină și etnobotanice



a



b



c



d



Fig.10 a, c, d, e, f fotografii intraorale; b OPG

CAZ CLINIC 4 Sex M, 33 ani, consumator de heroină și etnobotanice

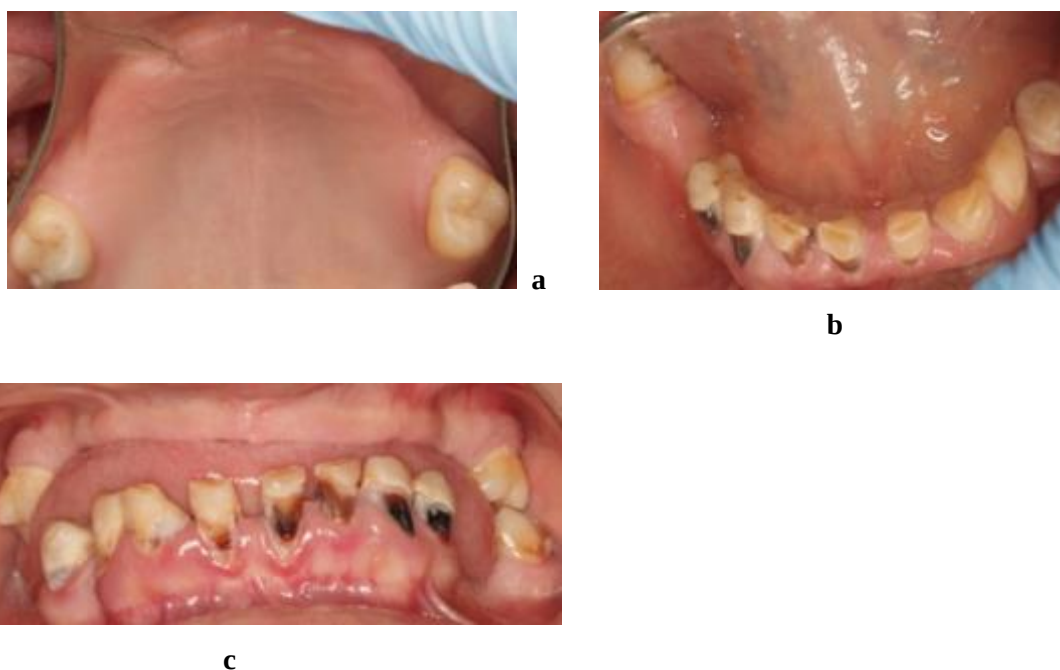


Fig. 11 a, b, c fotografii intraorale;

Constatări

În absența tratamentului necesar și în prezența continuării consumului de stupefiante, prognosticul afecțiunilor dentare este unul nefavorabil, afecțiunile având un caracter galopant (**Fig. 8., Fig. 9, Fig.10, Fig. 11**).

Tratamentul afecțiunilor dentare este imperios necesar, soluțiile de tratament protetic fiind neconcordante cu vârsta subiecților.

Tratamentul protetic final trebuie temporizat până la stabilizarea mediului oral prin renunțarea la consumul de stupefiante. În acest sens este indicată comunicarea interdisciplinară cu medicul specialist psihiatru.

Controlul durerii este mai dificil de obținut în cadrul procedurilor terapeutice preprotetice și protetice datorită interacțiunilor medicamentoase dintre unele stupefiante (ex: cocaina), medicamente utilizate în curele de dezintoxicare (ex: metadona) și substanțele anestezice administrate.

Acești pacienți pot prezenta reacții necontrolate în cadrul manoperelor anestezice, ceea ce crește riscul apariției accidentelor și incidentelor, de aceea este indicată sedarea cu benzodiazepine.

Administrarea de adrenalină este de evitat, deoarece poate provoca pacientului un atac de panică și prelungește clearance-ul renal al substanței stupefiante.

Practicienii pot suferi de opiofobie, fiind reticenți în a prescrie, administra, distribui sau stoca medicamente din clasa opiaceelor. Medicii dentiști trebuie să aibă cunoștință despre efectele farmaceutice, durata de acțiune și de înjumătățire a opiaceelor pentru a putea prescrie medicația potrivită pentru un management eficient al durerii.

Această categorie de pacienți prezintă deseori comorbidități cu un grad ridicat de risc atât pentru pacient, cât și pentru medicul dentist: hepatite cronice, HIV/SIDA, psihoze.

Metodele de profilaxie, atât primară, dar mai ales secundară și terțiară, trebuie adaptate gradului de colaborare al pacientului.

Psihoterapia și curele de dezintoxicare trebuie asociate cu metodele de profilaxie dentară, deoarece medicația utilizată în cadrul acestora (ex: Suboxone) prezintă ca reacție adversă vomismentul, ceea ce creează un mediu oral acid predispozant leziunilor dentare și parodontopatiei.

Concluzii preliminare

Existența unei relații de cauzalitate între: consum de stupefiante - afecțiuni dentare presupune modificări ale planului de tratament protetic.

Prognosticul afecțiunilor dentare se modifică în sens pozitiv dacă se aplică metode de tratament protetic, profilaxie corespunzătoare și educație pentru igienizare orală, cu dispensarizarea pacienților la controale periodice la fiecare 3 sau 6 luni, în funcție de caz. Fluorizările dentare sunt recomandate.

Consumul de stupefiante este un factor de risc în apariția afecțiunilor dentare, astfel:

- Durata consumului de droguri este un factor de risc pentru apariția și pentru numărul cariilor de la nivelul coletului dentar.
- Durata consumului de droguri este factor de risc pentru apariția afecțiunilor parodontale.
- Consumul de droguri injectabile este factor de risc în apariția afecțiunilor parodontale generalizate.

3 STUDIU CLINICO-STATISTIC ASUPRA OPȚIUNILOR DE TRATAMENT PROTETIC RAPORTATE LA STATUSUL ORO-DENTAR AL PACIENȚILOR CONSUMATORI DE STUPEFIANTE

Aplicând regulile clasificării lui Dr. E. Kennedy și regulile de utilizare a acestora enunțate de Dr. O.C. Applegate situațiilor clinice ale subiecților din lotul de studiu, s-a evaluat numărul și frecvența breșelor edentate.

Cu ajutorul Testului T s-a testat ipoteza conform căreia : numărul breșelor nu este influențat în mod semnificativ de durata consumului de droguri. **Concluzie:** între cei doi factori- numărul de breședentate și durata consumului de droguri exprimată în luni, există o corelație liniară, moderat pozitivă și semnificativă din punct de vedere statistic.

Concluzia rezultată în urma aplicării testului ANOVA este aceea ca tipul drogului folosit- din punct de vedere al căii de administrare, nu determină diferențe semnificative în ceea ce privește numărul mediu de breșe.

Observații clinice

Situațiile intraorale impun de multe ori temporizarea tratamentului final. În contextul în care dinții restanți nu prezintă o viabilitate mare în timp și se preconizează că vor fi extrași într-un interval scurt de timp, se optează pentru varianta de tratament protetic de proteză parțială de tranziție (**Fig. 12, Fig. 13, Fig. 14**). Perioada în care pacienții poartă aceste proteze parțiale de tranziție ajută și la formarea reflexelor necesare în eventualitatea realizării unei proteze totale ca formă de tratament protetic final.

Proteza parțială acrilică este de asemenea o formă de tratament protetic final în situațiile în care pacienții au condiții economice modeste și nu pot accede din acest considerent la o altă formă de tratament protetic: proteza parțială scheletată, lucrări protetice fixe sau mobilizabile pe implanturi, după caz.



Fig. 12 a. Fotografie intraorală- status neprotezat; b. Fotografie intraorală- status protezat prin proteze parțiale acrilice;

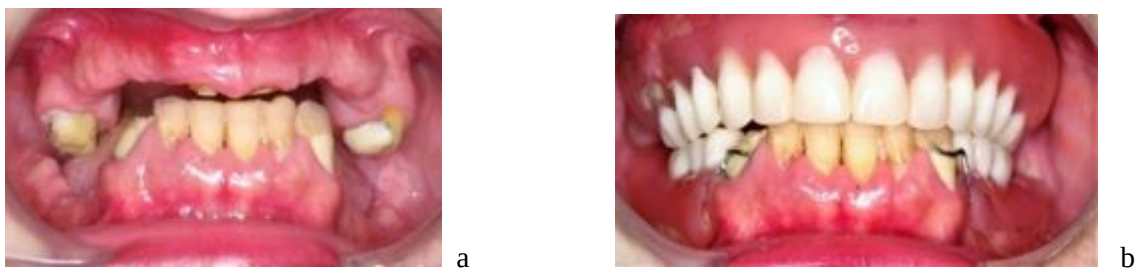


Fig. 13 a. Fotografie intraorală- status neprotezat; **b.** Fotografie intraorală- status protezat prin proteză parțială acrilică/ supraproteză pe dinți naturali

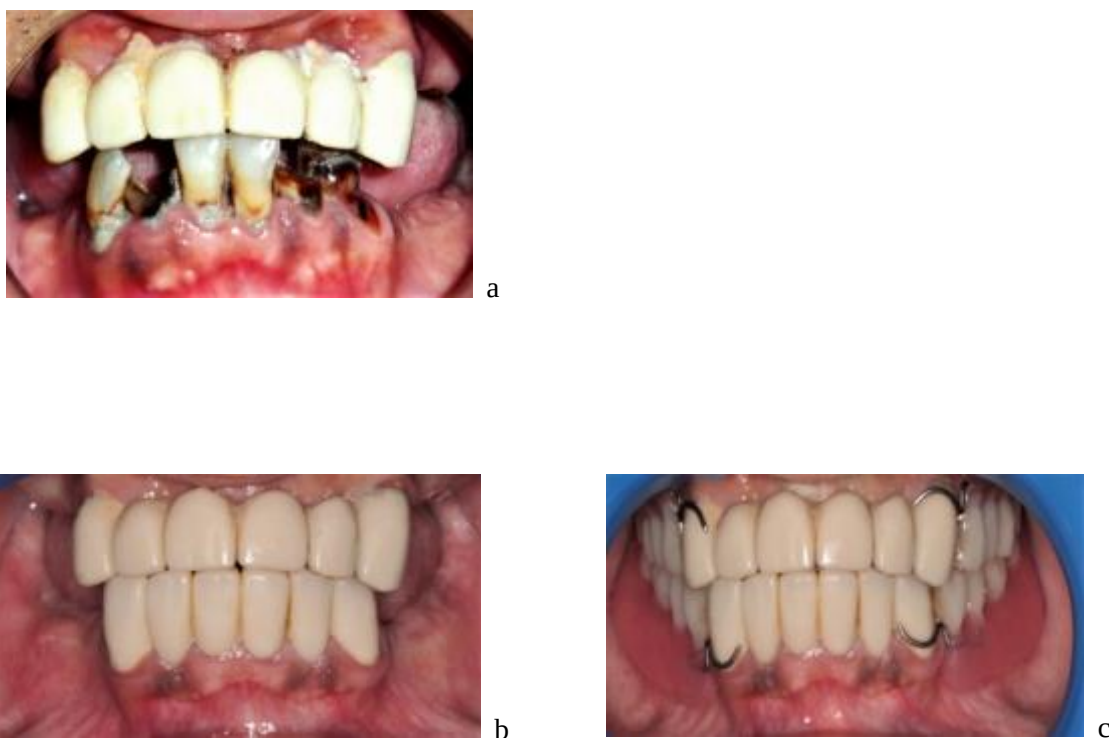


Fig. 14 a. Fotografie intraorală- status neprotezat; **b.** fotografie intraorală- protezare fixă front mandibular; **c.** Fotografie intraorală- status protezat prin proteze parțiale acrilice

Un factor important de avut în vedere este acela ca un procent mic din totalul subiecților din lotul de studiu, au finalizat planul de tratament propus, și aceia alegând cele mai economice opțiuni de reabilitare protetică.

Cauzele probabile sunt: lipsa posibilităților financiare, recăderile aduse de viciul însine-consumul de stupefiante, afecțiuni generale care pe un fond imunitar debilitat pun pacienții în incapacitate de a se prezenta la tratamentul medical dentar, necesitând internări și spitalizare, etc.

Din consumatorii de droguri neinjectabile, un procent de 30,8% urmează întreg planul de tratament, în timp ce din totalul consumatorilor de droguri injectabile, doar un procent de 13,6% realizează acest lucru.

În procesul de reabilitare protetică a consumatorilor de stupefiante, **strategia** trebuie să fie îndreptată în principal înspre **a limita intervențiile la minimum posibil**. Acest lucru reduce riscurile la care este expus atât pacientul, cât și personalul medical în timpul acestor intervenții.

Se optează pe cât posibil pentru manopere nesângerande, minim invazive, iar ca metode de tratament protetic se aleg variantele care permit modificări ulterioare în contextul în care dinții restanți nu prezintă o viabilitate lungă în timp- proteze parțiale acrilice, supraproteze acrilice. Astfel, lucrările protetice pot fi modificate sau înlocuite cu costuri clinico-tehnice minime, într-un timp cât mai scurt.

Managementul unui astfel de caz nu poate fi făcut în mod izolat, fără a ține cont de aspectele ce țin de starea de sănătate generală- fizică și psihică, astfel încât la strategia de reabilitare a unui pacient consumator de stupefiante trebuie să fie implicată o echipă interdisciplinară.

Nu trebuie pierdute din vedere în acest proces, aspectele de ordin social, deoarece obiceiurile din viața de zi cu zi a pacientului trebuie schimbate, astfel încât să se redobândească starea de sănătate.

Deciziile pacienților consumatori de stupefiante în privința alegerii opțiunii de tratament protetic sunt dictate de cele mai multe ori de aspecte de ordin psihologic și de ordin financiar.

Particularități ale tratamentului protetic

Când opțiunile de tratament oscilează între restaurare directă cu materiale compozite și restaurare indirectă cu microproteze de înveliș [146], se înclină în favoarea celei de-a doua variante, date fiind xerostomia și predispoziția la fracturi dentare.

Pentru a ameliora efectele xerostomiei se pot prescrie substanțe sialologice precum pilocarpina, hidrocortizon sau cevimeline hidroclorid, guma fără zăă sau substanțe hidratante pentru mediul oral pentru a combate xerostomia. Este posibil ca substituenții de salivă să nu aibă eficiența scontată.

Apele de gură ce conțin alcool trebuie evitate în cazul pacienților consumatori de stupefiante ce prezintă infecții fungice sau în cazul acelor care prezintă xerostomie. Sunt recomandate aplicații topice cu creme cu hidrocortizon și iodochinol sau nistatina și triamcinolon.

Infecțiile fungice severe pot fi tratate cu fluconazol în loc de ketoconazol, ce poate avea efect hepatotoxic.

Ritmul accelerat al demineralizării substanței dure dentare va duce la pierderea prematură a dinților prin leziuni odontale extinse cu amputări coronare și prezența a multiple resturi radiculare irecuperabile și generarea unor edentații extinse, ceea ce impune foarte frecvent orientarea soluțiilor de tratament într-o direcție radicală, neuzuală categoriei de vârstă tânără: protezări parțiale fixe extinse, parțiale mobilizabile, supraprotezări, protezări totale.

Unele substanțe stupefiante sunt cu cale de administrare orală, ceea ce presupune un contact direct al substanței cu mucoasa orală și cu structurile dentare.

Se remarcă și o modificare calitativă și cantitativă a oaselor maxilare, ceea ce face de multe ori dificilă abordarea unei soluții de protezare pe implanturi dentare, osul fiind spongios, osteointegrarea implantară fiind deficitară.

Intervențiile de chirurgie orală precum extracțiile dentare, inserția implanturilor dentare, chirurgia părților moi orale presupun riscuri suplimentare și precauții legate de vindecare.

În cazul prezenței bruxismului este necesară realizarea gutierelor în scop diagnostic, pentru relaxarea musculară și pentru stabilizarea rezultatelor obținute.

DISCUȚII

Raportările oficiale dedicate situației drogurilor controlate din România s-au elaborat și comunicat din 2004 până în prezent de către Agenția Națională Antidrog, conținând date și informații de detaliu, printre care descrierea drogurilor consumate, consecințe asupra sănătății, etc. fără însă a face referire la incidența posibilă în domeniul sănătății orale și problemelor specifice acestui domeniu, în speță cele de protetică dentară.

Această cercetare și-a atins într-o proporție semnificativă scopurile care au fost stabilite, luându-se în considerare limitările obiective referitoare la efectivul de pacienți consumatori de stupefiante incluși în studiu, la clasele de droguri consumate de aceștia precum și ipotezele de studiu folosite, în contextul tratamentului dentar protetic (**Anexa D**).

În studiile pilot, de impact și clinico-statistic s-au demonstrat relațiile de cauzalitate între consumul de stupefiante și modificări ale mediului oral și structurilor dentare (carii, breșe edentate, etc.), dinamicii afecțiunilor în funcție de tipul de drog consumat, prognosticului, necesitatea unui tratament protetic etapizat și complet, metode de profilaxie recomandate și/sau utilizate, elaborarea, acceptarea și execuția unui plan de tratament.

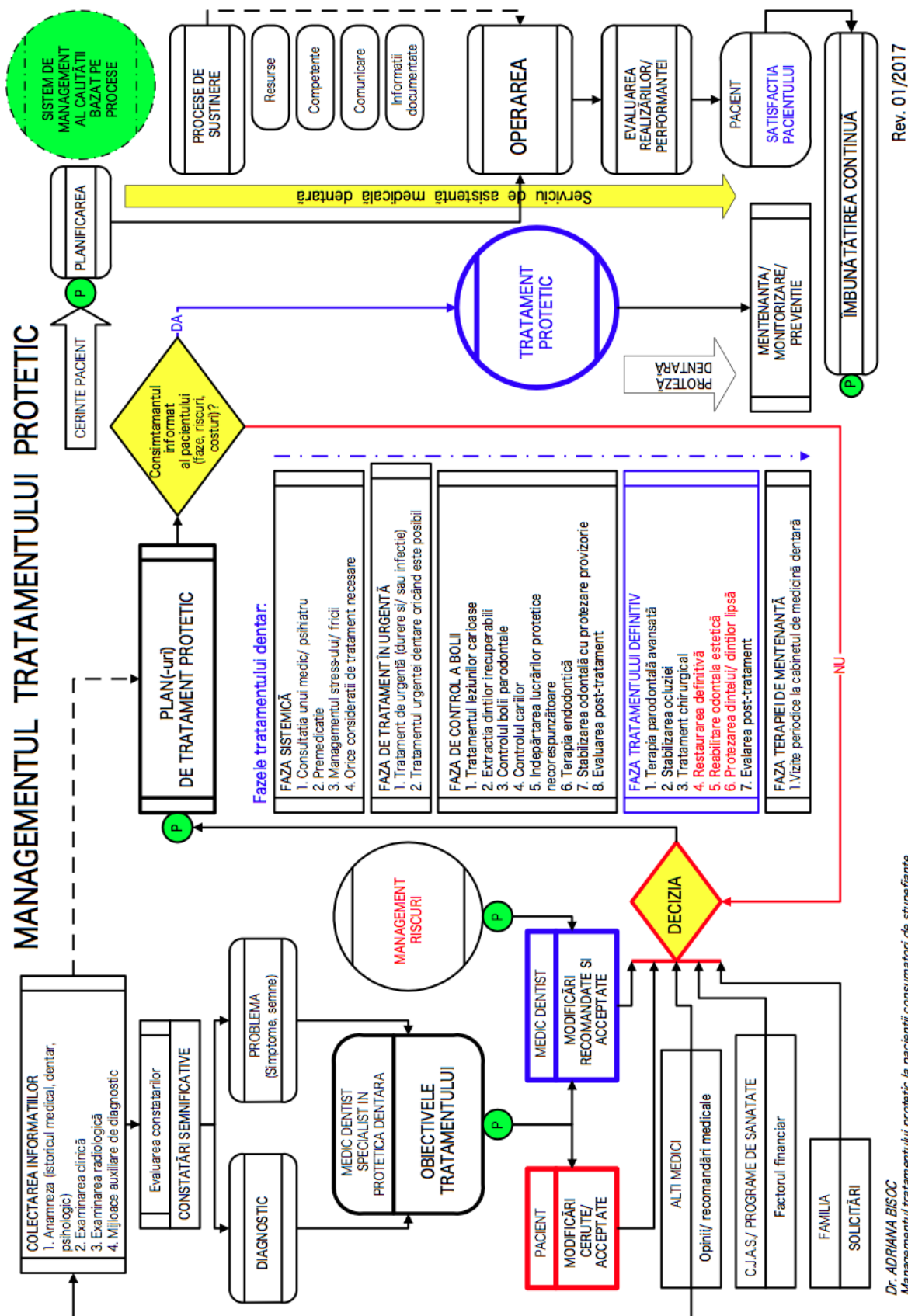
S-a intenționat și reușit să se realizeze prezentări de ansamblu ale practicilor actuale în domeniul managementului tratamentului protetic, al managementului riscului (la pacient dar și la furnizorul de servicii de asistență stomatologică, (conform standard ISO 31000:2009) și managementul Calității (conform standard ISO 9001:2015) [46]. Aceste diagrame de flux, cuprinse în Anexe (**Anexele F, G și H**), evidențiază într-o manieră expresivă și de sinteză, procesele de bază, secvențiale și relaționate, utile practicienilor dentiști care sunt implicați, singuri sau în echipă medicală, în managementul de caz/ individualizat pentru pacienții consumatori de stupefiante.

Aportul adus de această cercetare precum și contribuția intelectuală adusă de autor acoperă un gol de cunoaștere, referințe și metode, în domeniul medicinei dentare naționale, în special la nivel universitar, de formare și/sau perfecționare profesională a medicilor dentiști, specialiști în protetică dentară [147, 148]. Totodată cercetarea nefiind exhaustivă, ea trebuie repetată în mod necesar la un interval de timp, funcție de tendințele de consum de pe piața drogurilor dar și de adăugarea unor noi ipoteze de studiu.

Istoricul evenimentelor mondiale și naționale legate de droguri, de izolare a substanțelor psihoactive [149], arată că problematica legată de producția și consumul de droguri pe plan internațional nu este una nouă și are consecințe socio-economice multiple dar nu numai. Ca atare, în acest domeniu, efortul instituțiilor mondiale (OMS, UNODC, EMCDDA, etc.) și celor naționale este orientat în principal spre reducerea consumului de droguri, dezintoxicare, evitarea recăderilor, reintegrare socială, și în proporții nesemnificative sau deloc pentru sănătate orală și/sau programe de reabilitare orală [150].

Materialul utilizat, metodele folosite și interpretarea rezultatelor din această teză conduc la constatări și concluzii similare cu cele existente în literatura de specialitate din țările care s-au confruntat pe scară largă cu probleme de consum de droguri, morbidități asociate și toxicomanie. Pe aceste considerente, calitatea și validarea rezultatelor sunt reconfirmate prin comparații sau comentarii referative.

ANEXA G- MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI PROTETIC



Rev. 01/2017

CONCLUZII

În urma desfășurării studiilor clinico-statistice pilot încadrate în această cercetare au rezultat o serie de concluzii ce pot servi practicienilor spre a se organiza eficient, în contextul în care se confruntă cu cazuri de pacienți consumatori de stupefianțe, și vine în întâmpinarea acestora cu răspunsuri susținute de observații clinice și statistice când există incertitudini cu privire la metodele, etapizarea sau prognosticul tratamentului.

Aceste studii se doresc a eficientiza aspectele de practică clinică și a reduce evoluția afecțiunilor dentare la un nivel mai redus prin rolul de screening pe care îl poate avea medicul dentist atunci când este avizat asupra acestor aspecte.

Scopul este acela de a introduce instrumentele și procesele de management în derularea procesului de tratament a unui astfel de caz clinic, în vederea eficientizării acestuia și creșterea performanței.

Trebuie avute în vedere limitele acestei cercetări, care deși generează concluzii susținute de elemente din literatura de specialitate, este făcută pe un lot mic de pacienți, cauzele principale fiind instabilitatea psiho-socială a acestora determinată de consumul de stupefianțe precum și de considerente privind motivația și resursele personale alocate îngrijirii propriei sănătăți (ex. timp, bani).

Astfel:

- Durata medie a consumului diferă semnificativ statistic între cei cu nivel de pregătire mediu și avansat. Cei cu nivel mediu de pregătire au o durată medie a consumului de droguri de 78 de luni față de 56 de luni cât au cei cu nivel de pregătire avansat.

Explicația acestui lucru ar putea fi aceea că cei cu un nivel avansat de pregătire au un acces mai facil la mijloacele de informare și se pot documenta despre efectele negative ale consumului de stupefianțe, în același timp, putând accesa programe de consiliere și de terapii de dezintoxicare. Mediul social în care își desfășoară activitățile poate fi un factor care să contribuie în sens pozitiv la procesul de reabilitare personală.

- Durata medie a consumului (ani) diferă semnificativ statistic între cei angajați și șomeri, aceștia din urmă având o durată medie a consumului de 6,3 ani față de angajați care au o durată medie de 4,9 ani.

Anturajul nociv, lipsa unei ocupații și a sentimentului de validare socială pot crea frustrări în contextul unui psihic labil al pacientului și conduce adeseori la stări de depresie. În acest context, subiecții își găsesc refugiul în obiceiuri vicioase de tipul consumului de stupefianțe, care le aduc stări de confort psiho-emoțional pasagere. Persoanele angajate trebuie să facă față îndatoririlor de la locul de muncă și să se poată integra în colectivul cu care trebuie să dezvolte o comunicare activă și eficientă. Drept urmare, stările provocate de consumul de stupefianțe nu sunt compatibile cu aceste deziderate și subiecții se văd nevoiți să limiteze sau să stopeze consumul, altfel riscul de a pierde locul de muncă este iminent.

- Un procent mic din totalul subiecților din lotul de studiu, au finalizat planul de tratament propus, și aceia alegând cele mai economice opțiuni de reabilitare protetică.

Lipsa motivației pozitive sub toate aspectele, incluzând igiena personală și întreținerea stării de sănătate, asociate cu lipsa factorului financiar și cu incapacități de ordin fizic date chiar de consumul de stupefiante, duc la inconsecvență în planul de tratament stomatologic. Acest lucru are repercursiuni atât asupra pacientului în sine, cât și asupra eficienței medicului în a desfășura tratamentul. Unele etape de lucru trebuiesc reluate datorită neprezentării la timp a pacienților, astfel adaugându-se consumul de resurse suplimentare, în termeni de timp și bani. Programările pentru ședințele de tratament, la care acești pacienți nu se prezintă, presupun o pierdere pentru întreg cabinetul medical.

Soluțiile de tratament cel mai puțin costisitoare sunt alese preferențial deoarece mare parte din veniturile subiecților sunt alocate procurării stupefiantelor, iar bugetul personal nu le permite alte opțiuni. Sunt situații în care costurile tratamentelor medicale sunt suportate de familie sau de aparținători.

Alt aspect de luat în considerație este faptul că multe ori soluțiile de tratament protetic provizoriu (coroane provizorii din acrilat sau compozit, proteze parțiale acrilice, supraproteze acrilice) rămân soluții de tratament definitiv, deoarece pacienții nu se mai prezintă în cabinetele de medicină dentară pentru continuarea etapelor de tratament.

- Deciziile pacienților consumatori de stupefiante în privința alegerii opțiunii de tratament protetic sunt dictate de cele mai multe ori de aspecte de ordin psihologic și de ordin financiar.

Un considerent frecvent întâlnit este acela că se dorește din partea pacienților o reabilitare din punct de vedere estetic și nu neapărat o reabilitare completă din punct de vedere protetic. Acest lucru le îmbunătățește stima de sine și în unele cazuri devine un promotor în a reveni la o viață normală, fără consum de stupefiante.

- Timpul scurs de la ultima prezentare la cabinet nu influențează în mod semnificativ ducerea la bun sfârșit a planului de tratament

Frecvența cu care subiecții au declarat că au apelat la serviciile de medicină dentară, nu denotă neapărat responsabilitate și coerență în urmarea etapelor de tratament. De cele mai multe ori motivul prezentării este tratamentul unei urgențe, de regulă durere dentară, iar în momentul în care aceasta este rezolvată, finalizarea tratamentului este amânată sau neluată în considerare.

Etapa protetică într-un plan de tratament de cele mai multe ori succede restul terapiilor orale necesare, realizându-se într-un câmp stabilizat; până a ajunge la ea, majoritatea pacienților abandonează tratamentul.

În procesul de reabilitare protetică a consumatorilor de stupefiante, strategia trebuie să fie îndreptată în principal înspre a limita intervențiile la minimum posibil. Acest lucru reduce riscurile la care este expus atât pacientul, cât și personalul medical în timpul acestor intervenții.

Durata consumului de droguri determină în mod semnificativ statistic creșterea numărului de carii dentare la nivelul coletului. Caria la nivelul coletului dentar întâlnită la un număr mare de dinți- în diferite stadii- poate fi un indicator al consumului de stupefiante.

Este necesar ca medicul dentist, în situația în care întâlnește astfel de situații, să pună întrebări lămuritoare pentru a stabili factorii care au concurat la apariția acestora.

- Durata consumului de droguri este un factor de risc pentru apariția și pentru numărul cariilor de la nivelul coletului dentar.
- Pe perioada consumului de stupefiante preferințele alimentare ale subiecților sunt modificate înspre o dietă bazată pe consum de alimente și băuturi cu conținut crescut de zaharuri. Este binecunoscut rolul cariogen al acestora, iar consumul lor în exces, asociat cu o igienă orală precară creează premisele certe pentru dezvoltarea afecțiunilor odonto-parodontale.
- Durata consumului de droguri este factor de risc pentru apariția afecțiunilor parodontale.
- Consumul de droguri injectabile este factor de risc în apariția afecțiunilor parodontale generalizate.
- Afectarea parodontală în formă generalizată, apare într-o proporție semnificativ crescută în cazul folosirii drogurilor injectabile (81,8% vs 25%, p-stat=0.038)
- Perioada pe care se întinde consumul de substanțe stupefiante crește riscul contactării sau apariției de afecțiuni generale pentru persoanele consumatoare.

Echipamentele sau instrumentele utilizate pentru administrarea stupefiantelor, în special cele utilizate în comun sau cele pentru administrare injectabilă, utilizate într-un mod impropriu, pot fi vectori de transmisie ai multor virusi. Cu cât perioada de consum este mai lungă, cu atât acest risc crește.

- Modalitatea de administrare a stupefiantelor determină în mod evident creșterea riscului de contactare și diseminare a bolilor transmisibile de tipul HVB, HVC, HIV/SIDA, căile de administrare injectabile fiind o poartă de intrare în circulația sistemică a acestor virusi.

Pacienții purtători ai acestor virusi pot expune personalul medical unor riscuri majore dacă nu declară aceste afecțiuni; unii din aceștia este posibil să nu cunoască faptul ca sunt infectați. De aceea, anterior oricărei manopere terapeutice sângerânde, în cazurile în care pacienții declară consumul de stupefiante sau în cele în care există suspiciunea consumului de stupefiante, este indicat ca pacientul să facă un set de analize complete pentru a vedea care este situația prezentă, și în caz că rezultatele privitoare la o posibilă infecție sunt pozitive, este necesară îndrumarea acestora către serviciile medicale de specialitate în vederea tratării afecțiunilor generale.

În caz de urgență medicală dentară, se vor lua toate măsurile de precauție pentru a limita contaminarea instrumentarului și a suprafețelor precum și pentru a scădea riscul apariției de accidente legate de infectarea personalului medical și auxiliar.

- Pe măsură ce crește durata consumului, crește și numărul afecțiunilor colaterale.

Funcțiile organismului se deteriorează odată cu creșterea duratei de consum, apărând afecțiuni generale cauzate de consumul în sine, dar și de o nutriție dezechilibrată asociată cu un aport hidric inadecvat.

Abordarea sistematică, documentarea cazurilor, analiza acestora și constatarea aspectelor particulare, cu care medicii dentiști nu se întâlnesc în practica curentă, dau elemente de noutate acestei teze.

Inexistența unui cadru organizat și dedicat care să ofere pacienților consumatori de stupefiante accesul cumulat la specialitățile medicale necesare și restricțiile de ordin material cu care aceștia se confruntă, fac aproape imposibil de urmărit pe termen lung un lot mare de astfel de pacienți.

BIBLIOGRAFIE:

1. <http://www.unodc.org/images/afghanistan/DSC00107.JPG>
2. Prelipceanu D., Ghid de tratament în abuzul de substanțe psihoactive, Editura Infomedica, București, 2002.
3. <https://www.bing.com/images/search?q=heroina+formula&view=detailv2&id=9665B9817878DF2F632184973B300097603FCF74&selectedIndex=0&ccid=TmevfaBP&simid=608047742626499489&thid>
4. Rudgley Richard, Enciclopedia drogurilor, Traducere din limba engleză, Editura Paralela 45, București, 2009.
5. Ștefan Cristian Eduard, Flagelul drogurilor, Editura Cermaprint, București, 2006.
6. Țical George-Marius, De la plante la droguri, trecut și prezent, Editura Lucman, București, 2005.
7. https://explorepharma.files.wordpress.com/2010/09/ephedra_frucht.jpg
8. <https://www.bing.com/images/search?q=amphetamine+formula&view=detailv2&id=7A0A3A3A4B424CB3B9BCC78885F1D57A9E2B2AAD&selectedIndex=0&ccid=A1ATXae4&simid=608046664594817>
9. Voicu Victor, Psihofarmacologia și toxicologia clinică a drogurilor de abuz, Editura Academiei Române, București, 2005.
10. http://www.hiiraan.com/images/2012/Jan/Khat_2012.jpg
11. <http://www.quimicayalgomas.com/wp-content/uploads/2014/03/cocaina-formula.jpg>
12. <http://entheology.com/wp-content/uploads/erythroxylum-coca-fruits.jpg>
13. <http://www.wakingtimes.com/wp-content/uploads/2015/01/Cannabis-Flower-1.jpg>
14. Cicu G., Georgescu D., Moldovan A.M., Concepte de bază privind tulburările datorate consumului de substanțe, Agenția Națională Antidrog, București, p. 169, 2007.
15. http://www.oocities.org/hanhla2000/valium_with_structure_emphasized.gif
16. http://www.alcoolism.org/alcoolism_ro/alcoolform.jpg
17. Iovu M., Droguri legale, Monitorul Oficial, București, 2013.
18. Iovu M., Droguri ilegale, Monitorul Oficial, București, p.:25-33, 2013.
19. [http://3.bp.blogspot.com/-bvDx-Fxj1O0/VOEKf-KhhzI/AAAAAAAAAZEQ/g_ck7eqBQfA/s1600/Livro%2B-%2BPHANTASTICA%2B-%2BLouis%2BLEWIN%2B-%2B\(1924\)1.jpg](http://3.bp.blogspot.com/-bvDx-Fxj1O0/VOEKf-KhhzI/AAAAAAAAAZEQ/g_ck7eqBQfA/s1600/Livro%2B-%2BPHANTASTICA%2B-%2BLouis%2BLEWIN%2B-%2B(1924)1.jpg)
20. Baconi D., Balălău D., Abraham P., Abuzul și Toxicodependența- Mecanisme, Manifestări, Tratament, Legislație/ Toleranță și abuz, Opiu, pag. 43, Editura Medicală, București, 2008.
21. Prelipceanu D., Voicu V. (ed)- Abuzul și dependența de substanțe psihoactive, Editura Infomedica, București, p. 67-68, 70-71, 77-79- Efecte fizice și psihice asupra consumatorilor, p. 176-181, 2004.
22. Rusyniak D.E., Neurologic manifestations of chronic methamphetamine abuse, Neurol Clin. Author manuscript; available in PMC 2012 August 1. Published in final edited form as: Neurol Clin. 2011 August; 29(3): p. 641–655. Published online June 24, 2011.
23. Ciraulo D.A., Ofra S.- Sedative-, Hypnotic- or Anxiolytic-related Abuse. In: Kaplan H.I., Sadock B.J.(eds)- Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, VII-th edition, Vol.1, pp. 1071-1084, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2000.
24. Schuck M.A.- Drug and Alcohol Abuse- A clinical Guide to Diagnosis and Treatment, V-th edition, Kluwer Acad./Plenum Publ., New York, 2000.
25. https://www.google.ro/search?q=opiu+pipa+fumat&biw=1434&bih=436&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwitYvUq7zRAhWFvRoKHYCRAtYQ_AUIBigB#imgref=BubM4StdvKFc-M%3A
26. Donaldson M., Goodchild J.H., Oral Health and the Methamphetamine Abuser, American Journal of Health-System Pharmacy, 63: 2078-2082, 2006.
27. Klasser G.D., Epstein J.B., The Methamphetamine Epidemic and Dentistry. Gen Dent, 54: 431-439, 2006.
28. Brand H.B., Gonggrijp S., Blanksma C.J., Cocaine and oral health. Br Dent J, 204:365-369, 2008.
29. Management of cannabis use disorder and related issues- A clinician's Guide, Australian Government Department of Health, Sydney, 2009.
30. Cho CM, Hirsch R., Johnstone S., General and oral health implications of cannabis use. Aust Dent J, 50:70-74, 2005.
31. Thomas Nordegren, The A-Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse, First Editio, Brown Walker Press, Parkland, Florida USA – 2002.
32. Kim K. McFarland, Eric Y.K. Fung, The Complexity of Addiction, College of Dentistry, Nebraska, Apr. 2011. <http://www.dimensionsofdentalhygiene.com/ddhright.aspx?id=10816>
33. Kaiser S., Psychiatric and Addiction Consultation in Critical Care. Critical care nursing clinics of North America, 24:9-26, 2012.
34. Fahmida Hussain, Robert W. Frare, Karen L. Py Berrios, Dental Management of Patients with a History of Substance Abuse with Special Consideration for Addicted Pregnant Women and Addicted Dental Care Providers, 2013, <http://www.oralhealthgroup.com/>
35. Richard A. Lind, Matthew D. Sloneker, Minneapolis, MN, USA, Risk management for Dental Professionals, 2010 American Dental Association and MN Statutes 2013.

36. Fung Eric YK, Lange B, Impact of drug abuse/ dependence on dentists, www.agd.org, General dentistry, p.356-359, 2011.
37. Ana Petre, Petru Armean, Noțiuni de management al calității în medicina dentară (94-99; 91-116).
38. Gareth Rowland Thomas: The introduction of quality tools into dentistry, Good practice or Defensive Medicine, <http://www.nadr.co.uk/>
39. Rosenbaum Charles H., Dental precautions in treating drug addicts: A hidden problem among teens and preteens, Pediatric Dentistry, AAP, vol.2, no.2, 1980.
40. Eric Y.K. Fung, Brian M. Lange, Impact of drug abuse/dependence on dentists, General Dentistry, 2011, www.agd.org
41. Robinson P.G., Acquash S., Gibson B, Drug users: oral health-related attitudes and behaviours, British Dental Journal vol. 198, p.219-224, Febr.
42. Locker D.: Deprivation and oral health: a review. Community Dent. Oral Epidemiol.; 28:161-9, 2000.
43. Settle Susan, Physical Evaluation & Risk Assessment, Aug. 26, 2010.
44. SR ISO 31000:2010, Managementul riscului.
45. ISO 9000:2015, Quality Management Systems- Fundamentals and vocabulary .
46. ISO 9001:2015, Quality Management Systems- Requirements.
47. ISO 31000:2015, Risk Management-Principles and Guidelines.
48. Lind Richard, Sloneker Matthew, Risk Management for Dental Professionals, ADA 2010.
49. Quality Measurement in Dentistry, A Guidebook, Dental Quality Alliance (DQA), June 2016.
50. Kivovics Peter, Quality Control in dental practice, National Center for Healthcare, Hungary
51. Mara Paula Timofe, Silviu Albu, 'Iuliu Hatieganu' University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Quality management in dental care: patients' perspectives on communication. a qualitative study, Clujul Medical Vol. 89 no. 2: 287-292, 2016.
52. Bernardo Perea-Pérez, Andrés Santiago-Sáez, Fernando García-Marín, Elena Labajo-González, Alfonso Villa-Vigil, the Spanish Observatory of Safety for Dentistry Patients (OESPO)., Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 16 (6): e805-9., 2011.
53. D'Cruz L., Risk management in clinical practice, Part 1. Introduction, BDJ vol. 209, 19-22, 2010.
54. D'Cruz L., Risk management in clinical practice, Part 2. Getting to "yes" –the matter of consent, BDJ vol. 209, p.69, 2010.
55. Maglad A.S, Wassell R.W., Barclay S.C., Walls A.W., Risk management in clinical practice, Part 3. Crowns and bridges, BDJ vol. 209, 115-122, 2010.
56. Ahmad I., Risk management in clinical practice, Part 5. Ethical considerations for dental enhancement procedures, BDJ vol. 209, 207-214, 2010.
57. Mc Cord J.F., Risk management in clinical practice, Part 6a. Identifying and avoiding medico-legal risks in complete denture prosthetics, BDJ vol. 209, 273-276, 2010.
58. Stilwell C., Risk management in clinical practice, Part 6b. Identifying and avoiding medico-legal risks in removable dentures, BDJ vol. 209, 2010.
59. Yip K, Smales R, Oral Diagnosis and treatment planning, Part 2. Dental caries and assessment of risk, BDJ, vol. 213, 59-66, 2012.
60. Andreica- Sandica B., Drogul, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, p. 35-38, 2011.
61. EMCDDA (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie, Lisabona), RAPORTUL EUROPEAN PRIVIND DROGURILE, 2016. Tendințe și Evoluții
62. RAPORT A.N.A. 2016, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2016, ROMÂNIA, Noi evoluții și tendințe.
63. RAPORT A.N.A. 2004, RAPORT pentru Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și a Dependenței de Droguri realizat de Punctul Național privind Drogurile (Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii) din Rețeaua Europeană a Punctelor Naționale Focale privind Drogurile, ROMÂNIA, Situația în domeniul drogurilor, 2003.
64. RAPORT A.N.A. 2005, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2005 (pe baza datelor din 2004) elaborat de Observatorul Roman pentru Droguri și Toxicomanie, ROMANIA, Noi direcții, tendințe și informații detaliate referitoare la fenomenul drogurilor.
65. RAPORT A.N.A. 2006, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2006, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european.
66. RAPORT A.N.A 2007, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2007, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european.
67. RAPORT A.N.A. 2008, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2008, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european
68. RAPORT A.N.A. 2009, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2009, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european

69. RAPORT A.N.A. 2010, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2010, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european
70. RAPORT A.N.A. 2011, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2011, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european
71. RAPORT A.N.A. 2012, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2012, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european
72. RAPORT A.N.A. 2013, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2013, ROMÂNIA, Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european
73. RAPORT A.N.A. 2014, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2014, ROMÂNIA, Noi evoluții și tendințe.
74. RAPORT A.N.A. 2015, RAPORT NAȚIONAL PRIVIND SITUAȚIA DROGURILOR 2015, ROMÂNIA, Noi evoluții și tendințe.
75. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016, New York, May 2016
76. Nelu Niță, Dimensiunile consumului ilicit de droguri în Romania, comparativ cu statele Uniunii Europene, Universitatea Gerge Bacovia, Bacau, 2012.
77. Sfeatu R.I., Dumitrache A., Armean P., Conceptul de calitate a vieții în relație cu sănătatea orală și generală (p. 303-307).
78. Dumitrache A.M., Sfeatu I.R., Buzea C.M., Dumitrașcu I.C., Lambescu D.G., Concepte și tendințe în sănătatea orală. Editura Universitară "Carol Davila", București, 2009.
79. Dolan T., Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Special care in Dentistry*; 13:35-39, 1993.
80. Wilkinson R., Marmot M., Social determinants of health. The solid facts. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
81. Inglehart M.R., Bagramian R.A., Oral Health- Related Quality of life. Quintessence Publishing Co, Inc, 2002.
82. Timis T., Sănătatea orală- determinant esențial al calității vieții, Editura Performantica, Iași, 2005.
83. Carr Alison J., Higginson I.J., Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?, *British Medical Journal*, 322:1357-1360, 2001.
84. Gozashti M.H., Shahesmaeili A , Zadeh N.A., Is Opium Addiction a Risk Factor for Bone Loss? *Iran Red Crescent Med J*. 2011 July; 13(7): 464-468. Published online July 1, 2011.
85. Dyehouse J., Sawyer S.M., Brief Intervention After Alcohol-related injuries. *Nursing Clinics of North America*, 33:93-104, 1998.
86. https://www.google.ro/search?q=methamphetamine+mouth&biw=1434&bih=436&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj5-uu00a3SAhUFvBQKHUI2CEkQ_AUIBigB#imgsrc=iqPEaDKmrmXTCM
87. Fan J., Hser Yi, Herbeck D., Tooth Retention, Tooth Loss and Use of Dental Care among long-term Narcotics Abusers, *Substance Abuse*, 27:25-32, 2006.
88. Meredith M. D' Amore and Co., Oral health of substance-dependent individuals: Impact of specific substances, April 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ar • cles/PMC3384491/>
89. Thomas J. Pallasch, Anesthetic Management of the Chemically Dependent Patient, University of Southern California, School of Dentistry, Los Angeles, *Anesth Prog* 39:157-161, 1992 .
90. Cretzmeyer M., Walker J., Hall J.A., Arndt S., Methamphetamine Use and Dental Disease: Results of a Pilot Study, *Journal of Dentistry for Children*, 74:85-92., 2007.
91. Shaner J.W., Kimmes N., Saini T., Edwards P., "Meth Mouth": Rampant Caries in Methamphetamine Abusers. *AIDS Patient Care and STDs*, 20:146-150, 2006.
92. Brand H.S., Dun S.N., Nieuw Amerongen A.V., Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br Dent Journal* vol. 204: 77-81, 2008.
93. Ionescu A., Tratatamentul edentației parțiale cu proteze mobile – Clinica și tehnica de laborator-, Editura Național, pag.: 581-583, 2006.
94. Mihaela Păuna, s.a., Aspecte practice în protezarea edentației parțiale, vol. I: Protezarea prin proteze parțiale acrilice
95. Crossley, H. L., Jones, O., & White, R. K. (n.d.). Management of the addicted dental patient. Retrieved from the Maryland State Dental Association's Dentist Well Being Committee's website: <http://www.dentistwellbeing.com/pdf/mngtOfAddictedDentPatient.pdf>
96. Pallasch TJ. Anesthetic management of the chemically dependent patient, *Anesth Prog*; 39(4-5): 157-161, 1992.
97. William Maloney W., New York University, The Significance of Illicit Drug Use to Dental Practice, http://www.webmedcentral.com/article_view/455 , July 2010.
98. Thorsteinsson E.B., Lange M.B., Drug addict's experiences on oral health care, Universitetet i Tromsø, Norway, Institutt for Klinisk Odontologi, Juni 2011.
99. Ruth Edwardds, The dental aspects of treating a patient with substance misuse problems, May 2010.
100. Harold L. Crossley, Omar Jones, Robert K. White, Management of the Addicted Dental Patient, ADA, 1991.

101. Pain: Assessment, Non_Opioid Treatment Approaches and Opioid Management, Helath Care Guideline, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), sept. 2016, www.icsi.org
102. Smith David, ABGD Sample Standardized Treatment Planning Case Scenario
103. Smith E.C., Acute medical complications and the medical risk-related history in the general dental practice, The University of Amsterdam, Faculty of Dentistry, Ph. D. Thesis, 2001.
104. Rosenbaum Charles H, Dental precautions in treating drug addicts: A hidden problem among teens and preteens, The American Academy of Pedodontics/ Pediatric Dentistry, vol2, No.2, 1980.
105. Principles of Drug Addiction Treatment, A Research based Guide, 3rd Edition, National Institute on Drug Abuse, USA, 2012.
106. Perea-Perez Bernardo, Garcia-Marin Fernando, Labajo-Gonzales Elena, Villa-Vigil Alfonso, Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan, Madrid, Med Oral Patol Cir Bucal, sept. 2011.
107. P. Armean: Management sanitary. Noțiuni fundamentale de sănătate publică, Editura Coresi, 2004.
108. Kaiser S.K., The importance of oral health in treatment outcomes for the chemically dependent population, J alcohol Drug Depend, 3:3, 2015.
109. US DHHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
110. Committee on Crossing the quality Chasm. Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasms Series Chapter 5. Paper presented at the The 2006 Institute of Medicine Report Recommendations., 2006.
111. Pitts N., Amaechi B., Niederman R. et al: Global oral health inequalities: dental caries task group- research agenda. Adv.Dent. Res., 23: 211-220, 2011.
112. Oscarson L., Lindholm L., Kallestål C.: The value of caries preventive care among 19-year-olds using contingent valuation method within a cost-benefit approach. Community Dent. Oral Epidemiol., 35:109-117, 2007.
113. Gooch B.F., Griffin S.O., Gray S.K. et al: Preventing dental caries through school-based sealant programs: updated recommendations and reviews of evidence. J. Am. Dent. Assoc. ; 140:1356-1365, 2009.
114. Council of European Dentists. CED resolution "For Better Oral Health of All EU Citizens: Mutual Integration Of Oral and General Health!", 2009.
115. Marmot M., Bell R.: Social Determinants and dental health. Adv.Dent.Res.; 23:201-206, 2011.
116. Griffin S.O., Jones J.A., Brunson D. et al: Burden of oral disease among older adults and implication for public health priorities. Am. J. Public Health; 102: 411-8, 2012.
117. Sfeatcu R. I., Cernusca-Mitiariu M., Ionescu C., Malita M.A.- Progrese în medicina dentară, vol. 10, Ars Docendi, Universitatea din București, 2013.
118. Ruxandra Ionela Sfeatcu, Nicoleta Maru, Robertina Oprea, Petru Armean, Aspecte privind starea de sănătate orală în Europa (35-39).
119. Report- the State of Oral Health in Europe. Platform for Better Oral Health in Europe, 2012.
120. Sheridan J, Aggleton M, Carson T, Public dental health: Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies, British Dental Journal 191, 453-491, Oct. 2001
121. Horst G., Molendijk B., Brouwer E., Verhey H.G., Differences in dental treatment plan and planning for drug addicted and non-drug addicted patients, Amsterdam, The Netherlands, Apr. 1996, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8654032>
122. Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs, REFERENCE MANUAL V 37/NO. 6 15/1633, rev.2012.
123. Petersen P.E., Burgeois D., Ogawa H., Estupian-Day S., Ndaye C.: The global burden of oral disease and risks to oral health. Bulletin of the world Health Organization; 83:661-669, 2005.
124. Watt R., Fuller S.: Practical aspects of oral health promotion. Community Oral Health (Pine C., Harris R. Eds) United Kingdom, Quintessence. 357-375, 2007.
125. Eurobarometer 2010, 72.3 Oral Health. Special Eurobarometer 330, 2010.
126. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care Hajar SHEKARCHIZADEH 1,2, * Mohammad R. KHAMI 2,3 , Simin Z. MOHEBBI 1,2, Hamed EKHTIARI 4,5 , Jorma I. VIRTANEN 6,7, Iranian J Publ Health, Vol. 42, No. 9, pp.929-940, 2013.
127. Solomons Y.F., Moipolai P.D., Substance abuse: case management and dental treatment, SADJ, vol. 69, no.7, Clinical Review, 2014.
128. Mateos-Moreno M.V. and Co., Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study., Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 18(4), pag. 671-679, 2013.
129. Kaiser Susan Katherine, The Importance of Oral Health in Treatment Outcomes for the Chemically Dependent Population, Minnesota USA, J Alcohol Drug Depend, 33, 2015.
130. Shekarchizadeh H and Co, Oral Health Behaviour of Drug Addicts in Withdrawal Treatment, <http://www.biomedicalcentral.com/1472-6831/13/11>

131. Stephen J. Stefanac, *Developing the Treatment Plan*, Oxford, Oxford University Press, 2003.
132. *Drugs of Abuse*, Drug Enforcement Administration (DEA), US Department of Justice, Edition 2011.
133. Sinead O'Mahony Carey, *Psychoactive Substances Manual (Edition 1.1), A Guide to Ethnobotanical Plants and Herbs, Synthetic Chemicals, Compounds and Products*, Health Service Executive South, Ireland, 2000 .
134. Daniel E Becker, DDS, *Psychotropic Drugs: Implications for Dental Practice*, Miami Valley Hospital, Dayton, Ohio, 2008, <http://europepmc.org/articles/PMC2533641//reload=0;jsessionid=j1O6a6ub52piH9XotCW2.6> , Michael M Page, Clinical Pharmacist, Graylands Hospital; and Luke M Somerville-Brown, Dental Surgeon, Sir Charles Gairdner Hospital, Perth Michael M Page, Clinical Pharmacist, Graylands Hospital; and Luke M Somerville-Brown, Dental Surgeon, Sir Charles Gairdner Hospital, Perth
135. Michael M. Page, Luke M. Somerville-Brown, *Psychotropic Drugs and Dentistry*, Perth, Australian Prescriber, 30: 98-101, 2007.
136. Aartman I.H.A, *Treating Highly Anxious Dental Patients in a Dental Fear Clinic*, Ph.D. Thesis, Department of Social Dentistry and Dental Health Education of the Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), The Netherlands, nov. 2000.
137. Theresa M. Hofstede, DDS, and Rhonda F. Jacob, DDS, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, *Diagnostic considerations and prosthetic rehabilitation of a cocaine-induced midline destructive lesion: A Clinical Report*, The Journal of Prosthetic Dentistry, Volume 1034, issue 1, 2010.
138. Andrei O.C., *Progrese in medicina dentara* Ed Ars Docendi, Universitatea din Bucuresti, vol 10; 49-90, 2013.
139. Bodnar D.C, Dimova C., Bodnar T., Cristache C.M., Burlibasa M., Sfetacu R, Papakoca K., *Managementul dentar al pacientului cu afectiuni psihice*, Medicina moderna, vol. XVII, nr.10, pag. 538-543, 2010.
140. Orthlieb J.D., Constantinescu M.V., Ré Ph., Păuna M.R., *Criterii de management ale planului de tratament în reabilitarea orală*, Revista Română de Stomatologie – volumul LVII, nr. 1, an 2011.
141. Marinela Melania Marcu, *Politici sociale și strategii de luptă antidrog în România*, Teza de Doctorat, Rezumat, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, 2011.
142. Silviu Ciprian Bucur, *Implicații sociale ale consumului de droguri*, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, 2010.
143. Norina Forna, *Protetica dentară, vol. I: Gnatologie, proteza unidentara, edentatia partial redusa*, Ed. Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
144. Norina Forna, *Protetica dentară, vol. II: Proteza partiala mobilizabila, proteza totala*, , Ed. Enciclopedica, Bucuresti, 2011.
145. -Păuna M., Sandu S.A., *Protetica dentară*, Ed. Cernaprint, 2007.
146. Traistaru T., Petre A., Bodnar C., *Fixarea protezelor unidentare și parțiale- curs pentru studenți și rezidenți, caatedra de Protetica Dentara Fixa si Ocluzologie*, Facultatea de Medicina Dentara, U.M.F. „Carol Davila”, Bucuresti, 2006.
147. Krithikadatta J., *Research methodology in Dentistry: Part I-The essentials and relevance of research*, J Conserv Dent, 15(1): p. 5-11, 2012.
148. Krithikadatta J., Valarmathi S., *Research methodology in Dentistry: Part II-The relevance of statistics in research*, J Conserv Dent, 15(3): p. 206-213, 2012.
149. Samarian Pompei Ghe., *Medicina si farmacia in trecutul romanesc 1382-1775*, editie 1935, www.dacoromanica.ro
150. D'Souza, Parag Dua, *Rehabilitation strategies for partially edentulous-prosthetic principle and current trends*, MJAR, vol. 67, no.3, p.296-298, 2011.
151. Bowley J, *Minimal Intervention Prosthodontics: Current Knowledge and Social Implications*, Medical Principles and Practice, Kuwait University, Faculty of Dentistry, 2002.
152. Featherstone JDB, Domejan S, *Minimal Intervention Dentistry, Part 1. From 'compulsive' restorative dentistry to rational therapeutic strategies*, BDJ, vol. 213, 441-445, 2012.
153. Scheutz F., *Five year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark*. Community Dent Oral Epidemiol, 12: 29-34, 1985.
154. Sheridan J, Aggleton M, Carson T (2001). *Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies*. Br Dent J, 191 (8): 453-7, 2001.
155. Robinson P.G., Acquah S., Gibson B., *Drug users: oral health-related attitudes and behaviours*. Br Dent Journal, 198 (4): 219-24, 2005.
156. Arasteh K., Des Jarlais D.C., Perlis T.E., *Alcohol and HIV sexual risk behaviors among injection drug users*. Drug Alcohol Depend, 95 (12): 54-61, 2008.
157. Faruque S., Edlin B.R., McCoy C.B., Word C.O., Larsen S.A., Schmid D.S., Von Bargen J.C., Serrano Y., *Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 13 (1): 87-92, 1996.
158. Reece AS., *Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs*. Aust Dent J, 52 (2): 144-9, 2007.

159. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UN-ODCCP), Guidelines, Demand reduction, A Glossary of Terms, New York, 2000.
160. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Terminology and Information on Drugs, 2nd Edition, March 2013.
161. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Terminology and Information on Drugs, 3rd Edition, March 2016.
162. Titsas A, Ferguson MM (2002). Impact of opioid use on dentistry. *Aust Dent J*, 47 (2): 94-8
163. Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg*, 6 (4): 315-20, 2008.
164. Blanksma CJ, Brand HS, Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. *Int Dent J*, 55 (6): 365-9, 2005.
165. Kapila YL, Kashani H., Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *J Periodontol*, 68 (5): 485-8, 1997.
166. Krutchkoff DJ, Eisenberg E, O'Brien JE, Ponzillo JJ, Cocaine-induced dental erosions. *N Engl J Med*, 322 (6): 408, 1990.
167. Saini T, Edwards PC, Kimmes NS, Carroll LR, Shaner JW, Dowd FJ, Etiology of xerostomia and dental caries among methamphetamine abusers. *Oral Health Prev Dent*, 3 (3): 189-95, 2005.
168. Richards JR, Brofeldt BT, Patterns of tooth wear associated with methamphetamine use. *J Periodontol*, 71 (8): 1371-4, 2000.
169. ADA Division of Communications; Journal of the American Dental Association; ADA Division of Scientific Affairs, For the dental patient ... methamphetamine use and oral health. *J Am Dent Assoc*, 136 (10): 1491, 2005.
170. Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen AV. Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br Dent J*, 204 (2): 77-81, 2008.
171. Gahlinger PM, Club drugs: MDMA, gamma-hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and ketamine. *Am Fam Physician*, 69: 2619-26, 2004.
172. Bullock K., Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am*, 43 (3): 513-26, 1999.
173. Schulz-Katterbach M, Imfeld T, Imfeld C., Cannabis and caries--does regular cannabis use increase the risk of caries in cigarette smokers? *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 119 (6): 576-83, 2009.
174. Ma H, Shi XC, Hu DY, Li X., The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. *Med Sci Monit*, 18 (4): PH51-5, 2012.
175. Picozzi A, Dworkin SF, Leeds JG, Nash J., Dental and associated attitudinal aspects of heroin addiction: a pilot study. *J Dent Res*, 51 (3): 869., 1972.
176. Robbins JL, Wenger L, Lorvick J, Shiboski C, Kral AH., Health and oral health care needs and health care-seeking behavior among homeless injection drug users in San Francisco. *J Urban Health*, 87 (6): 920-30, 2010.
177. Rees T.D., Oral effects of drug abuse. *Crit Rev Oral Biol Med*, 3(3): 163-84, 1992.
178. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T. The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. *Presse Med*, 32 (20): 919-23, 2003.
179. Lowenthal A.H., Atypical caries of the narcotics addict. *Dent Surv*, 43 (12): 44-7, 1967.
180. Shaner J.W., Caries associated with methamphetamine abuse. *J Mich Dent Assoc*, 84 (9): 42-7, 2002.
181. Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, Welch D, Hancox RJ., Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA*, 299 (5): 525-31, 2008.
182. Ahrens AGMS, Bressi T., Marijuana as promoter for oral cancer? More than a suspect. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 6 (3): 117, 2007.
183. Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Manfredi M, Peracchia M., The effects of drugs on the oral cavity. *Minerva Stomatol*, 48 (10): 485, 1999.
184. Angelillo IF, Grasso GM, Saggiocco G, Villari P, D'Errico MM., Dental health in a group of drug addicts in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19 (1): 36-7, 1991.
185. Davis RK, Baer PN. Necrotizing ulcerative gingivitis in drug addict patients being withdrawn from drugs. Report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 31 (2): 200-4, 1971.
186. Cretzmeyer M, Walker J, Hall JA, Arndt S., Methamphetamine use and dental disease: results of a pilot study. *J Dent Child (Chic)*, 74 (2): 85-92, 2007.
187. Llewelyn J, Mitchell R., Smoking, alcohol and oral cancer in south east Scotland: a 10 year experience. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 32 (3): 146-52, 1994.
188. McGrath C, Chan B., Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *Br Dent J*, 198 (3): 159-62, 2005.
189. Milosevic A, Agrawal N, Redfearn P, Mair L., The occurrence of toothwear in users of Ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine). *Community Dent Oral Epidemiol*, 27(4): 283-7, 1999.
190. Brazier WJ, Dhariwal DK, Patton DW, Bishop K., Ecstasy related periodontitis and mucosal ulceration -- a case report. *Br Dent J*, 194 (4): 197-9, 2003.
191. Soroush A R, Modaghegh M H S, Karbakhsh M, Zarei M R., Drug abuse in hospitalized trauma patients in a university trauma care center: an explorative study. *Tehran University Medical Journal*, 64 (8): 43-8, 2006.

- 192.**DEX, DICȚIONARUL EXPLICATIV AL LIMBII ROMÂNE, Academia Română, Institutul de Lingvistică "Iorgu Iordan", Editura Univers Enciclopedic, București, Ed. A II-a, 1996.
- 193.**Lexicon of alcohol and drug terms, World Health Organization (WHO), Geneva, 1994.
- 194.**Thomas Nordegren, The A-Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse, Florida-USA, 2002.
- 195.**Terminology and Information on Drugs, United Nations Office on Drugs and Crime (ONODC), 3rd Edition, March 2016.
- 196.** Demand Reduction, A Glossary of Terms, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (ODCCP), New York, 2000.
- 197.** David V. Gauvin, Zachary J. Zimmermann, Theodore J. Baird, The Lexicon of Drug Abuse, Journal of Drug Abuse, iMedPub Journals, vol. 2, No. 1:01., 2016.
- 198.** Drugs of Abuse, Drug Enforcement Administration (DEA), U.S. Department of Justice, Edition 2011.
- 199.**Istvan Ujvary, Psychoactive natural products: overview of recent developments, Ann Ist Super Sanita, vol. 50, No. 1:12-27, 2014.
- 200.** Sinead O'Mahony Carey, Psychoactive Substances Manual (Edition 1.1)
- 201.**The Academy of Prosthodontics, USA, The Journal of Prosthetic Dentistry, THE GLOSSARY OF PROSTHODONTIC TERMS, July 2005.