

În diagnosticul diferențial al afecțiunilor parodontale un ajutor practic poate servi schema propusă de Н.А. Рабухина și Э.И. Жибицкая (1985) respectiv de noi midificată:

Criteriile de apreciere	Schimbări de structură a țesuturilor maxilarelor	Schimbările creșterilor septurilor interalveolare	Starea plăcii corticalei	Prezența focarelor de osteoporoză a septurilor	Înălțimea septurilor interalveolare
1. Gingivita catarală generalizată	Lipsește	Nu sânt determinate	Păstrate	Lipsește	Păstrată
2. Gingivita hipertrofică sinestătătoare	Lipsește	Nu sânt determinate	Păstrate, cu o ușoară dilatare a spațiului periodontal	Lipsește	Păstrată
3. Gingivita hipertrofică simptomatică (în parodontita cr. generalizată f. ușoară și medie).	Prezente în dependență de gradul de manifestare	Distrucție de diferit grad	Distrusă și dilatarea spațiului periodontal	Caracteristic, posibil formarea pungilor osoase	Reducere cu 1/3 – 1/2 din înălțime

Rezultatul cercetărilor

Din datele tabelului anterior putem stabili că afecțiunile parodontului cu predominarea semnelor de hiperplazie cronică au semne distinctive atât clinice cât și radiologice. Astfel s-a diagnosticat gingivita hipertrofică forma sinestătătoare – 6 pacienți, gingivita hipertrofică forma simptomatică în parodontita cronică generalizată (forma ușoară) – 3 pacienți, și forma medie – 2 pacienți.

Concluzii

Criteriile diferențial-diagnostice ne dau posibilitatea să diagnosticăm procesele patologice ce decurg în țesuturile parodontale, să stabilim gravitatea procesului, controlul eficacității tratamentului petrecut precum și prognosticul afecțiunii.

Bibliografie

1. A. Eni., Parodontologie. Chișinău, 2003.
2. Medicina stomatologică – Ediție consacrată celui de-al XIII-lea Congres Național al ASRM, Chișinău, septembrie 2006, vol. 1, Nr. 1.
3. Козмеж Доминик., Пародотопатии. Варшава, 1967, стр. 141-142.
4. В.И. Яковлева., Т.Д. Давидович., Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск, 1994, стр.96-98.
5. В.С. Иванов. Заболевания пародонта. Москва, МИА, 2001.

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI TERAPEUTIC AL GINGIVITEI HIPERTROFICE CU UTILIZAREA LUMINEI POLARIZANTE BIOPTON

Olesea Brenici

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities of therapeutic treatment for hypertrophic gingivitis using polarized light bioptron

Periodontal diseases represent a serious medical-social problem. Usage of traditional methods of treatment does not always yield steady results. In the article have been presented the results of the application of ordinary complex and new methods of treatment of the hypertrophic

gingivitis. A clear advantage of antiinflammatory and regeneration therapy with polarized light BIOPTRON application is revealed.

Rezumat

Afecțiunile parodontiului reprezintă o mare problemă medico-socială. Aplicarea metodelor tradiționale de tratament nu întotdeauna dau rezultate stabile.

Sînt prezentate rezultatele aplicării în clinică a metodelor complexe tradiționale și noi de tratament a gingivitei hipertrofice. A fost relevat avantajul aplicării terapiei antiinflamatorii și regeneratorii cu lumina polarizantă BIOPTRON.

Actualitatea temei

Gingivita hipertrofică este pe larg răspîndită la toate vîrstele, începînd cu perioada pubertară și adolescenți, clinica îndelungată și insistentă favorizează schimbări distructive ireversibile în țesuturile parodontale. Datele din literatură ne comunică foarte superficial despre gingivita hipertrofică. Metodele existente în tratamentul acestei afecțiuni sînt imperfecte, după tratament des survenind recidive.

Unii autori recomandă de a ne limita în general cu metodele conservative îndreptate asupra lichidării în gingie a semnelor inflamatorii și terapia sclerozantă a regiunilor hipertrofiate a gingiei cu diverse preparate medicamentoase și factori fizici. Această propunere poate fi realizată la pacienți cu gingivită hipertrofică forma inflamatorie gradul I,II și forma granulomatoasă.

Alți autori propun coagularea papilelor ca metodă radicală, însă după intervenție des se dezvoltă deformarea gingiei marginale, spațiile interdentare se măresc din care cauză aici se acumulează resturi alimentare, și este dificilă alimentația.

Astăzi este stabilit că una din verigile patogenzei ce stă la baza procesului inflamator a parodontului este dereglarea microcirculației, în special staza venoasă cronică, ce este prezentă în hipertrofia pronunțată a mucoasei gingivale. Către aceste afecțiuni se referă gingivita hipertrofică și parodontita cronică forma gravă. Tratamentul acestor pacienți prezintă dificultăți semnificative. Lichidarea procesului inflamator care se exprimă prin schimbările proliferative este cu mult mai complicat ca în cazurile cînd predomină procesele exudative. În legătură cu acestea apare necesitatea utilizării metodei fizioterapeutice cu lumina polarizantă BIOPTRON, care ar micșora staza venoasă în țesuturile proliferative și posedă efect antiinflamator și regenerativ.

În 1981 grupa de cercetători ungară bazîndu-se pe laserul cu frecvență joasă a elaborat sursa de lumină, ce combina în sine lumina vizibilă și partea infraroșie a spectrului. Tot de acești învățați a fost stabilit, că unul din parametrii importanți pentru terapia cu lumină este polarizarea luminii. Pe baza acestor tehnologii a fost elaborat sistemul de terapie cu lumină BIOPTRON. Astăzi este deja cunoscut faptul că organismul transformă lumina în energie electrochimică, care activînd lanțul reacțiilor biochimice în celulă, stimulează procesele metabolice și ridică imunitatea.

Terapia cu lumină polarizantă BIOPTRON ameliorează microcirculația sîngelui în zona afectată, normalizează procesele metabolice, stimulează imunitatea tisulară, accelerează procesele reparative și regenerative ale organismului, facilitează cicatrizarea plăgilor, diminuarea sindromului algic.

Obiectivele lucrării

Argumentarea și elaborarea metodei noi de tratament nemedicamentoase a gingivitei hipertrofice cronice cu ajutorul acțiunii combinate antiinflamatorii și regeneratorii a luminei polarizante.

Materiale și metode

Actualul studiu cuprinde examinarea și tratamentul unui lot de 18 pacienți (7 bărbați și 11 femei) cu vîrsta cuprinsă între 15-52 ani cu gingivită hipertrofică (forma inflamatorie). La 10 pacienți s-a determinat hipertrofia papilelor gingivale de gradul I, la 8 pacienți – gradul II de hipertrofie.

Acest lot de pacienți a fost divizat în două grupe. În grupa de studii a fost selectați 7 pacienți (5 femei, 2 bărbați), în grupa martor au fost incluși 11 pacienți. Pentru evaluarea intensității procesului inflamator în gingie s-a folosit indicele papilar-marginal-alveolar (PMA) și indicele parodontal după Russel (PI), starea igienică a cavității bucale s-a determinat cu ajutorul indicelui igienic după Green-Vermillion, proba Schiller-Pisarev, indicele hemoragic, indicele pungii, radiografiile.

La majoritatea pacienților proba Schiller-Pisarev a fost pozitivă, rar ușor pozitivă, indicele igienic după Feodor-Volodkina la gingivita hipertrofică pînă la $2,5 \pm 0,7$, proba Kulajenko $40,2 \pm 3,69$ sec.

Pacienților din ambele grupe s-a stabilit următorul plan de tratament local terapeutic ce constă în: igiena cavității bucale, antitraumatic, antiinflamator, antiseptic, sclerozant.

Tuturor pacienților s-a efectuat prelucrarea antiseptică a mucoasei cavității bucale cu H₂O₂ 3 % și Betadină 1 % diluată 1:10, apoi băițe și irigații cu antiseptice ca H₂O₂ 3%, soluție de 0,2 % Clorofilpt, soluție de 0,05% Clorhexidină, 0,05 % Furacilină, tinctură de romaniță (Romazulan), Stomatidină.

Depunerile moi și dure s-au înlăturat cu ajutorul ultrasunetului cu șlefuirea și poleirea suprafețelor cu pasta Cleanpolish (Kerr). În calitate de terapie tradițională după înlăturarea factorilor excitanți locali s-a aplicat terapia antiinflamatorie, cheratolitică, sclerozantă. Terapia antiinflamatorie consta în instilații sol. Clorhexidină 0,05 % cu tablete Metronidazol 0,25 g și sol. Betadină 1 % în fiecare pungă gingivală pentru 10 minute. Terapia cheratolitică s-a realizat prin instilații cu 10 % tinctură Propolis sau suc de pătlagină în fiecare pungă gingivală pentru 15-20 secunde.

În cazul Gingivitei hipertrofice forma medie sa efectuat terapia sclerozantă: intrapapilar a câte 0,1-0,2 ml de 40 % sol Glucoză 3-8 proceduri.

În Gingivita hipertrofică forma gravă se indica tratamentul chirurgical prin excizia economă a papilelor hipertrofiate și diatermocoagularea acestora, prelucrarea ulterioară a plăgii cu sol. Clorhexidină 0,2 % și sol. Betadine 1%.

În grupa de studiu pe lângă terapia tradițională s-a folosit lumina polarizantă BIOPTRON. Pe suprafața mucoasei gingivale sa aplicat OXY- spray s-a clătit timp de 1-2 minute, fasciculul luminei BIOPTRON s-a îndreptat spre papilele hipertrofiate și la exterior prin obraz, sa polarizat cu lumina lămpii BIOPTRON la distanța 10 cm , timp de 4-6 minute. Procedura se efectuează de 2 ori pe zi timp de 7-10 zile. OXY- spray-ul conține apă și oxigen care sub acțiunea luminei polarizante a BIOPTRON pătrunde în țesuturile parodontale îmbogățindu-le astfel cu oxigen.

Discuții

După cura de tratament petrecută, la toți pacienții a survenit însănătoșire, ce a fost confirmată de examenul clinic și radiologic.

Pacienții acuze nu prezentau, gingia obținînd o culoare roz-pală, devenind densă, ferm aderînd la coletul dinților, papilele gingivale avînd o configurație normală, dispariția hemoragiei și mirosului fetid din cavitatea bucală.

Este de menționat efectul benefic al acestui procedeu, care în comparație cu metodele tradiționale micșorează durata de tratament cu 20-25 %, cura fiind de 7-10 zile. Pacienții menționează că după aplicarea BIOPTRON se diminuează durerile din plăgi, astfel ameliorînd vindecarea. Totodată fototerapia BIOPTRON are efect psihoterapeutic pozitiv asupra bolnavilor, care sînt mai calmi, suportînd mai liniștit tratamentul.

Peste 3-6 luni au fost examinați repetat mai mult de 60% pacienți tratați cu BIOPTRON. Acuze nu prezentau, starea papilelor gingivale era în normă, nu s-au apreciat semne de inflamație, igiena fiind satisfăcătoare. Doar la 2 pacienți a fost tendința la hipertrofia papilelor gingivale, ce a fost cu succes înlăturată după cura de tratament complexă.

Pacienților din lotul II s-a efectuat tratamentul mai sus menționat fără utilizarea lămpii polarizante BIOPTRON. Cura fiind de 14 zile.

Concluzie

Astfel utilizarea luminei polarizante BIOPTRON în tratamentul local al gingivitei hipertrofice este cu eficacitate înaltă și patogen argumentată metodă de tratament. Datele obținute permit să recomandăm această metodă în tratamentul gingivitei și profilaxia parodontitei. Metoda este simplă, accesibilă, practic nu are contraindicații.

Bibliografie

1. Materialele conferinței firmei Zepter Moldova “Bioptron Light therapy Advances in the use of polarized light for medical applications”. Chișinău, 2008.
2. V. Ghicavii., “Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice”. Chișinău, 2002.
3. Medicina stomatologică. Chișinău, septembrie 2006, vol. 1, Nr. 1.
4. Стоматология. Москва, 1989, № 24.

TERAPIA DE PERSPECTIVĂ A PERIODONTITELOR APICALE CRONICE A DINȚILOR PERMANENȚI IMATURI

Dorin Istrati

Catedra Stomatologie terapeutică FPM

Summary

The perspective therapy of chronic apical periodontitis in the immature permanent teeth

Comparative study of 73 apical periodontitis cases of permanent teeth with unformed root treated with calcium hydroxid (32 patients-35 teeth) and Bio-R (41 patients-45 teeth) demonstrates that Bio-R preferentially stimulates apexogenesis, but calcium hydroxid leads to apexification. The long-term treatment with calcium hydroxid, that leads to the brittleness of the unformed and incompletely mineralized apex, concomitantly has been established.

Rezumat

Studiul comparativ a 73 cazuri de periodontită apicală a dinților permanenți cu rădăcina neformată tratați cu hidroxid de calciu (32 pacienți – 35 dinți) și cu Bio-R (41 pacienți – 45 dinți) a demonstrat că, „Bio-R”-ul stimulează preferențial apexogeneza, pe când hidroxidul de calciu conduce la apexifiere. **Concomitent s-a constatat că, tratamentul pe termen lung cu hidroxid de calciu conduce la fragilitatea apexului neformat, mineralizat incomplet.**

Actualitatea temei

Particularitățile morfologice ale endodontului dinților permanenți imaturi, adeseori crează dificultăți privind tratamentul endodontic, deoarece obturarea perfectă de canal este în majoritatea cazurilor imposibilă, chiar dacă sunt folosite tehnologiile cele mai avansate. Ținând cont de grosimea minoră a pereților și lungimea canalului radicular, dar și de rădăcina imperfect formată, în plus, mai depistăm și corelații directe între factorii menționați anterior și lumenul de canal majorat, care se va lărgi în direcția apexului fiziologic. Toate condițiile expuse sunt acel substrat morfofiziologic, care este sursa principală de dificultăți terapeutice și diferențiază tratamentul de cel utilizat la maturi. Terapia patologiei respective este frecvent inadecvată și incorectă, fiind datorată comunicării largi (sub formă de pânne) a canalului radicular cu spațiul periodontal.

Algoritmul tratamentului endodontic în această situație, va fi mai dificil, prevăzând particularitățile de prelucrare calitativă, atât instrumentală, cât și medicamentoasă a pereților canalului radicular. Ținând cont de faptul, că lărgirea optimală sub formă de con a canalului radicular, nu va putea fi obținută în toate cazurile, datorită fiziologiei dintelui imatur, ca consecință, în multiple situații clinice, obturarea canalului radicular va fi imperfectă. În aceeași ordine de idei, menționăm că, adeseori este prezent și pericolul expulzării soluțiilor de irigare canalară în spațiul periodontal, iar ele, în conformitate cu datele de literatură [2] și observațiile