

- a) Macroconturarea – corectarea formei refacerii cu evidența coraportului ocluzal (cu freze diamantate și răcire).
- b) Microconturarea – formarea suprafeței netede cu freze diamantate (mărunț granulate) cu răcire cu apă;
- c) Șlefuirea și polizarea cu folosirea completelor speciale, având scopul de a obține netezire și luciu ideal, adecvat smalțului natural (sistemul Enhance cu instrumente abrazive, diverse după formă și structură, paste speciale fine și ultrafine). La șlefuirea și polizarea punctelor de contact am folosit ștripse metalice, plastice, textile.

11. Postbonding și rebonding (peste 2 săptămâni după refacere) – etape de aplicare a ermeticilor de suprafață (Bondingul) întru umplerea nanocrăpăturilor mai ales celor prezente între restabilire și țesutul dur dentar.

Firma „Kerr” a elaborat și propus practicii stomatologice un ermetic special cu numele „OptiGuard”, care elimină și fluor în țesuturile dentare, prevenind recidivul cariilor. Ermetic asemănător a elaborat firma „Bisco” cu numele „FortiFy”.

12. Fluorizarea sectoarelor de smalț adiacente refacerii își are scopul de majorare a procesului de mineralizare a smalțului demineralizat prin gravare. Proedura poate fi realizată prin folosirea remediilor care conțin fluorul (soluții, geluri). Noi am folosit sistema „ OptiGuard” care a exclus realizarea fluorizării suplimentare din considerentele mai sus menționate. Face de atenționat necesitatea de a preântâmpina folosirea fluor lacului, care modifică culoarea refacerii.

13. Recomandări pacientului. Am reeșit din faptul, că compozitul în momentul iluminării prezintă doar 50% de polimerizare, în următoarele 24 ore, aproximativ 40%, iar în timp de 7 zile încă 10% de polimerizare. Evoluția polimerizării compozitului a insistat necesitatea de a recomanda pacienților supuși refacerilor dentare directe:

- Să nu primească alimentație primile 2 ore ;
- Să nu folosească în timp de 24 ore după refacere produse alimentare iritante, dure;
- Li s-a interzis folosirea pe parcursul a 24 ore după refacere a ceaiului, cafelei, tutunului, coca-cola, vin roșu, ruj de buze, fructe colorate, etc;
- Li s-a recomandat adresarea repetată la medicul stomatolog la păstrarea durerilor ușoare post tratament mai mult de 7-10 zile.

Concluzie

Tehnica de refacere directă multistratificată cu rășini compoziționale fluide, cele consolidate și hibride nanoumplute compensează tensiunile, provocate de acțiunea forțelor ocluzale și majorează considerabil durata vieții refacerii.

Bibliografie

1. Каталог продукции Dentsply, 2010.

DEFECT CUNEIFORM, ASPECTE TEORETICO-CLINICE

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Valeriu Fală,

Victor Burlacu, Ala Ojovan, Dorin Istrati

Catedra Stomatologie Terapeutică FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Cuneiform defects, teoretic and clinical aspects

Between the years 2005 and 2010 ninety-three patients have been examined, 31,5% being detected cuneiform defects of various degrees. Abfraction was the chief etiologic factor. The performed treatment was varied.

Rezumat

În intervalul anilor 2005-2010 au fost examinați 93 de pacienți din care la 31,50% au fost diagnosticate defecte cuneiforme de diferite grade. Ca factor etiologic de bază a servit abfracția. Tratamentul executat a fost complex.

Defect cuneiform, aspecte teoretico-clinice:

În practica stomatologică de toate zilele afecțiunile distrofice dentare ocupă nu ultimul loc. Una din cele mai actuale probleme a stomatologiei moderne este cea de abraziune dentară, pericolul căreia frecvent poate fi întâlnit la persoane tinere. (5). În viitor problema dată va prezenta un interes și mai mare deoarece cerințele estetice a pacienților devin tot mai insistente, fapt care va obliga stomatologii să caute măsuri atât de prevenție cât și de tratament conservativ întru păstrarea dinților naturali până la vârste înaintate. Conform datelor (3) pierderi de țesut dur dentar din cauza afecțiunilor necariate se întâlnesc și în condițiile fiziologice pe parcursul întregii vieți și doar numai în situațiile apariției problemelor estetice și senzitive pacienții se adresează medicilor stomatologi.

În rândul distrofiilor dentare posteruptive sunt incluse și defectele cuneiforme, care au în bază abraziunea.

Abraziune (Șmidseder, Df. 2004) – defecte de colet apărute în urma tehnicii incorecte de periere pe dinți sau în urma curățirii dentare foarte frecvente.

Același autor determină abfracția ca curbura vestibulo-orală dentară în procesul de masticăție care poate provoca defecte, care amintesc de clasa V Black.

Ștefan T. Sonis (2004) determină abfracția ca o pierdere patologică a substanței dentare dure provocată de intensitatea de solicitare biomecanică.

Pierderea structurii de regulă se prezintă în forma leziunilor cuneiforme cervicale, pe linia coeziunii amelo-cimentare, fiind de proveniență necariată.

Defectul cuneiform ca rezultatul abraziunii în debut se determină doar în adamantină și mai frecvent pe suprafețele (labiale și jugale la colet) a incisivilor, caninilor și premolarilor (în deosebi celor primi). Conform datelor (7), defectul cuneiform apare prioritar la hotarul adamantino-cimentar prezentându-se longitudinal în forma unui con cu doi pereți: coronar mai mic și radicular mai mare. Ulterior defectul poate progresa cointeresând și țesutul dentinar.

Etiologia defectului cuneiform rămâne nerezolvată definitiv. Este socotit, că cauza principală a apariției lui sunt acțiunile mecanice asupra țesuturilor dure dentare apărute în urma tehnicilor incorecte de periere pe dinți (mișcări orizontale cu periute de duritate majoră, folosirea pastelor dentare cu particularități abrazive pronunțate).

În calitate de alternativă modernă primii presupuneri a etiologiei defectului cuneiform se prezintă concepția acțiunii forțelor lezante asupra dinților la nivelul de colet provocate de stresuri (2), scrășnituri de dinți, contacte ocluzale dificile, deranje ale echilibrului ocluzal etc. Toate ele concentrate la nivelul coletului dentar provoacă flexionări sau extensii, care se pot finaliza cu apariția fisurilor la joncțiunea amelo-cimentară. Ele pot fi determinate vizual cu ajutorul lupei sau microscopului. Conform datelor acelorași autori în paralel sunt determinate modificări în structura cristalelor de smalt, care se pot dezolva sub influența acizilor alimentari.

Reprezentanții concepției abfracției prezintă și unele confirmări:

1. Defectele de colet mai frecvent sunt determinate la pacienți cu bruxism și la cei cu vârstă înaintată;
2. La pacienții cu bruxism obturațiile acestor defecte sunt foarte dificile;
3. Defectele date fiind obturate pot ușor progresa cu răspândire subgingivală;
4. Defectele cuneiforme pot fi determinate foarte rar pe suprafața orală a dinților mandibulari
5. Defectele cuneiforme pot fi depistate și la animale, care nu se periază pe dinți;
6. De regulă dinții învecinați nu sunt afectați de acest proces;
7. În cazul mobilității dentare defectul cuneiform se poate prezenta rar, demonstrând capacități lezionale minime;

Burluțcki, A.S., (1984) în teza sa de doctor în medicină determină frecvența defectelor cuneiforme la 34,37% cazuri, având o creștere la fiecare cinci ani cu 3,5%. Frecvența lezării cu acest defect a diferitor grupe de dinți a fost următoarea:

Caninii ambelor arcade: 36,16-37,64%;

Premolarii: 20,58-23,63%;

Molarii: 13,53-18,82%;

Incisivii: 3,63-8,82%.

Conform datelor autorului dinții cu astfel de defecte rar sunt atacați de carii dentare (18,48%), fiind întâlnite mai frecvent la pacienți de vârstă medie și înaintată.

În literatură accesibilă, nu am determinat lucrări despre starea problemei date în Republica Moldova. Cele expuse au determinat scopul cercetării: de a studia frecvența defectelor cuneiforme în țară și particularitățile lor clinice întru elaborarea măsurilor de tratament.

Scopul lucrării a determinat următoarele obiective:

1. Estimarea frecvenței defectelor cuneiforme dentare în țară;
2. Estimarea particularităților clinice de manifestare a defectelor cuneiforme la diferite grupe de dinți și de vârstă;
3. Elaborarea algoritmului de tratament a defectelor cuneiforme.

Material și metode

Au fost examinați 93 de pacienți (15 femei, 78 bărbați cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 ani), care sau adresat la clinica Stomatologie Terapeutică FECMF și Centrul Stomatologic „Fala Dental” în intervalul 2005-2010. Toți pacienții au fost supuși cercetărilor clinice clasice (palparea, percuția) cu examinarea minuțioasă a leziunilor (locurilor acuzate) cu ajutorul lupei și coloranților. Atenție deosebită a fost atrasă procedurii de periaj dentar (periuța, mișcările, frecvența, timpul, pasta), stării contactelor ocluzale, articulației TM, construcției de refacere indirectă și directă.

Rezultatele și discuții

Cercetările au demonstrat o frecvență mai majoră la pacienții bărbați (83,8% din cei examinați), pe când la femei a fost depistată patologia dată doar la 9,2%. Monitorizarea frecvenței defectului cuneiform în dependență de vârstă a demonstrat următoarele date: 23,50% (40-45 ani), 27,50% (46-50 ani), 31,50% (51-55 ani), 35,50% (56-60 ani), 39,50% (61-65 ani). Din 93 de pacienți supuși examinării 31,50% au prezentat defecte cuneiforme în diferite faze de dezvoltare. Face de menționat că analiza evaluării defectelor cuneiforme pe scara de creștere a vârstei a determinat o majorare a numărului lor la fiecare cinci ani cu 4% (tendință determinată și în cercetările Burluțckii, A. S., (1984).

Conform datelor noastre pe locul unu după frecvența defectelor se găsește premolarul doi, apoi unul (mai ales pe maxilă); pe locul doi sa prezentat molarul unu; pe locul trei molarul II (ambii a maxilei); rar de tot au fost afectați de defect cuneiform incisivii centrali superiori și nu au fost prezente defecte cuneiforme la canini. La 5% din pacienți cercetați a fost diagnosticată parodontoza de diverse grade de manifestare clinică, diagnosticați din anamneză cu afecțiuni cardiopatică.

După localizare defecte cuneiforme au fost devizate în cele de colet, cu cointeresare relativ uniformă a adamantinei și cimentului radicular, cu suprafețe netede lucitoare proiectate sub un unghi ascuțit, drept una față de alta; radicular la care peretele gingival coboară lent spre gingie, pe când cel coronar este aproape perpendicular pe axul vertical dentar; coronar, care se caracteriza printr-un perete coronar mai întins pe suprafață și altul gingival aproape perpendicular la axul vertical dentar. Aceste manifestări clinice au prezentat forma defectelor cuneiforme deja formate, cu acuzarea senzațiilor ușor dolore de la factorii termici.

Din anamneză morbului toți pacienți diagnosticați cu defect cuneiform au menționat debutul procesului cu senzații de strepezime, fără prezența unor modificări structurale vizibile.

Evolutiv la unii mai repede (în deosebi la cei cu defect coronar) la alții mai lent (la cei cu defect în colet), au apărut lângă marginea gingivală, la coletul dentar, niște puncte (pete) albicioase, ulterior care sau transformat în niște puncte retentive pentru unghii (la palpate cu ele).

Tactica tratamentului se va găsi în strânsă dependență de corectitudinea diagnosticării defectului cuneiform, care de regulă are în bază abfracția manifestată prin rolul suprasolicitării masticatorii care provoacă în regiunea coletului dentar apariția forțelor de extensie și compresiune capabile să provoace fisuri la hotarul smalț-ciment radicular. Tratamentul va insista pe proceduri de corecție a articulației TM în urma unei diagnoze capabile să permită un plan optimal de executare a lui. Numai analiza funcțională, structurală și estetică a stării orale a pacientului în concordanță cu examenul radiologic va da posibilitate de a obține rezultate pozitive a tratamentului și doar după refacerea echilibrului ocluzal.

Material de solicitare în situația tratamentului defectului cuneiform prin terapia de refacere directă s-au prezentat compozitele microumplute. În dependență de situația clinică concretă vor fi folosite compozitele hibride, compomerele, cimenturile glassionomere prin tehnici de refacere directă, inclusiv și cea sândviș. Cu succes pot fi folosite cimenturile glassionomere polimermodificate de polimerizare dublă.

Algoritmul refacerii țesuturilor afectate de defect cuneiform:

1. Izolarea câmpului operațional;
2. Înlăturarea (prepararea) straturilor superficiale de adamantină. La descoperirea dentinei ea va fi supusă disocierii;
3. Formarea bizotului adamantinal și brazdelor de retenție internă;
4. Aplicarea sistemii adezive;
5. Aplicarea materialului de refacere selectat preventiv după funcție și culoare în straturi;
6. Prelucrarea finală și polizarea cu instrumente abrazive mărunț dispersate;
7. Ermetizarea cu sistemul de tip Opti Guard.

Unele recomandări practice:

Pentru aprovizionarea unei adeziuni marginale bune a refacerii va fi obligatorie necesitatea de izolare a defectului de marginea gingivală. Poate fi folosit Raberdamul, fixarea făcându-se cu clama 212. Pentru prepararea defectelor cuneiforme vor fi folosite freze diamantate în formă de pară și sferă.

Suprafața dentinei va fi preparată cu freza „pară”. Marginile adamantinei și punctele de retenție la necesitate vor fi prelucrate și formate cu freza „sferă” diamantată.

Forma cavității preparate va fi determinată de mărimea defectului și spațiului necesar unei retenții adecvate a refacerii. După finalizarea refacerii conturile ei vor fi formate cu discuri flexibile. Pentru polizarea suprafeței refacerii vom folosi măciulii de gumă abrazivă sau discuri.

Suprafața și marginile refacerii polizate vor fi supuse gravării, spălării, uscării și acoperirii cu OptiGuard și polimerizării.

Concluzii

1. Defectul cuneiform poate fi tratat prin refacere directă numai în cazul corectării echilibrului ocluzal;
2. Ca material compozițional de solicitare la refacerea directă a defectului cuneiform pot fi apreciate compozitele microumplute. Cu succes pot fi folosite microhibridele, cimenturile glassionomere polimermodificate de polimerizare dublă.

Bibliografie

1. Bruke, F. J. T., Whitehad, S.A and McCaughey, A. D. Contemporary concepts in the pathogenesis of the Class V non-carious lesion. Dent Update, 22.195.5, p. 28-32;
2. Elmar Hellwig, Joachim Klimec, Thomas Atin. Einführung in die Zahnerhaltung. Urban und Schwarzenberg. Munchen-Wien-Baltimore, 1999. p. 53-55;

3. Flint, S. Und Scully, C: Orofacial age Changes and related disease. Dent Update, 15, 1988. P. 337-342;
4. Ingleby, J., Mackie, I.C. Case report: An Unusual cause of tooth wear. Dent Update, 22, 1995, p. 434-435;
5. Karl Bishop, Martin Kelleher, Peter Briggs, Raj Joshi. Современные взгляды на этиологию стираемости зубов (перевод с английского). Квинтэссенция, 5/6, 1999. Стр. 23-31.
6. Lenitch, L. C., Bader, J. D., Shugars, D. A. and Heymann, H. O: Non – carious cervical lesions. J. Dent 22, 1994, p. 195-207;
7. Schroder, H. E. Orale struktur – biologie. Theme, Stuttgart, 1992;
8. Stephen T. Sonis. Dental Secrets. Hanley and Belfus, INC, Philadelphia, 2004. P. 174;
9. Şmidseder, Dj. Эстетическая стоматология (перевод с английского) под ред. Т.Ф. Виноградовой, Москва, Медпресс-информ, 2004. Стр. 146.
10. Бурлуцкий А.С. Клиническая картина клиновидных дефектов зубов и их протезирование. Диссертация К.М. Н., Калинин, 1984.

METODE DE ANALGEZIE ÎN STOMATOLOGIA TERAPEUTICĂ

Stanislav Groppa, Dumitru Zabolotnîi, Valeriu Burlacu

Catedra Stomatologie Terapeutice FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Methods of analgesia in dentistry

Pain is an experience that everybody lives more or less frequently, with greater or lesser intensity. A solitary therapy is not 100% sufficient in dental practice, only a combination of several positive factors have a cumulative effect: mental preparation, pharmaco-therapy sedation and regional anesthesia. In the treatment of caries and pulpitis, doctors often practice anesthesia of the intervention area, but this invasive method sometimes leads to accidents and complications both local and general. The main effect of any anesthesia is analgesia, an effect which in some cases can't be reached because of the particularities of the patient or the doctor's lack of experience of anesthesia. For painless treatment it is required to diversify the range of dishes and to use inhaled analgesia without invasive techniques as a method of choice for the practicing physician.

Rezumat

Durerea e o experiență pe care fiecare om o trăiește mai mult sau mai puțin frecvent, cu mai mare sau mai mică intensitate. O terapie solitară nu e suficientă 100% în practica dentară, ci doar combinarea mai multor factori are un efect cumulativ pozitiv: pregătirea psihică, sedarea farmaco-terapeutică și anestezia loco-regională. În tratamentul cariilor și pulpitelor adesea medicii practică anestezierea zonei de intervenție, însă această metodă invazivă uneori duce la accidente și complicații atât locale, cât și generale. Elementul esențial al oricărei anestezii rămîne analgezia, efect care în unele cazuri nu este atins fie din cauza particularităților pacientului, sau lipsa experienței de anesteziere a medicului. Pentru tratamentul indolor se cere de a diversifica gama de preparate și de a folosi analgezia inhalatorie, fără aplicarea tehnicilor invazive, ca o metodă de elecție pentru medicul practician.

Actualitatea

Caria dentară și complicațiile ei reprezintă o problemă socială și economică mondială prin frecvența și intensitatea sa, fapt care insistă măsuri de prevenire și tratament ca preocupare principală a stomatologiei. Cercetările epidemiologice efectuate au demonstrat că frecvența afecțiunilor carioase variază în diferite țări între 30 și 99% din populație, (Memet Gafar, 1998,