

7. Pertot W. ProRoot MTA (Mineral trioxide aggregate). Quintessence du congres. 2000; ADFand FDI, p. 15.

TACTICA TRATAMENTULUI CONSERVATIV AL AFECȚIUNILOR PARODONTALE INFLAMATORII.

**Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Ana Eni, Ala Ojovan, Victor Burlacu,
Anatol Cușnir, Vasile Zagnat**

Catedra Stomatologie Terapeutică FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Tactics of conservative treatment of inflammatory parodontal lesions

A survey of conservative treatment of gingivitis and parodontitis world wide is presented, with the accompanying recommendations concluded from the analytical process of the mentioned problem added.

It's a sure fact that the treatment of mild, moderate and severe forms of parodontitis can only decrease the speed of the process, and transforms it into a slowly-developing pathology lasting for years.

Rezumat

Este supusă analizei starea efectuării tratamentului conservativ al gingivitei și parodontitei la nivel mondial, cu recomandări sintetice reeșite din procesul analitic a problemei în cauză.

Rămâne cert faptul, că tratamentul parodontitei formele ușoară, medie și gravă este doar cel de frânare a evoluției rapide a procesului, transferându-l în patologie parodontală de dezvoltare lentă pe parcursul anilor.

Actualitatea

Cunoscut este faptul că semnele inflamației gingivale sunt prezente la copii de la cea mai mică vârstă pe când reacția inflamatorie a întregului complex parodontal mai frecvent este întâlnită la pacienții cu vârsta trecută de 35-40 de ani.

Apariția parodontitei - proces patologic complicat cu formarea pungii parodontale, mobilității și migrațiunii dentare la momentul actual doar poate fi supusă frânării evoluției ei și nici de cum tratării totalmente, chira folosindu-se cele mai sofisticate tehnologii chirurgicale. Deoarece celulele epiteliale ale parodonțiului de înveliș dezintegrat își v-or îndeplini funcția de refacere a integrității, încet cu încet expulzând dintele din apofiza alveolară.

Rezultate

Ne v-om opri la expunerea situației moderne asupra tratamentului conservativ al afecțiunilor inflamatorii parodontale, accentul făcându-se pe tratamentul incipient și cel de întreținere a rezultatelor terapiei efectuate.

Etapa tratamentului chirurgical-corigant, prezentând specificul intervențiilor invazive poate fi expus în detalii de stomatologii chirurghi specializați în parodontologie.

Tratamentul incipient include:

1. Motivația și instruirea pacientului în realizarea corectă a igienei individuale orale;
2. Controlul colaborării pacientului cu medicul stomatolog, gradul de participare a pacientului în măsurile curative și profilactice;
3. Ameliorarea stării igienice locale;
4. Înlăturarea acumulărilor de depuneri bacteriene și focarelor de iritări iatrogene ale parodonțiului marginal;
5. Înstrăinarea depunerilor supragingivale și subgingivale într-o ședință cu polizarea rădăcinii;

6. Lichidarea derangelor ocluzale și de articulație.

Numărul ședințelor necesare la etapa tratamentului incipient se v-a determina în felul următor:

Ședința Nr. 1:

1. Determinarea indicilor igienic și hemoragic;
2. Efectuarea speilingului supragingival cu scheilere mecanice (sau ultrasonore) cu polizarea suprafețelor radiculare;

3. Instruirea tehnicii corecte și consecutivității de spălare pe dinți;

4. Prelucrarea dinților detartrați cu fluor lac.

Ședința Nr. 2 (a doua zi):

1. Determinarea repetată a acelorași indici;

2. Efectuarea speilingului subgingival;

3. Înlăturarea punctelor de retenție marginală (mai ales celor iatrogene);

4. Instruirea tehnicii de spălare pe dinți;

5. Administrarea prin frecare a preparatelor cu fluor pe dinții supuși igienizării profesionale.

Ședința Nr. 3 (urmează în ziua următoare):

1. Determinarea repetată a indicilor;

2. Instruirea pacienților tehnicii de curățire a spațiilor interdente cu fire (flose) dentare, curățitoare de dinți.

Ședința Nr. 4 (în ziua următoare):

1. Determinarea repetată a indicilor;

2. Controlul nivelului de însușire a tehnicii de spălare pe dinți și a altor manopere igienice orale.

Ședința Nr. 5 (intervalul între ședința a 4 și a 5 nu v-a fi mai mic de 2 săptămâni):

1. Determinarea repetată a indicilor;

2. Aprecierea rezultatelor tratamentului efectuat;

3. În cazul necesității prelungirii unui tratament complex se elaborează un demers către trezoria instituției.

V-om menționa, că numai efectuarea celor 5 ședințe v-or micșora indicii igienic și hemoragic până la 35 la sută din numărul de pacienți parodontologici, care v-or avea nevoie de tratament complex.

Tratamentul pacienților parodontologici va fi obligatoriu cu scopul determinant, strict individualizat și complex.

Un loc de frunte și esențial în realizările chirurgicale, ortopedice și fizioterapice îi v-a reveni terapiei medicamentoase.

Remediilor medicamentoase utilizate în rezolvarea terapiei parodontologice v-or fi adresate următoarele cerințe:

1. Să nu irite parodonțiul și mucoasa orală;

2. Să favorizeze devitalizării coloniilor de micro-organisme în pungile gingivale și parodontale sau brusc să minimalizeze activitatea lor;

3. Să frâneze majorarea formării granulațiilor în pungile parodontale;

4. Să normalizeze metabolismul țesuturilor parodontale afectate;

5. Să stimuleze procesele regeneratorii în țesuturile parodontale;

6. Să majoreze rezistența țesuturilor parodontale față de factorii de distrugere.

În practica parodontologică mondială sunt divizate mai multe grupuri de substanțe medicamentoase:

1. Antiseptice;

2. Antibiotice;

3. Remedii vegetale;

4. Antiinflamante nesteroidice;

5. Sclerozante;

6. Enzime;

7. Hormoni;

8. Vitamine.

Ele la rândul său fiind administrate pe mai multe căi:

1. Clătituri, gărgare, băi;
2. Aplicații pe gingii;
3. Instilații, introducere în pungii;
4. Injecții în papile gingivale;
5. Pansamente curative;
6. Fizioterapie.

Direcția principală a farmacoterapiei afecțiunilor parodontale inflamatorii se determină prin necesitatea de acționare asupra microorganismelor orale, pe de o parte și pe de altă asupra mecanismelor sanogenetice și patogenetice a procesului patologic din parodontiu.

Prima direcție – cea de chimioterapie antimicrobiană poate fi rezolvată prin folosirea preparatelor care conțin, spre exemplu – clorhexidina. Procedurile v-or fi următoarele:

1. Clătituri de 4-5 ori pe zi, după fiecare masă cu Elidril;
2. După igiena profesională introducerea în pungile parodontale a amestecului 1:1 Elidril și Parodium;

3. Spălarea pe dinți de 2 ori pe zi – dimineața după mâncare și seara înainte de somn cu complexul din 1:1:1 (Elidril, Parodium, Elghidrium) în stil igienic tradițional. Durata curii de tratament 12-14 zile.

Asupra mecanismelor sanogenetice și patogenice v-or fi folosite: tonizante, stimulante, antiinflamante, hiposensibilizante. V-or fi efectuate acțiuni terapeutice asupra regulării circulației sanguine locale, sistemului nervos central și periferic, activizării proceselor de regenerare și alte acțiuni cu efect de coregare.

Obligatoriu, după determinarea diagnozei definitive a inflamației parodontale v-or fi prescrise medicamentele necesare până la începerea tratamentului de bază.

Ne v-om conduce în această realizare de două reguli fundamentale:

1. Toate măsurile curative în parodontologie, susținute de hemoragii gingivale v-or duce la bacteremie de diverse grade;
2. La tratamentul pacienților parodontologici, incluși în grupul de risc (cu infecții bacteremice metastazante (galopante)) profilaxia cu antibiotici v-a deveni condiție obligatorie.

Cercetările ultimilor ani demonstrează că apogeul bacteremiei cauzate de intervențiile invazive contactate cu sângele este atins la 15 minute după intervenție. Reșind din acest fapt Asociația americană a cordului recomandă la pacienții din grupul de risc administrarea obligatorie a antibioticului cu o doză unică, cu o oră înainte de intervenția invazivă. (Exemplu: Amoxicilina – 2gr; Clindamicina – 600mg (la copii 50 mg/kg, dar să nu fie trecută suma doza maturului), Cefalosporinele – 2gr).

La pacienții cu *Actinomicetom Comitans* penicilinorezistente profilaxia obișnuită cu antibiotice poate fi nesatisfăcătoare, permițând acestor microorganisme să provoace endocardită. Pentru preîntâmpinarea ei v-or fi folosite Oflaxocina sau Metronidazolul după schema dozelor profilactice a preparatelor.

Se mai recomandă, pe lângă antibiotice, la acești pacienți de efectuat clătituri orale cu sol. de clorhexidină 0,1-0,2% cu 1-2 minute înainte de intervențiile invazive. Nici de cum aceste clătituri nu v-or fi efectuate pe parcursul a câtorva zile – perioadă capabilă să modifice tabloul microbiologic bucal, provocând ulterior o prescriere incorectă de antibiotici.

V-om duce cont și de specificul microbial al parodontitei juvenile, care ne obligă cu 14 zile înainte de intervențiile parodontale să prescriem Doxycyclina (în prima zi 200mg, iar în următoarele câte 100mg).

În timpul prelucrării preventive a parodontiului nu v-or fi folosite remedii, capabile să frâneze formarea plăcii bacteriene, deoarece tabloul de manifestare clinică v-a fi falsificat, fapt care v-a provoca dezavantajul aprecierii nivelului igienic oral al pacientului.

La pacienții cu imunitatea scăzută va fi folosită ca măsură suplimentară igienică aplicații pe gingie cu clorhexidină, sau zinc-fluoridul, benzofurocainul 2%, preventiv procedurilor de detartraj și chiuretaj. Această procedură va fi efectuată și la pacienții cu deranje de coagulare sanguină în paralel cu antibioticul Doxycyclina (Doxycilină) – 14 zile. La pacienții cu gingivoragii pronunțate, detartrajul va fi efectuat atraumatic folosindu-se în paralel soluțiile de 1% galascorbină proaspătă sau 5% de acid aminocapronic.

În toate cazurile de detartraj, procedura va fi finalizată prin polizarea profesională a rădăcinilor.

În tratamentul parodontitei cronice în exacerbare (frecvent abscedentă) prioritate îi va fi acordată chiuretajului. După realizarea detartrajului subgingival se va efectua polizarea rădăcinii în combinație cu chiuretajul maselor moi.

Remediul folosit în realizare va fi apa oxigenată de 3% în formă de clătături și instilări în punga parodontală.

În scopul demineralizării tartrului dentar cu succes pot fi folosiți acizii organici în concentrație până la 50% cum ar fi: acidul lactic, a. Fluorglicinsulfuric, a. Fluorglicinformic, aplicați pe 20-30 min. Ulterior urmează clătături orale cu sol. 2% bicarbonat de sodiu și acoperirea suprafețelor dinților respectivi cu fluor lac (Elmex fluid, Elmex-Gelee, Duraphatlack).

Pot fi folosite cu succes:

1. Combinațiile cortizon-tetraciclinice – „Tetracortilul” instilat în punga parodontală;
2. Enzime proteolitice (după deschiderea abcesului): Tripsin, Hemotripsin, Hemopsin etc, care pot fi dezoluate în serul izotonic sau novocaină 0,25-0,5% (1mg/1ml);
3. Biogelul „Criogel”, care se introduce în doze mici în abces preventiv deschiderii lui, unde el se umflă rămânând activ până nu se absoarbe;
4. Dioxidina 0,1-1% în punga parodontală;
5. În cazuri excepționale la pacienții, care mai prezintă și febră pot fi administrate antibiotice sistemice, ca Doxycyclina sau Metranidazolul. În cazul abceselor multiple poate fi folosit cu succes Lincomicina (după schemă).

Remedii medicamentoase folosite în cadrul efectuării chiuretajului:

1. Concomitent anesteziilor v-or fi folosite antisepticele: 3% H₂O₂, mai rar clorhexidina, care în prezența sângelui se va inactiva parțial; sol. 1% Iodinol; 0,02-0,1% permanganat de potasiu; 0,5-1,0% sol. Etoniu; soluții și infuzii din plante medicinale: 0,1% sol. Pojarniță; Sol. 0,5% Usinat de sodiu; 0,25% Clorfilipt; 0,2% Sangviritrin; 0,2% Iuglon; 0,25-0,5% Saforă Japoneză; Infuzie Romazulan etc.

Face de menționat că parodontologii de pe întreaga planetă manifestă o singură atitudine față de antibiotici: sunt indicați numai la pacienții grupului de risc și la cei, la care prin măsurile mecanice devine puțin posibilă stoparea proceselor inflamatorii parodontale rapid progresante.

Aplicarea antibioticelor în parodontologie v-a duce cont de următoarele caracteristici:

1. Particularitățile lor de acțiune;
2. Biocompatibilitatea lor;
3. Absorbirea și gradul lor în tractul digestiv;
4. Farmacocinetica apreciată prin viteza de utilizare și intervalul de păstrare a concentrației curative;
5. Concentrația antibioticului în lichidul gingival.

Este cunoscut faptul, că antibioticul, după absorbirea lui în tractul digestiv pătrunde în sistemul sanguin și ajungând în capilarele gingivale, mai apoi prin membrana bazală și celulele epiteliale gingivale nimeresc în punga parodontală, locul principal de acțiune a lui. Regula folosirii antibioticului în parodontologie rămâne una: concentrația lui va fi mai mare decât cea minimală de inhibare. V-om menționa că cura antibioticului folosit v-a dura de la 5 până la 20 zile. Din grupul de antibiotice noi v-om enumera doar câteva: Sumamed – cura 5 zile (prima zi 500mg(per os), restul 4 zile câte 250mg odată în zi); Rulid – 150mg, 2 ori în zi (7zile); Nolicina – 400mg, 2 ori în zi (7zile); Siflox – 250mg, 2 ori în zi (7 zile); Tarivid – 200mg, 2 ori în zi (7 zile).

Un rol deosebit în terapia parodontitelor îi v-a reveni tratamentului de întreținere a rezultatelor obținute. Această funcție v-a fi cu succes îndeplinită de preparatele capabile să reguleze eliberarea medicamentului cu garantarea de susținere rapidă și pe lungă durată a unui nivel de concentrație terapeutică. Tehnologiile moderne garantează fixarea medicamentului pe un purtător, mai frecvent fiind gelul, care timp îndelungat păstrează concentrația activă în punga parodontală. Unul dintre primele produse de așa fel este Elyzolul (elaborat de nemți), având în baza metronidazolul (25%).

Preparatul gel se aplică în pungă de 2 ori cu un interval între aplicări de 1 săptămână. Ulterior au apărut și alte remedii ca pelicula adezivă „Diplen-Denta”; pelicula solubilă „Aspirinol” (se dezolvă 1 oră) – se aplică pe suprafața afectată 1-3 ori în zi (cura 7-10 zile); fibra tetraciclinică „Actezit” (conține 25% de antibiotic) – sunt niște fibre cu lungime de 23 cm și diametrul de 0,5mm, fiind aplicate în punga parodontală activă cu ajutorul fuluarului (ca și firul de retracție), mențin pe durata a 10 zile o concentrație activă de peste 1000mg/ml. După înlăturarea fibrei devine foarte comodă, în realizare, procedura de chiuretaj a pungii și detartraj a rămășițelor de tartru.

Efectul de întreținere a rezultatelor tratamentului îl manifestă și alte remedii, cum ar fi: „Corsodil”, „Parodontax” – pastă de dinți profesională, elixirele „Oral-B”, „Colgate Plax” etc.

Un efect major de întreținere și susținere a rezultatelor terapeutice a afecțiunilor inflamatorii parodontale îi revine vitaminelor și complexelor elaborate din grupele A, B, C, E, D.

Cele expuse, permit de menționat cinci principii de bază necesare de menținut în tratamentul afecțiunilor inflamatorii parodontale, la nivel individual:

1. Complexitate;
2. Individualitate;
3. Consecutivitate;
4. Sistemacitate;
5. Echilibrare și balansare în tratamentul efectuat.

Aceste principii ne direcționează spre o terapie rațională: etiotropă, patogenetică, simptomatică, substituentă și reabilitantă.

Numai un tratament terapeutic complex poate prelungi funcționarea parodontiului, chiar și afectat de parodontită exprimată clinic prin remesiunea procesului, majorându-se perioada de activitate fixatoare-receptivă pe o durată de zeci de ani.

Clar rămâne faptul, că parodontiul lezat va manifesta capacități funcționale reduse, însă mecanismele de adaptare locală, sistemică și centrală v-or fi capabile să compenseze timp îndelungat dezechilibrul apărut dento-parodontal și ocluzal, ocluzo-articulativ cu consecințe în organe, sisteme, organismul integru. Și atunci pentru îmbunătățirea sănătății șubrizite de dezechilibrul parodontal. Își aduc aportul stomatologii chirurghi, fizioterapici, ortopezi și ortodonți.

Bibliografie

1. Adriaens PA. Application locale d'agents antimicrobiens: efficacité dans le traitement de la gingivite et de la parodontite. J Parodontal Implant Orale 2000, 19(2): 159-194
2. Bidault P, Chandad F, Grenier D. Systemic antibiotic therapy in the treatment of periodontitis. Journal of Canadian Dental Association 2007; 73(6):515-520
3. Davies J, Karring T, Norderyd O. Advanced in the public health aspects of periodontitis. Consensus Report of the fifth european Workshop in periodontology. J Clin Periodontal 2005; 32 (suppl 6): 326/327
4. Guerrero A, Echeverria JJ, Tonetti MS. Incomplete adherence to an adjunctive systemic antibiotic regimen decreases clinical outcomes in generalized aggressive periodontitis patients: a pilot retrospective study. J Clin Periodontal 2007; 34:897-902
5. Socransky SS, Haffajee AD. Dental biofilms: difficult therapeutic targets. Periodontology 2000, 2002; 28:12-55

6. Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. *Lancet* 2001; 358:135-138
7. Slots J. Systemic antibiotics in periodontics. *J. Periodontal* 2004; 75(11): 1553-1565
8. Sterry KA, Langeroudi M, Dol-by AE. Metranidazole as an adjunct to periodontal therapy with subgingival curettage. *Br Dent J* 1985; 158:176-178
9. Segelnick SL, Weinberg MA. Reevaluation of initial therapy: when is the appropriate time? *J Periodontal* 2006; 77: 1598-1601
10. Marsh PD. Dental plaque: biological significance of a biofilm and community lifestyle. *J Clin Periodontal* 2005; 32 (suppl 6): 7-15
11. Mobelli A, Samaranayake LP. Topical and systemic antibiotics in the management of Periodontal disease. *Int Dent J* 2004; 54:3-14
12. Michel JF, Lemaître P, Pobleto MG Facteurs de risque en parodontologie et conséquences thérapeutiques 1^{er} partie: le biofilm. *J Parodontal Implant Oral* 2002; 22(3):225-231
13. Paquette DW, Brodala N, Nichols TC. Cardiovascular disease, inflammation and periodontal infection. *Periodontology* 2007; 44:113-126
14. Paju S, Pussinen PJ, Sinisalo J. clarithromycin reduces recurrent cardiovascular events in subjects without periodontitis. *Atherosclerosis* 2006; 188:412-419
15. Paster BJ, Olsen J, Alas JA, Dewhrist FE. The breadth of bacteria diversity in the human periodontal pocket and other oral sites. *Periodontology* 2000, 2006; 42:80-87
16. Rodrigues RMJ, Goncalves C, Souto R. antibiotic resistance profile of the subgingival microbiota following systemic or local tetracycline therapy. *J Clin Periodontal* 2004; 31:420-427
17. Roman A, Lpaise F, Weiss-Pelleter I, Brunel-Trotebas S. Strategie de l'antibiotherapie dans le traitement des parodontites. *Revue d'Odonto Stomatologie* 2006; 35(3): 163-182
18. Tanner ACR, Izard J. *Tannerella forsythia*, a periodontal pathogen entering the genomic era. *Periodontology* 2000, 2006; 42: 88-113
19. Herrera D, Sanz M, Jespen S. A systematic review on effect of systemic antimicrobials as an adjunct to scaling and root planning in periodontitis patients. *J Clin Periodontal* 2002; 29(suppl 3): 139-159
20. Van Winkelhoff AJ. Antibiotics in periodontics: are we getting somewhere? *J Clin Periodontal* 2005; 32: 1094-1095
21. Van Winkelhoff AJ, Van der Reijden WA. Infections parodontales et implications thérapeutiques. *J Periodontal Implantol Oral* 2000; 19(2): 141-156
22. Dumitriu HT, Dumitriu S, Dumitriu AS. *Parodontologie*, ed 6, Ed Viața Medicală Românească, 2006, cpt 11, pg 348-359
23. Roman A, Cara R, Popovici A, Vitiuc I. *Ghid teoretic și clinic de parodontologie*, 2008; Ed Medicală Universală, Cluj-Napoca 166 pg
24. Григорьян АС, Грудянов АИ, Рабухина НА, Фролова ОА. *Болезни пародонта. Руководство для врачей*, Москва, 2004, 287 стр.
25. Артюшкевич АС. *Заболевания пародонта. Руководство для врачей стоматологов*, 2006; Москва, 307 стр.