

- Beck/Viebahn-Hansler, Ozon-Handbuch, Background, Prevention, Therapy, Ecomed1997.
- Разумов А.Н., Покровский В.И., Основные принципы и тактика озонотерапии, Пособие для врачей, Москва 2001.
- Перетягин С.П., Бояринов Г.А, Зеленов Д.М., Техника озонотерапии, Н.Новгород 1991.

METODE DE TRATAMENT AL DEFECTULUI CUNEIFORM

Dumitru Friptu

Catedra Stomatologie terapeutică F.E.C.M.F.,USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Treatment methods of cuneiform defect

Cuneiform defect is a non-carious pathology of dental hard tissues, occurred posteruptively, conditioned by a lesion formation on the dental surface in the form of a con. The etiology of this disease is currently less studied, there are several hypotheses. Clinically it is manifested by the appearance of the defect of dental tissue on the vestibular surface of the teeth at the level of dental neck. The patients complain on hyperaesthesia and dysfunction of facial aspect. The treatment of the cuneiform lesion can be performed generally or locally, involving the stomatologist-therapist, orthopedist and orthodontist.

Rezumat

Defectul cuneiform este o patologie necarioasă posteruptivă cauzată de suprasolicitările ocluzale datorate anomaliilor de poziție și număr a dinților, care are o tendință de creștere a frecvenței printre rândurile pacienților. Necesită un examen clinic și paraclinic minuțios cât și o abordare complexă și riguroasă în timpul tratamentului în vederea înlăturării cauzei și consecințelor acestei patologii, pentru dobândirea unui rezultat eficient și durabil.

Defectul cuneiform este cea mai frecventă patologie necarioasă a țesuturilor dentare dure (34,75% din afecțiunile dentare distrofice posteruptive). Se întâlnește mai frecvent la persoane cuprinse cu vârsta între 40 și 60 de ani. Însă în ultimii ani se observă un proces de întinerire a patologiei. Leziunea cuneiformă prezintă o creștere cu 3,5% la fiecare 5 ani.

Etiologie

Deși țesuturile dentare sunt unele din cele mai dure din organismul uman la aplicarea forțelor regulate de intensitate înaltă, ele se supun „uzurii”. Aceste „uzuri” se manifestă mai des prin abraziuni, uneori chiar are loc abraziunea dinților până la nivelul coletului. Însă la acțiunea forțelor verticale (care pot ajunge chiar până la 100 Kg sau 1000N) pe suprafața dintelui pot apărea forțe divergente. După poziția topografică a dinților în arcadele dentare pe suprafața vestibulară a lor apar forțe de extensie, iar pe suprafața orală – forțe de compresie. Și după cum se cunoaște că smalțul dentar este de până la 40 de ori mai rezistent la acțiunea forțelor de compresie în comparație cu cele la extensie, în zonele cu cea mai subțire acoperire (la coletul dentar) apar microfisuri, care se extind în suprafață și în profunzime și dau naștere defectului cuneiform. Această patologie apare doar în cazul dereglărilor ocluzale, când forțele de masticăție se răspândesc neuniform pe arcada dentară suprasolicitând dinții în cauză. Alte cauze pot servi doar ca elemente favorizante și nicidecum declanșatoare în apariția și progresarea patologiei.

Tratament

Tratamentul defectului cuneiform include măsuri de ordin general și local. Tratamentul general al leziunii cuneiforme prevede administrarea enterală a preparatelor cu conținut de calciu, fosfor, microelemente, complex de vitamine a cărui durată este de o lună (gluconat de calciu 1,0g 3 ori pe zi, fitin 0,25g 3 ori pe zi, vit. C 0,3g 3ori pe zi, B1 0,005g 3ori pe zi, complex de polivitamine „Clamin”, „Fitolon”).

Local pot fi menționate următoarele metode de tratament:

1) Indicarea utilizării pastelor dentare care reduc efectele hiperesteziei dentare și corijarea tehnicilor de periaj dentar.

2) Administrarea diferitor preparate (lac, unguent, soluții de remineralizare) cu scop de diminuare a sensibilității dentare (aplicații gluconat de calciu de 10%, fluorid de natriu de 2 %). Prin această metodă nu are loc diminuarea defectului sau restabilirii integrității dintelui. Procesul de remineralizare a dintelui prin această metodă este slab pronunțat datorită stratului de dentină care la nivelul leziunii cuneiforme este puternic mineralizată cu canaliculele dentinare obliterate, ceea ce permite o difuzie slabă a acestor preparate.

3) Obturarea defectului cuneiform cu utilizarea materialelor compozite, compomere, glass-ionomere, etc. Prioritate acestei metode de tratament li se acordă compozitelor fotopolimerizabile cu sisteme adezive de ultimă generație. În procesul de restaurare a dintelui este absolut necesar de a pregăti cavitatea defectului cu o freză diamantată pentru a crea micro și macroelemente de retenție (deoarece microcanaliculele dentinare sunt obliterate și persistă un strat de dentină hipermineralizată). De asemenea li se acordă prioritate sistemelor adezive a căror agenți de gravare sunt separate de bond și pot fi înlăturați complet fără a lăsa așa-numitele suprafețe „uleioase” („smear layer” - acid maleinic 10%) în comparație cu adezivii universali autogranți. Un alt avantaj al compozitelor fotopolimerizabile este posibilitatea restabilirii aspectului fizionomic de înaltă calitate. Dezavantajul obturării defectului constă în faptul că pot avea loc căderi ale obturațiilor în întregime sau progresarea defectului cuneiform în suprafață și obținerea efectului fals de retracție a masei de plombare.

4) Aplicarea vinirelor, care presupune confecționarea fațetelor ceramice care acoperă suprafața vestibulară a dintelui cât și marginea incizală a frontalilor sau suprafața ocluzală a lateralilor. Este o metodă mai eficientă decât precedentele deoarece asigură un efect estetic excelent și în cazul defectelor cuneiforme limitate la 1-2 dinți poate înlătura și cauza apariției patologiei. Însă nu întotdeauna vinirele rezistă forțelor masticatorii, în special în cazurile când nu are loc reechilibrarea forțelor ocluzale. Astfel pacienții adesea necesită timp mai îndelungat pentru refaceri și surse financiare suplimentare.

5) Aplicarea coroanelor dentare. Este o metodă mai radicală și mai invazivă. La confecționarea și aplicarea coroanelor de înveliș este obligator de a ajusta coroana în așa fel încât la nivelul coletului marginea construcției protetice să acopere în totalmente leziunea cuneiformă și chiar mai mult să fie cu 1-2 mm mai lungă ajungând la nivelul țesuturilor dentare sănătoase. Însă nu întotdeauna avem această posibilitate. Ca dezavantaj putem menționa progresarea distrucției sub coroana dentară uneori chiar fracturarea dintelui împreună cu coroana de înveliș.

Toate aceste metode sunt orientate spre înlăturarea senzațiilor subiective și refacerea integrității coroanelor dentare cât și redarea aspectului fizionomic. Însă pentru a obține un rezultat eficient în tratamentul leziunii cuneiforme este necesar de a acționa în primul rând asupra etiologiei maladiei prin refacerea integrității arcadei dentare și reechilibrarea forțelor ocluzale înlăturarea parafuncțiilor sistemului stomatognat utilizând tehnici de tratament terapeutic, ortopedic și ortodontic. Pacienții trebuie supuși unui examen clinic și paraclinic minuțios (examenul radiologic, studiul modelelor, cercetarea relațiilor intermaxilare cu stabilirea corectă a dimensiunii verticale de ocluzie, analiza datelor utilizând resurse soft), elaborarea strategiei de tratament, modelarea tratamentului în laborator cu aplicarea acestuia pacienților în cabinetul stomatologic.

Bibliografie

- 1) Олесова В.Н., Кузьминых О.М. „Пародонтология”, 2004. nr 2 (31), p. 37—41.
- 2) Аболмасов Н. Г., Аболмасов Н. Н., Бычков В. А., Аль-Хаким А. „Ортопедическая стоматология”. Moscova, 2002, p. 134-138.
- 3) Dimitreva, Maximov „Терапевтическая стоматология” 2009, p 271-273.
- 4) Eni A., Burlacu V. „Afecțiuni ale țesuturilor dentare dure”, Chișinău, 2010 p 42-47.
- 5) Helving E., Klimek I. „Терапевтическая стоматология” 1999.
- 6) Schroder H.E. „Pathobiologie oraler strukturen karger” Basel 1991, p 53-55.

- 7) Семченко И.М., Павлющик Л. А. Стоматол. журнал, 2001, nr. 2., p. 48-49.
8) Volghin M, Hendrick Mayer-Lucker, Kulibassa A.. Клиновидные дефекты. QuintEssentia 2007 Berlin, Germania, p. 59-63.

AVANTAJELE UTILIZĂRII SISTEMULUI DE ILUMINARE D-TEC ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

Marina Iurie, Evelina Corcimari

Catedra de Propedeutică stomatologică și implantologie dentară „P. Godoroja”
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Advantages of D-tec Lighting System in Stomatology

Nowadays all operating lamps of the work area illumination are about 21.000 lux intensity. But this level of strong light does not play a positive role in case if general lighting is incorrectly coordinated. A powerful contrast between the light of the work area and the light of the surrounding areas, causes eyestrain, fast fatigue and headache, to ensure a gradual transition of illumination is required to use ceiling lamps. The lamps should be placed so as to ensure a smooth transition from brightly illuminated areas to the less enlightened. It should be noted that the characteristics of the light source should be close to the natural light to avoid mistakes during the restoration of teeth. D-tec company studied the question about illumination in stomatology and produced one of the best ceiling shadowless lamps. These lamps have many advantages for optimum lighting in stomatology and the following properties: lack of flicker, effect of diffusion, high quality of light to determine the acceptable color, no magnetic fields and electrical, maintenance of a minimum of noise, power consumption relatively low. That kind of the lamp also is equipped with an infrared filter, which prevents heat radiation and protects the lamp from dust and dirt.

Rezumat

În prezent, toate lămpile de operare pentru iluminarea zonei de lucru au o intensitate aproximativ 21.000 de lux. Dar acest nivel de iluminare intensă nu joacă un rol pozitiv, în cazul, dacă iluminarea generală este coordonată în mod necorespunzător. Contrast puternic între iluminarea zonei de lucru și a zonelor înconjurătoare, provoacă încordarea ochilor, oboseală rapidă și dureri de cap, de aceea pentru a asigura tranziția treptată este necesar de a utiliza lămpi de plafon. Lămpile trebuie să fie plasate în așa fel, încât să asigure o tranziție lină de la zonele puternic iluminate la cele mai puțin iluminate. Trebuie de menționat faptul, că caracteristicile sursei de lumină ar trebui să fie aproape de cele de lumină naturală, pentru a evita greșelile în timpul de restaurare a dinților. Compania D-tec, care se ocupă cu fabricarea lămpilor de plafon fără umbre, oferă multe avantaje pentru o iluminare optimă în practica stomatologică, având următoarele proprietăți: lipsa de sclipire, efectul difuziunii, o calitate înaltă de lumină acceptabilă pentru determinarea culorii, lipsa câmpurilor magnetice și electrice, menținerea unui nivel minim de zgomot, un consum de energie relativ redus. De asemenea, lampa este echipată cu un filtru infraroșu, care previne radiația de căldură și protejează lampa de praf și murdărie.

Actualitatea

Actualmente unii medici stomatologi se confruntă cu aceeași problemă –dureri de cap, încordarea ochilor și oboseala. Principala cauză a acesteia este iluminarea necorespunzătoare a cabinetului stomatologic și necesitatea de a transfera privirea la diferite zone de vizibilitate. În multe cazuri, gradul de iluminare în practica stomatologică nu corespunde cerințelor, deoarece deseori este unul dintre cele mai ultime puncte din proiectare. Cu toate acestea, oboseala ochilor este un factor destul de distructiv în lucrul stomatologului și problema constă în aceea, că aceasta