

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 3(8) / 2008

CHIȘINĂU — 2008

CZU 616.31:061.231
M52

ISBN 978—9975—52—006—5

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

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

- © Text: ASRM, 2008, pentru prezenta ediţie.
© Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialişti în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conţinutul şi redacţia articolelor publicate.

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Medicină stomatologică : Publ. oficială a Asoc. Stomatologilor din
Rep. Moldova (ASRM) şi a Univers. de Med. şi Farm. „N. Testemiţanu” .
— Ch.: Grafema Libris, 2008. — 56 p.
ISBN 978—9975—52—006—5
300 ex.

616.31:061.231

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

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

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

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

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

Adresa redacției:

bd. Ștefan cel Mare, 194B (blocul 4, et. 1)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova.

Tel.: (+373 22) 205-259

Fax: (+373 22) 243-549

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Pavel GODOROJA

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris GOLOVIN

Viceministru al Ministerului Sănătății RM

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Ilarion POSTOLACHI

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBATIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

MEMBRU DE ONOARE AL COLEGIULUI DE REDACȚIE:

Arsenie GUȚAN

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Veronica BULAT

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

Alexandru BOSTAN

Machetare computerizată

CUPRINS

Teorie și experiment	
A.C.Кушнир	
ГИГИЕНА ТРУДА ВРАЧА—СТОМАТОЛОГА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ	7
Постолаки И., Постолаки А.	
К ВОПРОСУ О ФОРМООБРАЗОВАНИИ И БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВАХ СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ПРИРОДЕ И ЗУБАХ ЧЕЛОВЕКА	10
Ana Eni d. ș m., Oleg Chiriac, Ștefan Vlas	
COMPLEXUL MUCO-PARODONTAL, MEDICUL STOMATOLOG ȘI PACIENTUL	12
Gheorghe Granciu	
EVIDENȚIEREA ACTIVITĂȚII PROCESELOR REGENERAȚIEI OSOASE LA ADMINISTRAREA COMPUȘILOR DE ZINC ȘI VANADIU (lotul 2)	15
Gheorghe Nicolau, Mihail Barbuț, Valentina Bodrug, Iurie Marina, Daniel Guțuțui, Mihai Enache	
UNELE ASPECTE PRIVIND MATERIALELE DE SUBSTITUȚIE ȘI STIMULARE A OSTEOGENEZEI	18
P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase	
CONCENTRAȚIA DE FLUOR ÎN DIFERITE ORGANE ALE ORGANISMULUI UMAN	20
Organizare și istorie	
Ion Munteanu	
URGENȚE, RISCURI ȘI ACCIDENTE ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ	22
Ala Ojovan	
DEZINFECTAREA SUPRAFEȚELOR DE LUCRU: SUBIECTE ACTUALE	23
Ana Eni d. ș m., Oleg Chiriac, Ștefan Vlas	
STRUCTURA ADRESABILITĂȚII PACIENȚILOR CE AU SOLICITAT UNITĂȚILE MEDICALE STOMATOLOGICE PRIVATE	25
Odontologie—parodontologie	
Lucian Ichim, Angela Ghiorghe, Iulia Nunchievici, Ștefan Lăcătușu	
STUDII PRIVIND ROLUL UNOR FOCARE DE INFECȚIE ODONTO-PARODONTALE ÎN APARIȚIA SAU AGRAVAREA UNOR BOLI SISTEMICE	28
Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Ursu Elvira, Eni Ana, Cușnir Anatol, Ojovan Ala., Zagnat Vasile, Curteanu Luiza, Grosu Elena	
APRECIEREA EFICACITĂȚII BIOR-TERAPIEI LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI PARODONTALE INFLAMATORII.....	31

CONTENTS

Teorie și experiment	
A.C.Кушнир	
THE HYGIENE OF WORK OF A DENTIST IN NEW CONDITIONS.....	7
Постолаки И., Постолаки А.	
PROBLEMS OF MORPHOGENESIS AND BIOMECHANICAL CHARACTERISTICS OF STRUCTURE ELEMENTS IN NATURE AND IN HUMAN	10
Ana Eni d. ș m., Oleg Chiriac, Ștefan Vlas	
THE MUCO PARODONTAL COMPLEX, THE STOMATOLOGICAL DOCTOR AND THE PATIENT. 12	
Gheorghe Granciu	
THE EVALUATION OF THE ACTIVITY OF BONE REGENERATION PROCESSES UNDER THE ADMINISTRATION OF COORDONATIVE COMPOUNDS OF ZN AND VO (lot 2)	15
Gheorghe Nicolau, Mihail Barbuț, Valentina Bodrug, Iurie Marina, Daniel Guțuțui, Mihai Enache	
SOME ASPECTS CONCERNING THE MATERIALS OF THE OSTEOGENESIS SUBSTITUTION AND SIMULATION	18
P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase	
THE CONTENT OF FLUORINE IN SEPARATE ORGANS OF HUMAN BODY.....	20
Organizare și istorie	
Ion Munteanu	
EMERGENCIES, RISKS AND ACCIDENTS IN DENTAL PRACTICE	22
Ala Ojovan	
DISINFECTION OF WORKING SURFACES: AN UP TO DATE SUBJECT	23
Ana Eni d. ș m., Oleg Chiriac, Ștefan Vlas	
STRUCTURE OF ADDRESSABILITY OF PATIENS VISITING PRIVATE STOMATOLOGIC FACILITIES	25
Odontologie—parodontologie	
Lucian Ichim, Angela Ghiorghe, Iulia Nunchievici, Ștefan Lăcătușu	
THE STUDIES OF DENTAL FOCAL INFECTION TO APPEARANCING AND AGGRAVATING THE SISTEMIC DISEASES	28
Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Ursu Elvira, Eni Ana, Cușnir Anatol, Ojovan Ala., Zagnat Vasile, Curteanu Luiza, Grosu Elena	
ASSESSMENT OF BIOR THERAPY EFFECTIVENESS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY PARODONTIUM AFFECTIONS.....	31

Olga Calin, Seghei Ichim, Arcadie Musteață,
**RESTAURĂRI ESTETICE
CU FOLOSIREA SISTEMEI ORMOCER32**

Valeriu Calmațui
**PREPARATUL „Levobior” ÎN TRATAMENTUL
PERIODONTITELOR APICALE33**

P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase
CLINICA FLUROZEI34

Valeriu Calmațui
**EFICACITATEA UTILIZĂRII PREPARATULUI
Desi Spray ÎN TRATAMENTUL HIPERSTEZIEI
DENTARE..... 35**

Chirurgie OMF și anestezie

Grigoriev Vladimir Mihai
**UNUL DIN ASPECTELE SCĂDERII HIPERSENSIB-
LITĂȚII POSTOPERATORICE ALE DINȚILOR.....37**

Victor Siminiuc
**ASPECTE COMPENSATORII ÎN PRESIUNEA
(ÎNCĂRCĂREA) IMPLANTELOR DENTARE 40**

Protetică dentară

Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян
**ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ И РАСПОЛОЖЕНИЯ
КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НА ФОРМУ
ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ ДИСТООККЛЮЗИИ 44**

Постолаки Александр
**ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ
БИОСИММЕТРИИ В СТРОЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ
У ЧЕЛОВЕКА НА ОРТОПАНТОГРАММАХ... 47**

Слабковская А.Б., Филиппова В.С., Баташвили Р.М.
**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯ МОЛЯРОВ
ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ 55**

Daniela Chirița
**EVALUAREA MICROCURRENTILOR ÎN CAVITATEA
BUCALĂ LA PACIENȚII CU UNITĂȚI PROTETICE
METALICE57**

Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ ПРОФИЛЯ ЛИЦА
ПО ВЕЛИЧИНАМ ФАЦИАЛЬНОГО И
ИНКЛИНАЦИОННОГО УГЛОВ С УЧЕТОМ
НАКЛОНОВ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
ОККЛЮЗИИ И ДИСТООККЛЮЗИИ57**

Medicina dentară pediatrică

Elena Stepco, Ion Lupan
**TRATAMENTUL COMPLEX
AL FLUROZEI DENTARE.....62**

Railean Silvia
**DEFORMAȚIILE SCHELETULUI CRANIOFACIAL LA
COPII (PLAGIOCEFALEEA)..... 64**

Гунько Т. И.
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ
АНОМАЛИЙ67**

Olga Calin, Seghei Ichim, Arcadie Musteață,
**ESTETIC RESTORATION THROUGH APLICATION
OF ORMOCER SYSTEM..... 32**

Valeriu Calmațui
**„Levobior” PREPARATION IN APICAL
PERIODONTITES TREATMENT 33**

P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase
FLUOROSIS CLINIC.....34

Valeriu Calmațui
**THE EFFECT IVENESS OF THE UTILIZATION OF
THE MEDICINE DESI SPRAY IN THE TREATMENT
OF DENTAL HIPERSENSIBILITY..... 35**

Chirurgie OMF și anestezie

Grigoriev Vladimir Mihai
**ONE OF THE ASPECTS OF TEETH’S HYPERSEN-
SITIVITY POST OPERATION ABATE 37**

Victor Siminiuc
**COMPENSATION ASPECTS IN DENTAL
IMPLANTS PRESSURE (LOADING) 40**

Protetică dentară

Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян
_*****
?????????
????????????????? 44

Постолаки Александр
**GRAPHICAL METHOD OF DETERMINING THE
STRUCTURAL BIOSYMMETRY OF HUMAN
DENTAL ARCHES ON ORTHOPANTOGRAMS47**

Слабковская А.Б., Филиппова В.С., Баташвили Р.М.
**VARIABILITY OF FIRST MAXILLARY MOLARS
POSITION IN PHYSIOLOGICAL OCCLUSION... 55**

Daniela Chirița
**EVALUATION OF MICROCURRENTS IN ORAL
CAVITY ON PATIENTS WITH METALLIC
PROSTHETIC UNITS57**

Ф.Я. Хорошилкина, А.Г. Чобанян

***57

Medicina dentară pediatrică

Elena Stepco, Ion Lupan
**THE COMPLEX TREATMENT
OF DENTAL FLUROSIS.....62**

Railean Silvia
**POZITIONAL PLAGIOCEPHALY
IN CHILDREN..... 64**

Гунько Т. И.
**COMPLEX TREATMENT
OF THE TOOFHJAMICAL ABNORMALITIES67**

ГИГИЕНА ТРУДА ВРАЧА—СТОМАТОЛОГА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ

А.С.Кушнир

Кафедра
терапевтической
стоматологии ФУВ

Rezumat:

S-a efectuat un studiu sociologic bazat pe opinia a 350 medici stomatologi. Ca rezultat s-a observat o îmbunătățire a igienei de lucru în condițiile modificate. La fel au fost evidențiate și unele influențe nefavorabile de mediu asupra sănătății medicului stomatolog.

Summary:

The hygiene of work of a dentist in new conditions.

There were carried out sociological researches in new conditions based on the opinion of 350 dentists. It was noticed the improvement of their hygiene in new conditions of work. Also, there were revealed some new unfavorable influences of environment on healthy dentists.

С начала перестройки прошло более 20 лет. Изменилось многое, как в экономике, так и в психологии людей. Изменились условия труда врача-стоматолога, появилось много новых пломбировочных материалов для лечения кариеса и его осложнений, появились новые материалы для протезирования, много новых усовершенствованных кресел, бормашин, инструментов, методов диагностики, лечения и профилактики. Это дало возможность уменьшить болевые ощущения для пациентов, сократить время препарирования зубов при их лечении, уменьшить физическое напряжение врача при работе в полости рта у больных. Все это обделчило труд врача-стоматолога. Но в то же время новые условия потребовали больших затрат психической энергии. Работа стала более беспокойной и нервной, так как изменились отношения между врачом и больным, между врачами. Новые экономические условия, к сожалению, мало знакомые нашим врачам, породили другие проблемы. В отношении врач—врач, врач—больной вклинился денежный знак (доллар, лей, евро и др.). Коренным образом изменилось поведение стоматологических больных: они стали более настойчиво требовать от врача качественной работы и как можно более дешевой.

Цель исследования и задачи.

Для выяснения состояния здоровья врачей-стоматологов и их гигиены труда в новых условиях в 2006—2007 годах были предприняты социологические исследования.

Материалы, методика и обсуждение

Проведено анкетирование 350 врачей-стоматологов, работающих в городах и селах Республики Молдова. Анкета включала 30 вопросов и повторяла вопросы предыдущей анкеты (1980 года). Как и в ранее проведенном анкетировании, на отдельной странице указывались цель и задачи исследования. Анкетирование проведено у 160 мужчин и 190 женщин. Возраст был следующий: 20—25 лет — 12% Врачей 26—30 лет — 15,7%, 31—40 лет — 20,5%, 41—50 лет — 23,1%, 51—60 лет — 20%, старше 60 лет — 8%. Терапевтов было опрошено — 63,7%, хирургов — 3,1%), ортопедов — 14,8%, работающих на смешанном приеме — 11,1%, на детском — 7,1%, Их стаж работы был до 10 лет — 18,2%, 10—15 лет — 20,2%, 21—25 лет — 31,4%, более 25 лет — 30,0% человек.

Большинство из врачей были выпускники Кишиневского Государственного Университета Медицины и Фармации им. Н. Тестимицану. Следует отметить, что все врачи-стоматологи прошли усовершенствование:

67,1% врачей прошли 5 и более раз, В связи с этим квалификация врачей-стоматологов была на высоком уровне. Об этом говорит ответ на вопрос: “Уверены ли вы как специалист?» 248 врачей ответили на него утвердительно. Значительно увеличилось количество врачей с высшей и первой категорией — 90,5% человек. Из 350 анкетированных не имели категории только 4 человека.

Нужно отметить возросший интерес к рационализаторской работе. Так, у 42 врачей имелись рационализаторские предложения. Многие имели опубликованные научные работы.

Сравнивая заработную плату с той, которая была до перестройки, с учетом инфляции, то следует отметить ее резкое снижение. Так, у 64 человек она до 1000 лей, у 90 до 1500 лей, у 25 — свыше 2000 лей. У некоторых врачей-стоматологов зарплата была ниже 800 лей. Об отношении врачей к своей работе судили по ответу на вопрос: “Любите ли вы свою профессию?» положительно ответили 99,4% врачей и только двое — отрицательно. На вопрос: “Приносит ли вам работа удовлетворение?» положительно ответили 329 человек и только 21, что работа их не удовлетворяет. Однако ни один из опрошенных не хотел бы сменить свою профессию, Удивительно, но как нужно сильно любить свою профессию, чтобы, получая меньше прожиточного минимума, работать и на что-то надеяться, не думая сменить ее!

На вопрос: “Устраивает вас режим работы?» положительно ответили все врачи, за исключением двух, которые работают в сельской местности, где режим работы врача зависит от сезона: зимой он не отличается от; городского, а в остальное время врачу надо регулировать прием в зависимости от полевых работ.

Если раньше (1980г) на вопрос: “Считаете ли вы свое рабочее место удобным?» 78,6%) врачей-стоматологов ответили: “Не удобно», то в настоящее время 80,3% считают его удобным. Это значительно облегчает труд врача-стоматолога. В связи с этим изменилась и поза у кресла: если раньше работали стоя 50,6%, сидя — 23%, переменная рабочая поза — 26,4%), то в настоящее время сидя работают 57,5%), стоя — 8,3% и переменная рабочая поза — у 34,2%. Как видно врачи-стоматологи стараются работать сидя, но смена позы тоже очень полезна, так как это предотвращает застойные явления в ногах и в малом тазу, предупреждает варикозное расширение вен ног и заболевания органов малого таза у женщин. Кроме того, улучшены конструкции кресел, стульев и бормаши. Стулья стали более удобными, а кресла — легко управляемые. Что касается бормаши, то они сейчас так сконструированы, что врачу-стоматологу доступны все рычаги управления, он легко, без напряжения управляет бормашиной. Об этом свидетельствует ответ

на вопрос: “Ваша работа утомительна?» Если раньше 78,4% опрошенных считали свою работу весьма утомительной в физическом отношении, то в настоящее время 60,2% не утомительной, 39,8% — утомительной. Усовершенствование бормаши и кресла, применение слюноотсосов дало возможность выработать позу, при которой врач и его помощник сидят, а больной в положении “лежа“. Такая поза устраняет некоторые недостатки предыдущих и считается наиболее рациональной. Однако не все врачи располагают таким оборудованием.

Раннее применялись неудобные в работе пульпоэкстракторы, дрельборы и другие мелкие инструменты. В настоящее время врачи-стоматологи имеют в своем распоряжении удобные мелкие инструменты, что очень помогает в работе.

Работа с помощником значительно облегчает труд врача-стоматолога. На вопрос: “Работаете ли вы с медицинской сестрой?» утвердительно ответило 58,3% врачей, в то же время 20 лет назад одна медицинская сестра обслуживала 2—3 врачей. На вопрос: “Что больше всего мешает в работе?» раннее 30,6% опрошенных указывали на плохое освещение, 42% — на неудобную рабочую позу, из-за нерационального расположения кресла и бормашины, 27,5% — на нервно-эмоциональное напряжение, чаще всего из-за поведения больных. Последние исследования показали, что недостаточное освещение отмечали 10,3%, 22,2% — неудобную рабочую позу, 45,6% — нервно-эмоциональное напряжение, чаще всего из-за нетактичного поведения больных.

Раннее на вопрос: “Когда вы ощущаете большую усталость?» 55% врачей ответили, что усталость больше всего наступает в конце рабочего дня. Последние исследования показали, что усталость ощущает 21% опрошенных к концу рабочего дня, но 19,1%> врачей-стоматологов отметили усталость в середине рабочего дня. Объясняется это, по-видимому, большей психической напряженностью современного труда врача-стоматолога. Раннее такое отмечали только 1,7% врачей. Вместе с тем, очевидно, что значительно улучшился труд врача: он меньше устает, меньше затрачивает физических сил. Казалось бы, это должно нас радовать, но оказалось не совсем улучшился труд врача-стоматолога. Так, на вопрос: “Испытываете ли вы отрицательные эмоции во время работы?» 63,7%) ответили положительно. Это значительно больше, чем было раньше (36,4%). По-видимому, имеет значение и психологический климат в коллективе. Если раньше 14,4% врачей ответили, что он неблагоприятный, то в последнее время — 42,8%, то есть в два с половиной раза он стал хуже. И это несмотря на то, что многие врачи-стоматологи работают в отдельных кабинетах.

Наблюдения показали, что у врача—стоматолога после конфликтных ситуаций ухудшается сон, аппетит, он становится раздражительным. Это откладывает отпечаток на качество работы, он совершает больше ошибок, которые влекут за собой новые конфликты. Некоторые из них не выдерживают и уходят из стоматологии, так как одна неудача порождает другую. Так было у врача И., 28 лет, который проработал в стоматологии 5 лет. Врач И. переживал конфликт с больным, у которого заболел зуб, леченый врачом. Больной очень энергично настаивал на том, чтобы наказать врача за будто бы холодное отношение и невнимание к нему. Переживая, врач И. совершил тяжелую ошибку: при лечении пульпита не удержал пульпоэкстрактор и больная аспирировала его. Возникла еще более тяжелая ситуация, которая через полгода разрешилась, но врач-стоматолог И. ушел из стоматологии.

В процессе опроса у большинства врачей—стоматологов были отмечены симптомы нервоза, апатии, чего ранее не наблюдалось.

К сожалению, у врачей-стоматологов осталась вредная привычка наклонять голову набок. Как раньше упоминалось, это положение врача очень вредно сказывается на его здоровье. Возникают серьезные нарушения, такие как сдавливание внутренних органов (печени, желудка и другие), деформация позвоночника. Несмотря на улучшение условий труда, анкетный опрос показал: 39,5% опрошенных отметили периодические головные боли, 25,3% — головокружение, 32% — снижение остроты зрения. Ранее были отмечены: у 37,4% периодические головные боли, у 17% головокружение, 21,8% снижение остроты зрения. Как видно в последнее время врачи стали жаловаться больше на снижение остроты зрения. Это, по-видимому, связано с применением фотополимерных пломбировочных систем. Наблюдения показали, что у врачей-стоматологов, которые проработали 10 и более лет с этими материалами, снижается зрение. Причина — нарушение врачом техники безопасности.

В последнее время врачи работают только турбинными бормашинами что отразилось на слуховом аппарате врачей. Если ранее на снижение слуха жаловались 14% врачей, то в настоящее время снижение слуха отметили более 37%). Особенно резкое снижение слуха отметили врачи со стажем работы более 20 лет. В снижении слуха играет большую роль также применение ультразвука для снятия зубного камня, для пломбировки корневых каналов.

В настоящее время врачи-стоматологи не выезжают на полевые работы. У них уже не увидишь руки в садах или мозолях, садины на коже пальцев рук. Они занимаются тем, на что учились, на что посвятили свою жизнь. Их

контролируют компетентные в стоматологии люди.

Если ранее врач-стоматолог был прикреплен к определенному участку и принимал только больных этого района, то сейчас полная свобода в выборе врача-стоматолога. Хорошо это или плохо — покажет время, но в общей медицине существуют же семейные врачи, что дает им возможность следить за состоянием здоровья людей со дня их рождения. Почему же врач-стоматолог не может следить за здоровьем людей также, тем более, что органы полости рта — это показатель здоровья человека и врач-стоматолог может определить ухудшение здоровья у своих подопечных значительно раньше, чем семейный врач. Например, врачи-стоматологи раньше, чем другие медики диагностируют сахарный диабет, желудочно-кишечные заболевания и другие. Конечно, это мое мнение и может быть оно расходится с мнением других врачей.

Сейчас врачи-стоматологи не испытывают такой нагрузки, как раньше. Им не приходится принимать по 15-20 больных. Остались в прошлом уже огромные очереди к врачу-стоматологу, выполняющему терапевтический прием, когда он успевал оказывать только экстренную помощь. Встает вопрос: “В чем причина? Уменьшились поражаемость органов полости рта?» К сожалению нет. Причина в рыночной экономике! Лечение стало платным и не все имеют возможность, чтобы оплатить это лечение.

Заключение и выводы.

Специфические условия работы врача—стоматолога откладывают отпечаток на его поведение и здоровье. Нередкие в его работе эмоциональные стрессы могут явиться причиной различных болезней у врача и ятрогенных заболеваний у больных. Профилактика и тех и других состоит в применении комплекса мероприятий, куда должны входить: совершенствование условий работы врача-стоматолога, гигиена труда, знания врачом эмоционального состояния больных, медицинской психологии, психологии работы с больными и медицинским персоналом стоматологических учреждений.

Литература

- 1) Катаева В.А. “Научные основы оздоровления условий труда врачей стоматологического профиля.» Автореферат дисс. докт. мед. наук. М.,1989.
- 2) Катаева В.А. “Труд и здоровье врача-стоматолога.» М., “Медицина”, 2002, 206 стр.
- 3) Кушнир А.С. “Гигиенические и деонтологические аспекты стоматологии.» Кишинев, 2007, 149 стр.

Prezentat la 16.06.2008

К ВОПРОСУ О ФОРМООБРАЗОВАНИИ И БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВАХ СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ПРИРОДЕ И ЗУБАХ ЧЕЛОВЕКА

Постолаки И.,
Постолаки А.

Кафедра зубного
протезирования и
ортодонтии
ГУМиФ им. Н. А.
Тестемицану

Rezumat

Probleme de morfogeneză și însușiri biometrice a elementelor de structură în natură și dinții umani

S-a efectuat biometria a 12 dinți și studiul structurii smalțului pe șlifuri confecționate din acești dinți. Se subliniază că legitățile biomecanice ale morfogenezei în natură se manifestă și în structura smalțului asigurându-i astfel o rezistență necesară la acțiunea factorilor mecanici.

Cuvinte-cheie: morfogeneză, dinți umani, biomecanica

Summary

Problems of morphogenesis and biomechanical characteristics of structure elements in nature and in human

The biometry of 12 teeth and the study of enamel structure in sections manufactured from these teeth have been done. The biomechanical conformities of morfogenesis in nature are shown to be present in the enamel structure thus providing it the necessary resistance to the mechanical stress.

Key-words: morphogenesis, human teeth, biomechanics

Актуальность

Хорошо известно, что биологические организмы имеют сложную структуру и форму. Их механические свойства зависят от индивидуальных особенностей организма, возраста, функционального состояния, внешних факторов. Биомеханика биологических материалов и систем изучает особенности строения, деформационные и прочностные свойства, а также разрушение различных тканей и систем [1]. В результате процесса эволюции и естественного отбора природа всегда «ищет кратчайшие пути и выбирает экономные решения». «Закон экономии» проявляется в строении биологических форм макро — и микромира, проявляя удивительное родство и повторение в одних и тех же простых формах, которые в тех или иных комбинациях повторяются в огромном многообразии сложных форм [2]. Таким образом, оптимизация конструкции позволяет каждому организму адекватно исполнять свою функцию при минимально возможном расходе ресурсов внешней среды. Однако, по отношению к строению зубов человека, эти вопросы в данном аспекте изучены недостаточно, о чем свидетельствует наличие лишь единичных научных работ [3,4,5]. Следовательно, формообразование, структура тканей, органов и систем представляют научно-практический интерес с точки зрения их биомеханических свойств позволяющих противостоять влиянию механических факторов во время выполнения ими соответствующих функций. С учетом этого, ряд вопросов формообразования и особенностей структуры твердых тканей зубов испытывающие большие нагрузки во время акта жевания требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Осуществить биометрию зубов и изучить структурные особенности их эмали на шлифах, а также выявить возможные общие закономерности процессов формообразования и биомеханической функции со структурными элементами в живой природе.

Материалы и методы

В основу исследования были положены анализ научных публикаций за последние десятилетия по вопросам формообразования в природе и в зу-

бочелюстной системе, результаты биометрии резцов и изучение структуры эмали на шлифах 12 интактных зубов, удаленных по показаниям у 9 пациентов в возрасте 38-54 года. Перед изготовлением шлифов, штангенциркулем проводили биометрическое исследование резцов в трех плоскостях. Затем данные зубы, с помощью самоотвердеющей пластмассы «Редонт-03» заключали в специальной форме, после чего карборундовыми дисками их разрезали в продольном направлении на несколько пластинок. Полученные заготовки шлифовали наждачной бумагой с уменьшением ее зернистости до достижения толщины шлифов в 40-50 мкм и полировали пастой ГОИ. В дальнейшем шлифы промывали, высушивали, последовательно проводя через 750, 960 и абсолютный спирт, обезвоживали в карбоксилале и заключали на предметных стеклах в бальзам по общепринятой методике. Для сравнительной оценки структуры твердых тканей зубов, микроскопическому изучению подвергали только срединные шлифы.

Результаты и обсуждения

Анализируя данные литературы по вопросам формообразования в животном и растительном мире, мы попытались найти аналогичные по своим задачам конструкционные решения и в строении зубочелюстной системы человека. Основанием для этого послужила, во-первых, «клеточная теория» сформулированная Т. Шванном (1838), обосновывающая наличие единого принципа образования и роста клеток у растений и животных, а следовательно, структурное и генетическое единство органической природы [3]. Во-вторых, так как в основе организации любой живой материи лежат принципы устойчивости, самоорганизации и саморегулирования, то в формообразовании эти принципы проявляются как самоподобность, которая порождает связанную систему объектов. И, в-третьих, так как человек является частью живой природы, то в строении его тканей и органов должны действовать те же самые принципы и «закон экономии», что и для биологических форм макро — и микромира.

Зубочелюстная система представляет собой комплекс взаимосвязанных и взаимодействующих структурных элементов обеспечивающие в норме гармоничную функцию всей биомеханической конструкции.

Рассматривая функцию зубочелюстной системы с точки зрения вышесказанного, можно убедиться на известном факте, что жевательное давление передаваемое через зубы, например, на нижнюю челюсть определяет расположение перекладин губчатого вещества костной ткани в определенном направлении, соответственно локальным величинам напряжений, по так называемым траекториям. В совокупности линии траекторий встречающихся нагрузок создают структуру, напоминающую каркас, и отражают функциональную

деятельность нижней челюсти. С точки зрения теории сопротивлений, нижнюю челюсть рассматривают как тело равного сопротивления или прочности. Под таким телом понимают, например, стержень, который при заданной нагрузке в любом поперечном к оси сечении испытывает одинаковое изгибающее напряжение [5,6].

Мы обратили внимание на известный факт, что в листьях растений присутствуют специальные опорные стабилизирующие элементы обеспечивающие механическую устойчивость растительной ткани, так называемые, склеренхимные (палочковидные) клетки (СК). Они не имеют метаболически активного клеточного содержимого и поэтому являются исключительно пассивными опорными элементами придающие жесткость листу. Вытянутая в длину СК, за счет своего положения и формы, предотвращает его изгиб перпендикулярно плоскости листа. В стеблях растений, подвергающихся изгибным нагрузкам, жесткие профилированные стержни, состоящие из одной или нескольких СК, соединяются в, так называемые, опорно-механические системы. Кроме того, жесткости листа как целого способствует осмотическое давление в нем сока [7].

Результаты изучения шлифов 12 зубов позволили подтвердить, что эмалевый слой образован S-образно изогнутыми призмами, сошлифованными в различных плоскостях (продольно и поперечно), что обуславливает чередование в проходящем свете светлых и более темных полос, известных как полосы Гунтера-Шрегера и расположенные отвесно по отношению к ним линиям Ретциуса. В области волнообразного, как правило, эмалево-дентинного соединения обнаруживаются эмалевые пластинки, веретена, а также колбовидные расширения отдельных дентинных канальцев, проникающие в толще эмали.

Отмечено, что в нормальном строении эмали зубов человека некоторые участки межпризматического вещества (эмалевые пластинки — ламеллы, пучки, веретена — колбы) являются недостаточно обызвествленными, но отличаются друг от друга своей формой и положением в толще эмали. Эмалевые пучки, имеют вид древовидных образований, которые проходят глубоко в эмаль и анастомозируют между собой. Они также как и веретена, которые расположены в придентинном слое эмали, являются, по-видимому, морфологическим вариантом отростков одонтобластов, выполняющие, по мнению многих исследователей, соконную питающую структуру эмали. Эмалевые пластинки сравнивают с тонкими перегородками листообразной (конусообразной) формы, которые идут вдоль коронки до эмалево-дентинной границы и делят эмаль на ряд сегментов [8,9]. Как отмечают [9], они имеют особое значение в физиологии и патологии зуба, так как очаги кариозного поражения нередко локализуются у эмалевых пластинок. Возможно, что эти структурные эле-

менты выполняют роль аналогичную СК листа, то есть обеспечивают жесткость и способствует распределению окклюзионной нагрузки между сегментами. Учитывая тот факт, что эти образования находятся в большом количестве в области шейки зуба, где концентрируются наибольшее напряжение во время жевательной функции, то становится понятным истинный смысл их присутствия. Вероятно, совместно с эмалевыми призмами они уменьшают образование внутренних напряжений в зубе во время функции жевания.

Результаты биометрии анатомического строения резцов выявили некоторые закономерности с точки зрения биомеханики. Обращает на себя внимание пространственное соотношение между коронковой частью и корнем зуба. При этом медиально-дистальные размеры коронки превышают вестибуло-оральные и наоборот, медиально-дистальные размеры корня уступают по величине вестибуло-оральным размерам. Следует также отметить, что чем меньше по своим размерам коронка резца, тем сильнее корень сжат в медиально-дистальном направлении.

Таким образом, коронка резца расположена в перпендикулярной плоскости по отношению к корню, что по нашему мнению является наиболее оптимальным конструкционным решением с точки зрения материала — и энергоёмкости в процессе онто — и филогенеза зубочелюстной системы человека.

На основании выше изложенного возможен качественно новый подход к изучению и пониманию морфологии, физиологии и биомеханики

зубочелюстной системы на современном этапе развития стоматологии, в которой основным приоритетным направлением является минимальное вмешательство в структуру зубных тканей.

Выводы

Общие биомеханические законы формообразования в живой природе проявляются и в анатомо-морфологическом строении зубов, которые благодаря особенностям своей структуры способны противостоять значительным механическим нагрузкам во время выполнения жевательной функции.

Библиография

1. Бегун П. И., Шукейло Ю. А. Биомеханика. СПб.: — 2000. — 463 с.
2. Бионика: Природа знает лучше! "Новый Акрополь". — № 5. — 2003.
3. Введение в цитологию (под ред. проф. В. П. Михайлова). М., 1968, 269 с.
4. Дубров А. П. Симметрия биоритмов и реактивности. М.: 1987. — 175 с.
5. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. М.: Изд-во "Медицина". — 1984. — 576 с.
6. Kummer B. Anatomie und Biomechanik des Unterkiefers / Fortschr. Kieferorthop. — 1985, Vol. 46, № 5. — p. 335 — 342.
7. Глазер Р. Очерк основ биомеханики. М.: Изд-во "Мир". — 1988. — 129 с.
8. Фалин Л. И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М.: 1963.
9. Бушан М. Г., Кодола Н. А., Кулаженко В. И. Кариез зубов, лечение и профилактика с применением вакуум-электрофореза. Кишинев: Изд-во "Картия Молдовеняскэ". — 1979. — 283 с.

Prezentat la 30.05.2008

COMPLEXUL MUCO-PARODONTAL, MEDICUL STOMATOLOG ȘI PACIENTUL

Ana Eni d. ș m.,
Oleg Chiriac,
Catedra Stomatologie
terapeutică, FPM

Ștefan Vlas
Șef Secție Stomatologie,
AMT - Râșcani.

Rezumat

S-a efectuat anchetarea a 250 medici stomatologi din diferite localități ale R. Moldova și consultația a 150 pacienți mucoparodontopați cu scopul de a determina *locul și atitudinea* medicilor și pacienților față de starea componentului mucoparodontal, evidențierea și constatarea paradoxurilor stomatologice în acest domeniu.

Summary

„The muco-parodontal complex, the stomatological doctor and the patient.“

We accomplished a survey of 250 dentists from different localities of the R. Moldova and consulted 150 patients with muco-parodontal diseases in order to determine their place and attitude towards the muco-parodontal component, to emphasize and to establish the stomatological paradoxes in this area.

Complexul muco-parodontal include:

- Parodontiul cu toate componentele lui;
- Mucoasa tuturor sectoarelor orale(buze , obraji, palat, limba, planșeul).

În acest complex de țesuturi, gingia lent și fără nici o delimitare vădită trece în mucoasa altor sectoare.

Foarte des multe leziuni care se manifestă pe mucoasa orală concomitent interesează și parodontiul în special gingia și invers.

E știut că problemele actuale în stomatologie sunt:

1. Caria și complicațiile ei;
2. Patologia complexului muco-parodontal;

Și dacă prima problemă se bucură de o atenție mult mai mare atât din partea medicilor cât și din partea pacienților referitor la efectuarea tratamentului chirurgical al cariei (dar nu și profilactic), endodontic și restaurativ, apoi a doua problema „Afecțiunile muco-parodontale“ deseori este ignorată tot de aceleași persoane (medici/pacienți). Pe când, dacă atitudinea și rezolvarea problemei muco-parodontale ar fi corectă, ar dispărea și mai multe complicații din problema cariei și anume:

- S-ar micșora apariția cariei de colet, rădăcină;
- S-ar reduce apariția pulpitelor și periodontitelor retrograde;
- S-ar micșora numărul dinților extrași;
- S-ar micșora intoxicațiile provocate de parodontită — plaga căreia are o suprafață egală cu suprafața palmelor pacientului.

Mai mult, e știut că conexiunea patologiei muco-parodontale cu alte afecțiuni sistemice *este foarte mare*.

Afecțiunile generale descrise mai jos deseori primele simptome își manifestă pe mucoasa muco-parodontală sub diverse leziuni locale:

- Diabetul zaharat > parodontite, candidoze;
- Afecțiunile gastro-intestinale > gingivite, stomatite aftoase;
- Leuceemiile > gingivo-stomatite ulcero-necrotice;
- Lichenul roșu plan, lupusul eritematos-hiperkeratoze, ulcere pe mucoasa orală;
- Afecțiunile alergice > leziuni catarale, ulcero-necrotice, aftoase;
- SIDA > parodontite, stomatite virale, ulcero-necrotice, leucoplazie, candidoze.

Reeșind din cele menționate putem aprecia *valoarea, locul componentului mucoparodontal și importanța profilaxiei și tratamentului timpuriu a acestor patologii*.

Cu toate acestea, cu mare părere de rău, acest compartiment al stomatologiei este neglijat și ignorat la toate nivelele (pacient, medic, administrație etc.):

- De pacient-> că nu este informat și motivat;
- De medic-> că nu este cointeresat financiar și motivat;
- De administrație-> că nu le creează probleme.

Scopul lucrării

De a atenționa opinia stomatologică de importanță, valoarea și locul patologiilor componentului muco-parodontal, în rândul altor patologii stomatologice, de a evidenția unele „paradoxuri“ stomatologice.

Material și metodă:

Ca material pentru acest articol a servit:

- Anchetarea a 250 medici stomatologi cursiști din diferite localități ale RM;
- Consultația pacienților muco-parodontopați în număr de 150;
- Dar și observațiile personale pe parcursul a zeci de ani.

Anchetarea medicilor a ilucidat următoarele întrebări:

- Care este incidența afecțiunilor muco-parodontale?
- La ce nivel se efectuează tratamentul afecțiunilor muco-parodontale?
- Argumentarea atitudinii neadecvate față de acest compartiment;
- Ce construcții protetice sunt solicitate de medici și pacienți?
- Care servicii stomatologice sunt cele mai solicitate de medici și de pacienți?

În rezultatul anchetărilor medicilor, examinărilor pacienților și observațiilor personale s-a constatat că în orașul Chișinău există câteva policlinici unde sunt *parodontologi* și se acordă servicii mai mult sau mai puțin specializate, în rest fiecare doctor acordă aceste servicii în măsura dorinței sale (deseori mici), reținerii nivelului de informație în acest domeniu.

La întrebarea — Care este incidența afecțiunilor muco-parodontale? Răspunsul a fost — 80—100% cazuri, în funcție de vârsta și fonul generAl. Stomatitele se întâlneau în 1—2%.

La întrebarea — La ce nivel se efectuează tratamentul parodontal? Răspunsul a fost:

- Detartrajul în 1—2 vizite;
- 7—10 aplicații cu diferite preparate;
- Extracția dinților cu mobilitatea de gradul II—III, lucrul „paradoxal“, deoarece efectuând un tratament complex și complet în multe cazuri se poate salva, chiar dinții cu mobilitatea de gradul III — totodată imobilizându-i.

La întrebarea — Care construcții protetice sunt mai solicitate? Răspuns — protezarea cu metalo-ceramica.

E știut că protezarea cu metalo-ceramica la momentul de față este la modă și foarte solicitată de pacienți, deoarece ei nu acceptă „metalul vizibil“ în gură și medicii recurg la utilizarea „metalului invizibil“ — metalo-ceramica. Aceasta variantă este acceptată și de medici, deoarece ea devine mai convenabilă din punct de vedere financiar. Astăzi sa creat așa o situație — că terapeuții protezează, iar proteticienii tratează! Dar fiecare îndeplinește acest lucru la nivelul pregătirii sale profesionale.

Ca principiu această tactică nu e rea pentru pacient, deoarece toate etapele pot fi efectuate calitativ, dacă se ține cont de indicațiile și raționalitatea tuturor intervențiilor, ele fiind direcționate spre maxima păstrare a dinților.

Dar „paradoxul“ nu este așa, fiecare face cum poate și știe.

- Se extrag dinții;
- Se distrug masiv țesuturile dure dentare;
- Se depulpează dinții cu scop protetic;
- Se fac implanturi fără indicații.

În sfârșit problema se rezolvă, nu importă pe ce cale, cât de calitativ și rațional.

Principalul este, că funcția și esteticul la moment sunt îndeplinite.

Apare întrebarea — Pe cât timp? Aici nimeni nu dă garanție! Dar se știe că în mediu, în cele mai bune condiții aceste construcții protetice există 8—10 ani. Dar ce va urma? Doar e știut, că protezarea cu metalo-ceramică o solicită preponderent persoanele tinere... *Deci la vârsta de 40—50 ani majoritatea acestor pacienți vor rămâne fără dinți*, deoarece e știut ce rămâne după aceste proteze, nu e un „paradox“?

Dacă pacientul are o fractură sau rămâne fără un deget el este calificat ca invalid, dar dacă rămâne fără dinți în urma protezării cu metalo-ceramica lui nu i se dă nici o calificare. Unde mai pui, că acest pacient se poate alege cu diverse complicații: periodontite, parodontite, osteomielite, nevrite, neuralgii, infarct.

Observații personale:

Pacienta 50 de ani, medic, a fost protezată cu proteză din metalo-ceramică pe toți dinții superiori de la dintele 17 până la 27, *ocupând toți dinții într-un bloc*. Chiar după fixarea protezelor pacienta a simțit o stare de constrângere a dinților, dar considera că va trece, peste câteva luni s-a adresat la medic, care a liniștit-o. Cu timpul au apărut simptome generale — nervozitate, insomnie, parestezie în gât, dureri în inimă, umăr, dar pacienta a răbdat. Când în sfârșit s-a adresat la medic să-i scoată protezele sau măcar să le secționeze în câteva locuri pentru a slăbi constrângerea dinților medicul a refuzat, în aceeași zi pacienta a făcut infarct.

Și iată că acest compartiment al stomatologiei este „pus în capul mesei“. Mai mult spus, doctorii care protezează cu metalo-ceramica nici nu acceptă variante mai ieftine.

Vares A. I. (1997) consideră că protezare cu metalo-ceramica necesită 0,1% pacienți, pe când actualmente acest indice *este depășit de zeci de ori...!*

Lupta pentru un zâmbet clasic întunecă mințile doctorilor, ei fac ceea ce le cere pacientul *incompetent în materie*, și nu ceea ce este indicat.

Doar e știut că doctorii au vocația de a salva dinții, însă ei *favorizează distrugerea lor*, creând situații și mai picante — pentru utilizarea implantelor care deasemenea nu sunt recomandați la pacienții cu parodontite.

Pacienții parodontopați care vin la medic cu scop protetic, deseori nici nu primesc tratament parodontal. Chiar din prima vizită se recurge la șlefuirea dinților (pentru a nu-i pierde). În ce privește tartrul dentar — el se șlefuește odată cu țesuturile dure dentare. Iar după fixarea protezelor din metalo-ceramica grație prezenței tartrului subgingival și marginii groase de ceramică, gingia se strivește provocând o stază pronunțată cu acutizarea parodontitei, gingia devine

roșie-cianotică. Această stare însoțește pacientul ani în șir, favorizând progresarea parodontitei, deoarece în așa condiții tratamentul parodontal local este imposibil din cauza inaccesibilității.

La întrebarea — Care sunt serviciile stomatologice cele mai solicitate de pacienții? Răspunsul a fost :

- Obturarea cavităților carioase;
- Restaurările;
- Intervențiile endodontice în situații de urgență;
- Extracțiile dentare;
- Protezări cu metalo-ceramică;
- Albirea și curățarea dinților (la tineri)

Despre tratarea parodontitelor, stomatitelor — nici vorbă.

La propunerea medicilor de a trata gingiile — pacientul insistă că la început să protezăm cu dinții albi.

„Endodonția“ este și ea solicitată de medici, realizată conform indicațiilor, este binevenită și necesară, pe când efectuarea depulărilor dinților sănătoși, care ulterior sunt incluși în protezele din metalo-ceramică, este o daună sănătății umane.

Faptul că ea a avansat atât de mult, e un lucru foarte înbușcător și că medicii vor să posede toate metodele și tehnologiile noi — e foarte bine. Însă progresele și eforturile endodontice *nu micșorează morbiditatea cariei și patologiei muco-parodontale*. De aceea considerăm, că măsurile de prevenție în acest domeniu sunt foarte necesare dar și trebuie puse în „capul mesei“. Efectuarea diverselor măsuri de prevenție ar crea condiții pentru a:

- păstra maximum posibil de dinți;
- micșora numărul intervențiilor grele și costisitoare endodontice;
- limita distrugerea masivă a țesuturile dentare prin șlefuirea pentru protezare;
- limita recurgerea la implante scumpe, greu realizabile și fără garanție
- micșora stresurile și invaliditatea pacienților.

Dar aceasta idee ar trebui să fie promovată și susținută la toate nivelele.

Alta direcție asupra căreia se cere de pus accentul este promovarea aprecierii valorilor și calității indicilor calitativi și nu a celor financiari cum se procedează actualmente. Deoarece la dările de seamă trimestriale, anuale, problemele calității lucrului efectuat (indicii cantitativi, calitativi) nici nu se mai pun în discuție. Pe toți șefii mai mari îi interesează planul financiar, (vin la aceste adunări chiar și cu contabili). Totodată e necesar de menționat că nu peste tot sunt unificate și argumentate prețurile pentru serviciile prestate, în parodontologie:

- Prețurile sunt mici, nu sunt apreciate concret și corect;
- Nu sunt indicate și apreciate toate intervențiile posibile efectuate în timpul tratamentului;
- Se indică numai detartrajul total — 35 lei/o vizită;
- Tratamentul parodontitei 41 lei;
- Tratamentul afecțiunilor mucoasei orale 1 vizită — 41 lei;

Planurile financiare în diferite policlinici cu condiții identice sunt diferite.

La medicii cu categoria superioară și I, planul financiar automat se mărește chiar dacă vechimea de muncă nu e mare. Pe când la cei fără categorie (sau categoria II), planul financiar este mult mai mic „paradox”, unde-i stimularea și motivarea medicului de a crește profesional?

Asigurarea cu utilaj, medicamente, materiale de asemenea sunt insuficiente (majoritatea medicilor își procură singuri toate materiale și utilajul.

Prin acestea statul își manifestă indiferența față de pacienții cu afecțiunile parodontale și ale M.O.

Se pune întrebarea — Cum s-ar putea explica această situație deplorabilă de „cenușăreasă” a pacienților cu patologii muco-parodontală în rândul altor pacienți?

După părerea noastră aceasta se întâmplă din mai multe considerente:

- Simptomele parodontale scunde și extinse în timp, nu motivează prezentarea timpurie la medic;
- Cultura stomatologică joasă a pacienților;
- Lipsa iluminării sanitare în acest domeniu realizată de medici și nu din publicității;
- Insuficiența de motivare și cointeresare a medicilor;
- Lipsa cunoștințelor profunde în acest domeniu la medici;
- Eficiența joasă a tratamentului care în mare măsură depinde de pacient (disciplina, insis-

tența, igiena orală) și starea generală;

- Numărul mare de vizite pentru tratament;
- Apariția recidivelor și progresarea procesului, iar ca rezultat apare *nesatisfacția* de tratament cât a pacientului atât și a medicului;
- Tratamentul acestor pacienți muco-parodontopați nu este apreciat la justa lui valoare — *financiar, juridic, calitativ și cantitativ*.

În concluzii aducem propunerile noastre pentru îmbunătățirea stării de lucruri în acest domeniu:

1. Implementarea obligatorie și stimularea diverselor forme de iluminare sanitară în acest domeniu;
2. Organizarea și motivarea igienizării pacienților (individuală, profesională);
3. Cointeresarea pacienților, medicilor pentru efectuarea unui tratament parodontologic timpuriu;
4. Aprecierea corectă și concretă a prețurilor pentru serviciile în tratamentul muco-parodontal;
5. Argumentarea și utilizarea construcțiilor protetice cât mai raționale pentru acest contingent de pacienți;
6. A pune accent pronunțat pe măsurile profilactice a cariei și afecțiunilor muco-parodontale;
7. Pacienții cu patologii muco-parodontale să fie supuși dispensarizării.

Prezentat la: 30.05.2008

EVIDENȚIEREA ACTIVITĂȚII PROCESELOR REGENERAȚIEI OSOASE LA ADMINISTRAREA COMPUȘILOR DE ZINC ȘI VANADIU (LOTUL 2)

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe 54 șobolani albi, fiind împărțiți în 14 grupe li s-a administrat compușii DE Zn și Vo. Analizele biochimice și statistice au permis clasificarea nivelului de activitate a regenerării compușilor la nivel de os.

Summary

The evaluation of the activity of bone regeneration processes under the administration of coordinative compounds of Zn and Vo, determining the most active ones. (lot 2)

The researches was made on 54 white rats. The animals were separated in 14 groups and 13 chemical compounds of Zn and Vo were administrated. The biochemical and statistical analyse have permitted to classify the level of activity of bone regeneration of this compounds.

Scopul cercetării

Evidențierea activității regenerării osoase LA Administrarea unor noi compuși coordinativi DE Zinc și Vanadiu în baza analizei parametrilor biochimici.

Gheorghe Granciu

*Universitatea de Stat de
Medicina și Farmacie
„N. Testemitanu“
Catedra de Protetica și
Ortodontie*

Materiale si metode

Cercetările au fost efectuate pe 54 șobolani albi de laborator cu masa corpului 180—200 g repartizați în 14 grupe inclusiv o grupa de control. Șobolanilor grupelor de studiu li s-a administrat subcutanat 3 zile la rând compușii coordinativi DE Zinc și Vanadiu Compușii coordinativi DE Zinc și Vanadiu au fost sintetizați la catedra de chimie a USM (șef, membru corespondent al Academiei de Științe RM — A. Gulea) Cercetările au fost efectuate în laboratorul de biochimie (șef, prof. Gudumac V.) a USMF „N. Testemitanu»

Compușii coordinativi DE Zn și Vo cercetați:

- 1 Zn(L-H)₂
- 2 Zn(L-H)-etazol
- 3 Zn(L-2H)-sulfacil
- 4 Zn(L-2H)-sulfadimizin
- 5 Zn(L-2H)-norsulfazol
- 6 Zn(L-2H)-sulfapiridozin
- 7 VO(NH₂-C₆H₄-CH₂-C₆H₄-NH₂)₂SO₄
- 8 Zn(NH₂-C₆H₄-CH₂-C₆H₄-NH₂)₂SO₄
- 9 [VO(H₂O)₂]SO₄
- 10 Zn(CH₃COO)₂•4H₂O
- 11 LT₄₄S₂-Zn(CClCOO)₂-Bipiridil
- 12 [VO(L-H)streptocid]₂SO₄
- 13 [VO(L-H)etazol]₂SO₄

Rezultatul investigației

Activitatea Fosfatazei alcaline totale, (fig. 1) LA Administrarea a 9 substanțe a sporit nesemnificativ, în celelalte 4 cazuri se constată o tendință de reducere a activității enzimatică. Cercetările noastre au relevat creșterea activității fosfatazei acide totale (fig. 3)

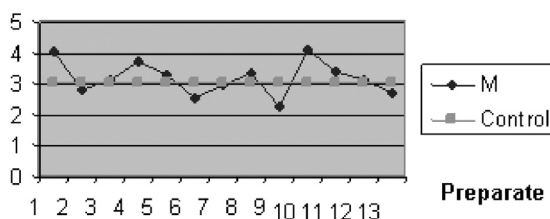


Fig. 1 Evaluarea creșterii fosfatazei alcaline totale sub influența substanțelor administrate

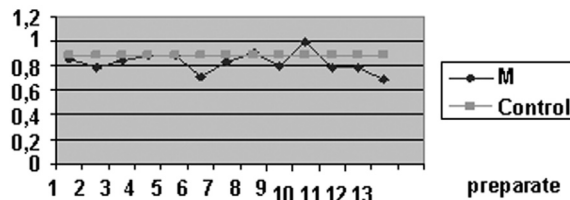


Fig. 2 Evaluarea creșterii fosfatazei alcaline termostabile sub influența substanțelor administrate

În comparație cu parametrii grupului martor după administrarea a 10 preparate și doar la 3 din ele era mai micșorată. Analiza datelor obținute au demonstrat o creștere semnificativă a fosfatazei termolabile osoase (fig. 4) la administrarea a 10 preparate și micșorarea activității în 3 cazuri. Activitatea fosfatazei acide tartar independente a sporit semnificativ la administrarea a

8 substanțe și s-a redus LA Administrarea celorlalte 5 preparate (Fig. 5).

Conform rezultatelor obținute toate preparatele administrate au condus la creșterea concentrației Zn seric și doar un singur preparat a contribuit la reducerea nivelului DE Zn seric. (Fig. 6). Conținutul Calciului în serul sangvin a manifestat o tendință de creștere LA Administrarea tuturor substanțelor (Fig 7). Conținutul Fosforului în serul sangvin a crescut LA Administrarea unei substanțe și practic a rămas la nivelul martor în celelalte cazuri (Fig.8.)

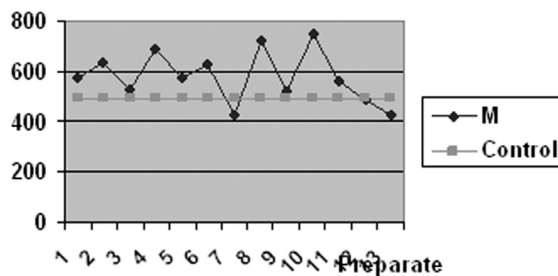


Fig. 3 Evaluarea creșterii fosfatazei acide totale sub influența substanțelor administrate

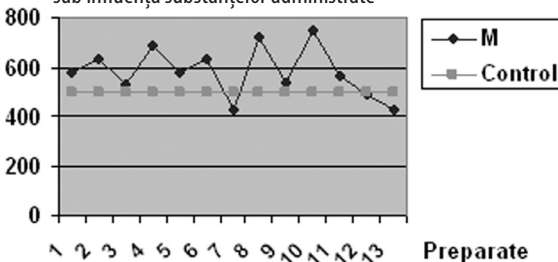


Fig. 4 Evaluarea creșterii fosfatazei termolabile osoase sub influența substanțelor administrate

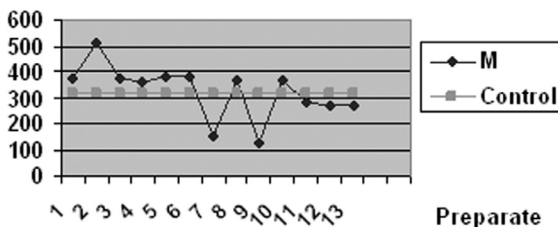


Fig. 5 Evaluarea creșterii fosfatazei acid de tartar dependenta sub influența substanțelor administrate***

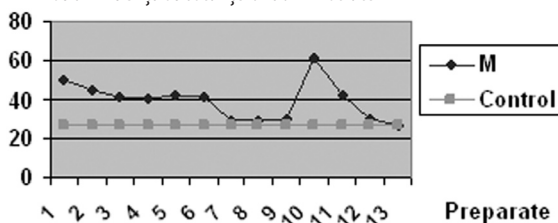


Fig. 6 Evaluarea creșterii Zn în serul sangvin sub influența substanțelor administrate***

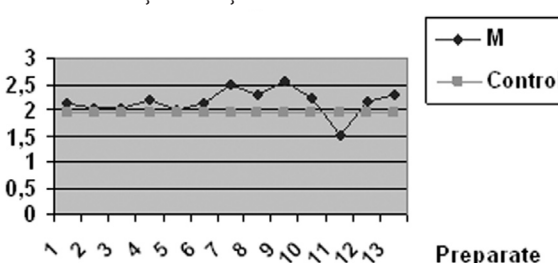


Fig. 7 Evaluarea creșterii Ca în serul sangvin sub influența substanțelor administrate

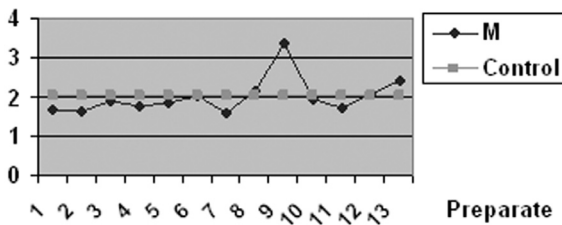


Fig. 8 Evaluarea creșterii fosforului in serul sangvin sub influența substanțelor administrate

În tabelul 1 sunt repartizați compușii coordinați ai zincului și vanadiului clasificați conform nivelului de activitate (I coloană indică graduația locurilor de la 1 pînă la 13 în dependența de parametrii cercetați. Parametrii biochimici reprezentați: fosfataza alcalina totală X1; fosfataza alcalina termostabilă — X2; fosfataza acida totală — X3; fosfataza termolabilă osoasă — X4; fosfataza acida detartad dependentă — X5; zinc în serul sangvin — X6; calciu în serul sangvin — X7; fosfor în serul sangvin — X8;

Concluzii

Compușii studiați ai zincului și vanadiului, sporesc activitatea enzimelor cercetate, ceea ce indică la proprietatea lor de a influența asupra intensității proceselor de remodelare osoasă. Clasificarea nivelului de activitate a compușilor studiați în dependența de enzimele analizate va permite utilizarea celor mai eficienți stimulatori ai remodelării osoase în cercetările ulterioare.

Tabelul Nr 1

Clasificarea nivelului de activitate a compușilor DE Zinc și Vanadiu conform parametrilor biochimici analizați.

Situarea locurilor activit	Compușii DE Zn și Vo	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	Media	Sigma	Er
1 loc	11	0.6985	0.5743	0.9567	0.9564	0.4742	9.2452	4.3059	0.5014	2.214075	3.114974	1.10131
2 loc	4	0.7864	0.0041	2.2996	2.2955	0.6887	7.7594	2.1064	0.4977	2.054725	2.471783	0.873907
3 loc	2	0.3664	0.5535	1.3136	0.3131	3.137	4.5612	0.8113	0.7621	1.727275	1.465437	0.513123
4 loc	9	1.3469	0.4334	0.471	0.8006	3.1316	1.1694	2.3145	2.487	1.5193	1.008187	0.356448
5 loc	5	0.409	0.0149	1.1309	1.1451	0.9436	7.4982	0.2345	0.3154	1.46145	2.476716	0.875651
6 loc	6	0.7838	0.8793	0.9812	0.9826	0.7469	4.7895	1.5624	0.0374	1.345388	1.452824	0.513651
7 loc	3	0.2122	0.2475	0.6156	0.6147	0.9419	7.2026	0.5598	0.2647	1.332375	2.384755	0.343138
8 loc	7	0.0704	0.2404	0.7273	0.727	2.5891	1.352	3.9256	0.8399	1.308973	1.312592	0.474071
9 loc	1	1.1628	0.1839	1.2133	1.2116	0.9169	3.4692	1.468	0.6728	1.287313	0.967496	0.342062
10 loc	10	1.0323	0.2821	1.3788	1.3799	0.5742	2.7651	2.3145	0.1822	1.238638	0.929074	0.328477
11 loc	8	0.4798	0.1006	1.183	1.1824	0.6518	1.4116	2.0933	0.3291	0.92895	0.659217	0.233069
12 loc	13	0.513	1.0803	1.1182	1.1125	0.6496	0.1394	2.0215	0.7012	0.914463	0.561256	0.198434
13 loc	12	0.1797	0.4474	0.1164	0.1143	0.7487	3.3034	1.4361	0.1189	0.808113	1.107393	0.391522

Bibliografie:

- 1) Авторское свидетельство 1399807 G09B23/28. Способ моделирования пародонтита. Пахомова В.А. Мельничук Д.А., Журавский Н.И. и др. \ Открытия — 1988- Nr 20 от 30.05.88
- 2) Aductul trifluoracetatului DE Zinc cu γ -picolina \ A.Gulea, Gh. Novitchii, O.Ciuntu, Gh. Granciu — Brevet de inventie Nr. De inregistrare AGEPI Nr 711-04, 95.-01.88
- 3) Branca F. Valtucna S. Calcium phisical activity and bonne health building bones for a stronger future \ Public Health Nutr. -2001- VOL 4; (1A) p 117-123
- 4) Gudumac V. Tagadiuc O., Sardari V., Granciu Gh. Diagnosti-cul de laborator al osteoporozei. Elaborare metodică, Chisinau, 2008
- 5) Машковский М.Д. Лекарственные средства -Медицина-1995
- 6) Model experimental de utilizare a periostului inversat pentru tratarea defectelor osteocartilaginoase la sobolani / L. Iovanes-cu, N. Tudose, T. Toral, D. Poenaru — Cercetari experim-entale medico-chirurgicale 2000 — Nr. 1 p50-53
- 7) Metoda de inducere a parodontitei\ Granciu Gh. Gudu-mac V. Brevet de invenție. Nr de inregistrare AGEPI Nr. 5388 14.01.2008
- 8) Сейфулин Ф.А., Сфлихфджаев З. и др. Влияние координационных соединений цинка на гистоморфологию тканей внутренних органов животных . Медицинский журнал Узбекистана —1983 Nr 8 с. 38-41
- 9) Yamaguchi M. Ynamao E. Differential effects of calcium regu-lating hormones on bone metabolism on weanling rats, orally administred zinc sulfate \ Metabolizm 1986, 35, p 1044—1047
- 10) Yamaguchi M. Alteration in bone components with increasing age of newborn rats; role of Zinc in bone growth\ J. Bone Mineral Metab. -2000- Vol 18, Nr 5 p 264-270
- 11) Zinc: International Programme on Chemical Safety — Gene-va — World Health Organization, 2001, p. 360

Prezentat la 21.07.2008

UNELE ASPECTE PRIVIND MATERIALELE DE SUBSTITUȚIE ȘI STIMULARE A OSTEOGENEZEI

Prof. univ.,
Gheorghe Nicolau,
Mihail Barbuț,
Valentina Bodrug,
Iurie Marina,
Daniel Guțuțui,
Mihai Enache

USMF „N. Testemițanu”,
facultatea Stomatologie,
UTM

Rezumat

În stomatologia practică se întrebuițtează materiale pentru regenerarea tisulară ghidată în componența cărora intră, colagen, hidroxiapatită, tricalciu fosfat ș.a. În 18 cazuri de implantare dentară am utilizat materialul sub denumirea de „LitAr”, la care pacienții au fost puși la evidență timp de 6 ani.

Summary

Some Aspects Concerning the Materials of the Osteogenesis Substitution and Simulation

In the dentystry practice are used materials to guide tissual regeneration which consist of collagenum, hydroxiapatique, tricalcium phosphate etc. In 18 cases of dental implantation we used the material called „LitAr” where patients were followed during 6 years.

Actualitatea temei

Una din problemele importante ale stomatologiei clinice este defectul țesutului osos. Aceasta poate apărea ca urmare a adenției secundare, procesului inflamator activ, traumei, focarelor infecțioase periapicale, parodontopatiilor și maladiilor sistemice. Defectul țesutului osos nu permite o reabilitare estetică și funcțională în cazul tratamentului ortopedo-protetic.

Obiectivul lucrării

Utilizarea materialul „LitAr” în cazul implantării dentare, pe un contingent de 18 pacienți, cu luarea lor ulterioară la evidență.

Material și metode

În tratamentul contemporan a defectelor osoase se efectuează regenerarea ghidată a țesutului osos cu folosirea diferitor combinații de umplători a defectului și membrane osteogene de barieră. Când se vorbește despre regenerarea tisulară ghidată trebuie de ținut cont de cele două aspecte ale acestui proces: osteoconducerea (când se utilizează materiale nerezorbabile, țesutul osos invaginându-se printre granulele implantate) și osteoconducția (când granulele introduse se resorb în timp, dar nu înainte de a induce formarea de țesut osos nou, prin osteogeneză). Pentru regenerarea osoasă sunt necesare cel puțin trei condiții:

1. Favorizarea celulelor ce formează țesutul osos,
2. Stimularea osteoinductivă pentru inițierea diferencierii celulelor,
3. Condiții osteoinductive pentru formarea carcasului care induce creșterea și diferencierea celulelor .

Substituenții osoși pot fi resorbiți rapid, resorbiți lent sau neresorbabili. Astăzi mulți dintre clinicieni, preferă materiale de adiție osoasă care se resorb lent, chiar și în amestec cu os autogen. Astfel se evită resorbția prematură a materialului de adiție osoasă din volumul augmentat și se îndeplinesc rezultatele de vindecare favorabile — funcționale și estetice.

Pentru regenerare osoasă la momentul actual se folosesc csenotransplantele, materiale sintetice și combinate.

Materialele colectate de la organisme genetic diferite sunt csenoțesuturi. Componenta principală a csenotransplantelor este colagenul. În organismul uman colagenul se găsește în tendoane, cartilaje, os. El activ participă în țesuturile de conexiune la funcțiile mecanice de protecție și plastică. Preparatele pe bază de colagen au o mare perspectivă pentru osteogeneză în cazul implantării dentare, în afară de aceasta materialele colagene bine cooperează cu preparatele medicamentoase cu

acțiune asupra vaselor sangvine, antiinflamatoare și acțiune stimulatorie. Pentru cooperarea cu osul se folosește colagen tip I, mai rar colagen tip V. Materialele pe bază de colagen au capacitatea de a se resoarbe în țesuturi, în același timp ele nu posedă proprietăți cancerigene și toxice. Mai des se folosesc csenotransplante din os de bovine deproteinizat în rezutulatului căreia se înlătură acțiunea antigenică asupra țesutului organismului. După prelucrarea specială a csenotransplantului, el devine mineral osos, în os se poate îngloba și rezoarbe dar nu posedă calități osteoinductive. În același timp ei sunt ca agenți cu calități osteoconductive și ca rezultat al interacțiunii lor în țesuturi apare concreșterea osoasă. Formarea osului începe de la locul lojei csenotransplantului cu depunerea celulelor pe suprafața lui, însuși csenotransplantul în timpul concreșterii se supune resorbției și reconstrucției pînă la schimbul total în țesut de os nou format. Materialele folosite ca csenotransplante sunt „Bio-Oss“ „Os-teo-Graf“ care prezintă material din os bovin mineral deproteinizat.

Țesuturile mineralizate umane sunt compuse din diferite forme de hidroxiapatită, tricalciufosfat și carbonat de calciu. Dintre ele hidroxiapatita se evidențiază cu structura cristalelor aranjate. Hidroxiapatita avînd o structură moleculară stabilă poate forma și menține țesuturile mineralizate în diferite situații clinice. Materialele pe baza hidroxiapatitei în medicină se folosesc sub formă de ceramică compactă și poroasă.

De obicei contactul cu sîngele crește coeziunea granulelor între ele și adeziunea între acestea și pereții, ceea ce ușurează aplicarea lor. Porozitatea materialelor este o proprietate care contribuie la fenomenul de osteointegrare.

Hidroxiapatita ce se conține în organismul uman, biologic se prezintă ca o legătură activă de calciu. Ea poate avea conținut diferit, dar cu aceleași calități. Formula hidroxiapatitei este $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$. În molecula ei pot fi de la 8 pînă la 12 ioni de calciu, dar uneori pot fi și schimbări heteromorfe Mg^{2+} , Ba^{2+} , H_2O , precum și ioni de H, Cl și carbonat. Hidroxiapatita are o structură moleculară stabilă și necătfînd la conținutul ce se schimbă formează și menține țesuturile mineralizate în caz de conținut diferit de calciu.

Se consideră că hidroxiapatita în organism prezintă un schelet mineral care permanent elimină calciu și fosfat în organism. Dar este o diferență între hidroxiapatita organismului uman și sintetică. Cea sintetică are proprietăți osteoconductive, poate participa în osteogeneză, și de la aceasta depinde adeziunea ei strînsă cu osul.

Noi în 18 cazuri de implantări dentare am utilizat un material sub denumirea „LitAr“. Acest material este pe bază de colagen, pe fibrele cărui sunt depuse cristale de hidroxiapatită. Pe lîngă proprietățile osteoinductive și osteoconductive pe care le posedă „LitAr“-ul în scurt timp pînă la 20 de zile acest material este eliminat din plagă cu substituirea lui cu neoformații. În toate cazurile s-au un rezultata pozitiv în

vederea implantării cu succes a implantelor dentare. Pacienții fiind la evidență timp de 6 ani.

Ceramicile, care sunt compuse din calciu și fosfat, se atribuie la grupa materialelor bioactive. Neavînd proprietăți osteogene ele sunt materiale plastice sub formă de matrice pentru depunerea osului. Dintre ele o largă răspîndire au ceramicile din calciu-fosfat și hidroxiapatită. Tricalciu-fosfatul se atribuie la ceramici cristaline, din acest grup face parte preparatul TCP „Cerasorb“. Hidroxiapatitele poroase și ceramicile tricalciu-fosfat au capacitatea de a forma conexiune directă cu osul. La început în zona adeziunii materialului și osului se formează o substanță amorfă, care ulterior se mineralizează. Materialele pe bază de hidroxiapatită și tricalciu-fosfat nu provoacă reacții toxice locale sau generale, nu provoacă reacții inflamatorii acute ca corp străin, participă la integrarea funcțională cu osul și nu influențează procesul mineralizării. Este foarte important că hidroxiapatita formează legături chimice directe cu osul prin mecanismele sale de cimentare.

În implantarea dentară au găsit o largă întrebuințare hidroxiapatitele poroase sub formă de granule. Ele se folosesc pe larg prin depunerea pe corpul implantului, în creșterea defectului osos, umplerea lojei implantului înainte de implantare. La hidroxiapatita sintetică forma prismatică are lungimea 800 nm și diametrul de 200 nm. Conține suprafața activă cu suprafața sa DE Sorbție.

Formele compacte de hidroxiapatită sînt din cristale, care pot fi sub formă de granule ceramice, blocuri poroase și material ars. Aceste forme se produc la încălzirea hidroxiapatitei pînă la 800—1000°C. În cazul implantării hidroxiapatitei poroase în țesuturi are loc concreșterea în blocul materialului copt și remodelarea osului împreună cu el. Materialul din ceramică compactă are o activitate de osteointegrare slabă. Introdusă în regiunea defectului osos exercită funcția de matrice de rezistență. Pentru concreșterea cu osul mărimea optimală a porilor este de 100—200 mkm. Blocul din hidroxiapatita compactă în chirurgia maxilo-facială se folosește pentru remodelarea oaselor în regiunea feței. Hidroxiapatitei îi este specific procesul de biodegradare, care depinde de porozitate și densitate. Formele poroase sunt mai mult supuse resorbției în țesuturi, la cele compacte resorbția prematură este mai lentă. Materialul sub formă de granule nu stimulează osteogeneza, dar condițiile interacțiunii în țesuturi asigură reacția lor adecvată și o bună osteogeneză. Dintre ele pe larg se folosește os artificial pe bază de tricalciu-fosfat, hidroxiapatită cu denumirea de: „CapSet“, „Bii-PoreTM“, „Bon-Apatite“, „Bio-GraftTM“, ceramica poroasă β -tricalciu fosfat („Peri-Oss“). Ele sînt bioinerte și configurîndu-se în defectul osos, recuperîndu-l interacționează cu țesutul osos. În ultimul timp un material natural biologic pentru implantare sînt corali, care au o structură macroporoasă și alge marine care au structură microporoasă. Analogul acestui material bioplastic macroporos este „Interpore 200“ care are proprie-

tăți biomecanice ce întrec pe cele ale grefelor osoase, cu modulele elastice sunt foarte apropiate ale osului uman. În plus legătura intimă între osul regenerat și implant transferă solicitările aplicate înaintea osului.

Combinarea fosfatului de calciu și colagen poate fi folosit pentru livrarea în țesuturi a preparatelor medicamentose, celulelor măduvei osoase, osteoblaștilor, factorilor de creștere — proteine morfogenetice care transformă factorii de creștere. Ca preparate din această serie sau recomandat „Colapol“, „Colapan“, „Osteotit“, „Alloplast“, „Natural Matrix“, „Chenograft“, „Collagen“, „Bii-Plast™“, „Bii-Pore™“, „Osteogen“.

Concluzii

În stomatologie reconstrucția osoasă este necesară și poate fi utilizată (în defectele osoase postextraționale, sau care rezultă după extiparea unor tumori, după rezecții apicale, pentru stimularea osteogenezei din jurul implantelor de transfixație, în implantologie pentru corectarea cîmpurilor protetice deficitare și a unor defecte mari osoase, cît și în parodontologie pentru stimularea proceselor de reparare și regenerare

osoasă, mai ales în cursul unei intervenții chirurgicale, în parodontoze pentru păstrarea dinților existenți și a celor care și-au pierdut din stabilitate în urma bolii parodontale.

Ca proprietăți de prognoză relevantă, inclusiv și a materialului „LitAr“: rată de succes superioară datorită gradului înalt de osteoconducție, prognoză favorabilă, chiar și în indicații dificile, păstrarea volumului petermin lung, adeziune bună la zona defectului, grad înalt de compatibilitate tisulară, material simplu de aplicat și manevrat în timpul operației, pentru a economisi timpul și concentrarea practicianului.

Bibliografie:

1. Bratu D., Materiale dentare, Materiale dentare utilizate în cabinetul DE Stomatologie, Ediția a cincea, Editura Helicon, Timișoara, 1999, pag. 414—420
2. Jurnalul Alpha Bio România, anul 2, numărul 1, București 2008
3. Робустова Т.Г., Имплантация зубов — хирургические аспекты, ГМедицина», Москва, 2003, стр. 27—33
4. Алещенко И. Е. Биоимпланты Тутопласт — современное решение проблем восстановления костной ткани / Клиническая стоматология № 4, декабрь 2002 г.

Prezentat la 10.06.2008

CONCENTRAȚIA DE FLUOR ÎN DIFERITE ORGANE ALE ORGANISMULUI UMAN

P. Ia. Gnatiuc,
E. V. Gnatiuc,
C. I. Năstase

USMF „N. Testemițanu“,
facultatea Stomatologie,
UTM

Rezumat

Este stabilit faptul că concentrația de fluor în diferite organe ale organismului uman nu este aceeași la fel se menționează diferența sa și la nivelul diferite straturi de smalț deoarece în perioada de erupere, cantitatea de fluor este mai sporită decât în perioada dentiției permanente mai ales în dentină.

Summary

The content of fluorine in separate organs of human body

There was established that the content of fluorine in separate organs of human body is not equal, and also is noted its difference in various layers of enamel; to growing teeth the fluorine is accumulated more than in permanent, especially in dentine. The amount of fluorine in female milk to lactating women in the center of endemic fluorosis is below, than to women living outside of the center of defeat; thus children who are being on natural feeding are less subjected to fluorosis.

Резюме

Содержание фтора в отдельных органах человеческого организма

Было установлено, что содержание фтора в отдельных органах человеческого организма не одинаково, а также отмечено его отличие в различных слоях эмали; в растущих зубах фтора накапливается больше чем в постоянных и особенно в dentine. Количество фтора в женском молоке лактирующих женщин в очаге эндемического флюороза ниже, чем у женщин проживающих вне очага поражения; таким образом дети, находящиеся на естественном вскармливании меньше подвержены флюорозу.

Apa potabilă care conține o concentrație sporită de fluor, servește drept sursă predominantă de aprovizionare a organismului uman cu fluor, și drept principala cauză de îmbolnăvire a populației cu fluoroză a dinților.

Se cunoaște că substanțele minerale, și în particular fluorul, se concentrează la organismul animal în schelet. Acumularea fluorului în oase și dinți este aproximativ egală. Principalele momente care definesc conținutul lui în oase și dinți sunt:

- vârsta individului și
- cantitatea elementului respectiv, care ajunge în organism cu apa, produsele alimentare și prin aer.

Concentrația de fluor fluctuează în limite oarecare în diferite părți ale dintelui, precum și la diferite grupuri de dinți.

Fluorul dinților are importanță pentru protecția anticarioasă. În legătură cu aceasta prezintă interes determinarea cantității lui din dinți în aspect de vârstă.

În cadrul cercetărilor efectuate de Авцин А.П., Жаворонков А.А. [1] s-a demonstrat că în focarul de fluoroză endemică în dinții de lapte este un conținut mai redus de fluor comparativ cu cei permanenți. În smalțul dinților cariați fluor este mult mai puțin decât în cei intacti. De la vârsta de 30 de ani procentul de fluor sporește în smalțul tuturor dinților, iar la 50 de ani — se dublează.

Алкалаев К.К. [2] a demonstrat că cantitatea maximă a fluorului se determină în molarii III, apoi scade treptat în canini și incisivi, molarii I și II, și în premolari.

Conținutul de fluor în diferite straturi ale smalțului este neuniform, cel mai înalt fiind în straturile superficiale, apoi el scade treptat până la un nivel constant în straturi mai profunde. Cantitatea de fluor din dentina dinților deciduali crește până la o anumită vârstă și depinde de tipul dinților (în incisivi — până la 5 ani, în canini și molari — până la 7 ani). În perioada schimbării dentiției concentrația fluorului scade în urma reducerii lui în stratul care căpтуșește pulpa. Aceasta se datorează procesului osteoclastic activ, caracteristic schimbului fiziologic de dinți.

Conform datelor Николаева Т.А. și Белецкий А.С. [3], conținutul de fluor în dinții deciduali afectați de fluoroză a constituit 0,082—0,28% și la cei permanenți — 0,3—0,7%.

Există legitatea că fluorul se acumulează mai rapid și mai mult în dinții crescânzi decât în cei permanenți și, în special, în dentină.

Concentrația de fluor de 8,0 mg/l în apa potabilă cauzează fluoroză a scheletului la 10% din populație.

Pe lângă țesuturile dure (dinți, oase) mari acumulări de fluor au fost înregistrate în piele, păr, unghii. Concentrația de fluor în părul copiilor din focarul de fluoroză endemică este de zeci de ori mai mare decât la copiii din localități cu concentrație obișnuită de fluor în mediul înconjurător.

Un interes aparte reprezintă datele despre acumularea fluorului în laptele de femeie, deoarece el servește drept unic aliment pentru sugar. O importanță deosebită pentru profilaxia fluorozei o are evidența cantității de fluor ajuns în organismul copilului prin intermediul laptelui matern în perioada celei mai intense creșteri și formări a scheletului și dinților.

S-a stabilit că cantitatea de fluor în laptele uman la femeile care alăptează într-un focar de fluoroză endemică este mai scăzut decât la femeile ce locuiesc în afara focarului respectiv.

Este evident că în perioada de lactație în organismul matern este prezent un mecanism fiziologic, care menține concentrația de fluor din lapte la un nivel optim pentru copil. Concentrația fluorului în laptele de vaci dintr-un focar de fluoroză endemică fluctuează de la 0,01 până la 0,7 mg/l.

Aceasta demonstrează că glandele mamare servesc drept o barieră originală pentru fluor și eliminarea lui din organism împreună cu laptele nu joacă un rol semnificativ.

Cercetările noastre au demonstrat că în focarul de fluoroză endemică copiii care au fost alăptați până la un an și mai mult, iar apoi au consumat lactate, au fost mai puțin expuși fluorozei.

Bibliografie:

1. Авцин А.П., Жаворонков А.А., „Патология флюороза», Новосибирск, 1981.
2. Алкалаев К.К., „Содержание и поглощение фтора отдельными группами зубов», Стоматология, 1964, N3, с. 3-8.
3. Николаева Т.А., Белецкий А.С., „К вопросу о профилактике флюороза и кариеса (изучение влияния фтора питьевой воды на организм человека), Гигиена и санитария, 1951, Nр. 12, с.7-11.

Prezentat la 26.05.2008

URGENȚE, RISCURI ȘI ACCIDENTE ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

Ion Munteanu

*Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială și
stomatologie ortopedică
FPM USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Rezumat

Șaizeci și șapte persoane cu diverse forme de cardiopatii ce foloseau permanent sau periodic anticoagulante au suportat 67 intervenții stomatologice, 8 din ele fiind urmate de complicații.

În concluzie, menționăm importanța evidențierii pacienților ce folosesc anticoagulante precum și a cooperării cu medicul internist. De asemenea, este foarte importantă efectuarea locală a unei hemostaze minuțioase și informarea bolnavului unde să se adreseze în caz de hemoragie.

Summary

Emergencies, risks and accidents in dental practice

Sixty-seven patients being on anticoagulants because of various heart diseases have undergone 67 dental surgical interventions, 8 being followed by complications.

As a conclusion, we underline the importance of detecting the patients on anticoagulants and of cooperating with the general practitioner. Very important is also to carry out a local thorough hemostasis and to advise the patient where to seek help in case of bleeding.

Actualitatea temei

Medicul stomatolog în condiții de ambulator des se întâlnește cu pacienți cu afecțiuni cardiopatică ischemică prin ateroscleroză cronică, îndeosebi infarctul miocardic, angina pectorală, afecțiuni vasculare cerebrale, emboliile pulmonare, tromboflebitele, arteriopatiile, afecțiunile valvulare cardiace, protezele valvulare, diateza renală, proteze vasculare etc. (1, 3). În legătură cu cele expuse pacienții se află sub medicație anticoagulantă permanentă sau temporară ceea ce crează medicului dificultăți în rezolvarea hemostazei. În aceste cazuri terapia anticoagulantă e necesar să fie concordată cu medicul internist (1, 2, 3). Întreruperea bruscă a terapiei la unii pacienți, fie chiar și pentru o scurtă durată de timp poate duce la complicații foarte serioase, care pot fi și letale. Aceste complicații la fel pot fi declanșate și prin administrarea vitaminei K.

Scopul lucrării

Luând în considerație riscul pentru pacient orice intervenție stomatologică: extradiții dentare, incizii, înlăturarea tumorilor, detartaj, chiretaj etc. ce provoacă hemoragii necesită consultația și confirmarea doctorului curant de bază, iar stomatologul să ia măsuri de hemostază locală prin traumă minimală în timpul intervenției, hemostază prin presiune, prin aplicarea în alveolă a substanțelor și materialelor hemostatice, suturarea plăgii. Supravegherea pacientului pînă ce se opresc elimenările sanghuine, în timp de 1-2 ore. Toți pacienții erau locuitori a municipiului Chișinău și erau informați unde să se adreseze în caz de hemoragii.

Materiale și metode

Actualul studiu are la bază examenarea și tratamentul unui lot de 67 pacienți (39 bărbați și 28 femei) cu vârsta între 39 și 82 de ani cu patologie generală diversă:

1. Afecțiuni cardiovasculare — 49
2. Afecțiuni hepatice — 11
3. Afecțiuni renale — 7

Acest lot de pacienți se aflau sub terapia anticoagulantă în timp de la 7 luni pînă la 10 ani.

Conform anamnezei, investigațiilor și consultației cu medicul internist s-au efectuat următoarele intervenții chirurgicale:

1. Extracții dentare simple — 43
2. Incizii — 9
3. Extracții dentare complicate — 7
4. Rezecții apicale — 3
5. Chiretaj — 3
6. Decapuşonare — 2

La recomandarea medicului internist la 27 de pacienți tratamentul a fost întrerupt cu 48 ore înainte de intervenții, la 10 pacienți doza de anticoagulante a fost redusă și la 30 nu s-a întrerupt tratamentul de bază.

La toți 67 pacienți s-a urmat același protocol operator în cazul extracțiilor dentare: substanța anestezică s-a introdus fără vasoconstrictor; intervenția s-a efectuat cu atenție, dintele a fost luxat cât mai blind și s-a evitat fracturarea marginelor alveolare. Post-extracțional s-a făcut controlul plăgii alveolare, s-au suprimate toate exchilele alveolare expuse la necroză și infecție, deoarece acestea, la rîndul lor pot interzine hemoragia.

Pentru a obține hemostază locală se aplicau bine marginile plăgii am utilizat pansamente prin presiune cu hemostatice de fibrină, cu bulete îmbibate în 3% de H₂O₂. La plăgi mai mari de 1 cm s-au aplicat suturi.

Complicații au apărut la 8 pacienți:

1. Hematom postoperator — 5
2. Hemoragie tardivă — 2
3. Dureri în plagă — 1

Din toți pacienții supravegheați de stomatolog și internist complicații generale din partea sistemului cardiovascular n-au fost depistate, terapia anticoagulantă a celor ce au întrerupt-o, au prelungit-o la a doua zi după intervenții.

Concluzii:

1. Înainte de intervenție chirurgicală stomatologică e necesar de înștiințat de la pacient (rude) dacă nu folosește anticoagulante, dacă nu suferă de hemoragii.
2. Anestezicii se introduc lent și fără vasoconstrictori.
3. Intervenția chirurgicală de efectuat cât mai blind, local de aplicat substanțe antihemostatice.
4. La această categorie de pacienți e necesară colaborarea medicului stomatolog cu medicul internist, cardiolog, hematolog.

Bibliografie:

1. Bucur A., Cioacă R., 2004: Urgențe și afecțiuni medicale în cabinetul stomatologic. — Editura Etna, București, p. 114-117.
2. Bhat S. S., Sargod S. S., George D., 2005: Dentistry and homeopathy: an overview. Dent Update 32 (8): p. 486 — 8, 491.
3. Rotaru A., 1992: Urgențe, Riscuri și dificultăți în practica stomatologică, Cluj Napoca.

Prezentat la 15.04.2008

DEZINFECTAREA SUPRAFEȚELOR DE LUCRU: SUBIECTE ACTUALE

Rezumat:

O condiție a reușitei actului medical în stomatologie, protecției personalului medical și a pacienților reprezintă menținerea impecabilă a suprafețelor DE Lucru. Acest subiect se actualizează accentuat datorită prestației presante a unor factori epidemiologici, tehnogeni și sociali. Sunt necesare modalități optime de dezinfectate utilizându-se preparate de ultimă oră.

Cuvinte-cheie: stomatologie, suprafețe DE Lucru, infecții în stomatologie, dezinfectare, dezinfectanți.

Summary

Disinfection of Working Surfaces: An Up-to-Date Subject

Maintaining the working surfaces impeccably clean is a condition of successful dental practice and is directed at patients and medical staff's protection. The actuality of this subject increases due to the pressing conscriptions of some epidemiologic, technogenic and social factors. Optimal modalities of disinfection making use of the most recent preparations are necessary.

În cadrul medicinei contemporane stomatologia reprezintă unul dintre cele mai solicitate domenii. Concomitent, în ultimii ani, se observă o creștere evidentă a solicitării serviciilor stomatologice. Conform unor date actuale, la mai bine de jumătate din întreg contingentul de pacienți, paralel cu afecțiunile stomatologice, se

Ala Ojovan

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu“
Catedra Stomatologie
Terapeutică FPM

atestă purtători de diferite infecții, de maladii printre care contagioase, transmisibile aerian sau prin contact direct cu răni sau mucoase. O serie de pacienți cu probleme stomatologice n-au cunoștință de faptul că sunt seropozitivi (HIV), purtători de boli venerice, au tuberculoză, herpes, hepatita B sau C. În cadrul examinărilor la specialistul stomatolog majoritatea respectivelor afecțiuni nu se depistează.

Luând în considerație aceste circumstanțe fiecare pacient trebuie privit drept un potențial purtător de infecție, iar medicul stomatolog este dator să ia toate măsurile de rigoare în scopul protejării sale, a personalului și, desigur, a pacienților.

După utilizarea turbinelor, aparatelor ultrasonore în aerul incintei cabinetului stomatologic se formează aerosoli ce conțin picături cu microparticule de ulei, sânge, salivă, puroi, microorganisme posibil contaminate cu germeni patogeni. Aerosolii se mențin preponderent în zona de activitate a medicului și aflării pacientului circa 30 minute, extinzându-se în spațiul încăperii la distanța de la 50 cm până la 2 m.

Dezinfectarea suprafețelor de lucru în spațiul de intervenție stomatologică reprezintă elementul constitutiv extrem de important în prevenirea infecției, negarea căruia poate avea repercusiuni grave asupra sănătății personalului medical și pacienților.

Astfel dezinfectarea suprafețelor de lucru va fi îndreptată spre diminuarea infectării bacteriene. Sursele de contaminare sunt varietate: salivă, sânge, exudate orale.

Căile de transmitere a infecției patogene pot fi:

- 1) contact direct cu fluidele bucale (salivă, sânge ș.a.);
- 2) contact indirect cu articole contaminate;
- 3) contactul cu contaminării din aer (picături, microparticule, aerosoli).

Anume căile indirecte de infecție și cele prin aerosoli deseori personalul medical le trece cu vederea, adică nu scoate în evidență că obiectele, suprafețele de lucru pot fi contaminate cu mici picături sau aerosoli eliberați în aer.

În ultimii ani în Republică a crescut considerabil numărul bolnavilor cu tuberculoză.

Deși infecția cu *Mycobacterium Tuberculosis* nu se transmite prin contact direct, ci numai prin inhalarea aerosolilor, acest bacil este foarte rezistent în comparație cu alți agenți infecțioși precum: stafilococi, streptococi, virusuri, fungi, protozoare și reprezintă un standard al rezistenței altor agenți infecțioși. În consecință acțiunea tuberculocidă a dezinfectanților utilizați este obligatorie și suficientă pentru a asigura un spectru larg de acțiune asupra bacteriilor, ciupercilor și virusilor.

Se folosesc în acest scop substanțe chimice de ultimă generație, având grijă totodată să respectăm timpul de expunere a agentului. Substanțele dezinfectante utilizate îndeplinesc în mod obligatoriu standardele europene pentru dezinfecție și sunt substanțe bactericide, active pe candida albicans, fungicide, sporicide, virucide active pe virusul HIV, cel al hepatitei B și C, adenovirus, coronavirus, virus herpes tip 1, precum și

tuberculocide active pe micobacterium tuberculosis.

Pentru dezinfectarea suprafețelor DE Lucru firma Durr Dental a elaborat agenți chimici cu potențial dezinfectant cu cod de culoare verde. Dezinfectanții sunt elaborați sub formă de soluție (FD 312; FD 322; Fi 333), aerosol (FD 340), șervețele (FD 350). Agenții chimici nu conțin aldehide, ei reprezintă combinații de tip contemporan a substanțelor active, de etanol și compuși de tetraamoniu (propanol). Preparatele nominalizate asigură un spectru larg de acțiune tuberculocidă, fungicidă, virucidă cu acțiune limitată (hepatita B, hepatita C, HIV), având timpul de acțiune 1 min.

Aceste calități ale preparatelor enumerate denotă eficiență și comoditate în utilizare.

Zonele de acțiune fiind: mesele de lucru, suprafața fotoliului, instalației, fișe dentare, telefoane, modele de studii, echipament dentar, pereții, podea, uși. Costul este acceptabil.

Recomandări practice pentru dezinfectarea suprafețelor:

- Acoperiți suprafețele de lucru care sunt dificil de curățat;
- Acoperiți butoanele electrice de pe fotoliul dentar.
- Folosiți un agent dezinfectant tuberculocid pe bază de soluție în apă;
- Selectați un dezinfectant de suprafață care distruge virusi hidrofobi (hepatita B, C);
- Citiți cu atenție prospectul substanței utilizate și respectați foarte strict instrucțiunile de folosire;
- Folosiți de preferință apa ca agent pentru diluție și nu alcoolul;
- Folosiți ochelari de protecție, mănuși groase de cauciuc și mască în timpul curățării suprafețelor sau instrumentarului pentru a preveni inhalarea sau contactul direct al mucoaselor cu picături de soluție dezinfectantă;
- Prelucrați suprafețele de lucru după tratamentul fiecărui pacient, totodată aceasta se permite și în prezența lor.

Concluzii:

Actualizarea procesului de dezinfectare a suprafețelor de lucru permite:

- 1) raționalizarea procesului activ al stomatologului în cadrul de tratament;
- 2) protejarea organismului medicului;
- 3) corelarea posibilităților materiale în stomatologie;
- 4) corelarea armonioasă dintre evoluția agenților patogeni și utilizarea potrivită a preparatelor dezinfectante;
- 5) acțiunea de comoditate în dezinfectarea suprafețelor de lucru și economisirea timpului.

Bibliografie

1. Maftel I., Maftel-Golopentia I. M. Asepsie, antisepsie, sterilizare. — Bucuresti: Ed. Cerma, 1994.
2. Miyasaki-Ching Cara M. Elemente clinice de stomatologie. — Bucuresti: Ed. ALL, 2001.

3. Мороз Б.Т., Мироненко О.В. Особенности дезинфекции и стерилизации в амбулаторной стоматологии. — Санкт-Петербург: Человек, 2007.
4. Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты: Учеб.пособие /Под ред. В.Н. Трезубова. — СПб.: СпецЛит, 2002.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Санитарно-гигиенический режим в терапевтических стоматологических кабинетах. — М.: МЕДпресс-информ, 2002.

Prezentat la 30.05.2008

STRUCTURA ADRESABILITĂȚII PACIENȚILOR CE AU SOLICITAT UNITĂȚILE MEDICALE STOMATOLOGICE PRIVATE

Rezumat:

În lucrare se descrie unele rezultate a studiului ce ține de structura adresabilității pacienților ce au solicitat unitățile medicale stomatologice private. Scopul cercetării efectuate este de a elucida unele aspecte ce țin de structura pacienților, care solicită serviciile stomatologice în unitățile medicale private. Rezultatele studiului au furnizat informații suplimentare pentru elaborarea unor soluții optime vizînd sporirea accesibilității pacienților la serviciile medicale stomatologice private.

Summary

Structure of Addressability of Patients Visiting Private Stomatologic Facilities

The paper describes some results of the study related to the structure of the addressability of patients visiting private stomatologic facilities

The research aimed at elucidating the aspects of the structure of patients requesting stomatologic services in private healthcare facilities. The study results provided additional information for the formulation of optimal solutions for enhancing the accessibility of patients to private medical stomatologic services.

Introducere

Actualmente în stomatologia națională mai vast decît în oarecare ramură a medicinei, este prezentată pe piața prestării serviciilor medicale stomatologice o gamă bogată de servicii private. Această piață de activitate capătă noi forme civilizate de manifestare.

Conform informației privind licențele eliberate și reperfectate pentru acordarea asistenței medicale stomatologice de către instituțiile medico-sanitare private potrivit situației din 08.05.2008 în Republica Moldova sunt înregistrate și activează în total 374 structuri stomatologice private, 202 — în municipiul Chișinău. Un rol pozitiv în activitatea lor îl joacă concurența constructivă, fapt, ce la rîndul său influențează calitatea serviciilor prestate.

Serviciul stomatologic din Republica Moldova este parte componentă a sistemului medicinei naționale, în care au fost înregistrați pași concreți de reformare și adaptare la noile condiții ale economiei de piață.

La general se poate de constatat, că pe parcursul anilor 1999—2007 în stomatologia națională s-a petrecut o evoluție de nivel tehnologic calitativ, la baza căreia a stat folosirea în tensă a noilor materiale, instrumentariu, utilaj, preparatelor medicamentoase cu aplicarea tehnologiilor contemporane de profilaxie, tratament și protetică dentară.

Scopul lucrării este de a elucida unele aspecte ce țin de structura pacienților, care solicită serviciile stomatologice în unitățile medicale private.

Materiale și metode

Structura pacienților care solicită unitățile medicale stomatologice private, sunt un fundament inițial în determinarea cererii contingentului dat, pentru forme diverse de ajutor stomatologic cu plată. Ea a fost studiată prin intermediul unui son-

Anatolie Pancenco

*Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială și
Stomatologie ortopedică
FPM USMF
„Nicolae Testemițanu“*

da, care reprezintă un ansamblu de operațiuni, având ca obiectiv studierea distribuției unor caracteristici în totalitatea unei populații, pornind de la observațiile efectuate pe un eșantion al acestora. Datele au fost colectate prin metoda de interviu.

Rezultatele sondajului au furnizat informații suplimentare pentru elaborarea unor soluții optime vizând sporirea accesibilității pacienților la serviciile medicale stomatologice, modificarea sau menținerea structurii existente al serviciului stomatologic privat, sporirea calității asistenței medicale stomatologice acordate de către medicii stomatologi, care activează în cadrul întreprinderilor stomatologice private.

În acest context a fost efectuat un studiu de opinie, prin chestionarea anonimă a populației în funcție de sex, vârstă și grupuri social-profesionale, menite să contribuie la elucidarea problemei studiate.

Rezultate și discuții

Pe perioada activității unităților medicale stomatologice private structura pacienților a fost supusă a cărorva schimbări în parametre cantitative și calitative, atât în structura adresabilității, socio-profesionale, de vârstă, etc.

Eșantionul de selecție a cuprins 1074 de persoane cu vârste între 19—66 ani. Au fost interviuate 674 (62,9%) de femei și 397 (37,1%) bărbați.

Prezintă interes în dinamică în dependență de vârstă a contingentului potențial de plată; repartitia pacienților în dependență de vârstă indicată în tabelul nr. 1

Repartitia respondenților după vârstă

Tabelul 1

Rate	Volumul eșantionului selectat	Volumul eșantionului de opinii	Ponderea respondenților după vârstă					Peste 66 ani
			19-25 ani	26-35 ani	36-45 ani	46-55 ani	56-65 ani	
Absolute	1074	1068	89	426	400	98	42	13
Relative (în %)	100	99,4	8,3	39,9	37,5	9,2	3,9	1,2

După cum se vede mai frecvent solicită serviciile cu plată pacienții de vârstă aptă de muncă între 19—56 ani.

Conform categoriei socio-profesionale 78,3 % din respondenți sunt angajați în câmpul muncii (aproximativ 8 din 10 persoane). 29 % activează în sfera comercială, 20,1 % — în structurile private, 15,6 % — în sfera socială, 13,6 % — în sfera de producție. Cota neangajaților reprezintă 3,5 %, pensionari și invalizi — 3 % și 15,2 % constituie alte categorii. Aceste date sunt incluse în tabelul nr. 2.

Repartitia respondenților după categorii sociale

Tabelul 2

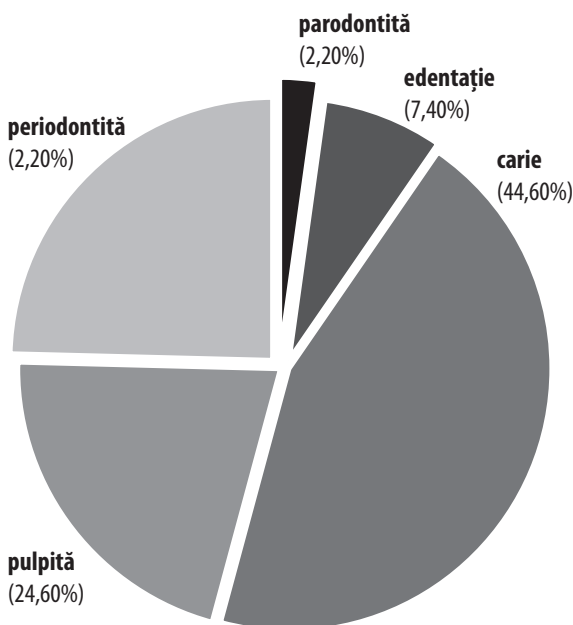
Rate	Volumul eșantionului selectat	Volumul eșantionului de opinii	Ponderea respondenților-angajați în sfera						Alte categorii
			socială	privată	producere	comercială	neangajat	pensionari	
Absolute	1074	1070	167	215	146	310	37	32	163
Relative (în %)	100	93,1	15,6	20,1	13,6	29,0	3,5	3,0	15,2

În general aceste categorii de pacienți solicită așa fel de servicii, din motivul criteriilor înalte a funcției și esteticii serviciilor prestate.

Dintre pacienți mai frecvent solicită serviciile medicale stomatologice — genul feminin, care constituie 798 (74,7 %).

Motivația adresărilor după asistență medicală stomatologică este elucidată în figura nr. 1

Fig. 1 Ponderea celor mai frecvente maladii dento-orale înregistrate în unitățile medico-sanitare private din municipiului Chișinău



Ponderea populației antrenată în profilaxie în structurile stomatologice private nu este reflectată în evidența statistică.

Pentru analiza eficacității economice a activității structurilor medicale stomatologice e important de luat în considerație argumentele, ce reprezintă favoarea în alegerea a unei sau altei organizații private. Din cei 1072 de respondenți (99,8%) preferință pentru unitățile medicale stomatologice private au manifestat 880 de respondenți (82,1%). În tabelul nr. 3 sunt evocate argumente, care au cauzat preferința pentru unitățile medicale stomatologice private.

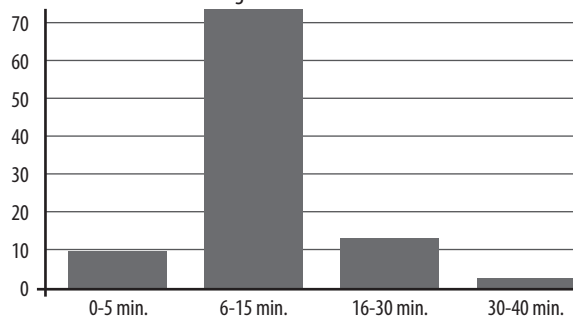
Preferințe cauzale ale pacienților UMSP

Tabelul 3

Rate	Volumul eșantionului selectat	Volumul eșantionului de opinii	Ponderea argumentelor pro			
			Amplasare convenabilă	program de lucru convenabil	Anturaj	alte argumente
Absolute	1074	1021	288	272	375	86
Relative (în %)	100	95,1	28,2	26,6	36,7	8,5

În figura 2 sunt prezentate datele sondajului despre perioadele de așteptare în timpul vizitei la medicul stomatolog în unitățile medicale stomatologice private. 83,8 % din respondenții eșantionului de opinii (care au răspuns la această întrebare) au indicat că perioada de așteptare în timpul unei vizite la medicul stomatolog nu depășește 15 min.. În plan comparativ ponderea timpului de 6 — 15 min. este semnificativă.

Fig. 2 Timpul mediu de așteptare a unui pacient la medicul stomatolog în UMSP



Concluzii

1. Mai frecvent solicită serviciile medicale stomatologice în structurile private pacienții de vârstă aptă de muncă între 19—56 ani;
2. Independent de categoria socio-profesională 99,8% dintre respondenți estimat pozitiv acti-

vitătea structurilor stomatologice private;

3. 82,1% dintre respondenți au manifestat preferința pentru unitățile medicale stomatologice private;
4. 62,9% dintre femei și 37,1% dintre bărbați apreciază pozitiv organizarea serviciului stomatologic;
5. 74,7% dintre femei solicită serviciile medicale stomatologice;
6. Independent de vîrstă 83,8% din respondenți consideră ponderea timpului de așteptare unei vizite la medicul stomatolog de 6—15 min. semnificativă.

Bibliografia selectivă

1. Amariei Corneliu. Introduceri în managementul stomatologic. Editura „Viața medicală românească”, București, 1998, 163 p.
2. Amariei Corneliu. Ancheta de opinie — instrument în managementul serviciilor stomatologice. Revista „Medicina stomatologică”, vol. 2, 1998.
3. Amariei Corneliu, I Berciu. Abordări moderne de evaluare a calității îngrijirilor medicale stomatologice. Viața medicală nr. 15 (433), 1998.
4. Cărăușu E. Evaluarea gradului de satisfacție a pacientului — indicator de monitorizare a calității serviciilor stomatologice. Medicina stomatologică. Iași, 1999, p. 203 — 214.
5. Pancenco Anatolie. „Serviciile medicale private prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane”. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2007. 174 p.

Prezentat la 22.07.2008

STUDII PRIVIND ROLUL UNOR FOCARE DE INFECȚIE ODONTO-PARODONTALE ÎN APARIȚIA SAU AGRAVAREA UNOR BOLI SISTEMICE

Lucian Ichim,
doctorand Cariologie
Angela Ghiorghe,
asist.univ.dr.
Iulia Nunchievici,
doctorand Cariologie
Ștefan Lăcătușu,
prof. univ.dr.

U.M.F. „Gr.T.Popa“ Iași
Facultatea de Medicină
Dentară
Catedra de Cariologie
și Odontoterapie
Restauratoare

Rezumat

Teoria infecției focale a fost o sursă de frustrare și inspirație de-a lungul timpului, atât în practica dentară cat și în cercetare. Infecția focala a fost implicata in diseminarea patogenilor in întreg organismul. In acest studiu am examinat pacienții afectați de diferite boli generale, care au prezentat bacteriemii apărute în cursul tratamentelor endodontice. La acești pacienți am găsit o legătura strânsă între procesele patogene din afecțiunile parodontale marginale și periapicale. La pacienții cu endocardite infecțioase, reumatism articular acut sau diabet trebuie instituit și un tratament antibiotic în corelație cu cel stomatologic.

Cuvinte cheie: infecția de focar, parodontite apicale și marginale

Summary

The studies of dental focal infection to appearing and aggravating the systemic diseases

The focal infection theory has been a source of both frustration and inspiration in dental practice and research. Focal infection originally implied dissemination of pathogens from the focus to remote part of the body, where secondary disease arose. In this study the patients which we examined had a general health compromised and their teeth had a bacteremias during endodontic treatment. At these patients is the great similarity between the pathogenic process in marginal and apical periodontitis. A history of infective endocarditis, rheumatic heart fever or diabetic disease, may necessitate the implementation of antibiotic regimen in conjunction with the endodontic procedures to these patients.

Keywords: focal infection, periodontitis apical and marginal.

Introducere

Boala de focar sau după Berger, mai corect complexul bolii de focar, se compune dintr-o cauză locală focarul primar activ și manifestările patologice de la distanță, cauzate de el în organism.[1] Este demn de semnalat de la început că focarul primar activ este cronic, asimptomatic sau simptomele lui sunt neînsemnate trecând pe al doilea plan față de amploarea fenomenelor patologice dezlănțuite de acesta.

Sediul de predilecție pentru dezvoltarea focarelor cronice de infecție sunt: dinții, amigdalele, sinusurile faciale — mai ales cele maxilare, urechea medie și celulele mastoideene, arborele traheo-bronșic, colecistul, tubul digestiv, tractul uro-genital, etc. sub aspectul răspândirii procentuale, 90% din focarele organismului uman sunt cantonate în regiunea cefalică și doar 10% în restul organismului.

Sub aspectul cantitativ, pe primul loc sunt dinții și parodontiul (72%) urmând apoi succesiv amigdalele, sinusurile și urechea medie (18%). Dintre focarele extra-cefalice pe primul loc se situează anexele (2—7%) apoi bronșiile (0,8%), intestinul (0,5%), și căile biliare extrahepatice (0,5%).[2]

Conformația anatomică a dinților creează condiții deosebite de prielnice pentru infecții cronice, din cauză că aceste procese se desfășoară în țesuturi fără posibilități de apărare (smalț, dentină) structuri greu sau aproape inaccesibile elementelor de apărare tisulară și umorală.[3]

Marea frecvență a focarelor din cavitatea bucală este cunoscută de stomatologi, ele fiind însă ignorate de bolnavi și uneori minimalizate de colegii de alte specialități. Orice dinte devital este suspect putând fi focar de infecție, pe când o pulpă dentară cu vitalitatea integră, nu poate declanșa o boală de focar.

De la început trebuie să precizăm că diagnosticul bolii de focar nu intră în atribuțiile medicului stomatolog. Acest diagnostic prezintă o importanță deosebită în practica medicală și necesită o mare competență. De obicei acesta se face de un medic internist cu experiență, în majoritatea cazurilor în colaborare cu alți specialiști (ginecolog, urolog, orelist, neurolog).

În observarea multor pacienți cu starea generală compromisă, care nu și-au menținut dinții până la bătrânețe, se reasigură că cercetările curente au demonstrat că în timp ce bacteriemia există în timpul unui tratament endodontic, incidența sau magnitudinea nu este alarmantă și întradevăr este comparabilă cu cele mai obișnuite proceduri dentare.[4] Oricum, natura organismelor infecțioase poate fi sursa unor boli de focar. Profilaxia cu antibiotic este necesară pentru a evita riscul consecințelor bacteriemiei.

Material și metodă

S-au luat în studiu un număr de 18 pacienți ce suferau de diverse boli generale cu evoluție la distanță de cavitatea orală sau de boli sistemice, ce erau internați în Spitalul Universitar C.F. Iași. Acești pacienți au fost trimiși la clinica de Odontologie și Parodontologie a Facultății de Medicină Dentară pentru a li se efectua tratamentele de specialitate și asanarea eventualelor focare de infecții.

Rezultate

În continuare prezentăm câteva cazuri de pacienți cu afecțiuni generale care pot fi agravate de prezența infecțiilor de la nivelul cavității orale.

1. A.E., 61 ani, Iași, cu reumatism cronic, osteoporoza



Fig. 1

Ex.odonto-parodontal: Leziuni de eroziune cervicală, carii de colet la frontalii inferiori, parodontită marginală cronică generalizată cu prezența unui abces parodontal în dreptul 33—32.

Ex.laborator sânge:

VSH=11 mm/h; GA=7030mm³; GR=4,75 ml/mm³; Hb=14,1%; Ht=41,7; Tr=276000mm³; Colesterol=147mg/dl; Trigliceride=83mg/dl; Glicemie=93mg/dl; Urea=19mg/dl; TGP=44U/L; Proteina C= 7mg dl%.

Tratament: Silimarină-3cp/zi, Lagosa-2cp/zi, Omeran, Motilium, Bilobil, Coaxil, Calmepam, Simvacard, Vasilip-3cp/zi

2. R.I., 55ani, Iași, cu parapareză statică, mielopatie dorsală D5-D7 operată, tromboflebită membrele inferioare.



Fig. 2.

Ex.odonto-parodontal: 21 parodontită apicală cronică fistulizată, 11 fractură de unghi incizal, leziuni carioase cornice la dinții laterali.

Pacient operat pentru varice membrele inferioare stg. (2007) și tromboflebită profundă membrul inferior stâng. În antecedente a suferit în februarie 2001 operație de hernie de disc dorsală de la D5-D8.

Ex.laborator sânge:

VSH=5mm/h; GA=7110/mm³; Glicemie=72mg/dl; Uree=18mg/dl; γGT=39UI/L; colesterol=262mg/dl.

Tratament: Cerebrolysin 1 fiola/zi; pentoxiR 2 cp/zi, Liv 52 3 tb/zi, vit.B1 1 fiola/zi, aspenter 1 co/zi, depiridamol 3 fiole/zi

3. Pacienta B.S., 69 ani. Iași, cu lumbago cronic post hernie de disc lombară operată, gonartroză bilaterală, hipercolesterolemie.



Fig. 3

Ex.odonto-parodontal: leziuni abrazive și erozi-ve la frontalii inferiori, 36 obturație din amalgam de argint pe fața ocluzală cu prezența unui abces parodontal în vestibul, în dreptul acestui dinte; parodontită marginală cronică profundă generalizată.

Ex.laborator sânge:

VSH=21mm/h; GA=5780/mm³; GR=4,74 mil/mm³; Hb=13,9g%; uree=19mg/dl; Glicemie=91mg/dl; colesterol=253mg/dl; TGO=15U/L; TGP=24 U/L.

Tratament: Nifedipin 10 mg 3 cp x4/zi; Ketoprofen 1 cp x4/zi.

4. M.C., 31 ani, Iași, cu discopatie lombară și lombago subacut.

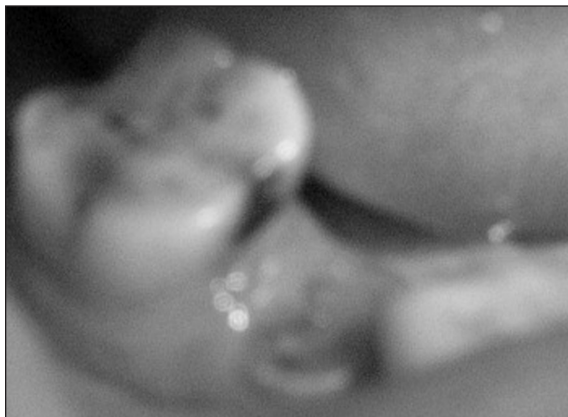


Fig. 4

Ex.odonto-parodontal: leziuni erozive și abrazive la dinții din zona laterală; parodontită apicală cronică la 45; carie de smalț oprită în evoluție la 46

Ex. laborator sânge:

VSH=5mm/h; GA=5380/mm³; Hb=13,5; Glicemie=75mg/dl; colesterol=161mg/dl; Uree=12mg/dl; TGO=16U/L; TA=120/70 mmHg; Proteina C=6mg/dl%; Fibrinogen 8g/dl

Tratament: Prestarium 5mg 1cp/zi, Betaloc 100mg 1cp/zi, Preductal MR 1 cpx2/zi, Vasilip1 cp/zi, Dipiridamol 3 cp/zi Aspenter 1 cp/zi

Tratament Ketoprofen 200mg 1 cp x 4 /zi

5. C.M. 62 ani, Iași, cu fractură trohantero-diafizară stg.operată, HTA std. II, NCB bilateral, gonartroză bilaterală.



Fig. 5

Ex.odonto-parodontal: leziuni erozive și abrazive la dinții din zona laterală; parodontite apicale cronice la 47.

Ex.laborator sânge:

VSH=15mm/h;GA=5350/mm³;Glicemie=101mg/dl; Uree=13mg/dl; γGT=27 UI/L; colesterol=158mg/dl; bilirubină=0,35mg/dl; fibrinogen=8g/dl; proteina C=8g/dl%

Tratament: Prestarium 5mg 1cp/zi, Betaloc 100mg 1cp/zi, Preductal MR 1 cpx2/zi, Vasilip1 cp/zi, Dipiridamol 3 cp/zi Aspenter 1 cp/zi

DISCUȚII

Pentru precizarea diagnosticului, pe lângă anamneză, istoric și observația clinică, sunt strict necesare examene de laborator (VSH, hemograma, leucograma, gamaglobuline plasmatică, transaminazele, ASLO). Se observă că la pacienții examinați de noi s-au obținut valori mai mari decât normalul la :VSH, hemogramă și leucogramă, ceea ce ne arată că leziunile periapicale și parodontale marginale, la acești bolnavi pot iniția o infecție de focar.

Pentru medicul stomatolog practicician însă, este de mare importanță depistarea focarelor de infecție primare pentru care avem la îndemână o gamă variată de semne clinice și radiologice.

Odată depistate aceste focare de infecție, la bolnavii cu risc, trebuie instituit un protocol clinic de asanare și tratament adecvat cu leziunile odonto-parodontale existente. De multe ori este necesar și un tratament profilactic cu antibiotice.

Concluzii

1. Există o varietate largă de afecțiuni odonto-parodontale ce pot constitui focare de infecție și pot determina leziuni la distanță, dar pentru ca aceste leziuni să fie considerate active, ele trebuie să îndeplinească anumite condiții.
2. În identificarea focarului activ în boala de focar sunt necesare o serie de teste care trebuie efectuate cu multă prudență, dar și examene complementare care să identifice terenul susceptibil.
3. Pentru menținerea cât mai mult a integrității odonto-parodontale la pacienții cu boli generale și pentru evitarea apariției bolii de focar, medicii dentiști trebuie să colaboreze cu medicii generaliști încă de la primele simptome semnalate la acești pacienți.

Bibliografie

1. American Association of Endodontists (2003), Glossary of endodontic terms, 7th edn.Chicago,IL: American Association of Endodontists.
2. Bergström J, Babcan J, Eliasson S. (2004) Tobacco smoking and dental periapical condition.European Journal of Oral Science 112, 115-20.
3. Nair PN (2004) Pathogenesis of apical periodontitis and causes of endodontic failures. Critical Reviews in Oral Biology and Medicine 15, 348-81.
4. Kirkevang LL, Vaeth M., Hörsted-Bindslev P., Wenzel A. (2006) Longitudinal study of periapical and endodontic status in a Danish population. International Endodontic Journal 39,100-7.

Prezentat la 10.06.2008

APRECIEREA EFICACITĂȚII BIOR-TERAPIEI LA PACIENȚII CU AFECȚIUNI PARODONTALE INFLAMATORII

Rezumat

BioR-terapia realizată la 153 pacienți cu gingivită (110) și parodontita (43) a manifestat efecte imunomodulante și de regenerare locale și generale.

Summary

Assessment of Bior-therapy effectiveness in patients with inflammatory Parodontium affections.

Bior-therapy employed in 153 patients with gingivitis (110) and parodontitis (43) showed immunomodulating and regenerative effects, both local and general.

Actualitatea

În rândul problemelor actuale a stomatologiei moderne afecțiunile inflamatorii parodontale prezintă un rol deosebit. Conform datelor Григорьян А. С. și coautorii (2004) la pacienții adulți frecvența gingivitei și parodontitei deviază de la 53% până la 97,5%. Este bine cunoscut faptul, că apariția gingivitei, fiind cauzată de microorganisme plăcii bacteriene se manifestă cu formarea pungii gingivale, mai profunde în cadrul gingivitei hipertrofice. Microorganismele patogene, cauza gingivitei și ulterior a parodontitei se pot asocia cu procesele de includere a mecanismelor imunitare locale, în cadrul cărora vor suferi limfocitele și fibroblastele, va scădea activitatea fagocitară. Inhibarea reacțiilor imunitare vădit va demonstra cronizarea procesului inflamator cu pierderi de dinți. Cele expuse insistă necesitatea includerii în complexul de măsuri curativo-profilactice a preparatelor medicamentoase imunomodulante.

Apariția preparatului autohton BioR, produsul firmei „Ficotehfarm”, SRL, care influențează imunitatea celulară și humorală a permis de supus cercetărilor clinice efectele lui terapeutice.

Proprietățile farmacologice ale preparatului BioR sunt susținute de un complex de principii bioactive (V. Rudic, 2007): aminoacizi și oligopeptide imunoactive, produși intermediari ai metabolismului glucidic și lipidic, macro- și microelemente esențiale.

Astfel, BioR posedă acțiuni de regenerare a țesuturilor. Efectul citoprotector al preparatului este datorat acțiunii lui de stabilizare a membranelor celulare și lizo-male, prin componentele imunoactive și antioxidante ale acestuia.

Material și metode de cercetare:

Efectele enumerate au servit ca imbol întru estimare capacităților regenerante și imunomodulante ale BioR-ului, soluție injectabilă 5 mg/ml, inclus în terapia complexă a gingivitei și parodontitei, manifestate de diverse grade la 53 pacienți (femei și bărbați), cu vârstele cuprinse între 16 și 56 ani. Patologiile inflamatorii parodontale au fost repartizate în felul următor:

Gingivita — 38 persoane cu forma catarală (acută — 8 persoane, cronică — 30);

Parodontita cronică generalizată — 15 persoane din ele câte 5 persoane de forme ușoară, medie și severă (gravă);

În calitate de pacienți a grupei martor au fost cercetați 13 rezidenți stomatologi, de ambele sexe, practic sănătoși, fără semne specifice a afecțiunilor parodontale inflamatorii.

Examinarea pacienților ambelor grupe a inclus: genul, vârsta, semne patologii-lor generale și locale, frecvența simptomatică și durata recidivilor.

Procesele patologice au fost apreciate după următoarele simptome:

- Tabloul clinic al gingiei;
- Prezența stazei venoase;
- Prezența gingivoragiei;
- Prezența pungilor (gingivală, parodontală);
- Purulența;
- Depuneri (moi, mineralizate);

Burlacu Valeriu, d. m.,
Profesor universitar,

Cartaleanu Angela d. m.,

Ursu Elvira d. m.,

Eni Ana d. m.,

Cușnir Anatol d. m.,
conferențiar,

Ojovan Ala d. m.,

Zagnat Vasile d. m.,
conferențiar,

Curteanu Luiza,
categoria superioară,

Grosu Elena,
categoria superioară

USMF „N. Testemițanu“

- Doloritate;
- Miros oral urât;
- Pierderi de dinți;
- Mobilitate dentară;
- Migrațiuni dentare;
- Modificări radiologice;
- Ocluzie traumatică.

Tratamentul a fost realizat conform schemei de prescriere a preparatului și a avut în baza severitatea procesului inflamator și durata manifestărilor lui clinice, obligatoriu luându-se la evidență și afecțiunile generale concomitente.

Aplicativ BioR-ul s-a administrat pacienților cu diferite forme de gingivită și parodontită incipientă prin rulete sau tifoane îmbibate cu soluții în concentrație de 5 mg / ml timp de 10 min (cura — 10 zile); prin injecție — pacienților cu parodontita marginală, grad de manifestare ușor, mediu și sever. Precum cele recidivante și susținute de procese patologice de sistem și a organelor interne, câte 0,25—0,5ml în plica trecătoare gingivo-jugală ale mucoasei orale, în vecinătatea focarelor inflamatorii.

Rezultatele și discuții

Administrarea preparatului BioR în toate grupele cercetate nu a provocat efecte adverse. Toți pacienții au manifestat semne de ameliorare a sănătății orale: s-au micșorat sau au dispărut totalmente senzații de gust neplăcut, a dispărut mirosul urât oral și cei principal a scăzut cantitatea de depuneri dentare gingivale și linguale (atât moi, cât și mineralizate). Toți pacienții au menționat îmbunătățirea confortului oral.

La pacienții grupului cu procese inflamatorii localizate, la a 3—4 zi, iar la pacienții cu procese patologice medii și severe, la a 5—6 zi au fost subiectivizate și obiectivizate minimalizarea senzațiilor de genă și duritate, de gingivoragii, cauzate de alimentație și măsuri igienizării orale, individuale și controlul testelor de apreciere clinică (la 90% de pacienți).

Majoritatea pacienților, care prezentăm patologii sistemice și ale organelor interne — procese concomitente afecțiunilor parodontale, au menționat o îmbunătățire a stării sănătății generale: respirația nazală a devenit mai liberă, ușoară, a apărut pofta de mâncare, s-a îmbunătățit actul de deglutiție, au dispărut senzația de oboseală, disconfortul gastric, deranjele intestinale și diuretice.

Local după finalizarea curei de BioR- terapie s-au văzut dispărute pastozitatea gingivală și gingivoragiile, hiperemia arterială, semnele edemului, au scăzut gradul mobilității și migrațiunile dentare.

Olga Calin, medic stomatolog
categorie superioară, șefa
secției
Seghei Ichim,
medic stomatolog categoria I
Arcadie Musteață, medic
stomatolog categoria II
Policlinica ACSR a Aparatului Guvernului a RM

RESTAURĂRI ESTETICE CU FOLOSIREA SISTEMEI ORMOCER

Rezumat

Sistemul Universal ORMOCER — *Admira* a fost aplicat la 3874 de dinți: carie dentară 3583 și distrofii dentare 291 de dinți.

Rezultatele

Rezultatele cercetărilor noastre clinice, parțial pot fi lămurite prin investigațiile de laborator monitorizate de Шумский А. В. (2000), care a studiat peisajul microbiologic al parodontiului în dinamica tratamentului imunostimulant, sau a combinării lui cu alte medicamente etiopatogenice. Conform datelor autorului până la procesul imunoterapeutic, microbiocenoza se manifestă cu aglomerări de microorganisme patogene și nepatogene, cu dominarea asocierilor viruso-microbiene. După imunocorecție a fost determinată scăderea lor până la 10+50% fapt prin care se poate de presupus situația asemănătoare și a manifestărilor clinice obținute în cercetările noastre de folosire a BioR-ului.

Vom menționa, că în jur de 60-70% din pacienții grupelor cu manifestări clinice ale parodontitei medii și severe, după tratamentul efectuat și cu BioR au simțit necesitatea de a micșora considerabil volumul de preparate din cele a blocului de tratament complex. Pacienții au reușit din starea sănătății nu numai locale, dar și generale: a crescut capacitatea de muncă, comunicabilitatea în familie și societate, ei au devenit mai energici.

Analiza rezultatelor obținute permite de apreciat patologiile inflamatorii parodontale (gingivita, parodontita) ca procese, care prezintă în patogeniza și insuficiențe imunitare, posibil localizate la diverse nivele ale imunității locale și generale, corecția cărora devine necesară în realizare în terapia complexă a acestor patologii.

Concluzii:

1. BioR-terapia afecțiunilor inflamatorii parodontale, ca component obligatoriu al tratamentului complex, va rezulta eficacitatea curativă patogenică majoră.
2. BioR-ul îmbunătățește considerabil imunitatea parodontală și cea generală în cadrul afecțiunilor organelor interne și de sistem- afecțiuni fonizante.

Bibliografie

1. Rudic V.F. — BioR studii biomedicale și clinice. Chișinău, 2007, pag. 362.
2. Григорьян А. С.Б Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А., Болезни пародонта. Медицинское информационное агенство, Москва 2004, стр. 7 -27.
3. Прохопенко В.Д., Скрипкина Г.В., Мудров В.П., Жуков И.В., Морисенкова Н.В., Лолокова Н.В., Нелюбин В.Н., Иммунологические аспекты эффективности бактериальных препаратов при заболеваниях слизистой полости рта. РМ. Ж. №3, 2002, стр. 35-43

Prezentat la 30.05.2008

Summary

Estetic restoration through application of ORMOCER system

Admira — UNIVERSAL ORMOCER — system of the last generation has been used to cure about 3874 teeth of which 3583 were with caries and 291 were with dental dystrophy.

Calitatea tratamentului, efectele imediate și rezultatele ulterioare stau la baza alegerii corecte a materialului de restaurare.

Sistema de restaurare *Admira* este rezultatul reușit a cercetărilor științifice ORMOCER. Apărută în anii 1999, în institutul FRAUNHOFER, Germania. Prima sistemă de restaurare care formează matricea din copolimeri organico-anorganici. Compozitele obișnuite, din potrivă, constau din matricea-smoală organică. Legăturile specifice copolimerilor organico-anorganici și structura chimică ORMOCER face ca sistemul *Admira* să fie biocompatibilă cu țesutul dentar.

Superioritățile sistemului de restaurare *Admira*

- biocompatibilitate înaltă datorită lipsei rămășițelor monomerice după polimerizare
- prezintă o constrângere de polimerizare mai mică
- prezintă o aderență marginală mai majoră
- particularitățile fizico-chimice a ormocerelor sunt mai aproape de cele a țesuturilor dentare dure
- grad estetic înalt
- sistemul ORMOCER- poate fi administrat la toate clasele BLACK
- plasticitate majoră și duritate înaltă
- culoare stabilă în timp

Pentru restaurarea dinților au fost respectate următoarele etape de lucrări cu această sistemă:

- igienizarea profesională a cavității bucale
- determinarea culorii
- anestizarea

- prepararea cavității cariate și distrofiilor dentare, această etapă se realizează în maniere convenționale
- câmpul operativ este necesar de izolat cu coperdamul, cu folosirea aspiratoarelor bucale
- la necesitate, aplicarea maselor cu hidroxid de calciu (Ultrablend, Calcimol) și ca obturație de izolare (Ionosil, Ionosist)
- gravarea și spălarea. Gravarea totală cu aplicarea Vococid gel (Smelțul 15—30 sec., dentină — max. 15 sec.) Spălarea — 20 sec. Se usucă câmpul de lucru ușor cu aer. Suprafața dentinei trebuie să fie slab umezită.
- aplicarea sistemului adezive *Admira* Bond, se lasă pe 30 sec. și cu aer ușor se distribuiește pe toată suprafața cavității, se polimerizează 20 sec.
- masa admisă se aplică în straturi nu mai mare de 2 mm. Fiecare strat va fi fotopolimerizat direcționând lumina prin țesutul dentar. Culorile opace- min. 60 sec. altele — 40—60 sec. Astfel vom polimeriza sectoarele învecinate cu pulpa și marginea cavității preparate. Prin această procedură favorizăm scăderea tensiunii în sectoarele marginale ale restaurării
- șlefuirea și poleirea. masa de opturare bine se supune prelucrării cu freze diamantate, diverse finize și discuri speciale. Poleirea se realizează cu conuri de cauciuc. Un efect bun dă aplicarea sistemului Enhance (SUA).

Sistemul de restaurare *Admira* s-a aplicat în Policlinica ACSR AG RM timp de 5 ani la 1580 pacienți, dintre care 965 (61%) femei și 615 (39%) bărbați. Au fost supuși tratamentului 3874 de dinți: cu carie dentară 3583 și cu distrofii dentare 291 (hipoplazie- 226 și fluozoză-65).

Concluzii

Monitorizarea în timp ne permite să concluzionăm că restaurările cu masa de obturație *Admira* pe deplin satisfac cerințele moderne atât ale medicilor cât și ale pacienților și poate fi aplicată în continuare în practică.

Prezentat la 30.06.2008

PREPARATUL „LEVOBIOR“ ÎN TRATAMENTUL PERIODONTITELOR APICALE

Rezumat

Preparatul „Levobior“ cu acțiune antimicrobiană, citoprotectorie și imunomodulatorie poate fi recomandat în tratamentul complex al formelor de periodontită apicală cronică și cronică în stare de exacerbare.

Summary

„Levobior“ preparation in apical periodontites treatment

„Levobior“ preparation with antimicrobial, citoprotector and immunomodulator action can be recommended in complex treatment for cronical apical periodontites forms and in cronical exacerbate forms.

Valeriu Calmațui

medic stomatolog,
categorie superioară
Cabinetul stomatologic
„AVIDENT“,
Î.I. „Calmațui Valeriu“,
mun. Chișinău

„Levobior“ este o masă omogenă moale, cu o culoare de la alb până la slab gălbuie și miros specific. Preparatul combină acțiunea antimicrobiană a Levomicetinei cu cea citoprotectorie și imunomodulatorie a BioR-ului.

Rezultatele obținute de Ursu E.(2000) au demonstrat calități majore de agent curativ important a preparatului autohton „Biostin“ (Bio-R) în tratamentul etiopatogenic al formelor distructive de periodontită apicală cronică.

Într-o perioadă de un an în cabinetul „AVIDENT“ au fost tratați 29 pacienți de ambele sexe, cuprinși între vârsta 18—59 ani, cu diferite forme ale periodontitei: cu periodontită cronică fibroasă — 10, cu periodontită cronică graduantă — 13, cu periodontită cronică granuloasă — 3, cu exacerbare a periodontitei cronice — 13.

După examinarea radioviziografică, care ne ajută să apreciem forma periodontitei, s-a efectuat prepararea cavității carioase (la formele exacerbate-sub anestezie). S-a efectuat prelucrarea mecanică și lărgirea canalelor tuturor dinților cu ajutorul instrumentelor endodontice moderne-Proteiperelor și a aparatului X-Smart. Lungimea canalelor a fost determinată cu ajutorul apex-locatorului. Irigarea canalelor a fost efectuată cu sol. de 3% de hipoclorid de sodiu. Periapical s-a introdus preparatul „Levobior“ în amestec cu puțin Iodoform. În cazul periodontitelor cronice ex-

acerbate dintele se lasă deschis după prima vizită. În cazurile cronice dinții se închid cu un material de obturație provizorie pentru 48 ore. La fel se procedează și în cazurile periodontitelor cronice exacerbate după dispariția simptomelor periodontitei acute.

Concluzii

Preparatul „Levobior“ acționează pozitiv asupra proceselor periapicale:

1. Lichează simptomele de durere, pulsație, presiune la periodontitele cronice exacerbate.
2. Provoacă închiderea fistulei la periodontitele cronice granulante.
3. La examinarea radioviziografică după 6 luni de remisie se determină o intensificare a desenului trabecular a țesutului osos periapical.

Prin urmare, analiza rezultatelor obținute permite de-a recomanda utilizarea preparatului „Levobior“ în tratamentul periodontitelor cronice.

Bibliografie:

1. Ursu E.-Tratament rațional endodontic reparative al periodontitelor apicale cronice. Teza de d.ș.m., Chișinău 2000.
2. Valeriu Fala, -Tratamentul endodontic a unor forme ale periodontitelor apicale cronice distructive, Probleme actuale de stomatologie, Materialele congresului XII Național al stomatologilor din rep.Moldova, Chișinău 2003. pag 24-25.
3. Ministerul Sănătății din rep.Moldova, Instrucțiune pentru administrare „Levobior“, unguent, Aprobată de Comisia Medicamentului a Institutului Național de Farmacie.

Prezentat la 29.05.2008

CLINICA FLUROZEI

P. Ia. Gnatiuc,
E. V. Gnatiuc,
C. I. Năstase

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

Rezumat

În dependență de gradul de defecțiune sunt cunoscute 5 nivele de fluoroză. Una dintre ele este că dinții din arcada inferioară sunt mai rar afectați de procesul eroziv și distructiv al fluorozei.

Summary Fluorosis clinic

According to gravity is given description for 5 degrees of fluorosis. One of the characteristic features for fluorosis defeat is that, the teeth on the lower jaw are less affected with erosive and destructive forms.

Резюме

Описаны 5 степеней тяжести флюорозного поражения зубов. Одна из особенностей поражения зубов флюорозом является то, что зубы на нижней челюсти значительно реже поражаются эрозивной и деструктивной формой флюороза.

În dependență de concentrația fluorului în apa potabilă și produsele alimentare consumate poate apărea atât caria dentară, cât și fluoroză. Conținutul redus al fluorului în apa potabilă duce la apariția cariei dentare, iar unul sporit — la apariția fluorozei.

Este interesant de urmărit varietatea tabloului macroscopic al dinților afectați de fluoroză la locuitorii în raionul Ungheni.

După frecvența depistării bolii grupurile de dinți s-au repartizat în următoarea ordine: *incisivi, premolari, molari*. În cazuri grave s-a remarcat afectarea întregului șir dentar — atât la maxilă, cât și la mandibulă.

Pentru gradul I este caracteristică prezența unor hașuri pe smalțul incisivilor maxilei.

Pentru gradul II sunt tipice pete de un galben deschis sau galben localizate pe incisivi și premolari, sau molari. Petele sunt orientate orizontal de-a lungul ecuatorului dintelui sau în regiunea marginii tăietoare a incisivilor; rar benzile pigmentate sunt dispuse vertical, de-a lungul axului dentar.

Pentru gradul III sunt caracteristice pete și incluziuni brune (maro deschis) localizate pe smalțul unui grup de dinți sau a tuturor dinților.

Pentru gradul IV sunt tipice pete și eroziuni smalțiare de culoare maro (întunecat) pe toți dinții. Mărirea și forma eroziunilor este variabilă, frecvent sunt solitare, dar mai des multiple, uneori defectele suprafeței smalțiare sunt confluențe. Contururile sunt neregulate, fundul rugos și, de regulă, pigmentat.

La gradul IV se remarcă distrucția smalțului unor grupuri izolate de dinți. La acest stadiu dinții treptat se distrug în urma sporirii friabilității lor.

Dinții cu grade ușoare (I-II) de fluoroză își păstrează proprietățile sale funcționale: rezistența, abra-

ziunea, forma. Ei sunt predispuși doar într-o mică măsură de a fi atacați de carie.

Dinții cu grade importante (III, IV, V) de fluoroză se caracterizează prin tulburări pronunțate de mineralizare, în urma cărui fapt ei devin mai fragili, friabili și ușor se abraziază. Toate acestea duc la distrugerea accelerată a dinților.

O particularitate a afectării dinților în fluoroză este faptul că dinții mandibulari sunt mult mai rar afectați de formele erozive și distructive de fluoroză.

Luciul normal al smalțului în regiunea cervicală se pierde și el capătă o tentă mată lăptoasă.

Pe măsura creșterii gradului de gravitate a fluorozei suprafața afectată a smalțului se extinde. Uneori toți dinții capătă o tentă mată lăptoasă la unul și același nivel.

Copiii de aceeași vârstă prezintă grade diferite de afectare de către fluoroză. Din 376 copii investigați în focarul de fluoroză endemică la 59 copii, ce locuiau permanent în localitatea respectivă, nu au fost depistate semne de fluoroză a dinților, necâtând la condițiile absolut identice de viață cu a copiilor bolnavi de fluoroză.

În acest context putem constata că sensibilitatea individuală a organismului față de fluor este decisivă pentru manifestarea leziunilor fluoroase.

Prezentat la 26.05.2008

EFICACITATEA UTILIZĂRII PREPARATULUI DESI SPRAY ÎN TRATAMENTUL HIPERSTEZIEI DENTARE

Rezumat

Lucrarea a urmat scopul testării eficienței utilizării preparatului Desi Spray în tratamentul hipersensibilității dinților și afecțiunilor paradonțului la 126 pacienți care au fost tratați timp de 12 luni. Preparatul a fost elaborat de compania GUNA, Milano, Italia.

Summary

The effectiveness of the utilization of the medicine Desi Spray in the treatment of dental hypersensitivity.

The study had the purpose to test the efficiency of using Desi Spray in dental Hypersensitivity treatment and paradental affection of 126 patients that have been treated during 12 months.

Obiectivele Produsului: Desi Spray este un complex homeopatic bazat pe 12 componente vegetali și minerali:

1. Arnica Montana D2.
2. Echinacea Angustifolia D2.
3. Echinacea purpurea D2.
4. Hypericum perforatum D2.
5. Hamamelis virginica D2.
6. Achillea millefolium D3.
7. Aconitum napellus D3.
8. Atropa belladonna D4.

Valeriu Calmațui

*medic stomatolog,
categorie superioară
Cabinetul stomatologic
„AVIDENT”,
Î.I. „Calmațui Valeriu”,
mun. Chișinău*

9. Hepar sulphuris D6.
10. Synphytum Officinale D8.
11. Dentin D12.
12. Essential oils of pine and lemon.

Are o acțiune antiinflamatoare, antiseptică, analgezică, reduce sensibilitatea țesuturilor dure dentare la excitanți termici, chimici.

Timp de 12 luni au fost supuși tratamentului 126 pacienți de ambele sexe de la 16 ani pînă la 56 ani, fiecare dintre ei prezentau o hipersensibilitate mai mult sau mai puțin intensivă. (1;5)

Desi Sprey-ul a fost aplicat direct regiunii afectate printr-o avaporizare scurta de cel puțin 3 ori pe zi pe parcurs de o lună. (1;4;5;6)

Analiza rezultatelor terapeutice a început în a doua săptămînă de la prima aplicare a preparatului. (1;4;6)

Reducerea sensibilității dolore a fost constantă, și ceea ce este foarte important, e că ea s-a manifestat din prima săptămînă după aplicarea produsului. (1;4;6)

Pe parcursul tratamentului cu Desi Spray s-a constatat și o reducere semnificativă a fenomenului de inflamație paradontală.

Această situație ne-a convins să realizăm o evaluare mai detaliată a eficacității acestui produs în ceea ce ține de tratamentul inflamațiilor paradonțului. Rezultatele clinice (1;4;5;8) au confirmat eficiența propunerii noastre terapeutice și în acest caz de asemenea. Mai mult decît atît, s-au constatat reduceri a sîngerărilor gingiilor și în cîteva cazuri, ale mișcării din cadrul unor elemente dentare. (1;5;8;9)

Reacții adverse la utilizarea preparatului nu s-au depistat. Nu s-au identificat nici fenomene de interferențe sau interacțiuni ale produsului cu alte medicamente sau tratamente homeopatice sau homotoxi-

cologice: indiferent de substanțele diluate implicate în celelalte terapii. (1;4;6;8) Ca rezultat produsul examinat poate fi utilizat în paralel cu alte medicamente homeopatice.

Concluzii

Utilizarea preparatului homeopatic Desi Spray în tratamentul hipersensibilității dentare oferă posibilitatea de a obține îmbunătățiri considerabile ale simptomologiei dentare.

Acest produs nu are efecte secundare locale, sau sistemice, și poate fi utilizat în paralel cu alte preparate. Are un efect de lungă durată. (1;4;5;6;7)

Tratamentul cu acest produs permite obținerea unor rezultate văzute a fenomenelor de inflamație paradontală, de aceea poate fi recomandat în calitate de apă de clătire a cavității bucale în tratamentul paradontitelor ușoare și medie. (1;4;6;7;8;9)

Bibliografie

1. Battistoni M.- Holistic Dentistry, Guna editore, Milan, 1993
2. Battistoni M.- Antihomotoxic treatment of sensitive dental elements Biologiske medizin, 5/1997, 225-228
3. Battistoni M.- homotoxicological treatment of sensitive dental elements. La medicina Biologică, Julie- Septembrie 1998, 23-27.
4. Dreprat H.- Homeopatic Materia Medica, Fratelli Palombi ed. Rome 1990.
5. Filicori R.et Al.- The basic theories and practices o dental stomatology. Esculapio Ed.,Bolagna 1983
6. Cuarella G, Capetti P.- Hypersensitivity of viat stumps, dental cadmos 1994, 19: 88-95.
7. Nitlich I, Zeilig G.- Preventive Dentistry, Masson Ed., Milan 1998.
8. Schmalz G., Schmalz C.- Simptomatic treatment of hyperalgesia of the dental neck using a specific varnish containing fluoride.
9. Scientific Department of the Manufacturer of Biological Medicines, Hell.

Prezentat la 26.05.2008

UNUL DIN ASPECTELE SCĂDERII HIPERSENSIBILITĂȚII POSTOPERATORICE ALE DINȚILOR

Grigoriev Vladimir Mihai

*cercetător științific
al laboratorului,
doctorand al Catedrei
Chirurgia OMF.*

Rezumat

În timpul preparării țesuturilor dure cu freze diamantinate de mărime mare a cristalelor, se formează microcărături, care pot duce la complicații postoperatorice. Cu ajutorul preparării finisante, noi micșorăm numărul microcărăturilor și scădem riscul apariției complicațiilor. Cercetările desfășurate de către noi au confirmat presupunerile noastre exprimate recent și ne-au permis să diminuăm numărul cazurilor apariției hipersensibilității postoperatorice și a senzațiilor de durere, în mediu mai mult de 3,5 ori.

Cuvinte cheie: prepararea finisantă, hipersensibilitatea postoperatorică.

Summary

One of the aspects of teeth's hypersensitivity post operation abate

When preparing hard tissues with harsh diamond grain dental bores, there appear micro cracks, which can lead to post operational complications. Using the finishing prepare, we abate the quantity of micro cracks and the risk of complications appearance. The researches made by us confirmed our suppositions expressed before and permitted us to diminish the cases of hypersensitivity post operation and hard sensations appearance, at least 3,5 time.

Key words: finishing prepare, post operational hypersensitivity.

Introducere

Una din complicațiile cel mai des întâlnite în timpul tratării cariei cu materiale din compozitele fotopolimerizabile, este apariția hipersensibilității la iritațiile chimice, termice și mecanice. Manifestarea hipersensibilității depinde de mulți factori și poate varia enorm. Această complicație cel mai des dispare desinestător, fără tratament special, timp de 2—3 săptămâni. În unele cazuri, senzațiile neplăcute se mențin timp îndelungat și nu se tratează cu ajutorul aplicării preparatelor ce conțin fluor, provocând disconfort în timpul alimentării. În astfel de situații, de cele mai deseori, unica ieșire din situație este schimbarea plombei și chiar la devitalizarea dintelui [1,2].

Apariția hipersensibilității dinților după obturare cu materiale compozite fotopolimerizabile constituie o complicație multifactorială, deoarece ea poate fi provocată de o multitudine de cauze:

1. Nerespectarea regulilor de preparare:
 - Mișcări incorecte cu freză în timpul prelucrării abrazive a țesuturilor dure a dintelui;
 - Vibrația crescută a frezei poate duce la microtraume a țesutului dintelui și a celor ce-l înconjoară;
 - Răcirea insuficientă a frezei și a țesuturilor preparate poate duce la supraîncălzire și la modificări în pulpa dentară [3].
2. Dereglarea regulilor de gravaj acid a dentinei.
3. Suprauscarea pereților cavității înainte de acoperirea lor cu adeziv. Acest lucru duce la faptul că rețelele de fibre colagene colabează, împiedicând pătrunderea sistemului de bonding în canaliculele dentinale, ceea ce dereglează ermeticitatea și procesul de formare a stratului hibridic. Astfel, trebuie de reținut faptul că majoritatea adezivelor sunt confecționate doar pentru introducerea lor în cavități puțin umedă. Efectuarea acestei condiții garantează pătrunderea adezivului în canalicule dentinale la o adâncime optimă și formarea efectivă a stratului hibridic și ermetizarea sigură.

4. Polimerizarea incompletă a adezivului sau compozitului, la fel, poate duce la creșterea sensibilității dintelui după plombare. Nu trebuie să uităm de faptul că toate componentele a compozitului restaurativ, constituie substanțe chimice, care, în cazul nerespectării regulilor de utilizare, pot duce la efecte toxice asupra țesuturilor dentare. Astfel, este foarte important de a respecta recomandările producătorului în ceea ce privește utilizarea materialelor și sistemelor de bonding, și de a ține la polimerizarea totală a tuturor componentelor plombei. Timpul optim de prelucrare adezivă permite adezivului să pătrundă la adâncime necesară în canalicule dentinale, iar polimerizarea efectuată la timp oprește acest proces la nivel necesar. Întărirea insuficientă a componentelor obturațiilor din compozit duce la apariția surplusului de monomeri, care sunt capabile să acționeze toxic asupra pulpei dentare.

5. Una din capacitățile materialelor compozite este comprimarea polimerizată, care poate duce la ruperea totală sau parțială a materialului de la fundul cavității, ceea ce la rândul său aduce după sine o mulțime de complicații, precum și apariția hipersensibilității postoperatorice. Acest moment negativ se compensează cu introducerea stratificată a compozitului și utilizarea metodei polimerizării direcționate [3,4,5,6].

Reieșind din cele expuse mai sus, multitudinea factorilor ce duc la hipersensibilitate, presupune faptul că, chiar și micile erori pe parcursul tratamentului cu restaurări directe, pot duce la hipersensibilitate. În practică, noi ne-am întâlnit cu aceea că, în unele cazuri, chiar efectuând totul minuțios, poate apărea hipersensibilitatea dintelui tratat. De aceea, în articolul dat, am vrea să reprezentăm rezultatele cercetărilor clinice, a presupunerilor făcute de noi în publicațiile precedente, în ceea ce privește sensibilitatea mărită postoperatorică, cu apariția microcărăturilor în țesuturile dure a dintelui în cazul preparării cu freză de diferite mărimi a cristalelor diamantinate [7,8].

Scopul cercetării

Stabilirea legăturii dintre hipersensibilitatea postoperatorică a dinților, obturați cu compozite fotopolimerizabile, și abrazivitatea frezelor diamantinate, utilizate pentru prepararea țesuturilor dure, cu scopul de a controla presupunerile expuse în articolele publicate anterior [7,8].

Materiale și metode

Cercetările au fost efectuate pe baza laboratorului științific al catedrei Chirurgiei Oro — Maxilo — Faciale USMF „N.A. Testemițanu” și „Clinica stomatologică a prof. D. Șcerbatiuc” SRL.

Pentru cercetare au fost aleși 100 pacienți (67 femei și 33 bărbați) în vârstă de la 21 pînă la 35 ani, tratați la noi în clinică de carie medie cronică. Categoria dată de vârstă, a fost aleasă reieșind din faptul că, în această perioadă de viață, procesele de dezvoltare

a țesuturilor dentare sunt finisate, iar semnele modificărilor de vîrstă nu sunt evidente sau lipsesc [9]. Pentru exactitatea cercetării, pacienții aleși, în perioada examinării (1 lună), aveau arcade dentare întregi, fără simptome de dereglare a mușcăturii și ocluziei, precum și nu aveau alte patologii ale țesuturilor dure a dinților, care ar putea influența asupra rezultatelor tratamentului. Cu scopul de a reduce la maxim erorile în rezultate, pacienților nu li se făcea nici un fel de manipulare stomatologică pe parcursul unei luni după tratament.

Persoanele alese au fost împărțite în două grupe:

I grupă (de cercetare), în ea au intrat 50 pacienți (35 femei și 15 bărbați), cărora li s-a tratat caria medie cronică la 16 dinți frontali și 34 laterali. Prepararea cavităților carioase, la grupul dat, s-a petrecut cu luarea în considerație a tuturor regulilor cunoscute, însă după excizia țesuturilor nevitalale ale pereților cavității, ei au fost expuși suplimentar curățării abrazive cu ajutorul frezelor diamantinate de mărime mică a granulelor de șlefuire, produse de firma Mani (marcare galbenă).

II grupă (de control) — 50 oameni (27 femei și 23 bărbați) au fost aleși retrospectiv, din numărul pacienților primiți recent, în ceea ce privește tratamentul aceleiași patologii a celor 14 dinți frontali și 36 laterali, prin metoda alegerii ocazionale. La grupul dat, prepararea decurgea la fel, luînd în considerație toate regulile și cerințele, însă fără curățarea suplimentară cu freze finisante. În acest caz, prelucrarea abrazivă se limita doar la excizia de bază a țesuturilor carioase cu freze diamantinate de la firma Mani, ce corespunde marcării verzi.

Tuturor pacienților, din ambele grupe, li se efectua tratamentul cariei cronice medii. Pregătirea cavității și plombarea ce urma să fie efectuată cu compozite fotopolimerice decurgea luînd în considerație toate regulile și recomandările producătorului. În calitate de material pentru restaurări directe a fost utilizat compozitul microhibrid fotopolimerizabil Te-Econom (Ivoclar Vivadent) și sistemul adeziv universal, cu aceeași denumire și același producător, care s-a utilizat fără căptușală izolantă-curativă. Perioada de examinare a constituit circa o lună.

Rezultate și discuții

În rezultatul cercetării efectuate, au fost căpătate următoarele date. Analizînd rezultatele tratării pacienților din grupa de control (nr. 2), am observat că, chiar la respectarea minuțioasă a tehnologiilor de plombare cu compozitele din fotopolimer, la 11 pacienți (22%) apar senzații de durere în prima zi după tratament, care pot avea caracter destul de pronunțat. De cele mai dese ori, în ziua a doua, durerile dispar, deși la unii pacienți (8 oameni-16%) rămîne sensibilitate ridicată la careva factori iritanți. Încă la 4 pacienți (8%), hipersensibilitatea a apărut în ziua a 2—3, fără sindromul preventiv de durere. Reieșind din cele spuse, hipersensibilitatea postoperatorică a apărut la 12 pacienți, ceea ce a constituit 24% din

numărul total de pacienți din acest grup. În ceea ce privește sensibilitatea postoperatorică mărită, trebuie să atragem atenția asupra faptului că de cele mai deseori ea se manifestă ca o reacție la rece (11 cazuri — 92% din numărul total de pacienți la care a apărut această complicație și 22% din toți cei ce au intrat în grupa de control) și, rareori, în cazul iritației mecanice (1 caz, ceea ce constituie 8% și 2% respectiv). Observația dinamică după pacienți a arătat că, în cazul acoperirii zilnice a dinților cu preparate ce conțin fluor, hipersensibilitatea dispare, în mediu pe parcursul a 2—3 săptămâni.

În grupa de cercetare (nr.1) au fost căpătate următoarele rezultate.

Senzațiile de durere, în prima zi după finisarea tratamentului, au apărut la 3 pacienți (6%), la doi din care acestea au dispărut a doua zi. La unul din ei durerile acute au dispărut, însă a rămas sensibilitatea mărită la rece, care a dispărut pe parcursul a 2 săptămâni. La 2 pacienți (4%), hipersensibilitatea postoperatorică a apărut în cea de-a doua a treia zi fără sindromul de durere. Trebuie de subliniat faptul că, în grupa dată, hipersensibilitatea apărea doar ca o reacție la rece, ceea ce constituie 100% din toate cazurile de complicații și 6% din numărul total de pacienți din acest grup. La toți pacienții, în hipersensibilitatea postoperatorică s-au utilizat aplicațiile cu preparatele ce conțin fluor, ceea ce a permis înlăturarea senzațiilor neplăcute timp de 1,5 — 2 săptămâni. Datele căpătate în rezultatul cercetărilor sunt reprezentate în tabelul nr. 1.

Tabelul nr.1.

Caracterul și frecvența apariției hipersensibilității la pacienții din ambele grupe (explicația în text)

Nr. grupe	Pacienții cu sindromul dolo- r după tratament		Pacienții la care sindromul dolo- r a fost urmat de hipersensibil- itate		Numărul total al pacienților la care a apărut hipersensibili- tatea	
	numărul	%	numărul	%	numărul	%
1 De cercetare	3	6%	1	2%	3	6%
2 De control	11	22%	8	16%	12	24%

Analizând datele căpătate, se vede că în grupa de cercetare, periodicitatea apariției hipersensibilității postoperatorice (6%) este preponderent mai joasă decât în cea de control (24%). Din rezultatele prezentate se vede că, senzațiile de durere, în prima zi după plombare, în grupul de cercetare, constituie 6%, ceea ce este cu mult mai puțin decât în cea de control — 22%. Toate aceste fapte, probabil confirmă presupunerea expusă de noi anterior, că în cazul crăpării dentinei, în momentul preparării, crește considerabil riscul de apariție a hipersensibilității după obturare, chiar dacă toate etapele de tratament au fost efectuate în conformitate cu recomandările producătorului materialelor și cu cerințele stomatologiei moderne. Cum s-a evidențiat, cantitatea și adâncimea microcrăpăturilor în țesuturile preparate, depind de abrazivitatea frezei utilizate. Astfel, utili-

zând prepararea de finisare, excizăm stratul țesuturilor dure traumat de instrumente cu granulozitate înaltă în timpul preparării de bază. Micșorînd, astfel, cantitatea crăpăturilor în pereții cavității, noi micșorăm și riscul de apariție nu doar a hipersensibilității, ci și a altor complicații postoperatorice.

Înterpretînd datele cercetărilor microscopice și ultramicroscopice recent căpătate, precum și presunerile făcute pe baza lor, am găsit confirmare în cercetările clinice și am căpătat interesul practic.

Concluzii

1. Preparînd cavitatea cu freze diamantinate cu granulozitate mică, excizarea este mai puțin traumatică pentru țesuturile dure ale dinților, ceea ce constituie un factor important în profilaxia unei multitudini de complicații postoperatorice.
2. Prepararea de finisare permite de a micșora de cîteva ori frecvența apariției hipersensibilității și a senzațiilor de durere după plombare.

Bibliografia

1. И.К.Луцкая, А.С.Артюшкевич. Руководство по стоматологии, Ростов-на-Дону „Феникс“, 2000, с.369 — 371.
2. И.К.Луцкая. Практическая стоматология, Ростов-на-Дону „Феникс“, 2002, с.386 — 389.
3. А.К.Николишин. Восстановление (реставрация) и пломбирование зубов современными материалами и технологиями, Полтава, 2001, с. 111 — 117.
4. В.Н.Чиликин. Новейшие технологии в эстетической

стоматологии, М., 2001, с.19-34.

5. М.Томанкiewicz. Materiały złozone kompozytowe w stomatologii, Lublin „Wydawnictwo Czelej“, 2001, с.44-49.
6. Л.М.Лукиных. Лечение и профилактика кариеса зубов, „НГМА“, 1999, с.69 — 74.
7. В.М.Григорьев. Возможное образование трещин в твёрдых тканях зубов при препарировании полостей алмазными борами различной зернистости, Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, ediția a VIII-a, vol. 4 „Probleme clinico — chirurgicale“, „Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu“, cu prilejul aniversării a 80 ani de la naștere“, 16-19 octombrie 2007; Chișinău — 2007, p.529 — 533.
8. В.М.Григорьев. Растрескивание дентина при препарировании полостей алмазными борами различной зернистости, «Curierul Medical», Nr. 5(299)2007, с. 9 — 13.
9. Е.В.Боровский. Терапевтическая стоматология, Москва «Медицина», 1998, с.54 — 66.

Prezentat la 11.06.2008

ASPECTE COMPENSATORII ÎN PRESIUNEA (ÎNCĂRCĂREA) IMPLANTELOR DENTARE

Victor Siminiuc,

USMF „Nicolae
Testemițanu”,
Catedra Stomatologie
Terapeutică,
IMSP Policlinica
Stomatologică
Republicană,
Republica Moldova

Rezumat

Pe un lot de 43 pacienți cu edentații parțiale, subtotale și totale cu pregătire preprotetică a fost studiată ocluzia funcțională în dinamică. Pe parcursul studiului se demonstrează că presiunea (încărcarea) pe implante nu manifestă dăunător asupra osteointegrării, însă actualitatea temei — studiul a mecanismelor de repartizare a suportului (presiunii, încărcării) între implant și osul adiacent în continuu rămâne deschisă. La 3 pacienți a fost analizată în dinamică terapia protetică pe implante cu elemente elastice compensatorii (invenția nr. 4416 din 20.05.2005), la care, prin rezultatele mai avantajoase a Indiciului de Funcționare a Protezei (IFP), se manifestă compensarea mobilității fiziologice „nule” a implantelor, precum sunt compensate și erorile neînsemnate a restaurărilor dentare, suprasolicitările ocluzale, etc

Summary

Compensation aspects in dental implants pressure (loading)

There has been studied the functional occlusion in evolution on a series of 43 patients with partial, subtotal and total edentias, with preprosthetic preparation. During the investigation it was demonstrated that the pressure (loading) on implants does not have a harmful effect on the osteointegration, but the topicality of the subject — the study of the mechanisms of distribution of the support (pressure, loading) between the implant and the adjacent bone — remains still open. On 3 patients there has been analyzed in evolution the prothetic therapy on implants with compensative elastic elements (invention No. 4416 of May 20th, 2005) to which, due to the more advantageous results on the Index of Functioning of the Prosthesis (IFP), the compensation of the „null” physiologic mobility of implants shows, as well as are compensated the insignificant errors of the dental restorations, the occlusal over-solicitations, etc.

Dacă luăm asupra sa curajul de a se amesteca în natură, apoi suntem obligați să depunem maximum efort pentru restabilirea echilibrului dereglat (Gheraclit). În același rînd în restabilirea arcadelor dentare, conducîndu-se de principiile de tratament protetic și expusele filosofului menționat, înainte de a începe tratamentul este necesar să aplicăm și expusele lui Francisc ca un crez de conduită: „Dă-mi Doamne Curajul să schimb ceea ce pot, Răbdarea să accept ceea ce nu se poate schimba și Înțelepciunea să înțeleg diferența dintre ele”.

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

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

Discuții. În conformitate cu principiile de bază a morfologiei, fiecare dinte execută funcția sa importantă, deațit în terapia protetică, inclusiv în restabilirea arcadelor dentare pe implante, este necesar de a tinde către restabilirea structurii funcționale a arcadelor dentare. Reieșind din cele expuse, cel mai esențial în restabilirea arcadelor dentare prin utilizarea implantelor sunt:

1. diagnosticul complet (deplin) în maximile limite a posibilităților diagnostice,
2. pregătirea preprotetică minuțioasă,
3. amplasarea corectă a implanturilor,
4. modelarea anatomo-funcțională a dinților artificiali, amplasarea corectă a dinților artificiali în arcadele dentare conform structurii anatomo-funcționale,
5. asigurarea amplasării pasive a construcțiilor protetice, mai ales dacă pentru fixarea permanentă se folosesc cimenturile pentru fixare sau fixarea dură prin șurub,
6. igiena cavității bucale,
7. supravegherea pacientului.

În terapia protetică pe implante sunt fost folosite metodele de tratament preprotetic:

1. terapeutic — detartraj profesional, devitalizarea, replombarea dinților stâlpi,
2. protetic — șlefuirea selectivă a dinților, scurtarea sau alungirea dinților prin inlay-uri coronoradiculare active și (sau) pasive, confecționarea coronițelor, punților turnate, protezelor parțial sau total mobilizabile, majorarea spațiului interalveolar, etc.,
3. ortodontic,
4. chirurgical — gingivectomie, gingivosteotomie, corticotomie, osteoplastie, sinus-lift, etc.

Pentru terapia menționată după examenul primar standart se efectuează analiza voluminoasă a situației clinice cu ajutorul modelelor situaționale, filmelor panoramice (OPG, radiografii de contact, radiografii

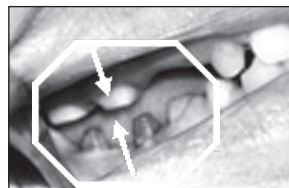
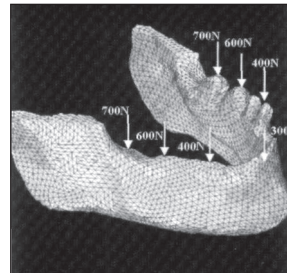
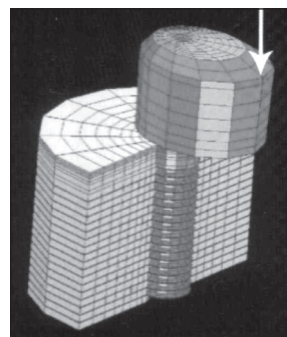
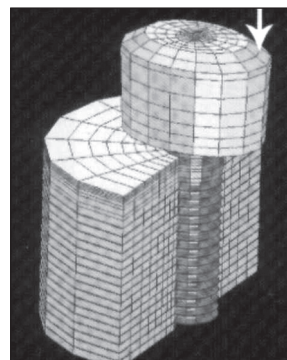
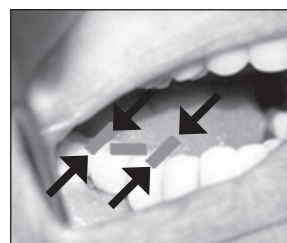
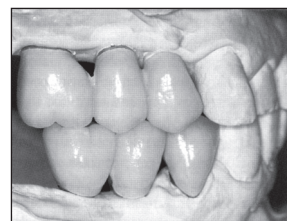
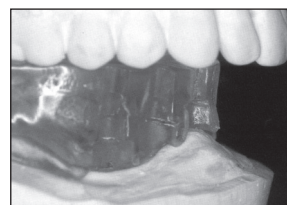
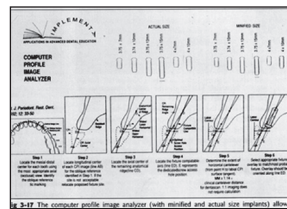
ocluzale), datelor vizuografice, tomografiei axiale computerizate, etc. În acest context cu succes pot fi utilizate și modelele matematice și tehnica de calcul avansată în domeniul programării adecvate a poziționării implantelor, necesității folosirii implantelor de diverse mărimi, dimensiuni, forme „sub unghi”, etc., precum și a varietăților de terapie protetică pe implante.

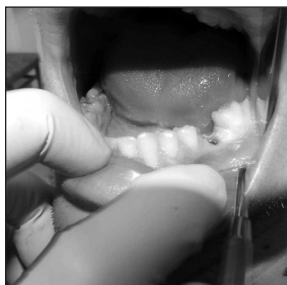
Pentru formarea sistemului OICA și echilibrului ocluzal starea clinică la majoritatea pacienților a fost examinată în comun cu medicul roentghenolog, medicul chirurg implantolog și tehnicianul dentar pe modelele de studiu, au fost studiate particularitățile amplasării dinților și edentațiilor. Pentru

studiul clinic și în articulator au fost confecționate șabloane de ocluzie, montați dinți artificiali, șabloanele montate în articulator și determinate pe modelele de studiu locurile de fixare a implantelor dentare sau a analogurilor implantelor.

La unii pacienți au fost confecționate șabloane chirurgicale transparente cu borduri de ocluzie. Inițial, în cazurile implantării implantelor dentare într-o etapă operatorie (tip șurub), în conformitate cu planificarea amplasării implantelor dentare pe odontoparadontogramă, au fost desenate implantele dentare și pe șablonul transparent. Acestea șabloane — cape pot fi utilizate pentru formarea lojei pentru implantele dentare. În același rând șabloanele cu bordurile de ocluzie permit în oarecare măsură poziționarea implantelor unul față de altul, față de dinții restanți, cât și determinarea unghiului de înclinare a implantelor pentru formarea curburilor de ocluzie Spee, Monson — Wilson, planului de ocluzie și prevenirea interferențelor din cursul dinamicii mandibulare. Totodată șabloanele cu bordurile de ocluzie permit determinarea corectă a înălțimii abatmenului (—or), capurilor implantelor, precum și determinarea înălțimii coroanelor clinice artificiale.

Lucrările protetice au inclus în construcție numai implanți, și dinți, și implanți. Tiparele de mobilitate ale unui implant sunt diferite fundamentale de cele ale





dinților naturali după aplicarea unei forțe progresive. Datorită tipului de ancorare osoasă mobilitatea axială și orizontală a dinților este mai mare de 10^1 — 10^2 , comparativ cu cea a implantului (N. Gănuță, 2002). Punțile, sprijinite atât pe dinții naturali cât și pe implantate, după recomandările cunoscute, se confecționează cu „ruptori de forțe”, cu analiza coeficienților de reducere a eficacității masticatorii și prevalarea lor în favoarea dinților restanți pentru compensarea mobilității diferite ale dinților și implantului. Punțile cu includerea și dinților naturali, și implanturilor, solicitate în ocluzie funcțională formată prin restabilirea completă a arcadei dentare, nu prezintă nici o dislocare. La fel nu prezintă nici o dislocare nici imediat restabilirea arcadei dentare pe implantate fără presiune masticatorie (în dezocluzie) în cazurile stabilității bune primare a implantelor dentare.

Restabilirea arcadei dentare prin utilizarea implantelor este bazată pe alegerea variantei

optimale în limitele posibilităților diagnostice și se efectuează în așa mod, că restabilirea lor nu dereglează contactele ocluzale existente, formate anticipat. Însă, pentru asigurarea eficacității funcționale și principiului homeostatic al restaurării, chiar și unidentare, este atrasă mai mult atenția la caracteristicile biomecanice. La etapa planificării tratamentului este important de determinat mărimea coronițelor artificiale și poziția lor referitor la implant și de ținut cont de calitatea țesuturilor osoase, precum și de corelația dintre mărimile presiunilor (încărcărilor) verticale și laterale. În literatura contemporană, la acest capitol, este descrisă metoda avansată a elementelor finite, care „virtual” determină repartizarea încărcărilor menționate, sunt analizate pozițiile reciproce a simetriei axelor restaurării și implantului, diametrul implantului, tipul și calitatea țesutului osos, legăturile reciproce dintre ele. Luând în considerație că la acțiunea presiunilor

masticatorii pe restaurările pe implantate în țesuturile osoase adiacente apar încordări mari, părțile ocluzale ale restaurărilor protetice au fost confecționate în ocluzie lingvizată și de mărimi mai mici: pentru molari — de mărimea premolarilor, pentru premolari — cu înclinație vizualizată a versanțelor cuspidilor, iar poziția (—iile) implantelor și restaurărilor — simetric între ele și conform amplasării anatomo-funcționale a regiunii dentare.

Necesitatea evitării presiunii (suportului) neaxial este numai o concepție, care, până ce, nu este confirmată prin date științifice stricte. Mulți autori comunică despre influința dăunătoare suportului neaxial pe implantate. Practic forma implantului, natura chimico-micromecanică a joncțiunii între implant și țesuturi conduce la ceea ce pe fiecare implant sunt manifestate toate felurile de presiuni (încărcări) — compresivă, ruptură sau extensiune (luxare). După datele E. Anitua, mărirea intervalelor dintre axele restaurării și implantului conduc la majorarea proporțională a încordărilor maximele în țesuturile osoase adiacente. Conform concluziilor dlui, pentru implantate cu diametru 4 mm și excentric de 2,4 mm sporirea valorii încordărilor maximele în țesuturile osoase constituie 40%, pentru implantate de 5 mm — scade la 15%. La fel E. Anitua menționează că valoarea absolută a încordărilor maximele în țesuturile osoase împrejurul implantelor de 5 mm cu excentria de 2,4 mm e considerabil mai joasă decât împrejurul implantelor de 4 și 4,5 mm. Acestea concluzii completează recomandările existente de utilizare a implantelor în restabilirea arcadei dentare, după caz, de cel mai mare diametru și folosirea pentru implantarea lor a metodelor de pregătire chirurgicală corespunzătoare. Dar, în numeroasele studii experimentale pe animale, cu condiția implantării după standardele clinice, s-a demonstrat că chiar majorarea considerabilă a presiunii neaxiale pe implantate nu manifestă dăunător asupra osteointegrării, ce demonstrează necesitatea de studiu pe viitor în continuu a mecanismelor de repartizare a suportului (presiunii, încărcării) între implant și osul adiacent.

Restabilirile protetice pe implantate monocomponente cu fixare verticală (ocluzală) prin șurub, necăținând la stabilitatea majoră și duritatea mecanică, tot mai des sunt criticate din cauza alterării (falsificării) structurii optimale a suprafețelor ocluzale (canalele deschise pentru montarea șuruburilor de fixare), folosirea tehnologiilor complicate (prelucrarea electroerozivă), etc. Pentru asigurarea amplasării pasive a construcțiilor protetice mai des sunt folosite construcțiile bicomponente cu fixare prin șurub. Această fixare asigură structura ideală a părților ocluzale a restabilirilor protetice, ocluzia. Dar și acestea sunt costisitoare, restabilesc arcadele dentare parțial cu „gingie artificială”, șurub, ce provoacă pentru pacienți un oarecare discomfort și nu pot fi considerate avantajoase din punct de vedere a repartizării suportului masticatoriu între implant și țesutul osos.

Noutatea științifică la acest capitol a fost în elaborarea elementelor elastice compensatorii a implantelor

(invenția nr. 4416 din 20.05.2005), care permit fixarea restaurărilor dentare pe ciment și apropiere confecționarea lucrărilor protetice pe implantate de postulatele filosofice.

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

Terapia protetică pe implantate cu pregătire preprotetică complexă corespunde criteriilor eficacității implantării după Smith și Zarb (Harvard, 1978), nivelul minimal succesiv al terapiei protetice în supraveghere timp de 5 ani constituie 85%, în cazul restabilirii arcașelor dentare prin utilizarea implantelor elicoidale demontabile cu elemente elastice compensatorii acest indice este de 95%. IFP (indicele de funcționare a protezei, M. Ф. Букаев, 2006) în analiza restabilirilor protetice pe implantate este de 80%, în cazul restabilirii arcașelor dentare prin utilizarea implantelor elicoidale demontabile cu elemente elastice compensatorii acest indice este de 90%.

Concluzii

Programarea adecvată a sistemului „OICA” (os—implant—construcția protetică—antagoniști) presupune în prim rînd diagnosticul minuțios a dereglărilor ocluzale cu analiza funcțională a întregului sistem stomatognat, planificarea tratamentului preprotetic, folosirea diverselor concepte și metodologii, între care în prim rînd este necesar de accentuat folosirea

„cheii ocluzale”, formarea ocluziei, montării implantelor dentare și dinților pe ei, menținerea rezultatelor ocluzale obținute după terapia protetică pe implantate și conservarea morfofuncțională, ocluzală, a sistemului stomatognat pentru un timp îndelungat.

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

Bibliografie

1. Dorin Bratu, Robert Nussbaum „Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe”, „Editura medicală”, București, România, 2006;
2. Nicolae Gănuță, Alexandru Bucur, Alexandru Gănuță „Tratat de implantologie orală”, Editura Național, București, 2002;
3. Andreoni D., Maiorana C., Abondanza T. „Изготовление слепков имплантатов на раннем этапе их остеointеграции”, „Новое в стоматологии”, 4, 2006;
4. Anitua E. „Реставрации с опорой на имплантаты для жевательных зубов”, „Новое в стоматологии”, 2, 2008;
5. Fanuti A., Salice S., Piemontese M., Saponaro S. „Свободная установка реставраций с опорой на импланты”, „Новое в стоматологии”, 4, 2007;
6. Hrdina R. „Прикладная биомеханика”, „Новое в стоматологии”, 3, 2007;
7. Massironi D., Pasceta R. „Концепция терапии, обеспечивающая возможность воздействия функциональных нагрузок на импланты, непосредственно после их введения”, „Новое в стоматологии”, 8, 2004;
8. Mehrhof J, Nelson K. „PBLG — концепция изготовления реставраций с опорой на имплантаты”, „Новое в стоматологии”, 5, 2006;
9. V. Siminiuc „Unele aspecte ale terapiei protetice pe implantate în cazuri de dereglări funcționale ocluzale”, „Medicina Stomatologică”, 1, 2006;
10. Букаев М. Ф. „Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами”, „Новое в стоматологии”, 3 (135), 2006;
11. Кауфман С., Мусин М. „Принципы формирования окклюзии при реабилитации функции жевания после оральной имплантации”, „Клиническая имплантология и стоматология”, 2, 1997;
12. Мушеев И.У., Олесова В. Н., Фрамович О.З. „Практическая дентальная имплантология”;
13. Параскевич В. Л. „Дентальная имплантология”, 2-е издание, Москва, Медицинское информационное агенство”, 2006;
14. Томас Тейлор, Джон Агар, Теодора Вогиаци „Протезирование на имплантах. Современное состояние и перспективы”, „ProLab iQ”, 1, 2005;
15. Хватова. В. А. „Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии”, Нижний Новгород, 1996.

Prezentat la 23.07.2008

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ И РАСПОЛОЖЕНИЯ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА НА ФОРМУ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ ДИСТООККЛЮЗИИ

Ф.Я. Хорошилкина,
А.Г. Чобанян

*Кафедра ортодон-
тии и детского
протезирования
Московского государ-
ственного медико-
стоматологического
университета.*

Резюме

Обобщены результаты клинического обследования 63 пациентов с дистоокклюзией в возрасте от 12 до 30 лет, изучения их боковых телерентгенограмм головы по методам A. Hasund с применением приспособления «Kephalo — Zet» и A.M. Schwarz. У всех обследованных с аномалиями установлена дисгармония строения лицевого отдела черепа, локализация нарушений с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания (протрузия, их нормальный наклон, ретрузия). Определено влияние на форму профиля лица размеров и расположения костей лицевого отдела черепа и основного направления роста челюстей.

Summary

Generalized results of clinical findings of 63 patients with distal malocclusion, investigation of the X-ray head plane by the Hasunds method and with accessories Kephalo-Zet, and by Schwarz's method. All the inspected had disharmonic formation of the facial part of skull, localization abnormality with inventory inclination of upper central incisors to basic plan of upper jaw. Identified effect to form of face profile, localization of jaws, profiles soft tissues, sizes and main jaws growth.

Эстетические нарушения при дистоокклюзии сочетаются не только с морфологическими аномалиями твёрдых и мягких тканей, но и с функциональными (Берсенёв А.В., Персин Л.С., Польша Л.В., Alexander R.G., Hasund A., Schwarz A.M. и др.).

Цель исследования — повышение эффективности экспресс-диагностики аномалий строения лицевого отдела черепа и формы профиля лица при дистоокклюзии.

Материал и методы исследования

Проведено клиническое обследование 63 пациентов в возрасте от 12 до 30 лет: мужского пола — 31 пациент, женского — 32. Получено и изучено 87 боковых телерентгенограммы головы, из которых отобраны 63. Изучено 256 фотографий лица пациентов (фас, улыбка, смыкание зубных рядов при привычной окклюзии, профиль) и 126 диагностических моделей их челюстей.

Результаты исследования.

Выявлена семейная дистоокклюзия зубных рядов у 13 пациентов из 63 (20.63%).

Для анализа данных изучения телерентгенограмм головы применены методы A. Hasund и A.M.Schwarz.

A. Hasund предложил изучать гармоничные комбинации шести основных угловых размеров лицевого отдела черепа: <SNA, <NL NSL, <NSBa, <ML NSL, <SNB, <ML NL и применять для исследования приспособление Kephalo — Zet фирмы Scheu -Dental (Германия). Он установил, что фиксированная цифра среднего значения нормы шести параметров может быть учтена лишь с ее ошибкой ($M \pm m$), т.е. с отклонениями от средней нормы. С этой целью применил перемещающуюся, скользящую по Kephalo — Zet «рамку границ толерантности», как вспомогательное средство для анализа. Kephalo — Zet представляет собой пластмассовый планшет, на одной стороне которого имеются

две рамки: неподвижная и подвижная. Неподвижная — содержит основные цифровые данные кефалометрии, подвижная рамка — «рамка границ толерантности» имеет среднюю ее линию — линию супергармонии.

При анализе кефалометрии значения размеров шести углов нанесли на неподвижную рамку. Полученные точки последовательно соединяли между собой линиями. Затем с помощью подвижной рамки объединяли в окне как можно большее количество отмеченных параметров.

На основании обобщения данных изучения боковых телерентгенограмм головы пациентов с дистооклюзией определена частота расположения каждого из 6 угловых параметров в «рамке границ толерантности» и за ее пределами (таблица 1).

Таблица 1.

Частота расположения угловых параметров в «рамке границ толерантности» и за её пределами при дистооклюзии

Дистооклюзия					
Расположение размеров:					
Угловые параметры	в рамке, %		Угловые параметры		
	рамки, %	вне рамки, %	рамки, %	вне рамки, %	вне рамки, %
< SNA	85	15	< ML NSL	76.7	23.3
< NL NSL	70	30	< SNB	71.7	28.3
< NS Ba	50	50	< ML NL	20	80

Не было выявлено ни одного пациента с дистооклюзией, у которого все параметры располагались бы в «рамке границ толерантности». У всех обследованных было нарушено строение лицевого отдела черепа, что было наиболее выражено в гнатической его части, в результате аномалий размеров и расположения челюстей (рис1).

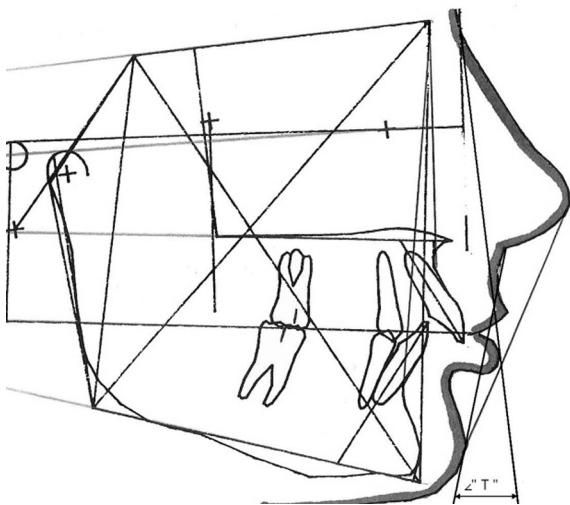


Рис. 1. Контуры, скопированные с боковой телерентгенограммы головы пациента с горизонтальным типом роста челюстей (ML NSL=20°), дистооклюзией, протрузией резцов верхней челюсти, наличием сагиттальной щели между резцами верхней и нижней челюстей, равной 13 мм; нарушенной формой профиля лица — утолщенной и выступающей нижней губой, касающейся эстетической линии Ricketts, резко выраженной супраментальной бороздой, углом «Т», равным 19°.

КЕФАЛО-ZET®
nach Prof. Dr. Asbjörn Hasund, Hamburg

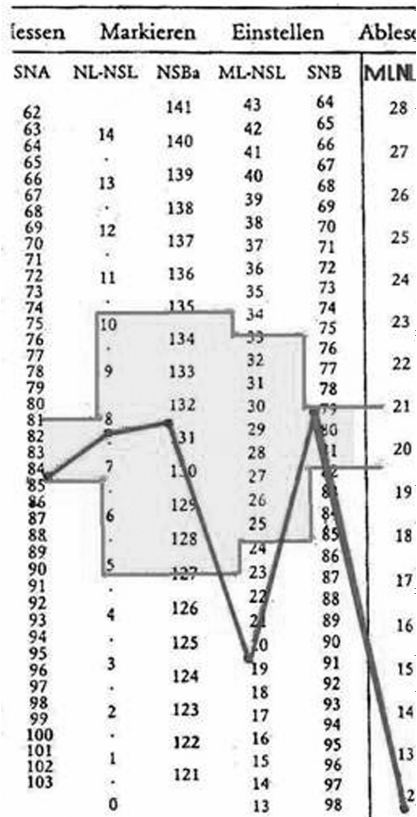


Рис. 2. Кефалометрические данные того же пациента: в «рамке границ толерантности» находятся размеры углов SNA, NL NSL, NS Ba, SNB; вне рамки угол ML NSL — отражает горизонтальное направление роста челюстей, угол ML NL — подтверждает горизонтальное направление роста челюстей и зубальвеолярное укорочение в области боковых зубов.

Угол SNA, отражающий расположение передней точки базиса верхней челюсти, чаще остальных углов был в рамке. За ним по частоте правильного расположения находился угол ML NSL позволяющий определить основное направление роста челюстей, влияющее на форму профиля лица. Величина угла SNB характеризует передне-заднее расположение апикального базиса зубного ряда нижней челюсти. У большинства обследованных он находился в «рамке границ толерантности» и занимал по частоте третье место. Величина угла NL NSL отражает наклон гнатической части лицевого отдела черепа к плоскости его переднего основания, то есть врожденный тип лица. Этот угол был в «рамке границ толерантности» у двух третьей обследованных. Угол NSBa располагался в рамке у половины обследованных, а угол ML NL, лишь у их пятой части. Величина этих углов отчасти отражает основное направление роста челюстей и влияет на форму профиля лица.

Основное направление роста челюстей определяли по величине угла ML NSL (горизонтальное — менее 31°, нейтральное от 31° до 38°, вертикальное более 38°) с учетом средних границ,

установленных А. В. Берсенёвым (2007 г.) у обследованных москвичей при ортогнатическом прикусе постоянных зубов.

Направление роста челюстей изучено у всех пациентов при дистоокклюзии. Из 63 пациентов горизонтальное направление роста челюстей было у 50,79%, нейтральное — у 30,16%, вертикальное — у 19,05%. (Рис 3.)

При горизонтальном типе роста выпуклость лица уменьшается, при вертикальном — увеличивается

При протрузии резцов у 21 пациента с дистоокклюзией установлен наибольший процент горизонтального типа роста челюстей, что может быть обусловлено нарушением контактов между передними зубами обеих челюстей, функциональной перегрузкой боковых зубов и зубоальвеолярным укорочением в их области. Нейтральный тип роста реже, а вертикальный занимал промежуточное положение. (Рис 3)

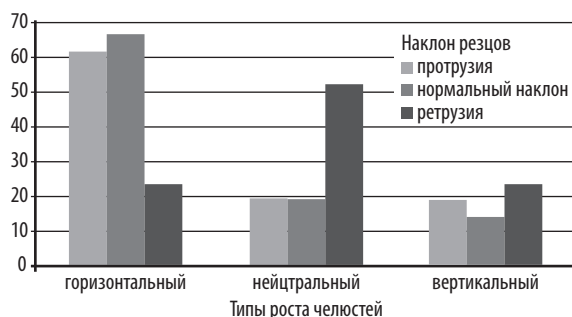


Рис. 3. Основное направление роста челюстей — при дистоокклюзии с учетом наклона продольных осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания.

При нормальном наклоне резцов у 21 пациента выявлена средняя частота горизонтального и нейтрального направлений роста челюстей, и только вертикальный тип роста встречался чаще.

При ретрузии резцов у 21 пациента горизонтальный тип роста был у наименьшего числа обследованных, а нейтральный и вертикальный — у наибольшего. Это можно объяснить компенсацией уменьшенного объема полости рта при ретрузии резцов за счет нейтрального и вертикального направлений роста челюстей. После ортодонтической реабилитации пациентов с нарушенной гармонией черт лица изменяется их характер, облегчается общение с окружающими и создание семьи. Наиболее благоприятный прогноз лечения дистоокклюзии наблюдали при нейтральном и не резко выраженном горизонтальном типах роста.

Антепозиция базиса верхней челюсти ($\angle SNA$ больше 84°) была у 16 пациентов из 63 (25,40%), средняя позиция ($\angle SNA$ от 80° до 84°) — у 30 (47,62%); ретропозиция ($\angle SNA$ от 72° до 80°) — у 17 пациентов (26,98%).

Изучена инклинация челюстей ($\angle I$) при дистоокклюзии: анте-, нейтро- и ретроинклинация. Антеинклинация челюстей была — у 25,4% пациен-

тов из 63 обследованных, нейтроинклинация — у 68,25%, ретроинклинация — у 6,35%. (Рис 4).

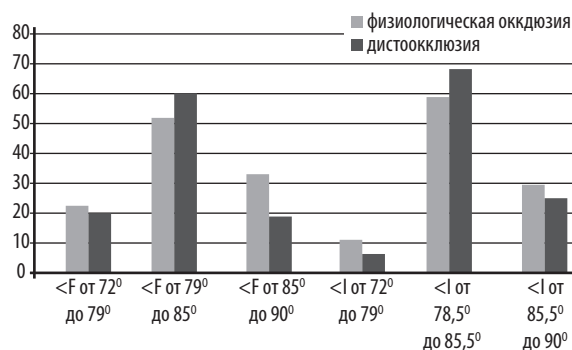


Рис. 4. Частота встречаемости различной величины фациального и инклинационного угла верхней челюсти в процентах при физиологической и дистоокклюзии.

Выпуклость лица усиливается при: вертикальном типе роста челюстей, их ретроинклинации (угол NL NSL больше 6°), антепозиции верхней челюсти угол (SNA больше 84°), ретропозиции передней точки подбородка Pg в результате недоразвития тела и ветвей нижней челюсти, уменьшенных ее углах, протрузии резцов верхней челюсти, а также высокого и дистального расположения височно-нижнечелюстных суставов.

Существенное влияние на форму профиля лица оказывает величина и расположение мягких тканей носа, губ, подбородка.

В зависимости от возраста пациентов, выраженности дистоокклюзии избирали различные способы лечения: ортодонтический, ортодонтический после удаления отдельных зубов по ортодонтическим показаниям, реконструктивные хирургические операции на челюстях при резко выраженных гнатических нарушениях.

Выводы

1. Для получения экспресс — информации, ее хранения и последующего сравнения с данными, полученными в процессе ортодонтического лечения и после его завершения, удобным способом является применение «Kephalo — Zet».
2. Определение шести угловых размеров по А. Hasund, выявление размеров, расположенных вне «рамки границ толерантности», позволяет уточнить дисгармонию в лицевом отделе черепа и в профиле лица.
3. Для анализа дисгармонии строения лицевого отдела черепа важно изучать основное направление роста челюстей, влияющие на форму профиля лица.
4. Диагностика функциональных, морфологических и эстетических отклонений в профиле лица при дистоокклюзии и планирование комплексных лечебных мероприятий имеют большое не только теоретическое, но и практическое значение.

Список литературы

1. Берсенёв А. В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикус с учетом направления роста челюстей: автореф. дис. к-та. мед. наук./ А.В. Берсенев.- Тверь, 2007. 24с.
2. Зинченко А.Ю. Оценка влияния гармоничности развития и типа роста зубочелюстной системы на планирование ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов : автореф. дис. к-та. мед. наук./ А.Ю Зинченко. — М., 2003. — 22 с.
3. Картон Е.А. Влияние направления роста челюстных костей на формирование окклюзионной плоскости у пациентов с мезиальной окклюзией: автореф. дис. к-та. мед. наук./ Е.А. Картон.- 2003. М., 24с.
4. Персин Л.С. Ортодонтия . Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий / / Руководство для врачей. — М.: ООО «ИЗПП» «Информкнига», 2007.- 248с.
5. Польша Л.В. Анализ мягких тканей лица и костей лицевого отдела черепа при физиологической окклюзии зубных рядов./ Л.В.Польша, Ю.А. Гюева// «Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей». -Тверь, 2004 — с. 249.
6. Руководство по ортодонтии;под редакцией Ф.Я. Хорошилкиной — М., Медицина.: 1999.-798с.
7. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия./ М., Медицинское информационное агентство, 2006.-541/с.
8. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. ОРТОДОНТИЯ. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. Книга III. -М.: Ортодент-Инфо, 2001. -172с.
9. Alexander R.G. «Wick». The Alexander Discipline / Пер. с англ. С.Н. Герасимова.- СПб.// АОЗТ Дентал-Комплекс.- 1997.-138с.
10. Bishara S.E., Textbook of Ortodontics // Mosby.- 2001.- 375-376, 387-400p.
11. Graber T.M., Vanersdall R.L.// Ortodontics Current Principles and Techniques. Second Ed.- St. Louis- Baltimore-Boston-Chikago-London-Madrid-Philadelphia-Sydney-Toronto/Mosby. — 1994.- 965 p. .
12. Hasund A. Individualiserte Kephalemetrie. Hansa Don't Verlag und Vertrieb / A. Hasund, D. Segner. — Hamburg, 1991.
13. Proffit W.R., Field H.W. Contemporary orthodontics.-Mosby.-1999.- 742p.
14. Schwarz A. M. Roentgenostatic. A practical evaluation of the X-ray headplate// Amer. J. Orthod. — 1964 .- Vol. 47. — 585 p.

Prezentat la 21.07.2008

ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОСИММЕТРИИ В СТРОЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ЧЕЛОВЕКА НА ОРТОПАНТОГРАММАХ

Rezumat

Metoda grafică de determinare a biosimetriei în structura arcadelor dentare umane pe ortopantomograme

La baza metodei a fost pus principiul construirii unei figuri geometrice pe ortopantomograme, care demonstrează amplasarea primilor molari mandibulari unul față de altul, iar la lipsa lor — a molarilor doi, fapt ce determină structura simetrică sau asimetrică a arcadelor dentare. Această metodă permite de a aprecia și gradul de înclinare a acestor dinți, când ei mărginesc breșa arcadei dentare.

S-a stabilit, că gradul de asimetrie la prezența breșelor arcadelor dentare cl. III Kennedy este în dependență directă de vechimea lipsei dinților, vârsta pacientului și posibilitățile de compensare a sistemului dento-maxilar în totalitate.

Cuvinte-cheie: arcade dentare, ortopantomografia, biosimetria.

Summary

Graphical method of determining the structural biosymmetry of human dental arches on orthopantomograms

The method rests on the principle of constructing a geometrical figure on the orthopantomograms, this reflecting the arrangement of the 1st mandibular molars one against the other and, in their absence, of the 2nd molars — a fact determining the symmetrical or asymmetrical structure of dental arches. The method also permits the assessment of the degree of tooth inclination, when the tooth is adjacent to dental arch edentation.

It has been established that the degree of asymmetry in the presence of dental arch edentations class III Kennedy is directly dependent upon the edentation duration, age of patient and the compensating possibilities of the dentomaxillary system as a whole.

Key-words: dental arches, orthopantomography, biosymmetry

Постолаки Александр
Доктор медицины

Республиканский
экспериментальный
центр
протезирования,
ортопедии и
реабилитации,
Кафедра
терапевтической
стоматологии
ГУМиФ им. Н. А.
Тестемицану

Резюме

В основе метода положен принцип построения геометрической фигуры, которая демонстрирует расположение по отношению друг к другу первых, а при их отсутствии вторых моляров нижней челюсти, что в свою очередь определяет наличие симметричного или ассиметричного строения зубных рядов, а также степень наклона данных моляров ограничивающих дефект зубного ряда. Установлено, что степень асимметрии при дефектах зубных рядов III класса по Кеннеди находится в прямой зависимости от давности экстракции зубов, возраста пациента и компенсаторных возможностей зубочелюстной системы в целом.

Ключевые слова: зубные ряды, ортопантомография, биосимметрия.

«Все то, что существует в природе, подчинено необходимому условию быть измеряемым»

Н. И. Лобачевский

Введение

Одним из основополагающих законов природы играющим важную роль в формообразовании органической и неорганической материи является закон гравитации, на основании которого объясняется, например, симметричность строения живых организмов (необходимость равновесия), обосновываются и законы движения (механики). Понятие симметрии хорошо знакомо и играет важную роль в нашей повседневной жизни. Одним из ее видов является так называемая зеркальная симметрия. Человеческое тело обладает (приближенно) зеркальной симметрией относительно вертикальной оси. Углубление биологических знаний сопровождается открытием новых фактов подчиненности очень разных биологических тел, отличающихся масштабом и уровнем организации, принципам симметрии. Наука, изучающая симметрию и ее нарушения в живой природе называется биосимметрикой [1,2,3].

В результате длительной эволюции природа стала создавать такие биосистемы, в которых энерго-материальная зависимость от окружающей среды сведена к минимуму. Согласно функционально-пространственному принципу существования живых систем в условиях Земли, каждая из них подчиняется такой специфической и оптимальной для данной системы функционально-пространственной организации, при которой в каждом кванте ее пространства одновременно обеспечиваются: 1) конструктивная целостность создающая достаточно надежное сопротивление собственным функциональным силам, гравитационным силам Земли, силам иннерции и

т. д.; 2) коммуникативная целостность определяющая достаточно эффективную транспортировку внутренних информационно-управляющих сигналов, энергетических ресурсов и т. д.

Для предельного увеличения полезных (активных) сил, без увеличения ответных (реактивных) сил, в процессе эволюционного развития в большей степени стали использоваться эффекты «клина» и «арки», в связи с чем жевательная поверхность зубов стала приобретать сферическую и бугристую форму, а оси зубов — центрироваться в одной области головы. Для освобождения части мышечных усилий, необходимых для жевания, нижняя челюсть стала взаимодействовать с верхней по типу «плавающей», самоцентрирующейся системы. Все вышеперечисленные преобразования подчиняются «закону равного сопротивления», когда в каждый элемент конструкции идет ровно столько материала, сколько необходимо для сопротивления прикладываемым к нему максимально возможным силам в момент их одновременного действия [4]. Оптимизация конструкции позволяет каждому организму адекватно исполнять свою функцию при минимально возможном расходе ресурсов внешней среды.

Одним из предметов пристального изучения в стоматологии является закономерности развития и строения лица, зубных рядов, жевательного аппарата, гармония и пропорция форм между собой в статике и динамике, так как только гармоничное развитие организма человека в целом, и в частности, зубочелюстной системы является одним из ведущих факторов, определяющих резистентность органов и тканей полости рта. Так, В. Н. Трезубов, А. В. Арсентьева (2006) предложили метод изучения симметричности строения лица на телерентгенограммах, как объективный критерий в диагностике зубочелюстных аномалий. Для этого на телерентгенограммах проводят линии через определенные общепринятые точки, получая в результате равнобедренный треугольник, что является показателем нормы, который делит сагиттальная плоскость, образуя одноименные сагиттальные углы с вершиной *crista galli*. Симметричность или ассиметричность строения лица определяют путем сопоставления краниометрических значений левой и правой сторон [5].

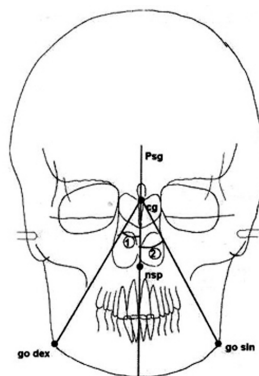


Рис. 1 Равнобедренный треугольник на телерентгенограмме при ортогнатическом прикусе [5].

В настоящее время считается, что изменение структуры пищи в рационе человека способствует интенсивному развитию среди населения большинства стран мира, так называемой, «ленности» жевательного аппарата, которая является одной из самых главных причин редукции как зубов, так и, особенно, альвеолярных отростков. Основным условием существования любой биологической системы в природе является её непрерывное функционирование. Однако, многообразие внутренних и внешних факторов, определяющих развитие жевательного аппарата, приводит к формированию переходных вариантов, которые невозможно отнести к норме, а достигая определенной степени их необходимо определять как патологические [6]. На основании проведенных исследований Н. И. Ананьев и соавт. (2004), установили, наличие правосторонней функциональной асимметрии жевательного аппарата, которая характеризуется меньшей степенью нагрузки на правую сторону, что и объясняет относительно высокую частоту поражения кариозным процессом зубов на этой стороне зубной дуги. Превалирование одностороннего жевания является показателем асимметрии обменных процессов в тканях челюстно-лицевой области, а также характерных для данного типа жевания ассиметричных движений нижней челюсти, что определяет асимметрию ее структурных уровней. Структура и функция составляют единый физиологический комплекс и неразрывно связаны между собой, так как при изменении в их соотношении развиваются аномалии и деформации зубочелюстной системы, конечным выражением чего является асимметрия лица в целом [7].

Цель исследования

Изучение пропорции и симметрии в строении зубных рядов при интактных зубных рядах и малых включенных дефектах на ортопантограммах.

Материал и методы

Обследованы 20 пациентов в возрасте 19-43 лет обратившихся в стоматологическую клинику ГУМиФ им. Н. А. Тестемицану и в стоматологическое отделение Республиканского экспериментального центра протезирования, ортопедии и реабилитации. При целевом отборе основными критериями являлось наличие ортогнатического прикуса при интактных зубных рядах, с возможным наличием нескольких кариозных зубов в начальной стадии (5 пациентов) или с нарушением непрерывности зубных рядов по III классу Кеннеди (15 пациентов), но с обязательным сохранением на обеих сторонах нижней челюсти первых или вторых моляров, без выраженных восполительно-дистрофических процессов в их пародонте. Пациентов обследовали клинико-инструментальным методом, рентгено-

логически (ортопантомография), а также изучали диагностические модели.

В процессе клинико-инструментального обследования пациентов, обращали внимание на симметричность или асимметричность строения зубных рядов и выясняли путем анамнеза превалирование правостороннего или левостороннего акта жевания или отсутствие такого превалирования.

Ортопантомография — рентгенологический метод, который обеспечивает получение плоского изображения изогнутых поверхностей объемных областей лицевого скелета. Учитывая топографию и роль первых моляров в формировании прикуса и сохранения физиологического равновесия между верхней и нижней челюстями, с помощью данного метода можно определить, как симметричность строения зубных дуг, так и определить угол наклона боковых зубов по отношению к соседним и сагиттальной плоскости, зубо-альвеолярную высоту в переднем и боковых участках челюстей.

При исследовании симметричности правой и левой стороны зубных рядов на ортопантограммах, мы применили «теорию симметрии относительно прямой», где каждая точка А переходит в такую точку А1 так, что отрезок АА1 перпендикулярен прямой L и делится этой прямой пополам (рис. 2). Для этого, через две исходные точки — первая А, в области бифуркации корня первого или второго моляра нижней челюсти справа на уровне верхушек корней, и вторую точку А1, расположенную в аналогичной области слева, проводили линию соединяющую данные две точки. Далее, мы проводится перпендикулярная линия L через межзубной промежуток передних верхних центральных резцов таким образом, чтобы эта линия делила отрезок АА1 пополам с образованием точки С в месте их пересечения. Из точек А и А1 проводятся линии, соответствующие осям данных зубов до их места пересечения между собой — точка В. С целью графического отображения симметричного или ассиметричного положения нижних моляров по отношению друг к другу, в частности первых нижних, а при их отсутствии — вторых, одной линией L1 соединяли середины коронок данных зубов. Таким же образом соединяли линией L2 середины коронок верхних первых или вторых моляров, для отображения их положения на верхней челюсти по отношению друг к другу, а также для сравнения параллельности верхнечелюстной линии по отношению к нижним двум линиям. После выполнения графика изучали полученную геометрическую фигуру, положение первых или вторых моляров по отношению к сагиттальной плоскости, что позволяло нам определить наличие симметрии или асимметрии зубных рядов, а полученные результаты сопоставляли с клиническими данными.

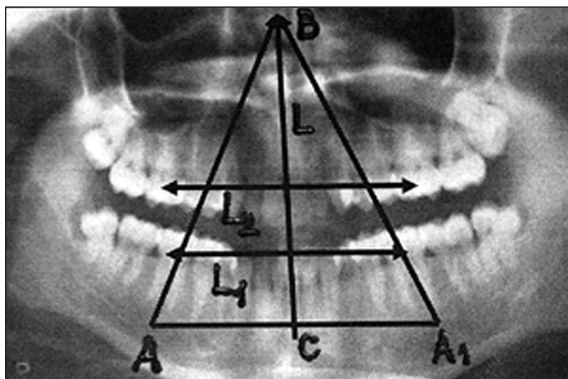


Рис. 2 Построение геометрической фигуры в виде равнобедренного треугольника, в соответствии с «теорией симметрии относительно прямой», показывает наличие симметрии в строении зубных рядов в норме.

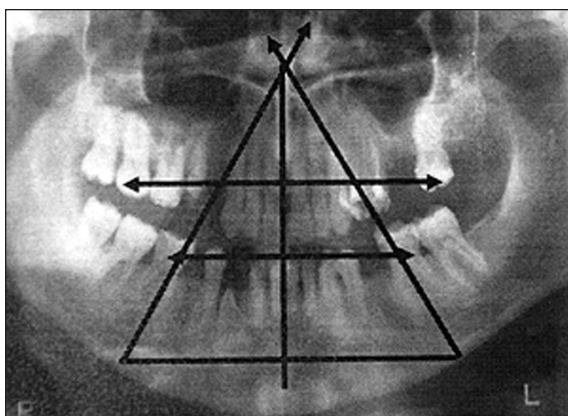


Рис. 3 Симметрия зубных рядов при наличии дефектов в области боковых зубов.

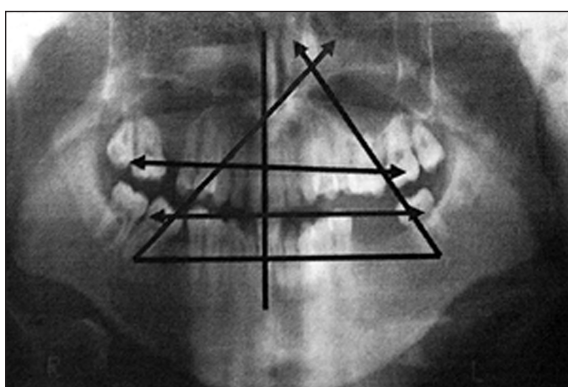


Рис. 4 Значительная асимметрия при наличии дефектов зубных рядов.

Результаты

Результаты клинико-инструментального обследования пациентов с интактными зубными рядами показывают, что жалобы на нарушение акта жевания или вынужденное жевание на стороне с интактными зубами у них отсутствовали. При внешнем осмотре, пальпации жевательных мышц и сравнительном изучении величины углов нижней челюсти нами не были выявлены какие-либо отклонения в симметричности строения лица. Такие же данные были получены и при обследовании зубных рядов и прикуса. Эти кри-

терии послужили основанием считать данную группу пациентов, как контрольную. Это можно объяснить наличием минимального количества пораженных кариесом зубов (1—2) с клиническими проявлениями характерными для начальных стадий патологического процесса. Аналогичные результаты были получены и при изучении ортопантограмм и диагностических моделей путем измерения и сравнительного анализа правой и левой сторон.

Такое решение было подтверждено графическим изучением ортопантограмм, на которых, в соответствии с предложенным нами методом, проводилось построение геометрической фигуры в виде равнобедренного треугольника, свидетельствующего о симметричном строении зубных рядов (рис. 2).

Анализ результатов обследования пациентов с дефектами зубных рядов III класса по Кеннеди позволил их систематизировать в двух группах: 1) с отсутствием 1—3 зубов на одной стороне зубного ряда (правой или левой) при интактности другой стороны, независимо от топографии дефекта на верхней и нижней челюсти; 2) с отсутствием 1-3 зубов на обеих сторонах зубного ряда, независимо от топографии, на одной или обеих челюстях. Отсутствующие зубы были удалены по поводу осложненного кариеса в сроки от 2 месяцев до 2,5 лет.

В процессе субъективного обследования пациентов этой группы мы стремились выявить не только влияние дефектов зубных рядов на степень жевания, но также, не являлось ли это причиной одностороннего типа жевания. В то же время отмечено, что все пациенты предъявляли жалобы на нарушение акта жевания различной степени, которая находилась во взаимосвязи с числом отсутствующих зубов. При сборе анамнеза все пациенты показали, что приспособление в такой ситуации к одностороннему типу жевания позволяло лучше координировать жевательные движения, более эффективно пережевывать пищу, что способствовало меньшей усталости мышц жевательной группы.

Однако, учитывая давность образования дефекта зубного ряда мы полагаем, что превалирование одностороннего акта жевания, как приспособительную реакцию, можно считать период до 6 месяцев после экстракции зубов, что было выявлено у 6 пациентов. В дальнейшем, в зависимости от клинической ситуации зубных рядов, устанавливается односторонний стереотип акта жевания, на что указали 9 пациентов.

Изучение диагностических моделей и ортопантограмм показали, что у 11 пациентов со сроками удаления зубов от 3 месяцев до 2,5 лет имелись различные изменения свидетельствующие о тенденции к развитию ассиметричного строения зубных рядов или о проявлении компенсаторных механизмов и сохранения их симметричности (рис.

3,4). Это наглядно подтверждается результатами анализа полученных данных путем графического метода определения биосимметрии зубных рядов. При этом отмечено, что степень асимметрии в большей степени связана не с давностью экстракции зубов, а с возрастом пациента.

Значение графического метода определения биосимметрии зубных рядов на ортопантомограммах состоит также и в том, что по геометрической фигуре в виде треугольника можно измерить в градусах степень наклона коронки зуба ограничивающей дефект, что и определяет во многом тактику ортопедического лечения.

Обсуждение результатов

Анализ полученных результатов по изучению биосимметрии зубных рядов на ортопантомограммах согласуются с данными о том, что бесконечное многообразие создаваемых природой гармоничных форм действительности, с математической точки зрения, являются сложнейшими явлениями и объектами, что свидетельствует о том, что при их создании она пользуется всеобщими единицами (единицей). Одно из таких ее творений — человек [3].

«Золотое сечение» в пропорциях человеческого организма обнаружено еще в античности. Тогда обращалось внимание главным образом на соразмерности внешних форм тела человека. Принято считать, что понятие о «золотом делении» ввел в научный обиход Пифагор, древнегреческий философ и математик (VI в. до н.э.), но наиболее популярное название этому «делению» дал в конце XV века Леонардо да Винчи предложив термин «золотое сечение», которое используется во всем мире до сих пор. Этот термин означает такое пропорциональное деление отрезка на неравные части, при котором весь отрезок так относится к большей части, как сама большая часть относится к меньшей. Итак, другими словами, меньший отрезок так относится к большему, как больший ко всему: $a : b = b : c$ или $c : b = b : a$ (рис. 5).

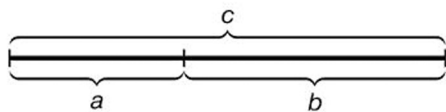


Рис. 5 Геометрическое изображение «золотой пропорции».

Принцип «золотого сечения» — высшее проявление структурного и функционального совершенства целого и его частей в искусстве, науке, технике и природе. Целое всегда состоит из частей, части разной величины находятся в определенном отношении друг к другу и к целому. На этом принципе базируются основные геометрические фигуры, среди которых есть и «золотой треугольник». Это равнобедренный треугольник, у которого отношение длины боковой стороны к длине основания равняется 1,618. Пропорции

различных частей нашего тела также составляют число, очень близкое к «золотому сечению». Это «золотое число» является не математическим вымыслом, а на самом деле продуктом закона природы, основанным на правилах пропорциональности. Если эти пропорции совпадают с формулой «золотого сечения», то внешность или тело человека считается идеально сложным. Принцип расчета «золотой меры» на теле человека можно изобразить в виде формулы $M/m = 1,618$, в которой рост человека эквивалентен числу 1,618. К примеру, если мы суммируем ширину коронок двух центральных верхних резцов и разделим эту сумму на высоту зубов, то, получив при этом «число золотого сечения», можно утверждать, что их строение идеально. На человеческом лице существуют и иные воплощения правила «золотого сечения»: высота лица / ширина лица; центральная точка соединения губ до основания носа / длина носа; высота лица / расстояние от кончика подбородка до центральной точки соединения губ; ширина рта / ширина носа и другие (рис. 6).

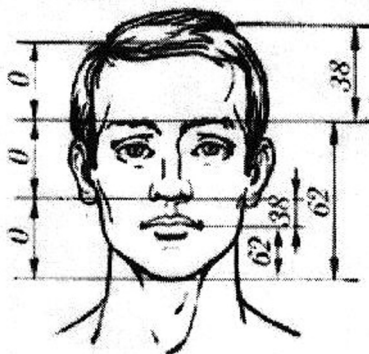


Рис. 6 Правило «золотого сечения» в строении человеческого лица.

Современная наука позволяет выявить наличие «золотого сечения» в более тонких и глубоких структурах организма, например в процентном соотношении кислорода, растворенного в крови венозной и артериальной сосудистых систем, в соотношении основных белков организма — глобулинов и альбуминов ($40:60=0,6666666$) [8]. Мы также обратили внимание на некоторые известные факты. Например, кальций и фосфор составляют основу эмали зуба и отношение этих элементов играет важную роль на состоянии эмали. Оказывается, что молярное соотношение Ca/P составляет 1,67, толщина эмали на жевательных бугорках — 1,65—1,7мм, а соотношение длины, ширины и толщины кристаллов эмалевых призм также близко к значению «золотого сечения».

Считается, что по принципу «золотого сечения» сформирована морфологическая структура жевательной поверхности боковых зубов.

Так, К. Lehmann (1979), А. Д. Шварц (1994) придерживаются взглядов о том, что бугорки жевательной поверхности (в поперечном разре-

зе) делятся в соотношении 5:3, что соответствует пропорциональному ряду Фибоначчи ($3:5=0,6$, $5:8=0,625$, $8:13=0,615$, $13:21=0,619$ и т. д.). Это в свою очередь приближается к принципу «золотого сечения» $8:5 (1,6)=5:3 (1,6)$.

Такое деление имеет важное значение для устойчивости зубов при болезнях пародонта, так как при безбугорковых зубах и при соотношении бугорков окклюзионной поверхности 1:1 основная сила реакции, влияющая на устойчивость зубов, действует в язычном направлении на нижней челюсти и в щечном — на верхней [9].

Изучая схемы строения опорно-двигательного аппарата у различных позвоночных животных, С. В. Петухов (1981) пришел к выводу о том, что построение их конечностей происходило под воздействием двух факторов: законов «золотой пропорции» и приспособления организма к образу жизни [2]. Из этого следует, что возможно и развитие зубочелюстной системы человека происходило под влиянием этих же факторов, где функциональность зуба определяла его корневую систему и конструктивизм коронки.

При соотношении бугорков 5:3 на жевательной поверхности и наклонах скатов в 300 (для центральных скатов ведущих бугорков) и 150 (для соответствующих скатов неведущих бугорков) верхних и нижних зубов, силы реакции будут приблизительно параллельны к их осям и будут образовывать небольшие плечи сил, следовательно, незначительные моменты сил, что приводит к равномерному нагружению пародонта в центральной окклюзии. Наклон небных корней первых и вторых моляров на верхней челюсти составляет 200 от их оси. Наклон обоих корней нижних моляров составляют около 200 к вертикали. Поэтому направление сил жевательной мускулатуры составляет небольшой острый угол (около 2,50) к небным корням верхних и продольным осям нижних моляров. По мнению К. Lehmann (1979), А. Д. Шварца (1994) силы жевательной мускулатуры в боковой окклюзии действуют приблизительно вдоль осей зубов. При этом сила сокращения мышц направлена вверх, а реакция со стороны верхних зубов при контакте с антагонистами (с пищей) направлена вниз. Направление сокращения мышц и реакция зубов находятся по одну сторону от точки опоры в височно-нижнечелюстном суставе, которая находится в зоне прилегания суставной головки к области перехода суставной ямки в суставной бугорок. Устойчивость зубов определяется реактивными возможностями пародонта, зависящими от общего состояния здоровья человека, его компенсаторно — адаптационных механизмов [9].

В основе организации любой живой материи лежат принципы устойчивости, самоорганизации и саморегулирования. В формообразовании эти принципы проявляются как самоподобность, которая порождает связанную систему объектов.

Существует известное мнение о том, что биологическая «пентагональная» или «пятилучевая» симметрия, реализуемая в пятилепестковых цветках растений, телах морских звезд и у других представителей мира растений и животных, является отличительной чертой саморегулирующихся систем и имеет непосредственное отношение также и к человеческому телу как пятилучевому, где лучами служат голова, две руки и две ноги. «Пятилучевая» симметрия проявляется и в наличии пяти пальцев на руке — «пентадактильность», пяти отделов позвоночника и др. А между тем пятерная симметрия играла видную роль еще в древней эллинской геометрии, где ей придавалось большое значение в строении мира. На Древнем Востоке гармонизация организма проводилась на основе пентаграммного принципа взаимосвязи и взаимовлияния внутренних органов [3].

Эти закономерности нами обнаружены и при изучении анатомо-морфологической структуры элементов зубочелюстной системы. Нами установлено, что в форме нижней челюсти заложен принцип пентагональной симметрии, где основными точками являются суставные головки, углы нижней челюсти и подбородок. Боковые зубы нижней челюсти в поперечном разрезе имеет трапециевидную или пентагональную форму, а верхние моляры имеют форму близкую к квадратной или ромбовидной. Пентагональную симметрию, по нашему мнению, в строении нижней челюсти и боковых зубов можно объяснить с позиции биомеханики.

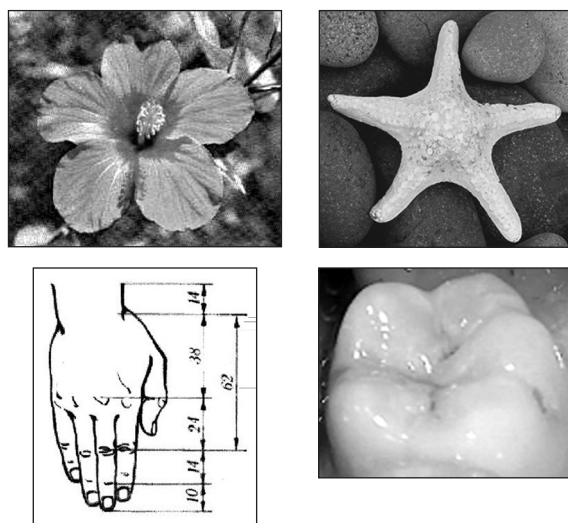


Рис. 7 «Пентагональная» биосимметрия в строении цветка, морской звезды, кисти руки и первого нижнего моляра человека.

Доказано, что всегда и во всех случаях каждая сила должна быть уравновешена другой силой, равной ей по величине и противоположной по направлению, в каждой точке конструкции. Это утверждение справедливо для любых конструкций существующих в природе независимо от их

размеров и сложности. Если это условие не соблюдается или изменяется по какой-либо причине, то происходит нарушение равновесия между всеми элементами конструкции под действием нагрузки и ее разрушение с течением времени [10]. Человек является частью живой природы, а зубочелюстная система представляет собой комплекс взаимосвязанных и взаимодействующих структурных элементов обеспечивающих в норме гармоничную функцию всей биомеханической конструкции. Рассматривая функцию зубочелюстной системы с точки зрения вышесказанного, можно убедиться на известном факте, что жевательное давление передаваемое через зубы, например, на нижнюю челюсть определяет расположение перекладин губчатого вещества костной ткани в определенном направлении, соответственно локальным величинам напряжений, по так называемым траекториям. В совокупности линии траекторий встречающихся нагрузок создают структуру, напоминающую каркас, и отражают функциональную деятельность нижней челюсти. С точки зрения теории сопротивлений, нижнюю челюсть рассматривают как тело равного сопротивления или прочности. Под таким телом понимают, например, стержень, который при заданной нагрузке в любом поперечном к оси сечении испытывает одинаковое изгибающее напряжение [11,12].

При утрате даже двух зубов в костной ткани челюсти человека происходят не только количественные, но и качественные изменения из-за нарушения минеральной фазы, увеличивается жевательная нагрузка на оставшиеся зубы, которые испытывают функциональную перегрузку по величине, направлению и времени действия (первичная травматическая окклюзия), что приводит в дальнейшем к истощению компенсаторных возможностей пародонта и к перемещению сохранившихся боковых зубов на нижней челюсти, в большинстве случаев, в медиальную сторону. Считается, что механизм перемещения связан с давлением мышц языка с одной стороны и щечных мышц с другой, которые препятствуют наклону дистально расположенного зуба на границе дефекта в вестибулярную или оральную сторону, а смещение происходит в сторону наименьшего сопротивления окружающих мягких тканей и уменьшения плотности костной ткани в области отсутствующих зубов. На нижней челюсти атрофия альвеолярных отростков более существенна, так как в отличие от верхней челюсти у нее нет дополнительной опоры в виде твердого неба.

Таким образом, зубочелюстная система является многокомпонентной механически устойчивой структурой не потому, что каждый из компонентов прочен, а потому, что все они в совокупности находятся в состоянии устойчивого равновесия. При нарушении ее нормального

функционирования в ней развиваются процессы диссоциации, которые приводят в дальнейшем к формированию отдельных звеньев для различных групп зубов отличающиеся функциональными условиями существования. При такой клинической ситуации, В. Ю. Курляндский (1962) различает три главных звена: функциональный центр (наибольшая группа антагонизирующих зубов без поражений пародонта), травматический узел (в области перегруженных зубов) и атрофический блок (нефункционалирующее звено).

Из этого следует, что функциональная асимметрия является следствием морфологических изменений происходящих в зубочелюстной системе в результате разрушающего действия кариозного процесса и его осложнений на окружающий пародонт, а степень этих проявлений находится в прямой зависимости от компенсаторно-адаптационных механизмов каждого отдельного индивидуума. Известно, что при наличии зубных протезов показатели минерального состава и насыщенности костной ткани приближаются к значениям интактного жевательного аппарата. Следовательно, в целях профилактики заболеваний пародонта и изменений в зубочелюстной системе любой дефект зубного ряда является показанием к проведению ортопедического лечения. Как подчеркивает А. Д. Шварц (2003) перед началом лечения прежде всего надо составить план лечения не только путем письменного перечисления этапов, но и зарисовкой (чертежом) зубов, на которые падает жевательное давление, поскольку сила должна иметь направление — вдоль продольных осей боковых зубов или в непосредственной близости от них [13].

Если этиология функциональной асимметрии при поражении зубов кариозным процессом или при заболевании пародонта вполне объяснима, то ее наличие в виде одностороннего типа жевания у стоматологически здоровых лиц в доступной нам научной литературе не описана. Так, Н. И. Ананьев и соавт. (2004) в своем исследовании не объясняют причины превалирования правосторонней функциональной асимметрии жевания у обследуемых, из которых большинство пациентов составляли праворукие [7].

Для того чтобы понять функционирование организма, закономерности его внутреннего развития и активной настройки и реагирования по отношению к факторам окружающей среды, необходимо рассматривать особенности его разных уровней: временного, информационного, энергетического и структурного. Существует научное направление, изучающее функционирование живых систем на основе законов биосимметрии, которая носит название функциональная биосимметрика. По мнению А. П. Дуброва (1987) на основании известных данных в биосимметрии, генетике и физиологии необходимо полностью признать определяющее значение генотипа в

проявлении морфофизиологических признаков у живых организмов, но не в отношении наследственной передачи потомству особо важного свойства — функциональной биосимметрии.

Еще в середине прошлого века В. И. Вернадский рассматривал левизну-правизну биологических объектов как «... чрезвычайно чувствительный индикатор физического состояния пространства». Считается доказанным, что непосредственное влияние оказывают гелиогеофизические факторы на генетический аппарат зиготы, что приводит к образованию организма со специфическим типом функциональной реактивности и биоритмики. Например, генотип однойцевых близнецов (монозиготная пара) считается полностью идентичным, а между тем 23% из таких пар и 21% дизиготных пар проявляют дискордантность по «рукости». По мнению многих исследователей, решающее значение принадлежит геомагнитному полю и гравитации, как наиболее значимые для биосферы двух видов физических полей. Но вопрос о первичных факторах ответственных за образование индивидуальных различий в реактивности и биоритмах организма является пока еще малоизученным [3].

В своей книге «Страна Анатомия» Л. Е. Эттинген (1982) обращает внимание на то, что «как бы ни агитировали врачи, мы обрабатываем пищу не равномерно всей зубной поверхностью, у каждого для этого есть любимая сторона. Она часто соответствует и преимущественной руке. Это — общая установка, если не считать случаев заболевания зуба, когда его стараются щадить» (цит. по автору) [14].

Учитывая тот факт, что у лиц с интактными зубными рядами превалирует односторонний тип жевания, то функциональная асимметрия может быть причиной развития морфологических изменений на нерабочей стороне, на что указывает и И. Е. Гусева (2004). На основании результатов своего исследования автор установила, что плотность костной ткани альвеолярного гребня способна увеличиваться под воздействием дополнительной жевательной нагрузки с выравниванием значений показателей на рабочей и нерабочей сторонах. В целях профилактики развития морфологических нарушений под действием функциональной асимметрии необходимо у данной категории пациентов проводить гнатотренинг под контролем врача [15].

Анализ специализированной научной литературы за последние годы говорит о наметившейся тенденции в такой организации знаний, которая бы позволила охватить и объединить их на основе единых всеобщих принципов, с целью более глубокого понимания устройства и механизма функционирования организма человека в целом и зубочелюстной системы в частности. На современном уровне развития стоматологии применение данных знаний в конкретных условиях,

например при моделировании коронок зубов, обеспечит более полноценное восстановление утраченной анатомической формы, окклюзии и гармоничное функционирование всей зубочелюстной системы.

Выводы

1. Закономерности симметричного строения человеческого организма в норме проявляются и в симметричности строения зубных рядов обеспечивающих выполнение важных функций зубочелюстной системы.
2. Предложен метод графического определения биосимметрии в строении зубных рядов на ортопаномограммах при интактных зубных рядах и при дефектах III класса Кеннеди.

Библиография

1. Грегориан Е. А. Основы композиции в прикладной графике. Учеб. — метод. пособие для студентов / — Ереван, 1986.
2. Петухов С. В. Биомеханика, бионика и симметрия / — М.: Изд-во «Наука», 1981. — 240 с.
3. Дубров А. П. Симметрия биоритмов и реактивности / — М.: Изд-во «Медицина», 1987. — 175 с.
4. Хмелевский С. И., Черных Б. Т. Функционально-пространственная рабочая модель зубочелюстно-лицевой системы человека и ее методологическая роль в развитии стоматологии / Экспериментальная и клиническая стоматология. Труды посвящены 10-летию ЦНИИС // — М.: — 1973. — с. 200 — 250.
5. Трезубов В. Н., Арсентьева А. В. Краниометрический анализ прямых телерентгенограмм у лиц с ортогнатическим прикусом / Стоматология. — 2006. — № 6. — с. 66 — 69.
6. Дистель В. А., Сунцов В. Г., Вагнер В. Д. Зубочелюстные аномалии и деформации / — М.: — Изд-во «Медицинская книга». — 2001. — 100 с.
7. Ананьев Н.И., Викторов В.Н., Корнилов С.В., Ананьев Н.Н, Иванов В.Е. Некоторые аспекты строения и функции жевательного аппарата и заболеваемости зубов / Материалы XII и XIII Всероссийских науч. практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России // — М.: — 2004. — с. 234 — 235.
8. Сороко Э. М. Структурная гармония систем / — Мн.: Изд-во «Наука и техника», 1984. — 264 с.
9. Шварц А. Д. Биомеханика и окклюзия зубов / — М.: — 1994. — 208 с.
10. Гордон Дж. Конструкции, или почему не ломаются вещи / — М.: Изд-во «Мир». — 1980.
11. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология / — М.: — Изд-во «Медицина». — 1984. — 576 с.
12. Kummer V. Anatomie und Biomechanik des Unterkiefers / Fortschr. Kieferorthop. — 1985, Vol. 46, № 5. — p. 335 — 342.
13. Шварц А. Д. Биомеханика в стоматологии. Сокращение мышц и жевательная нагрузка / Новое в стоматологии. — 2003. — № 8 (116).
14. Эттинген Л. Е. Страна Анатомия / М.: — Изд-во «Советская Россия». — 1982. — с. 126.
15. Гусева И. Е. Влияние на ткани пародонта тренировки жевательного аппарата естественными пищевыми продуктами / Материалы XII и XIII Всероссийских науч. практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. // — М.: — 2004. — с. 358 — 360.

Prezentat la 29.04.2008

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ

Резюме

Нормальное положение моляров формирует физиологическую окклюзию, удерживает межальвеолярную высоту, обеспечивает адекватную жевательную функцию и устойчивые результаты ортодонтического лечения.

Summary

Variability of first maxillary molars position in physiological occlusion

The aim of this study was to define a variability of first maxillary molars position in physiological occlusion. Dental casts and lateral cephalograms were used to evaluate indices of rotation and tipping. Correlation of these parameters with position of other teeth and jaws and high degree of variability of first maxillary molars rotation and tipping were determined.

Правильная диагностика важна для рационального планирования лечения и выбора конструкции ортодонтического аппарата. Нормальное положение моляров формирует физиологическую окклюзию, удерживает межальвеолярную высоту, обеспечивает адекватную жевательную функцию и устойчивые результаты ортодонтического лечения. Положение первых постоянных моляров является одним из основных диагностических критериев при оценке аномалий зубочелюстной системы [1, 2, 3, 4, 5], что, безусловно, свидетельствует об актуальности вопроса. В литературе большое внимание уделено взаимосвязи между положением моляров и отдельных структур зубочелюстной системы в норме и при зубочелюстных аномалиях [6, 7, 8, 9, 10].

Цель исследования: определить вариабельность положения первых постоянных моляров верхней челюсти при физиологической окклюзии.

Материалы и методы. Проведен анализ моделей челюстей и телерентгенограмм головы в боковой проекции из архива кафедры ортодонтии и детского протезирования МГМСУ 15 лиц в возрасте 19 — 22 года с физиологической окклюзией, без лицевых признаков зубочелюстных аномалий, не проходивших ранее ортодонтического лечения.

Ротацию моляров оценивали на моделях челюстей по методу, предложенному В.А. Тугариным и Р.А. Мосейко (2004) по углу между линией, соединяющей задний щечный и передний небный бугры моляров, и срединным сагиттальным швом (рис.1).

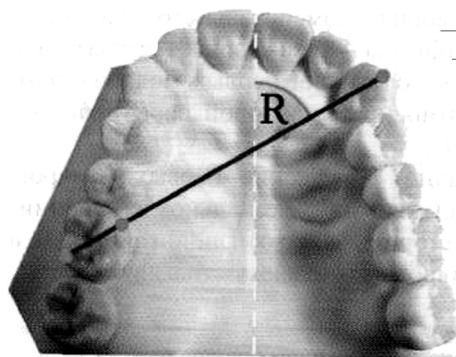


Рис. 1 Определение ротации моляров по методу В.А. Тугарина и Р.А. Мосейко (2004)

Ангуляцию моляров оценивали на телерентгенограмме головы в боковой проекции по углу между осью зуба и линией основания верхней челюсти. Ось зуба проводили через середину мезиодистального размера жевательной поверхности и точку, расположенной в месте бифуркации щеч-

ных корней моляров (рис. 2).

Были изучены морфометрические параметры лицевого отдела черепа по телерентгенограммам головы в боковой проекции. Измеряли параметры, характеризующие положение и наклон резцов и моляров, положение и наклон челюстных костей.

Слабковская А.Б.,
Филиппова В.С.,
Баташвили Р.М.

Кафедра ортодонтии
и детского
протезирования
МГМСУ

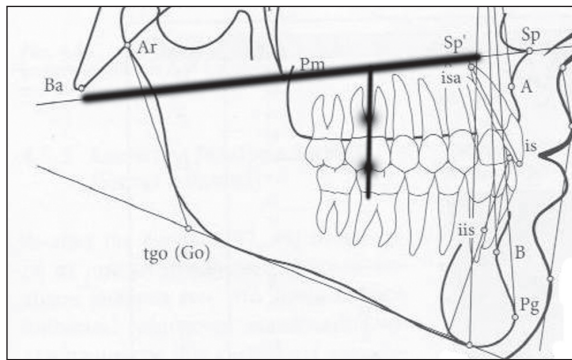


Рис. 2 Определение ангуляции моляров по телерентгенограмме головы в боковой проекции.

Результаты исследования

Определено, что показатели ротации моляров у пациентов с физиологической окклюзией колебались от 60 до 89°, среднее значение соответствовало 74,4°. Мезио-дистальный наклон моляров находился в диапазоне 85—104°, среднее значение соответствовало 92,9°. По показателям ангуляции и ротации все пациенты распределены на группы: меньше и больше среднего значения. Различия в ротации моляров соответствовали колебаниям их ангуляции: при большем мезио-дистальном наклоне моляров отмечается их меньшая ротация (рис.3).

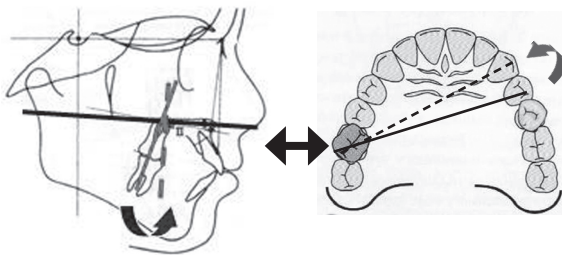


Рис.3 Зависимость ротации и ангуляции моляров в норме.

Вариабельность параметров положения моляров сопровождалась характерными особенностями лицевого отдела черепа. Для пациентов с большей ангуляцией характерно большее значение гониального угла (рис.4).

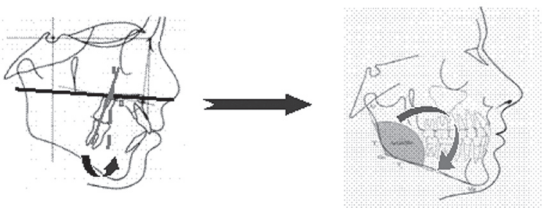


Рис. 4 Зависимость ангуляции моляров и размера гониального угла

В показателях положения челюстных костей определены особенности: при увеличении мезиодистального наклона моляров линии верхней и нижней челюстей ротируются на встречу друг другу с уменьшением межчелюстного угла (рис. 5).

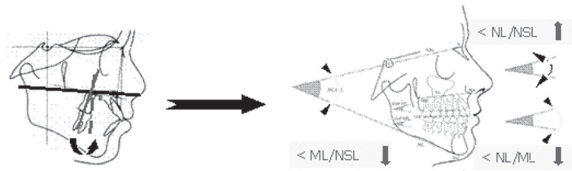


Рис. 5 Зависимость положения моляров и челюстей.

Положение моляров оказывает влияние на положение остальных зубов: при увеличении наклона моляров увеличивается вестибулярный наклон резцов, их выступание и ретромолярное пространство верхней челюсти (рис.6).

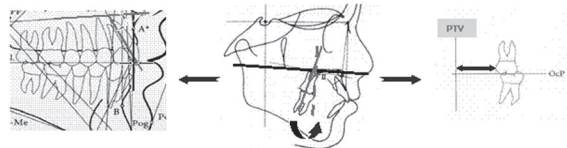


Рис. 6 Взаимосвязь положения моляров и резцов в норме.

Также наблюдается взаимосвязь между ангуляцией моляров и их положением относительно точки «К» и ротацией моляров и положением резцов, клыков и моляров относительно точки «К».

Выводы

1. При физиологической окклюзии наблюдается высокая степень вариабельности ротации и ангуляции моляров.
2. Показатели ротации и ангуляции моляров взаимосвязаны с положением остальных зубов и челюстных костей.

Литература

1. Нётцель Ф, Шульц К. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике / Науч. Ред. изд. на русск. яз. к.м.н. М.С. Дорогомирецкая. Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 2006. — 176 с. — 264 рис.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: Руководство для врачей. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. - 360 с.: ил. — ISBN 5-255-04819-6.
3. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. Прикладная анатомия жевательного аппарата Учебное пособие для медицинских ВУЗов/ Под ред. проф. В.Н. Трезубова. СПб.: СпецЛит, 2001.- 78 с.: ил.
4. Andrews LF. The six keys to normal occlusion. — AJO-DO, Volume 1972 Sep (296 — 309).
5. Angle EH. Treatment of malocclusion of the teeth. Angle's system. 7th edition. S. S. White, Philadelphia.
6. Janson GR, Metaxas A, Woodside DG Variation in maxillary and mandibular molar and vertical dimension in 12-year-old subjects with excess, normal, and short lower anterior face height. AJODO 1994 Oct;106(4):409-18 .
7. Linder H., Harth G. Цит. no: Korkhaus G. Handbuch der Zahnheilkunde. Herausg. V.Ch. Bruhn. Munchen. — 1939. — Bd 49. — P. 382.
8. Pont A.: Der Zahn-Index in der Orthodontie. Z Zahnärztl Orthop. — 1909. — № 3. — P. 306-321.
9. Sangharearn Y., Ho C. Maxillary incisor angulation and its effect on molar relationships. Angle Orthod. 2007 Mar; 77(2): 221-5.
10. Xu H, Suzuki T, Muronoi M, Ooya K. An evaluation of the curve Spee in the maxilla and mandible of human permanent healthy dentitions J Prosthet Dent. 2004 Dec;92(6):536-9.

Prezentat la 21.07.2008

EVALUAREA MICROCURRENTILOR ÎN CAVITATEA BUCALĂ LA PACIENȚII CU UNITĂȚI PROTETICE METALICE

Rezumat

Au fost selectați 15 pacienți cu vîrsta între 37—80 de ani fără acuze caracteristice pentru galvanoză. Valoarea microcurrentilor nu este direct dependentă de numărul unităților protetice metalice.

Cuvinte cheie: proteze metalice, microcurrenti.

Summary

Evaluation of microcurrents in oral cavity on patients with metallic prosthetic units

15 patients were selected with age between 37—80 years old, without any characteristic complaints for galvanism. Value of microcurrents are not direct dependent on number of the metallic prosthetic units.

Keywords: metallic dentures, microcurrents.

Introducere

În tratamentul protetic a diferitor afecțiuni stomatologice frecvent sunt utilizate lucrări protetice metalice sau mixte producînd microcurrenti de 3—8 mA, însă noi n-am întilnit date despre valorile microcurrentilor în dependență de numărul unităților protetice metalice.

Scopul lucrării

Evaluarea microcurrentilor în cavitatea bucală în dependență de numărul unităților protetice.

Metode si material

Au fost examinați 15 pacienți cu vîrsta cuprinsă între 37—80 ani fără acuze caracteristice pentru galvanoză cavității bucale, tratați cu microproteze la care s-a determinat valoarea microcurrentilor în caviatea bucală.

Rezultate si discuții

S-a stabilit că pacienți cu 5—10 unități protetice au fost 11, iar cu 11—17 unități — 4. Determinarea microcurrentilor în cavitatea bucală a permis de a constata că la pacienți cu prezența a 5—10 unități protetice valoarea microcurrentilor era între 1—14 mA. La pacienții cu 11—17 unități protetice acești indici variau între 1—8 mA.

Concluzii

S-a determinat ca valoarea microcurrentilor în caviatea bucală nu este direct dependentă de numărul unităților protetice metalice.

Prezentat la 07.07.2008

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПО ВЕЛИЧИНАМ ФАЦИАЛЬНОГО И ИНКЛИНАЦИОННОГО УГЛОВ С УЧЕТОМ НАКЛОНОВ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИСТООККЛЮЗИИ

Резюме

На основании изучения 90 боковых телерентгенограмм головы, полученных у 27 обследованных с физиологической окклюзией и 63 с дистоокклюзией в возрасте от 12 до 26 лет, определена частота встречаемости 9 типов профиля лица по А.М.Шварц, в том числе с учетом

Daniela Chirița

*Catedra Protetică
Dentară si Ortodonție a
USMF „N. Testemițanu“*

*Ф.Я. Хорошилкина
Кафедра ортодонтии
и детского
протезирования
МГМСУ.
А.Г. Чобанян
Кафедра ортодонтии
РМАПО*

углов наклона верхних резцов. Уточнены влияние типов лица на его форму, выбор способов лечения дистооокклюзии, определение эстетического прогноза.

Ключевые слова: телерентгенография головы, типы профиля лица, наклоны резцов.

Необходимость изучения величин фациального и инклинационного углов при анализе телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции, обоснована многими исследователями (Ф.Я. Хорошилкина 1970; Ю.М. Малыгин 1982; Л.С. Персин и Т.Ф. Косырева 1991; Л.В.Польма 1996; А.В. Берсенев, 2007; А.М. Schwarz, 1964; А. Hasund 1991; Graber T.M. 1994 и др.).

По данным А.М. Schwarz величина фациального угла ($\angle F$), отражающего антеро-постериальное расположение передней точки базиса верхней челюсти (А) по отношению к переднему основанию черепа (N-S), равна $85^\circ \pm 5^\circ$, инклинационного угла ($\angle I$) — наклона спинальной плоскости к переднему основанию черепа — тоже равна $85^\circ \pm 5^\circ$; по данным Ф.Я. Хорошилкиной величина этих углов равна $\angle F 86,7^\circ \pm 0,83^\circ \sigma = 3,72$; и $\angle I 84,65^\circ \pm 0,61^\circ \sigma = 2,76$. Приведенные авторы не изучали границ размеров этих углов, позволяющих уточнить расположение верхней челюсти — ретро-, нейтро- и антепозицию, а также инклинацию челюстей — ретро-, нейтро- и антеинклинацию. А. Hasund уточнил их, а именно: фациального при ретропозиции верхней челюсти — менее 78° , при нейтропозиции от 79° до 85° , при антепозиции — более 85° . Величину инклинационного угла он обозначил $\angle NL$ NSL. Этот угол образуется при пересечении носовой линии (N L), а именно основания верхней челюсти, и линии переднего основания черепа (N SL). Угол менее $4,5^\circ$, отражает антеинклинацию челюстей, от $5,5^\circ$ до $11,5^\circ$ — нейтроинклинацию, более $12,5^\circ$ — ретроинклинацию.

Цель исследования — изучить при физиологической окклюзии и дистооокклюзии частоту ретро, нейтро и антепозиции верхней челюсти по величине фациального угла, а также ретро, нейтро и антеинклинацию челюстей по величине инклинационного угла и выявить частоту 9 типов профиля лица по А.М. Schwarz, в том числе с учетом наклонов центральных резцов верхней челюсти. Сравнить полученные результаты.

Материалы и методы исследования

Клинически обследовано 90 пациентов в возрасте от 12 до 26 лет (40 мужского пола, 50 женского), из них 27 с физиологической окклюзией (15 мужского пола, 12 — женского) и 63 с дистооокклюзией (25 мужского и 38 — женского).

Изучено 90 телерентгенограмм головы, полу-

ченных в боковой проекции у 27 обследованных с физиологической окклюзией, и у 63 — с дистооокклюзией.

Результаты исследования

При физиологической окклюзии величина фациального угла ($\angle F$) была от 77° до 91° , при дистооокклюзии — от 72° до 90° , т.е. отмечено незначительное уменьшение его величины.

При физиологической окклюзии и дистооокклюзии ретропозиция верхней челюсти выявлена у 14,81% обследованных, нейтропозиция — у 51,85%, антепозиция — у 33,34%.

При дистооокклюзии ретропозиция у 19,05%, нейтропозиция — у 63,5%, антепозиция — у 17,46%. (Рис 1).

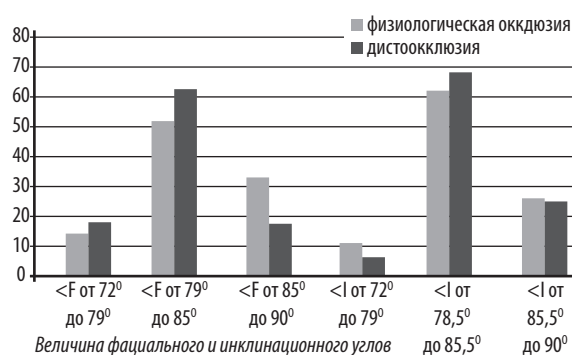


Рис 1. Частота встречаемости различной величины:

1 — фациального угла,

2 — инклинационного угла в процентах

при физиологической окклюзии и дистооокклюзии.

Установлено, что при дистооокклюзии по сравнению с физиологической окклюзией имеется тенденция к увеличению процента обследованных с ретро- и нейтропозицией верхней челюсти и уменьшение вдвое — при её антепозиции.

Величина инклинационного угла изучена по методу А. Hasund ($\angle NL$ NSL) и по А.М. Schwarz ($\angle PnSpP$). Мы убедились в том, что инклинационный угол удобнее определять не по предложению А. Hasund, поскольку при малой его величине NL и NSL линии пересекаются далеко за пределами телерентгенограммы, а по А.М. Schwarz, т.е. по величине внутреннего верхнего угла, образованного перпендикуляром к N — S линии, опущенного из точки n и спинальной плоскостью SpP. (Рис 2).

Для облегчения исследования сделан пересчет величины этого угла по методу А.М. Schwarz: ретроинклинация челюстей имеется при величине инклинационного угла от $73,5^\circ$ до $78,5^\circ$; нейтроинклинация — от $78,5^\circ$ до $85,5^\circ$; антеинклинация — от $85,5^\circ$ до $89,5^\circ$.

Величина инклинационного угла у обследованных с физиологической окклюзией была от 75° до 91° , установлена ретроинклинация челюстей у 11%, нейтроинклинация у 62,96%, антеинклинация — у 25,93%.

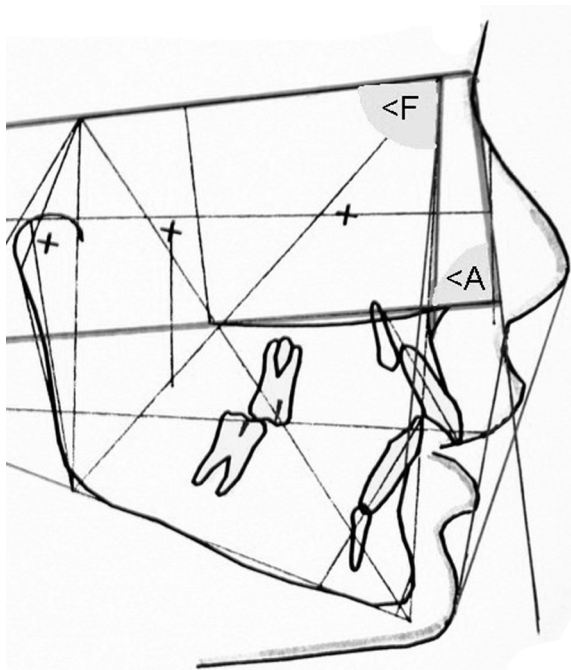


Рис 2. Контуры, скопированные с боковой телерентгенограммы головы пациента с дистоокклюзией: фациальный угол SNA равен 82°, инклинационный угол SpPPn — 88°: нейтропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — 6 ой тип профиля лица по A.M.Schwarz/

При дистоокклюзии инклинационный угол был от 76° до 91°: ретроинклинация выявлена — у 6.35%, нейтроинклинация — у 68.25%, антеинклинация — у 25.4%. Определено при дистоокклюзии по сравнению с физиологической окклюзией уменьшение вдвое частоты встречаемости этого угла при ретроинклинации челюстей, незначительное увеличение — при нейтроинклинации и не было изменений при антеинклинации.

Изучена при дистоокклюзии частота встречаемости протрузии, норматрузии и ретрузии центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания по A.M.Schwarz в зависимости от позиции верхней челюсти (<F) и инклинации челюстей (<I). (Рис. 3)

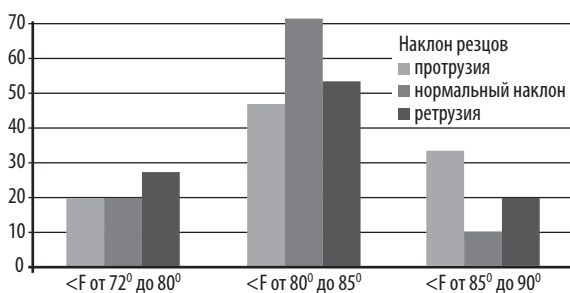


Рис 3. Сравнение при дистоокклюзии величин фациального угла с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания в процентах.

Установлено, при протрузии центральных резцов верхней челюсти —превалирование антепозиции верхней челюсти (33.34%), при нормальном наклоне —нейтропозиции (71.43%), при ретрузии —ретропозиции (26.98%).

Изучена частота различных наклонов центральных резцов верхней челюсти с учетом инклинации челюстей. (Рис 4).

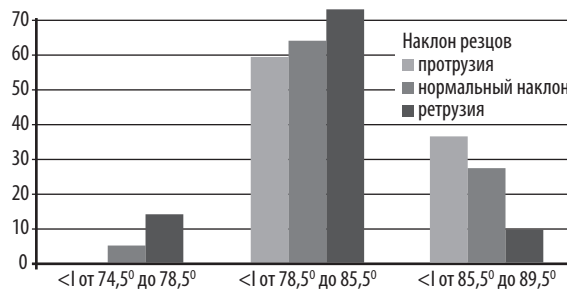


Рис 4. Сравнение при дистоокклюзии величин инклинационного угла с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания в процентах.

При протрузии центральных резцов не было пациентов с ретроинклинацией челюстей, преобладала нейтроинклинация (61.9%) и антеинклинация (38.1%); при нормальном наклоне резцов чаще наблюдалась нейтроинклинация челюстей (66.66%), реже — антеинклинация (28.57%) и только у небольшого количества пациентов (4,77%) — ретроинклинация; при ретрузии резцов ретроинклинация была у 14.28% обследованных, преобладала нейтроинклинация (76.19%), антеинклинация была у 9.53%.

Изучена частота встречаемости 9 типов профиля лица по A.M. Schwarz при физиологической окклюзии и дистоокклюзии с учетом величин фациального и инклинационного углов. (Рис 5).

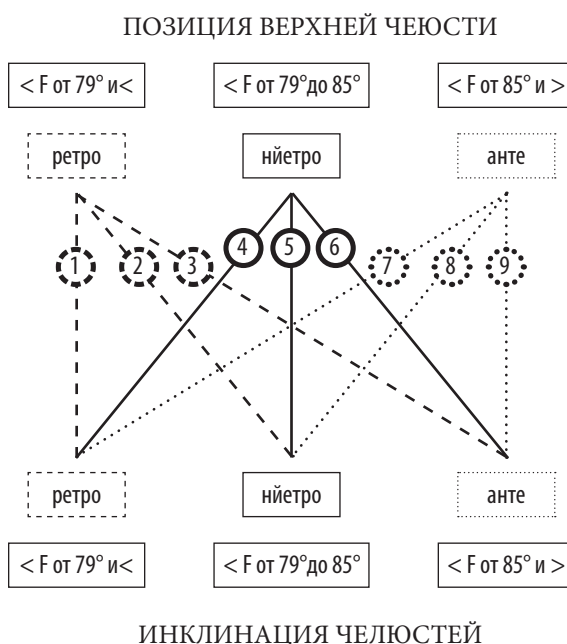


Рис 5 Изучение 9 типов лица по A.M.Schwarz с учетом величин фациального и инклинационного углов.

Процент встречаемости каждого из 9 типов лица по A.M.Schwarz при физиологической окклюзии и дистоокклюзии.

- 1ый тип — ретропозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей: при физиологической окклюзии — 0 %, при дистоокклюзии — 3.17%
- 2ой тип — ретропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей при физиологической окклюзии — 14.81%, при дистоокклюзии — 15.87%
- 3ий тип — ретропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 0%, при дистоокклюзии — 0%
- 4ый тип — нейтропозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 11.11%, при дистоокклюзии — 1.59%
- 5ый тип — нейтропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 29.63%, при дистоокклюзии — 47.62%
- 6ой тип — нейтропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 11.11%, при дистоокклюзии — 14.29 %
- 7ой тип — антепозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 0%, при дистоокклюзии — 0%
- 8ой тип — антепозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 18.52%, при дистоокклюзии — 1.59%
- 9ый тип — антепозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 14.81%, при дистоокклюзии — 15.87 %

При физиологической окклюзии не встречались 1,3 и 7 типы профиля лица, при дистоокклюзии — 3 и 7.

Изучена частота различных типов профиля лица при дистоокклюзии с учетом наклонов центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания.

При протрузии резцов не выявлены 1, 3, 4 и 7 типы профиля лица, преобладал 5 тип — нейтропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей. При нормальном наклоне резцов не выявлены 3, 4, 7 и 8 типы лица, преобладал также 5ый тип. При ретрузии резцов не наблюдали 3, 7 и 8 типов, преобладал 5 тип. Наклон продольных осей центральных резцов верхней челюсти влияет на размер и расположения верхней губы и форму профиля лица. (Рис 6).

При дистоокклюзии выпуклость лица нивелируется при ретропозиции верхней челюсти и антеинклинации челюстей. Антепозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей затрудняют достижение гармонии строения лица в профиль. Лучших результатов ортодонтического лечения возможно достичь в периодах активного

роста челюстей путем применения функционально действующих аппаратов. После завершения активного роста их достигают с помощью механически действующих аппаратов в сочетании с хирургическим лечением — удалением по показаниям отдельных зубов или с хирургическими реконструктивными операциями на челюстях.

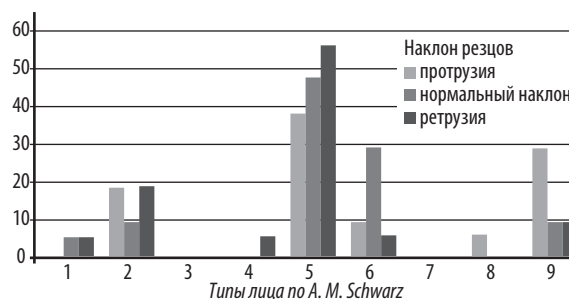


Рис 6 Частота встречаемости в процентах 9 типов профиля лица по А.М. Schwarz при дистоокклюзии с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания

Выводы

1. Следует сравнивать индивидуальные величины фацеального и инклинационного углов не с их средней величиной, а с границами, установленными А.Насунд для уточнения ретро-, нейтро- и антепозиции верхней челюсти, а также ретро-, нейтро- и антеинклинации челюстей.
2. Сопоставление величин фацеального и инклинационного углов при дистоокклюзии позволяет выявить врожденный тип профиля лица, что облегчает прогнозирование его формы после ортодонтического лечения.
3. Сравнение частоты встречаемости различных величин этих углов при физиологической окклюзии и дистоокклюзии показало, что при дистоокклюзии имеется незначительная тенденция к ретро и нейтропозиции верхней челюсти, а также к увеличению в 2 раза частоты антеинклинации челюстей.
4. При дистоокклюзии и протрузии резцов верхней челюсти чаще встречалось антеинклинация челюстей, при нормальном наклоне — нейтроинклинация, при ретрузии — их ретроинклинация.

Список литературы

1. Арсенина О.И., Рогинский В.В., Шамсудинов А.Г. Роль ортодонта в комплексном лечении пациентов с челюстно — лицевыми деформациями // Ортодент — Инфо. — 1998. — № 2. — С.6 —12.
2. Берсенёв А. В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикуса с учетом направления роста челюстей: автореф. дис. к-та. мед наук./ А.В. Берсенев.— Тверь, 2007. 24с.
3. Малыгин Ю.М. Клинико-лабораторное обоснование топико-морфометрической диагностики зубочелюстно-

- лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения : автореф. дис... д-ра мед. наук / Ю.М. Малыгин. — М., 1990. — 32 с.
4. Персин Л.С. Ортодонтия . Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий / / Руководство для врачей. — М.: ООО «ИЗПШ» «Информкнига», 2007.— 248с.
 5. Поляма Л.В. Влияние ортодонтического лечения на контур мягких тканей подбородочно — шейной области у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов./ Л.В.Поляма, В.М. Ломакина// «Ортодонтия» 2008 № 1. — с. 29 — 33.
 6. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия./ М., Медицинское информационное агентство, 2006.—541/с.
 7. Хорошилкиной — М., Медицина: 1999.—798с.
 8. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М., «Медицина»,1976. 153с.
 9. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л.С., Окушко –Калашникова В.П. //Ортодонтия.–книга 4.– М., 2005. 453с.
 10. Alexander R.G. «Wick». The Alexander Discipline / Пер. с англ. С.Н. Герасимова.– СПб.// АОЗТ Дентал–Комплекс,– 1997.–138с.
 11. Graber T.M., Vanersdall R.L.// Ortodontics Current Principles and Techniques. Second Ed.– St. Louis– Baltimore–Boston–Chikago–London–Madrid–Philadelphia–Sydney–Toronto/ Mosby. — 1994.– 965 p.
 12. Hasund A. Individualisirte. Cephalometrie. Hansa Don't Verbang und Vertrieb / A. Hasund, D Segner. — Hamburg, 1991.
 13. Proffit W.R., Field H.W. Contemporary orthodontics.– Mosby.–1999.– 742p.
 14. Proffit W.R., Tulloch JFC. Preadolescent Class 2 problems: treat now or wait?// Amer . journal of orthodontics and dentofacial orthopedics . — 2002 — Vol.121. — # 6. — P. 560 — 562.
 15. Schwarz A. M. Roentgenostatic. A practical evaluation of the X-ray headplate// Amer. J. Orthod. — 1964 .– Vol. 47. — 585 p.

Prezentat la 21.07.2008

TRATAMENTUL COMPLEX AL FLUROZEI DENTARE

Elena Stepco,
asistent universitar

Ion Lupan,
dr. hab. în medicină,
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie oro-
maxilo-facială pediatri-
că și Pedodonție
USMF „Nicolae Teste-
mițanu“

Rezumat

Tratamentul fluoroziei dentare este determinat de forma ei. Tratamentul general a inclus vitaminele antioxidante A,E,C și gluconatul de calciu cu vitamina D3. Trtamentul local în forma chestionabilă s-a limitat la procedura de microabraziune cu Opalustre (Ultradent products, inc, SUA). În forma foarte slabă și slabă procedura de microabraziune a fost combinată cu metoda de albire vitală la domiciliu cu sistemul Opalescence Whitening System (Ultradent products, inc, USA), forma de prezentare — gel 10,15,20 %.

Summary

The complex treatment of dental fluorosis

The treatment of dental fluorosis is determined by its form. General treatment included antioxidant vitamins A,E,C and Calcium Gluconate with D3 vitamin. Local treatment in insipient stage was limited at microabrasion procedure by Opalustre (Ultradent products inc, USA). In medium stage procedure of microabrasion was combined with vital whitening home method by Opalescence Whitening System (Ultradent products, inc, USA) in 10,15 and 20% gel.

Introducere

Fluoroza dentară prezintă o problemă atât medicală, cât și socială importantă.

Deși, fluoroza este foarte răspândită în Republica Moldova, nu putem spune cu certitudine că măsurile de profilaxie și tratament cunoscute sunt aplicate în practică. În prezent tratamentul fluoroziei dentare se limitează frecvent la înlăturarea defectelor cosmetice ale dinților în fluoroză. Măsurile terapeutice de ordin general se reduc la recomandării, iar cele bazate pe elaborarea planurilor terapeutice și strategice de tratament a fluoroziei lipsesc.

Căutarea metodelor și mijloacelor ce ar permite corecția proceselor metabolice la pacienții cu fluoroză în ultimii ani atrase atenția nu numai a cercetătorilor și stomatologilor, dar și a specialiștilor de alte profile (interniștilor, endocrinologilor, oncologilor, neurologilor). Acțiunea toxică a fluorurilor provoacă un efect sistemic, conduce la dereglarea mai multor procese în organism (fluoroza dentară și a scheletului, osteosarcoma, osteoporoza, hiposecreția insulinei, dereglări neurologice, oligofrenie, enzimopatii ș.a.).

Ținând cont de faptul că în patogeneza fluoroziei activarea proceselor de oxidare peroxida a proteinelor intracelulare și lipidelor are loc în caz de disbalanță a sistemului antioxidant de apărare, utilizarea preparatelor cu acțiune adecvată poate fi efec-tivă și oportună.

Modificarea culorii dinților constituie primul semn clinic, ce determină adre-sarea pacienților la medicul stomatolog. Tratamentele stomatologice de succes, în afară de atingerea obiectivelor medicale, trebuie să răspundă necesităților estetice ale pacienților.

Procedura de microabraziune îmbunătățește culoarea dinților prin înlăturarea părților proeminente ale smalțului. Suparfața smalțului formează un strat amorf aprismatic, devenind neted și strălucitor Metoda de microabraziune este o procedu-ra conservativă, ușor de aplicat, eficientă, are rezultate rapide și stabile în timp.

Metodele de albire prin geluri sunt mai de durată, dar pot fi efectuate de pacienți la domiciliu. Sistema de albire la domiciliu Opalescence Whitening gel este un produs al firmei americane Ultradent. Forma de prezentare — gel, în concentrație de 10%.15%,20% peroxid de carbamidă. Prin scanare electronică microscopică s-a demon-strat că smalțul nu prezintă schimbări sub acțiunea preparatelor ce conțin peroxidul de carbamidă, sau poate prezenta schimbări neesențiale: dinții ce s-au aflat sub acțiunea peroxidului de carbamidă timp de 6 ore au pierdut 1,06 mckg/m2 de sub-stanță dură. Din structura smalțului sub acțiunea preparatelor de albire se pot pier-

de ioni de carbon, aminele terțiale și hidrocarburile, ce sunt substituie cu ioni de oxigen, calciu și fosfor.

Cercetările efectuate demonstrează raționalitatea administrării îndelungate a produselor de albire. Pentru un efect maxim se recomandă folosirea lor pe parcursul nopții.

Administrarea controlată a peroxidului de carbamidă este inofensivă pentru pulpa dentară și cimentul radicular. Cercetările recente au demonstrat că ambele țesuturi nu-și schimbă structura sub acțiunea preparatului.

Materiale și metode. Studiul propus cuprinde un număr de 49 pacienți cu forma chestionabilă, slabă și foarte slabă a fluorozii dentare, cu vârste cuprinse între 18 și 25 ani, care s-au prezentat cu acuze la defect estetic, fără alte afecțiuni stomatologice sau patologie generală. Gradul de afectare prin fluoroză a fost apreciat după criteriile clasificării I.Muller (1965), recomandată de OMS.

Tratamentul general a inclus administrarea gluconatului de calciu 0,5 g și vitamina D3 200UI de 3 ori/zi, vitaminele-antioxidante A (retinol palmitat — 100 000 IU/zi), E (alfa-tocoferol acetat — 100 mg/zi), C (ascorbat — 100 mg/zi).

În studiul nostru la 7 pacienți cu forma chestionabilă a fluorozii li s-a aplicat procedura de microabraziune cu Opalustre (Ultradend products,inc USA). Pacienților cu forma foarte slabă și slabă procedura de microabraziune a fost combinată cu metoda vitală de albire la domiciliu cu „Opalescence„ (Ultradend products,inc USA) gel de 10%,15% timp de câte două săptămâni, cu utilizarea ulterioară a gelului de 20%, durata de utilizare fiind stabilită individual.

Unul din obiectivele propuse a fost cercetarea influenței terapiei antioxidante asupra eficacității metodei de albire a dinților în fluoroză. În acest scop am elaborat o scară de culori, în funcție de intensitatea pigmentării dinților. Gradul I — smalțul nu prezintă modificări de culoare, gradul II — macule albe, mici, ocupă 10% din suprafața dintelui, gradul III — macule albe, ocupă aproximativ 25% din suprafața dintelui, gradul IV — macule albe cu insulițe mici de pigmentație gălbuie, gradul V — macule gălbui, ocupă pînă la 50% din suprafața dintelui, gradul VI — macule maronii-gălbui, ocupă mai mult de 50% din suprafața dintelui, gradul VII — îl constituie petele maronii închise, ocupă aproximativ toată suprafața dintelui. (figura 1)

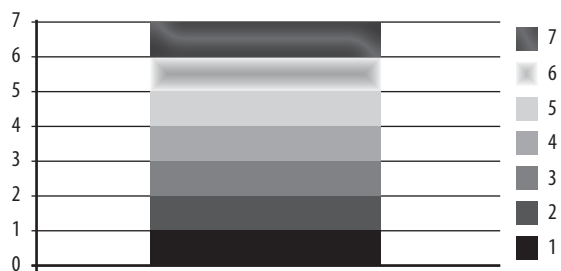


Figura 1. Gradele de intensitate a pigmentației suprafețelor dentare

Au fost selectați 42 pacienți cu diferite grade de intensitate a pigmentației suprafețelor dentare: gradul VI — 13, gradul V — 15, gradul IV — 14 pacienți. Gradul de intensitate a pigmentației a fost determinat la începutul tratamentului, în procesul de albire și la finele tratamentului, conform scării de culori propuse. Toți pacienții au fost repartizați în 2 grupe. La pacienții din prima grupa s-a utilizat metoda vitală de albire la domiciliu cu preparatul Opalescence (Ultradent, USA), gel 10%, 15% timp a câte 2 săptămâni, cu utilizarea ulterioară în concentrație 20%, durata fiind stabilită individual. Pacienților din grupa a doua — metoda de albire după aceeași schemă a fost combinată cu terapia antioxidantă.

Tabelul 1
Repartiția pacienților în funcție de tratamentul administrat

Nivelurile de intensitate a pigmentației suprafețelor dentare	Grupa I	Grupa II
Gradul IV	7	7
Gradul V	8	7
Gradul VI	6	7
total	21	21

La finele tratamentului s-a apreciat gradul de intensitate a pigmentației suprafețelor dentare după scara de culori propusă.

Rezultatele obținute și discuții.

Dinamica tratamentului local la pacienții cu fluoroză dentară este prezentată în figurile 2, 3.

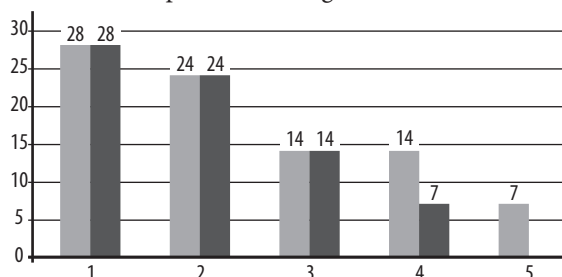


Figura 2. Albirea dinților în fluoroză cu gradul IV de pigmentație

P — gradul de pigmentație a dinților

„Opalescence“ — la stânga (8)

„Opalescence“ + terapie antioxidantă — la dreapta (8)

1 — 1 săptămână, 2 — 3 săptămână, 3 — 5 săptămână, 4 — 7 săptămână

5 — a 9 săptămână

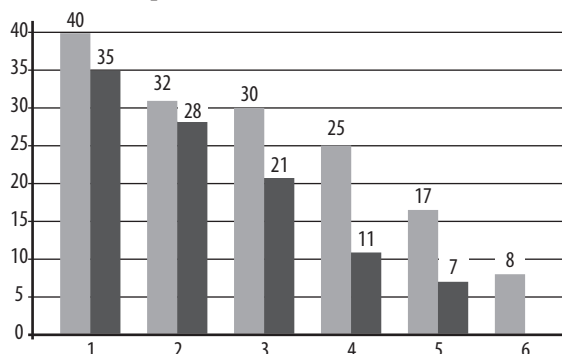


Figura 3. Albirea dinților în fluoroză cu gradul V de pigmentație (V)

P — gradul de pigmentație a dinților
 „Opalescence“ — la stânga (8)
 „Opalescence“ + terapia antioxidantă — la dreapta (7)
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 9 săptămână, 6 — a 11 săptămână.

Dinamica tratamentului local la pacienții cu gradul VI de pigmentație este prezentată în figurile 4,5.

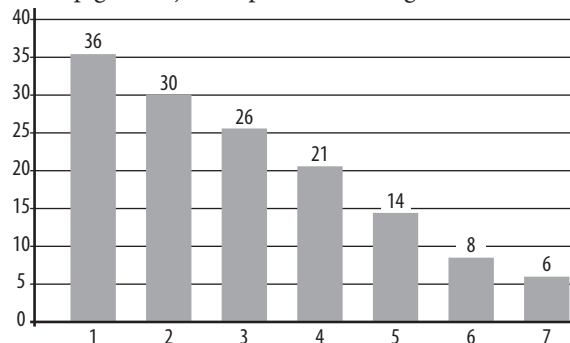


Figura 4. Albirea dinților cu „Opalescence“ (6)

P — gradul de pigmentare a dinților
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 7 săptămână, 6 - a 13 săptămână, 7- a 15 săptămână.

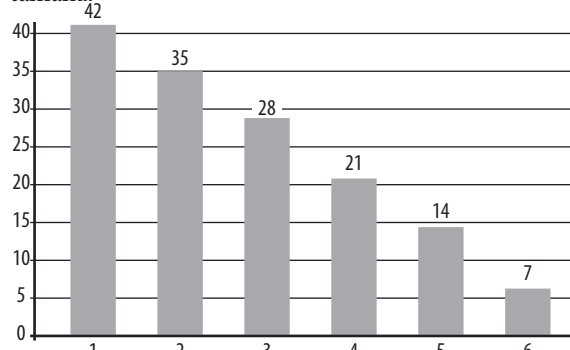


Figura 5. Albirea dinților cu „Opalescence“ + terapia antioxidantă (7)

P — gradul de pigmentare a dinților
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 7 săptămână, 6 — a 13 săptămână.

Concluzii

Terapia antioxidantă propusă influențează procesul de albire a dinților în fluoroză, micșorând timpul necesar pentru albire în mediu cu 2 săptămâni.

Bibliografie

1. CROLL, TP: Enamel Microabrazion for removal of superficial dysmineralization and decalcification defects. J Am Dent Assoc, 1990, vol. 120, p. 411-415.
2. CROLL, TP. Enamel Microabrazion. Chicago:Quintessence, 1991.
3. CROLL, TP. Esthetic correction for teeth with fluorosis and fluorosis-like enamel demineralization.
4. AUSCHILL, TM, HELLWIG, E, SCHMIDALE, S, SCULEAN, A, ARWEILER, HB. Efficacy, side-effects and patients acceptance of different bleaching techniques (OTC, in-office, at-home. Oper Dent, 2005 Mar-Apr; vol. 30, no. 2, p. 156-163. J Esthet Dent, 1998, vol. 10, no. 1, p. 21-29
5. FASANATO, TS. Bleaching teeth: history, chemicals and methods used for common tooth discoloration. J Esthet Dent, 1992, vol. 4, p. 71-78.
6. FEINMAN, RA, MANDRAY, G, YARBOROUGH, D. Chmical, optical and physiologic mechanisms of bleaching products: a rewiw. Pract Periodontics Aesthet Dent, 1991, vol. 3, p. 32-37.
7. HAYWOOD, VB. Historical development of whiteners: clinical safety and efficacy. Dent Update, 1997, vol. 24, no. 3, p. 98-104.
8. JORDAN, RE, BOKSMAN, L. Conservative vital bleaching treatment of discolored Dentition. The compendium of Continuing Education in Dentistry, 1984, vol. 5, no. 10, p. 803-808
9. AUSCHILL, TM, HELLWIG, E, SCHMIDALE, S, SCULEAN, A, ARWEILER, HB. Efficacy, side-effects and patients acceptance of different bleaching techniques (OTC, in-office, at-home. Oper Dent, 2005 Mar-Apr; vol. 30, no. 2, p. 156-163
10. SCHULTE, JR, MORRISSETTE, DB, GAJIOR, EJ, CZAJEVSKI, MV. The effect of bleaching application time on the dental pulp..J AmDent Assoc, 1994, no. 125, p. 1330—1335.

Prezentat la 22.07.2008

DEFORMAȚIILE SCHELETULUI CRANIOFACIAL LA COPII (PLAGIOCEFALIEA)

Railean Silvia

Catedra de chirurgie oromaxilofacială și pedodontie. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacologie „N. Testemițanu“

Rezumat

În ultimul timp a fost depistat un număr dramatic de mare a cayurilor de plagiocefalee. În materialul ce urmează este prezentată sinteza a 20 cazuri de deformații a scheletului craniofacial la copii tratați în secția de neurologie. La fel sunt prezentate metodele de tratament precum și ameliorările care au fost observate după 4 luni de tratament terapeutic.

Summary

Pozitional plagiocephaly in children

A dramatic rise in positional plagiocephaly has been noted over the last decade. We prezent 20 infants with positional plagiocephaly that were treating with deferant neurological deseases in neurological department. Treatment recommendation include passive helmet molding therapy. Improvement in head shape was noted after a 4 months of therapy. This method of passive soft shell helmet is an affordable and clinically effective tool to tread pozitional plagiocephaly.

Plagiocefaleea este o definiție generală folosită pentru a descrie asimetriile de relief anatomic a craniului cerebral. Din limba greacă „Plagio” — oblic, „Kefalic” — cap.

Noțiunea de craniostenoză vine din anii 1851, descrisă de către Vichrow. Observațiile lui, despre abaterile de la creșterea normală a reliefului anatomic a craniului cerebral stau la baza legii lui Vichrow. Creșterea anormală a craniului observată la persoanele cu craniostenoză se manifestă perpendicular suturii implicate. Mai târziu aceste observații au fost confirmate de Mass (1959), Delashaw (1989, 1991).

Craniostenoză este o anomalie congenită, ca rezultat a funizării premature a oaselor craniene. Clinic se manifestă prin descreșterea volumului creierului; 2. presiunea intracraniană mărită; 3. constricția creierului și nervilor cranieni în special nervul optic; 4. deformații compensatorii a craniului sau a oaselor la baza craniului (osul sfenoid, osul frontal, osul etmoid).

Craniostenoză este ratată, ca fiind întâlnită cu o frecvență de 1 la 1000 de noi născuți. De la 5% până la 20% din acești copii au elemente de deformații faciale, recunoscute ca fiind ereditare. Unele forme de craniostenoză nu au semne evidente clinice de deformare a oaselor craniene dar posibil cu deformații la baza craniului care pot fi secundare sau chiar primare și care duc la deformarea oaselor maxilare. Pe de altă parte în literatura mondială sunt descrise cazuri cu deformații faciale (fasciostenoză) similare celor sindromale (Crouzon sau Apert) dar fără deformații craniene.

Deformațiile faciale acompaniază craniostenoză atât în cazurile de craniostenoză sindromală (sindromul Crouzon, sindromul Apert) cât și în cazurile nesindromale. Examenle clinice efectuate în departamentele de craniofaciale pun în evidență cazuri de fasciostenoză identice dar fără deformații de cranium (Delaire).

Plagiocefaleea de poziție se asociază cu deformațiile craniului cerebral cauzat de o presiune constantă și permanentă într-un anumit teritoriu al craniului, asociată cu alopeție în regiunea dată. În 1970 a fost raportată incidența de unu la 300 copii nou-născuți, mai târziu s-a stabilit 8%-12% la copiii mici, crescând la un an la 47%. În 14% deformațiile craniene sunt întâlnite la maturi. Din anul 1992 numărul copiilor cu plagiocefalei de poziție a crescut considerabil. În centrul de deformații craniofaciale, Carolina de Nord, USA, în anii 1992—1996, incidența de plagiocefalee a fost raportată crescută până la 1 din 10 nou-născuți. Incidența înaltă este legată de noțiunea „back to sleep” introdusă de Asociația Pediatrică pentru copiii nou-născuți cu scopul de a preveni „Sudden infant death syndrom”. Părinții sunt instruiți să mențină poziția copilului în decubit lateral în timpul somnului, în așa mod favorizând deformațiile craniene în regiunea posterioară-laterală.

Opiniile, cu privire la aceste situații sunt diverse. Careva consideră că aceste deformații se rezolvă desinestător. Alte studii raportează, că deformațiile craniului rămân permanente și duc la modificări anatomice în masivul facial pe de o parte și dereglări neurologice în perioada de dezvoltare a copilului pe de altă parte.

Totodată studiile în acest domeniu sunt relativ puține și nu sunt concludente.

În anul 1998, în baza examenului clinic a fost elaborată clasificarea plagiocefaleelor de către Ious Argenda, MD. Pacienții cu deformații plagiocefalice sunt gradați de la 1 la 5. Fiecare grad indică deformația mai severă a feței și craniului. Brahiocefaleele sunt întâlnite în 15% cazuri și sunt clasificate în trei grade aparte.

În **gradul întâi** de deformații plagiocefalice asimetria craniană se caracterizează prin turtirea limitată numai în regiunea posterioară laterală a craniului. Gradul de turtire posterioară poate varia dar localizarea este înscrisă numai în regiunea posterioară laterală (dreapta sau stînga). Nu sunt asimetrii ale pavilioanelor auriculare măsurate de la vârful nasului până la urechi. Fruntea este dreaptă, fața simetrică, nu sunt bombări anormale sau alungiri verticale ale craniului.

Gradul doi de deformare este caracterizat prin prezența variatelor grade de asimetrie posterioare craniene. Toate sunt semnificative și capabile de a afecta centrul cranian și baza craniană și permit deplasarea pavilioanelor auriculare pe partea afectată anterior sau inferior, sau în ambele direcții. Asimetria craniană poate fi observată prin examenul superior al craniului sau privind copilul în poziție anterioară sau posterioară. Parte anterioară a craniului nu este afectată și regiunea frontală rămîne simetrică. Nu sunt asimetrii faciale. Aceste condiții reflectează deformații mai grave ale craniului, care afectează nu numai regiunea posterioară, dar și baza craniului, și fosa mediană temporală.

Gradul trei se caracterizează prin triada de asimetrie posterioară, malpoziții ale pavilioanelor urculare, protruzia osului frontal cauzînd asimetria frontală. Gradul de asimetrie este completat de relieful anatomic al craniului în formă de paralelogram care primește un aspect clinic clasic de deformație plagiocefalică. Aceste modificări sunt observate prin examenul anterior al feței și superior al craniului.

Gradul patru de deformare a craniului include asimetria posterioară a craniului, malpoziții ipsilaterale a pavilionului auricular, asimetrie ipsilaterală a osului frontal și asimetrie ipsilaterală a feței. Asimetria facială cel mai frecvent este cauzată de dezvoltarea în exces a țesutului adipos sau hiperplazia osului zigomatic pe partea afectată. În cele mai dese cazuri asimetria este cauzată numai de țesutul adipos, totodată în cazurile grave este posibil dezvoltarea asimetriei osoase. Deformația deschisă reflectă caracterul progresiv al asimetriei craniene cu tendințe de extindere anterioară de deformație a feței.

Gradul cinci caracterizează pacienții prin asimetrii posterioare ale craniului, malpoziții ale pavilionului auricular, asimetrii frontale, asimetrii faciale. Suplimentar aceste deformații sunt acompaniate de tendința de compresie a creierului în creștere. Acești copii clinic prezintă bombări ale regiunii temporale sau creșterea verticală a regiunii posterioare a craniului. Aceste modificări pot fi observate prin examenul clinic, în orice poziție.

Plagiocefaleele centrale sau brahiocefaleele posterioare sunt întâlnite cu o frecvență de 15% din copiii, cu

deformații craniene. Brahiocefaleele posterioare sunt devizate în trei forme.

Prima formă este caracterizată prin prezența depresiunii în centrul craniului la nivelul funiunii suturilor lamboide și sagitală. Poziția pavilioanelor auriculare, osul frontal și fața nu sunt modificate.

Brahiocefaleea posterioară de gradul doi este o formă mai gravă a deformațiilor centrale. La acești copii se manifestă o depresiune centrală pe aspectul posterior al craniului totodată se observă o tendință de turtire și lărgire posterioară întinsă.

Brahiocefaleea posterioară de gradul trei este cea mai gravă formă și se caracterizează nu numai prin turtirea și expansiunea laterală a aspectului posterior al craniului dar și tendința de decompresie a creierului în plan vertical prin creșterea posterioară a craniului sau bombarea în regiunea temporală ca rezultat a eroziunii temporale. Procesul de creștere reflectează turtirea extremă care constrânge craniul și tendința de creștere a creierului în fosa temporală sau expansiunea posterioară a craniului.

Craniostenozele și plagiocefalee de poziție se deosebesc prin criteriile: 1) craniostenoză este o plagiocefalee cauzată de funizarea precoce a unei sau mai multe suturi craniene; 2) craniostenoză adevărată se asociază cu micșorarea craniului și tulburări de creștere a creierului; 3) cauza craniostenozei nu este cunoscută, este cauzată de factori nocivi interni; 4) stabilirea diagnosticului se face în baza examenului radiologic și CT; 5) în plagiocefaleele de poziție suturile craniene rămân libere; 6) diagnosticul clinic se stabilește prin examenul aspectului superior al craniului; 7) creșterea creierului nu este dereglată, modificări funcționale apar în perioada școlară; 8) factorii cauzali sunt de origine externă — factorii care duc la presiunea permanentă a unei regiuni a capului (poziție stabilă a copilului, torticolius, copiii prematuri).

Tratamentul plagiocefaleelor

Există trei opinii de tratament al deformațiilor plagiocefalice: observații și re poziționarea, terapia cu căști (pasive sau active) și tratamentul chirurgical. Începând cu anul 2008, în Republica Moldova, se lucrează în planul de depistare a deformațiilor craniene și tratamentul conservativ a acestor patologii aplicând căștile pasive de remodelare a reliefului anatomic al craniului. Fiind aplicate ele eliberează craniului de presiunea unilaterală în timpul somnului, repartizând echivalent forțele de creștere. Aceasta crează condiții favorabile de dezvoltare și expansiune armonioasă a creierului și oaselor craniene.

Acest studiu are scopul de a depista prezența plagiocefaleelor de poziție la copiii mici, a urmări în dinamică redresarea reliefului anatomic al craniului cerebral la copiii, la care li s-a oferit tratament conservativ cu căști pasive.

Materiale și metode

În decurs de 4 luni au fost depistați 20 de pacienți cu deformații de poziție ale craniului, care s-au adresat în clinica de neurologie pediatrică. Diagnosticul a fost pus

în baza examenului clinic iar în cazurile când a fost necesar, s-a efectuat examenul tomografiei computerizate. Copiii incluși în studiu aveau de la 2 la 8 luni. Fiecare căscă a fost adaptată la craniul copilului prin activarea șurupurilor externe și prin aplicarea bureților pe suprafața internă a căștilor. Părinții au fost instruiți să mențină aceste căști pe o perioadă cât mai îndelungată posibil pe parcursul a 24 ore, în special în timpul somnului.

Examenul în dinamică s-a efectuat la fiecare 6—8 săptămâni. S-a examinat creșterea craniului în dinamică, relieful anatomic al craniului cerebral, acuzele prezentate de părinți în timpul tratamentului.

Rezultate

S-a oferit tratament conservativ cu căști pasive la 20 copii, înă la un an. Trei din ei au prezentat deformații brahiocefalice de diferite grade, 10 copii cu deformații de gradul întâi, doi și trei ale craniului și 7 copii cu deformații de gradul patru și cinci. Pe perioada de examinare copiii au purtat căștile după instrucție. La examenul în dinamică relieful craniului și-a primit forma lui anatomică treptat, în medi la trei luni.

Discuții

Plagiocefaleele de poziție este o problemă pusă în discuții relativ de o perioadă scurtă. Relatările cu privire la incidența lor sunt variate. În unele țări ele atig cifra de unul la 10 nou născuți. Totodată incidența reală nu este determinată. În Republica Moldova nu s-au evidențiat pînă în prezent această patologie. Pe parcurs de 4 luni s-au adresat în clinica de neurologie pediatrică 20 copii cu deformații de poziții ale craniului.



Fig. 1 Plagiocefalee de poziție.



Fig. 2 Tratament conservativ

Pe cînd unele studii demonstrează persistența deformațiilor de cranium la copiii mari, altele relatează

regresarea spontană la unii copii. Persistența și acțunea nocivă a deformațiilor craniene, în afara craniostenozelor, asupra dezvoltării masivului facial și modificărilor neurologice la copii acum sunt în studiu.

Tratamentul variază în raport cu vârsta copilului. Pînă la 3 luni copiii sunt poziționați în timpul somnului. În cazul în care nu s-a observat regresarea deformațiilor se oferă tratament conservativ cu căști pasive. Tratamentul urmează în mediu 3—6 luni, în dependență de gradul de deformație. Persistența deformațiilor impune examenul tomografiei computerizate a craniului cu scopul de a exclude fuzionarea precoce a suturilor, în special a suturii lamboide.

Regresarea în dinamica tratamentului cu căști se face urmînd clasificarea după gradul de afectare. Astfel copii cu deformații de gradul patru ale craniului regresează la gradul trei apoi doi apoi unul. 90% cazuri evoluează în acest mod. S-a observat că copii mai mici de 4 luni trec de la gradul trei la gradul întâi în interval de timp de 6 săptămîni.

Rezultatele noastre au demonstrat, că în Republica Moldova există această patologie și necesită pe viitor de studiat incidența. Copiii, care au primit tratament cu ajutorul căștilor pasive au revenit la forma craniului

normală, cu excepția la un copil, la care s-a depistat craniostenoză sagitală.

Bibliografie

1. Argenta L.C., David L.R., Clinical classification of positional plagiocephaly. 2004 May 15(3):368-72.
2. Argenta L.C., David L.R., Wilson J.A., Bell W.O. An increase in infantcranial deformity with supinesleeping position. J. Craniofac. Surg.1996 Jan;7(1):5-11.
3. Thomson J.T., David L.D., Sanger C., Wood B., Argenta L.C. Outcomes Analysis of Passive Helmet Therapy for Poyitional Plagicephaly as Measured by a Three Dimensional Surface Scanning Laser. J. Craniofac. Surg.8(1):233-236.
4. Sanger C., ArgentaA., Simpson J., David L.D., ArgentaL.C. Outcome analysis of treatment of Posterior Brachyocephaly with Prefabricated helmet Therapy.
5. Brunner T.V., David L.D., Gage H.D., Argenta L.C. Objective outcome and analysis of soft shell helmet therapy in the treatment of deformational plagiocephaly. J. Craniofac. Surg.2004 July;15(4):643-50.
6. Robert I., Millier, Sterling K.Clarren. Long-Term Developmental Outcomes in patients with deformational Plagiocephaly. Electronic. Pediatrics. Vol. 105, N.2, February 2000, p. E.26.
7. Ricardo J.Komotar., Brad E. Zacharia, BS,Jason A.Ellis, BS., Neil A. Feldstein, MD., Richard Ce.E. Anderson, MD. Pitfalls for the Pediatrician: Positional Moldong or Craniostenosis? Pediatric aninals5 35:4 May 2006, 7-11.

Prezentat 04.07.2008

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Резюме

В клинике изучена эффективность комплексного лечения зубочелюстных аномалий с применением магнитофореза 1%-ного раствора хлористого лития. Показано, что предлагаемый метод лечения эффективен, поскольку позволяет сократить сроки лечения в активном периоде.

Summary

Complex treatment of the toothjhamical abnormalities

Complex treatment efficiency of the supporting stuctures abnormalities was studied af the clinic using magnitophoresis 1% solution chloristogo Lithia. It was revealed, that the suggested method was effective as it allowed reduceg the term of treatment in the active period.

Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций сформированного прикуса актуально и сегодня [1, 2, 4], поскольку распространенность их остается высокой, сроки лечения продолжительны, нередко рецидивы.

В настоящее время лечение данной патологии осуществляется в основном ортодонтическо-хирургическими методами, которые не лишены недостатков.

С целью оптимизации активного периода ортодонтического лечения аномалий зубочелюстной системы у взрослых нами в соавторстве разработана методика ослабления костной ткани, исключая хирургическое вмешательство (Положит. решение на выдачу патента РБ по заявке № 2005270).

Цель работы — изучить эффективность применения магнитофореза 1%-ного раствора хлористого лития в комплексном лечении зубочелюстных аномалий сформированного прикуса.

Гулько Т. И.

Белорусский
государственный
медицинский
университет

Материал и методы

Был использован известный и применяющийся в других областях медицины раствор хлористого лития, который вводили методом магнитофореза. Перед тем как фиксировать на зубной ряд какое-либо ортодонтическое устройство для нормализации положения зубов, проводили предварительную физико-фармакологическую подготовку альвеолярного отростка в проекции корней зубов, подлежащих перемещению по собственной методике [3].

Магнитофорез 1%-ного раствора хлористого лития позволяет временно (на период активного ортодонтического лечения) снизить минеральную насыщенность костной ткани, сделать ее более податливой под действием силы, развиваемой ортодонтическим аппаратом.

Результаты обсуждения

Применение данного способа лечения зубочелюстных аномалий (I класса по Энгля) в сформированном прикусе позволило сократить сроки лечения в активном периоде в 2,4 раза ($P < 0,01$).

Таким образом, предлагаемый новый комплексный метод лечения зубочелюстных аномалий в сформированном прикусе эффективен, поскольку прост в проведении, не травматичен и позволяет существенно снизить продолжительность лечения, что позволит увеличить объем специализированной ортодонтической помощи больным.

Литература

1. Величко Л.С., Ивашенко С.В., Белодед Л.В. Особенности ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых // *Соврем. стоматология*. – 2001. – № 4. – С. 35 – 38.
2. Гунько И.И., Величко Л.С., Берлов Г.А. Комплексное лечение зубочелюстных аномалий сформированного прикуса. – Мн., 2003. – 290 с.
3. Описание к заявке на изобретение № 2005270. Способ лечения зубочелюстных аномалий и деформаций / Т.И.Гунько, И.И.Гунько. Заявл. 20.12.2005 // *Афіцыйны Бюллетэнь Дзярж. пат. ведамства Рэсп. Беларусь*. — Оpubл. 30.08.2007, № 3.
4. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. – М.: Инженер, 1998. – 296 с.

Prezentat la 05.03.2008