

созревания твердых тканей / Л.П. Кисельникова, В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. 1995. - № 2. - С. 18 - 21.

6. Кузьмина И.Н. Герметизация фиссур, как метод профилактики кариеса жевательной поверхности моляров // Стоматология для всех. International Dent. Review. 1998. № 2 (3). - С. 21 - 22.
7. Леонтьев В.К. Влияние условий обучения детей чистке зубов различными пастами на состояние гигиены полости рта / В.К. Леонтьев, О.Г. Аврамова, В.И. Зимица// Стоматология для всех.-2000. №4.-С. 34-39.

PUNTEA DENTARĂ ADEZIVĂ NEMETALICĂ: STRATEGIA INTERVENȚIEI MINIINVAZIVE

Alexandru Postolachi, Ilarion Postolachi

Catedra Stomatologie ortopedică, chirurgie OMF și implantologie orală
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Non-metal adhesive dental bridge: mini-invasive strategy

Eight patients with dental arch edentations gr. III-IV Kennedy, missing 1 tooth, have been thoroughly examined. The method of manufacturing a non-metal adhesive dental bridge has been improved.

Key-words: tooth, adhesive bridge, non-metal.

Rezumat

Au fost examinați complex opt pacienți cu breșe unidentare ale arcadelor dentare cl. III-IV Kennedy. S-a perfecționat metoda confecționării punții dentare adezive nemetalice.

Cuvinte-cheie: dinte, punte adezivă, nemetalică.

Introducere

Progresele obținute în domeniul perfecționării tehnologiilor stomatologice moderne, a biomaterialelor și mai ales apariția noilor materiale compozite de ultima generație, la rând cu sistemele adezive multifuncționale au stat la baza elaborării direcțiilor inovaționale și tehnologiilor contemporane în terapia restaurativă din ultimele decenii. Biocompatibilitatea înaltă cu țesuturile dentare dure și rezistența considerabilă către suprasolicitările ocluzale au permis de a utiliza materialele fotopolimerice și cu priză chimică nu numai în restaurările dinților frontali, dar și a celor laterali [1,3,4,5]. Elaborarea materialelor cu o rezistență sporită furnizate în formă de fibre a lărgit mult indicațiile către folosirea compozitelor la confecționarea punților dentare adezive nemetalice, imobilizarea dinților cu mobilitate patologică și în alte scopuri. Prin urmare utilizarea tehnicilor adezive permite de a rezolva mai multe aspecte ale tratamentului stomatologic restaurativ imediat, în prima ședință a pacientului, fără implicarea laboratorului de tehnică dentară, de exemplu, în restaurarea integrității arcadelor dentare și refacerii funcțiilor dereglate la lipsa unui dinte în zona frontală sau în zona premolarilor (cl. III- IV Kennedy). Însă, trebuie de menționat că așa tehnică este posibilă numai în situațiile clinice dependente de starea dinților limitrofi breșei, relațiile interocluzale din zona breșei, lipsa parafuncțiilor musculare și respectarea igienei cavității bucale [2,6,7]. Totodată în lucrările publicate la temă insuficient sunt elucidate mai multe aspecte ale acestei probleme și în particular a celor de perfecționare a tehnologiei confecționării punților dentare adezive nemetalice cu intervenții miniinvasive asupra structurilor sistemului stomatognat.

Scopul

Perfecționarea tehnologiei de confecționare a punților dentare adezive nemetalice prin intervenții miniinvazive asupra țesuturilor dure a dinților limitrofi breșei.

Materiale și metode

Studiul pe care l-am realizat înglobează pașii de concepere și realizare a punților dentare adezive nemetalice în contextul strategiei miniinvazive asupra țesuturilor dure a dinților stâlpi. Studiul a fost efectuat pe un lot de 8 (2b., 6f.) pacienți cu vârste cuprinse între 20–34 ani cu breșe unidentare în zona frontală a arcadei dentare sau a premolarilor (cl. III-IV Kennedy). Pacienții au fost selectați fără dereglări interocluzale în zona breșelor arcadei dentare, cu ocluzie ortognată, fără parafuncții musculare (bruxism) și cu respectarea regulilor de igienă bucală. La rînd cu examenul clinic-instrumental a pacienților s-a efectuat ortopantomografia, ocluziografia cu hîrtie de articulare «Bausch», biometria modelelor de studiu și foto digitală.

Rezultate și discuții

În baza rezultatelor examenului clinic-instrumental pacienții incluși în studiu au fost sistematizați în două loturi după topografia breșei unidentare în arcada dentară, indiferent de maxilar (superior, inferior): I – 2 pacienți cu breșe unidentare în zona frontală a arcadei dentare; II – 6 pacienți cu breșe unidentare în zona premolarilor. Dinții limitrofi breșelor aveau un paradont considerat sănătos. Înălțimea coroanelor, cît și volumul lor au fost apreciate ca corespunzătoare parametrilor normali. În majoritatea cazurilor coroanele dinților erau integre, fără modificări coloristice sau prezența semnelor de alte afecțiuni ale țesuturilor dure (abraziune intensivă, eroziuni, etc.). Examenul clinic și biometria modelelor de studiu au confirmat prezența relațiilor interocluzale din zona breșelor arcadei dentare fără modificări esențiale. Ca element de sprijin și stabilizare a dintelui artificial din puntea dentară adezivă nemetalică au fost folosite fibrele de polietenă „Connect” (Kerr inc., USA). În calitate de material de fixare a benzilor de fibre de polietenă pe dinții stâlpi și refacerea dintelui lipsă s-a utilizat compozitul microhibrid fotopolimeric „Point 4” (Kerr) și compozitul „Revolution” (Kerr).

Esența tehnicii de confecționare a punții dentare adezive nemetalice constă în realizarea principiilor strategiei de intervenții miniinvazive asupra țesuturilor dentare neafectate pe suprafețele ocluzale ale dinților limitrofi breșei în scopul fixării rezistente a benzii de fibre de polietenă „Connect”, care la finalul polimerizării obține aspectul unui hamac. Această strategie înglobează cele două elemente ale stomatologiei restaurative – refacerea echilibrului ocluzal și a fizionomiei ca factori importanți a homeostaziei sistemului stomatognat. Toate etapele restaurative s-au efectuat numai după instalarea coferdamului pentru izolarea cîmpului operatoriu de salivă și protecția pereților lojei preparate de umectare în timpul respirației.

În scopul asigurării intervențiilor miniinvazive cu păstrarea maximă a particularităților reliefului ocluzal a dinților stâlpi, în concordanță cu arhitectonica individuală în limitele smalțului, pînă la limita smalț – dentină, se preparau loje cu laturile în mediu de 2,0 mm pentru fixarea dispozitivului de sprijin și stabilizare „Connect” în plan frontal. Această intervenție este considerată mai miniinvazivă decît în cazurile cînd banda de „Connect” este instalată în plan orizontal. În continuare se tăia un segment din banda de „Connect” cu o lățime de 2,0 mm și grosime de 0,4 mm îmbibată cu adezivul „Optibond Solo Plus” (Kerr), care se instala în plan frontal în lojele preparate și se fotopolimeriza. În unele situații clinice segmentul de „Connect” se instala în plan orizontal. În aceste cazuri, reieșind din înălțimea coronară a premolarilor care după Marseillier (citată după Bîrsa Gh., Postolachi I. „Tehnici de confecționare a protezelor dentare”, Chișinău, 1994) în mediu este de 8,0 mm lojele create pe suprafața ocluzală a dinților stâlpi se extindeau individual pe cele proximale orientate spre breșă. Pentru o precizie a lungimii necesare a benzii de „Connect” se măsura distanța dintre lojele preparate pe dinții stâlpi. După aceasta se tăia un segment din banda de „Connect” cu o lățime de 2,0 mm și grosime de 0,4 mm îmbibată cu adezivul „Optibond Solo Plus” (Kerr) se instala în lojele preparate și se fotopolimeriza. După aplicarea compozitului „Revolution” (Kerr) se refăcea relieful ocluzal în

zonele preparațiilor cu fotopolimerul „Point 4 ” (Kerr). După izolarea procesului alveolar din zona breșei cu un dispozitiv special urma refacerea dintelui lipsă la fel cu fotopolimerul „Point 4” (Kerr).

Rezultatele examenului complex a pacienților incluși în studiu au stat la baza argumentării indicațiilor către tratamentul edentațiilor unidentare cu punți dentare adezive nemetalice. S-a stabilit că indicațiile sunt determinate de topografia breșei, starea dinților limitrofi breșei și caracterul relațiilor interocluzale din această zonă. Analiza ocluziogramelor obținute cu hîrtie de articulare «Bausch» imediat după finisarea confecționării lucrării protetice, cît și la distanță (3-12 luni) au confirmat păstrarea contactelor ocluzale funcționale și a integrității arhitecturii suprafeței ocluzale restabilită în zona preparației. Observațiile clinice au demonstrat eficiența tratamentului protetic și prin păstrarea integrității punții dentare și a înaltului aspect fizionomic menționat de pacienți. Acest fenomen se explică prin determinarea corectă a indicațiilor locale către așa categorii de punți dentare și de rezistența majoră a construcției asigurată de plasare în plan frontal a dispozitivului de sprijin și stabilizare „Connect” în zona breșei arcadei dentare. Prin urmare, elaborarea materialelor contemporane și a tehnicilor adezive în anumite situații clinice, permit rezolvarea protetică a breșelor unidentare ale arcadei dentare din zona frontală și a premolarilor cu respectarea cerințelor fizionomice, fără implicarea laboratorului de tehnică dentară. În acest scop actualmente se furnizează următoarele varietăți de materiale rezistente: fibre de sticlă, fibre de polietenă, fibre ceramice numite uneori și fibre de sticlă. Însă în activitatea clinică se utilizează numai două tipuri de materiale: 1) pe baza matricei neorganice „GlasSpan” (SUA) și „Fiber Splint” (Elveția); 2) pe baza matricei organice de polietenă „Ribbond” (SUA) și „Connect” (SUA). Din părerile specialiștilor este dificil de a aprecia superioritatea calităților unui din aceste materiale, accentuînd totuși însușirile pozitive ale fibrelor de polietenă [6].

Noi considerăm că persectiva acestei tehnologii este determinată în primul rînd de cerințele pacienților care din motive fizionomice deseori se refuză de metodele tradiționale de refacere a integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în zona frontală sau a premolarilor. Aceasta se explică prin faptul că uneori prin metodele clasice de tratament protetic în așa situații clinice dificil se rezolvă aspectul fizionomic al lucrării fără intervenții severe asupra dinților ce limitează breșa. Posibil că așa situații clinice trebuie să fie examinate de pe pozițiile de confort psihologic a pacientului și de a trata mai diferențiat metodele tradiționale de tratament protetic folosind în acest scop principiile moderne de restaurare cu materiale compozite de ultima generație. Așa aport permite aplicarea intervențiilor miniinvazive în structurile sistemului stomatognat ca parte integrală a sistemului biologic a organismului uman [2,7].

Trebuie de subliniat că, la tratamentul edentației parțiale intercalate cu punți dentare fixe metalo-ceramice, metalo-acrilice, integral ceramice sau acrilice (compozite) este necesară prepararea profundă a țesuturilor dure a dinților stîlpi impusă de tehnologia confecționării acestor piese protetice, deseori cu devitalizarea dinților stîlpi și ulteriorul risc de apariție a complicațiilor. La rînd cu acestea medicii proteticieni frecvent se întîlnesc cu procedee dificile de realizat la apariția necesității de reparare sau schimbul lucrării. Intervențiile iatrogene asupra dinților stîlpi prin prepararea profundă a țesuturilor dure deseori sunt și cauza extinderii edentației ca urmare a complicațiilor. Reieșind din cele relatate actualmente în anumite situații clinice la prezența breșelor unidentare ale arcadei dentare refacerea integrității lor este posibilă într-o ședință cu utilizarea punților dentare adezive nemetalice obținînd un efect înalt funcțional și fizionomic prin intervenții miniinvazive asupra dinților stîlpi.

Concluzii

1) Refacerea integrității arcadei dentare și a funcțiilor dereglate la prezența breșelor unidentare în zona frontală sau a premolarilor în anumite situații clinice este posibilă într-o ședință cu utilizarea punților dentare adezive nemetalice;

2) Strategia intervenției miniinvazive asupra dinților stîlpi la refacerea integrității arcadei dentare cu punți dentare adezive nemetalice prevede utilizarea compozitelor

fotopolimerizabile, a adezivilor și suportului rezistent din fibre de sticlă sau polietenă tip „Connect”.

Bibliografie

1. Burlacu V., Burlacu V., Stratu V., Cartaleanu A., Fuior V., Albot S. Sisteme adezive de ultimă generație. Med. stomatologică nr.1, vol.1. Ediție consacrată celui de-al XIII-lea Congres Național al ASRM. Chișinău, 2006, p. 81-82.
2. Burlacu V., Sprinceană D., Cartaleanu A., Vataman T. Procedee de construire directă a punților adezive. Anale științifice. Ediția a VIII – a. Vol. 4. Probleme clinico-chirurgicale. Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu” cu prilejul aniversării a 80 ani de la naștere. Chișinău 2007.
3. Caba M., Dănilă I. Compomerii – evaluarea parametrilor clinico-tehnici în restaurările directe. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Partea I. Iași, 4-6 martie 2005, p.48-50.
4. Nicolau Gh., Postolachi A. Utilizarea compozitului Degufill SC Micro-hybrid în restaurările ocluzale ale dinților laterali. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Partea I. Iași, 4-6 martie 2005, p.213-214.
5. Săveanu Iulia, Dănilă I. Analiza clinică a compartamentului inerfeței materiale bioadezive structurii dure dentare. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Partea I. Iași, 4-6 martie 2005, p.263-266.
6. Sprinceană E., Burlacu V., Sprincenă D. Restabilirea unor forme de dezintegrare de arcadă într-o singură ședință. Probleme actuale de stomatologie. Materialele Congresului XI național a medicilor stomatologi din Republica Moldova. 9-10 octombriei 2001. Chișinău, 2001, p.34-35.
7. Радлинский С. В. Адгезивные мостовидные конструкции. Дент. Арт., № 2, 1998, с. 28–40.

TRATAMENTUL ORTOPEDIC AL EDENTAȚIEI SECUNDARE PARȚIALE CU UTILIZAREA PROTEZELOR METALO-COMPOZITE FIXE ÎN FORMĂ DE PUNTE

Vitalii Gribenco, Denis Bardarean

Catedra Stomatologie Ortopedică, Chirurgie OMF și Implantologie Orală,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Orthopedic Treatment of Partial Secondary Edentia Using Metal Composite Fixed Bridges

Special attention has been paid to the dental assistance for different social layers of population in recent times.

The fixed prosthetic procedure performed to the low-income layers of population are carried out mostly using prosthetic bridges with the build-up from hot curing plastic, which is non-durable due to considerable wearing-down, hygroscopic properties and dyeing with the components of foodstuffs.

The technology of using the prosthetic bridge build-up from composite materials has been developed abroad years ago. When rendering the dental assistance to the population layers, which enjoy the social benefits, the prosthetic bridges with the composite build-up have evident advantages as compared to plastic-to-metal prostheses due to their durability and as compared to the porcelain fused metal prostheses due to reduction of production cost and time expenditures.