

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

PUBLIȚIE OFICIALĂ
A ASOCIAȚIEI STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA
ȘI A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU“

NR. 4 (25) / 2012

CHIȘINĂU — 2012

CZU 616.31:061.231
M52

ISBN 978—9975—52—006—5

POLIDANUS S.R.L.
str. Mircea cel Bătrîn, 22/1, ap. 53,
mun. Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: 48-90-31, 069236830
polidanus@mail.md

Adresa redacţiei:

bd. Ştefan cel Mare, 194B (blocul 4, et. 1)
MD-2004, Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: (+373 22) 205-259
Fax: (+373 22) 243-549

- © Text: ASRM, 2012, pentru prezenta ediţie.
- © Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialişti în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conţinutul şi redacţia articolelor publicate.

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

a fost înregistrată la Ministerul de Justiție
al Republicii Moldova la 13.12.2005,
Certificat de înregistrare nr. 199

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „N. Testemițanu”

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste.

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

«MEDICINA STOMATOLOGICĂ» — это периодическое издание с научно-дидактическим профилем, в котором могут быть опубликованы научные статьи с фундаментальным и практическим значением в сфере стоматологии от отечественных и иностранных авторов, информация о самых свежих новинках в научной и практической стоматологии, изобретение и патенты, защиты диссертации, исследование клинических случаев, объявление и рецензий к книгам и журналам.

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

MEDICINA STOMATOLOGICĂ — is a periodical edition with scientific-didactical profile, in which can be published scientific articles with a fundamental and applicative value in dentistry, of local and abroad authors, scientific and practical dentistry newsletter, obtained inventions and patents, upheld thesis, clinical cases, summaries and reviews to books and journals.

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Certificat de înregistrare nr. 61 din 30.04.2009
Acreditată de Consiliul Național de Acreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „C”.

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABII

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Maxim ADAM (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Vasile NICOLAE (Sibiu, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris TOPOR

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBATIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Alexandru BUCUR

profesor universitar (București)

Galina PANCU

doctor în medicină, asistent universitar

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. Gnoinski (Elveția)

Doctor în medicină

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, doctor în medicină, conferențiar universitar

Veronica BULAT

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

SUMAR

CONTENTS

Organizare și istorie

Ion Lupan, Aurelia Spinei, Iurie Spinei
PROGRAMUL DE SĂNĂTATE ORALĂ LA COPIII CU DIZABILITĂȚI ȘI CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE PENTRU ANII 2012—2014: OPORTUNITĂȚI ȘI PERSPECTIVE DE REALIZARE 7

Organization and history

Ion Lupan, Aurelia Spinei, Iurie Spinei
ORAL HEALTH PROGRAMME IN CHILDREN WITH DISABILITIES AND SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS FOR 2012—2014: OPPORTUNITIES AND PERSPECTIVES OF REALIZATION 7

Odontologie—Paradontologie

Olga Ciobanu, Corneliu Năstase,
Sergiu Ciobanu, Alexei Terehov
IZOLAREA ABSOLUTĂ A CÂMPULUI OPERATOR ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ. 15

Odontology—Paradontology

Olga Ciobanu, Corneliu Năstase,
Sergiu Ciobanu, Alexei Terehov
ABSOLUTE ISOLATION OF WORKING FIELD IN DENTAL PRACTICE 15

Ortodonție

Natalia Leșan, Sabina Calfa
DISARMONIA DENTO-MAXILARĂ CU SPAȚIERE DENTARĂ — DIASTEMA 21

Orthodontics

Natalia Leșan, Sabina Calfa
DENTO-MAXILARY DISHARMONY WITH TOOTH SPACING — DIASTEMA 21

Chirurgie OMF

Mariana Ceban
ȘINA ADEZIVĂ ÎN RESTABILIREA ÎNTEGRITĂȚII ARCADEI DENTARE ÎN LEZIUNILE PARODONTALE. 29

OMF Surgery

Mariana Ceban
ADHEZIVE SPLINTING IN RESTABLISHMENT OF DENTAL ARCH INTEGRITY AT PERIODONTAL LESSIONS 29

Chirurgie OMF pediatrică

Iluță I., Lupan I., Godoroja P., Rudic V., Chiriac T., Bogdan V.
PREPARATELE LEVOBIOR -UNGUENT, BIOR-GEL, BIOR-LOȚIUNE, BIOR-CAPSULE: UTILIZAREA LOR ÎN CHIRURGIA OROMAXILO-FACIALĂ PEDIATRICĂ. (BULETIN INFORMATIV) 32

Pediatric OMF Surgery

Iluță I., Lupan I., Godoroja P., Rudic V., Chiriac T., Bogdan V.
LEVOBIOR PREPARATIONS -OINTMENT, GEL BIOR, LOTION BIOR, CAPSULES BIOR THEIR USE IN MAXILLOFACIAL SURGERY. (NEWSLETTER) 32

Implantologie

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo
**EVALUAREA RADIOGRAFICĂ A PIERDERII
OSOASE PERIIMPLANTARE: STUDIU
RETROSPECTIV DE LA 6 LUNI LA 6 ANI DE
ÎNCĂRCARE FUNCȚIONALĂ.....35**

Profilaxie

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Ala
Ojovan, Victor Burlacu, Tudor Costru, Vasile
Zagnat, Valeriu Fală, Elena Tintiuc, Dumitru
Zabolotnii, Dumitru Friptu, Oleg Chiriac,
Violeta Șepelenco, Valeriu Burlacu-junior
**PREVENȚIA AVANSĂRII PATOLOGIIILOR
STOMATOLOGICE46**

Jubilee

**ANATOL PANCENCO
LA 60 DE ANI.....50**

Implantology

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo
**RADIOGRAPHIC EVALUATIONS
OF BONE LOSS: RETROSPECTIVE STUDY
FROM 0.5 TO 6 YEARS OF FUNCTIONAL
LOAD.....35**

Prophylaxis

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Ala
Ojovan, Victor Burlacu, Tudor Costru, Vasile
Zagnat, Valeriu Fală, Elena Tintiuc, Dumitru
Zabolotnii, Dumitru Friptu, Oleg Chiriac,
Violeta Șepelenco, Valeriu Burlacu-junior
**PREVENTION OF DENTAL
PATHOLOGY46**

Anniversary

**ANATOL PANCENCO
AT 60 YEARS JUBILEE.....50**

PROGRAMUL DE SĂNĂTATE ORALĂ LA COPIII CU DIZABILITĂȚI ȘI CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE PENTRU ANII 2012—2014: OPORTUNITĂȚI ȘI PERSPECTIVE DE REALIZARE

Rezumat

În contextul schimbărilor majore și accelerate ale lumii contemporane, asigurarea unei stări de sănătate a copiilor și tinerilor reprezintă una dintre direcțiile prioritare ale strategiei preventive a OMS. Conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova actualmente în țară sunt circa 14000 copii cu dizabilități și 2549 copii lipsiți de grija părintească, 4836 din ei fiind amplasați în instituții rezidențiale. Morbiditatea înaltă a afecțiunilor stomatologice constatată la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale evidențiază nivelul precar de asistență stomatologică copiilor și lipsa implementării măsurilor preventive, atenționează asupra necesității instituirii cât mai rapide a tratamentului cariilor, complicațiilor ei și aplicării metodelor de prevenire a afecțiunilor dentare. În lucrare sunt prezentate obiectivele și căile de realizare a programului de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anii 2012—2014. Prezentul program a fost aprobat de Ministerului Sănătății al Republicii Moldova. Programul are drept scop reducerea afecțiunilor dento-parodontale și îmbunătățirea calității vieții copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale prin eficientizarea măsurilor de prevenire și tratamentul oportun al cariei dentare și complicațiilor ei.

Cuvinte cheie: sănătate orală, prevenție, afecțiuni dentare, copii cu dizabilități.

Summary

ORAL HEALTH PROGRAMME IN CHILDREN WITH DISABILITIES AND SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS FOR 2012—2014: OPPORTUNITIES AND PERSPECTIVES OF REALIZATION

In the context of major and accelerated changes of the contemporary world, securing the health of children and young people is one of the main directions of WHO preventive strategy. According to the National Bureau of Statistics of the Republic of Moldova in the country are currently about 14000 children with disabilities and 2549 children without parental care, 4836 of which are placed in residential institutions. High morbidity of the dental diseases in children with disabilities and special educational needs, emphasize the poor dental care for children, and the lack of preventive measures highlights the need for an early treatment of caries and its complications, and also for the application of methods for preventing dental diseases. This report contains the objectives and the ways of realization of the oral health programme in children with disabilities and special educational needs for 2012—2014. This programme was examined and approved by the Ministry of Health of the Republic of Moldova. The program aims to reduce dental disease and improve quality of life for children with disabilities and special educational needs through effective prevention and early treatment of caries and its complications.

Key words: oral health, prevention, dental diseases, children with disabilities.

I. Argumentări

Dreptul la sănătate, la dezvoltare fizică și psihică armonioasă constituie unul dintre drepturile fundamentale înscrise în Convenția cu privire la Drepturile Co-

Ion Lupan,
*doctor habilitat în
medicină, profesor
universitar,*

Aurelia Spinei,
*doctor în medicină,
conferențiar universitar,*

Iurie Spinei,
*doctor în medicină,
conferențiar universitar,*

*Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodontie
și Ortodontie,
USMF „N. Testemițanu“*

pilului, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 29 noiembrie 1989. În contextul schimbărilor majore și accelerate ale lumii contemporane, asigurarea unei stări de sănătate a copiilor și tinerilor reprezintă una dintre direcțiile prioritare ale strategiei preventive a OMS.

Gradul de civilizare a societății în mare măsură este determinată de atitudinea față de persoanele cu dizabilități și copiii lipsiți de grija părintească. Crearea condițiilor pentru educație, învățământ, adaptarea în societate și asigurarea accesului la servicii de sănătate de calitate fără discriminare din considerente de afectare generală sau financiară — constituie un obiectiv principal al oricărui stat și a comunității mondiale în general.

Cu mare regret, la începutul veacului XXI, în Republica Moldova copiii cu dizabilități și cei lipsiți de grija părintească reprezintă o categorie a populației cu o poziție evident dezavantajată față de alte categorii de oameni, o mare parte trăiesc în condiții de sărăcie extremă și izolare totală, altă parte — sunt amplasați în instituții rezidențiale, unde sunt asigurați cu minimumul necesar pentru viață, însă, sunt lipsiți de grija și afecțiunea părinților.

Conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova actualmente în țară sunt circa 14000 copii cu dizabilități și 2549 copii lipsiți de grija părintească, 4836 din ei fiind amplasați în instituții rezidențiale.

Rețeaua instituțiilor rezidențiale este formată din 29 școli speciale și auxiliare, 10 școli-gimnazii de tip internat pentru copiii orfani și cei lipsiți de grija părintească, 5 case de copii și 6 centre de plasament și reabilitare pentru copii. Majoritatea elevilor din cadrul acestor instituții sunt cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală — 80,3%, auz slab — 8,7%, dizabilități neuromotorii — 4,2% copii, vedere slabă — 4,1%, surzi — 2,8% și / sau proveniți din familii social vulnerabile [7, 8].

În decursul ultimilor decenii se constată o creștere importantă a morbidității afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități, marcată de apariția timpurie a leziunilor carioase și complicațiilor ei, creșterea frecvenței parodontopatiilor și afecțiunilor inflamatorii a regiunii oro-maxilo-faciale, având repercusiuni loco-regionale și generale.

Statusul dentar la copiii cu dizabilități psiho-somatice este influențat de un șir de factori:

- particularitățile caracteristice bolii generale sau induse de tratamentul acesteia.
- abilitatea limitată sau incapacitatea de efectuare corectă a periajului dentar cauzată de lipsa de îndemânare, colaborare și perceperea redusă;
- respirația orală — provoacă uscarea mucoaselor, suprafețelor dinților și reducerea filmului protector salivar;
- obiceiurile alimentare defectuoase — alimentația lichidă, pasată, ce nu stimulează creșterea fluxului salivar și autocurățirea dentară deficitară;
- anomaliile dento-maxilare;

- amânarea controlului stomatologic de pacient și/sau îngrijitorii acestuia până în momentul apariției cazurilor de urgență.
- reticența practicianului referitor la abordarea clinică a acestei categorii de pacienți, motivată de regulă de dificultățile de colaborare.

Nivelul precar de igienă orală a fost constatat la majoritatea copiilor cu dizabilități neuro-motorii. Copiii cu un grad sever și profund de retardare mintală nu sunt capabili să realizeze periajul dentar și necesită igienizarea cavității orale de persoanele care-i îngrijesc [1, 3].

Prevalența afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități depășește 90%. Analiza indicelui de experiență carioasă (COA) a elucidat particularități specifice în structură: componenta „carie” (C) este cel mai mare contribuitor la index. Această tendință este caracteristică pentru denția temporară, mixtă și permanentă demonstrând o prevalență crescută a necesității de tratament și amânarea tratamentului stomatologic de părinții pacientului sau persoanele care-l îngrijesc pînă în momentul apariției unei simptomatologii zgomotoase [4, 5, 6].

Prevalența impactului afecțiunilor stomatologice asupra calității vieții copiilor constituie 68,53%. Principali factori depistați ca avînd impact asupra calității vieții cotidiene a copiilor cu dizabilități intelectuale au fost: durerea dentară (62,19%), lipsa dinților permanenți din cauza extracției lor în urma afectării prin carie și a complicațiilor ei (21,83%), traumatismele dentare și a regiunii OMF (21,83%).

La copiii cu dizabilități intelectuale severitatea impactului afecțiunilor cavității orale a fost considerabilă asupra posibilității de relaxare (30,98%), consumului alimentelor (27,93%), stabilității emoționale (27,78%), a igienizării cavității orale (21,83%) și redusă pentru activitățile școlare (5,16%) și contactele sociale (1,88%).

S-au constatat diferențele esențiale între severitatea impactului afecțiunilor cavității orale asupra activităților cotidiene la copiii cu dizabilități intelectuale de diferite vârste: pînă la 12-13 ani predomină dereglarea stabilității emoționale și imposibilitatea de relaxare din cauza durerilor în regiunea OMF, provocate de caria dentară și complicațiile ei, iar după vîrsta de 14-15 ani predomină dereglarea consumului de alimente (masticației), cauzată de numărul mare de dinți permanenți extrași [2].

Situația este agravată de insuficiența surselor bugetare alocate, insuficiența specialiștilor calificați și a serviciilor specializate, în special în instituțiile rezidențiale din teritoriul rural.

Tendința menționată determină necesitatea unor schimbări în planul asistenței medicale și protecției sociale a copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova.

Majorarea prevalenței și incidenței afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități în decursul ultimului deceniu, nivelul precar de asistență stomatologică și neglijarea măsurilor preventive, tratamentul

deosebit de dificil și costisitor la această categorie de pacienți, argumentează necesitatea orientării asistenței stomatologice copiilor cu dizabilități spre prevenirea principalelor afecțiuni dento-parodontale, fapt care va contribui la reducerea morbidității și îmbunătățirea calității vieții copiilor cu dizabilități.

Programul dat este elaborat în conformitate cu:

- 1) Declarația Universală a Drepturilor Omului — adoptată și proclamată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la data de 10.12.1948;
- 2) Convenția cu privire la drepturile copilului adoptată la Adunarea Generală a ONU la 12.11.1989;
- 3) Legea privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației nr.1513-XII din 16 iunie 1993 (republicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr.60-61, art.259), cu modificările și completările ulterioare;
- 4) Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998;
- 5) Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități adoptată în 2006;
- 6) Hotărârea Guvernului Republicii Moldova despre aprobarea Strategiei Naționale privind protecția copilului și familiei, nr.727 din 16.07.2003;
- 7) Hotărârea Guvernului cu privire la normele de asigurare materială a copiilor orfani și a celor rămași fără ocrotire părintească din casele de copii de tip familial, nr.1733 din 31.12.2002;
- 8) Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Programului Pilot „Copiii cu Dizabilități“ nr.1730 din 30.12.2002;
- 9) Hotărârea Guvernului nr. 658 din 12.06.2007 cu privire la Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007—2015;
- 10) Legea pentru aprobarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010—2013) din 09.07.2010.

II. Obiectivele programului

Programul are drept scop reducerea afecțiunilor dento-parodontale și îmbunătățirea calității vieții copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale prin eficientizarea măsurilor de prevenire și sanarea cavității orale.

Obiectivele programului sunt:

- 1) Îmbunătățirea măsurilor de prevenire a afecțiunilor stomatologice prin instruirea a 80% din persoanele interesate până în anul 2014.
- 2) Sporirea accesului copiilor cu diferite tipuri de dizabilități și cerințe educative speciale la servicii medicale stomatologice, prin examinarea, acordarea asistenței consultative specializate complexe și sanare a 70% din copiii cooperanți amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova până în anul 2014.
- 3) Elaborarea protocolului de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale, precum și a unui program complex de

ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacienți pe termen de 10 ani.

III. Acțiunile ce urmează a fi întreprinse

În scopul realizării obiectivului

Îmbunătățirea măsurilor de prevenire a afecțiunilor stomatologice prin instruirea persoanelor interesate, vor fi realizate următoarele acțiuni:

- 1) Identificarea voluntarilor de comun cu Facultatea Stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“, Asociația Stomatologilor din Republica Moldova și Centrul Municipal Stomatologic pentru Copii și instruirea lor.
- 2) Examinarea cavității orale și estimarea nivelului de morbiditate a afecțiunilor stomatologice la copii cu diferite tipuri de dizabilități și cerințe educative speciale în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova.
- 3) Acordarea asistenței consultative specializate complexe (în componența echipelor de voluntari vor fi incluși specialiști în pedodontie, chirurgie OMF și ortodontie), depistarea precoce a afecțiunilor stomatologie și maladiilor grave ale regiunii OMF, care ar putea avea un impact nefast asupra stării sănătății copiilor și elaborarea planului individual de tratament.
- 4) Identificarea factorilor de risc pentru planificarea și implementarea ulterioară a măsurilor preventive și minim invazive de tratament a pacienților cu risc crescut și modificarea factorilor de risc comportamentali individuali prin instituirea unui program preventiv eficient.
- 5) Evaluarea cunoștințelor igienice și a nivelului de igienă orală la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale.
- 6) Educația sanitară a cadrelor didactice și medicale din instituțiile rezidențiale și instruirea tehnicilor de igienizare a cavității orale a copiilor adaptate vârstei și dezvoltării lor mintale.
- 7) Educația sanitară a copiilor în vederea respectării igienei orale și alimentației raționale prin metode individualizate, interactive, adaptate vârstei, capacității de percepție și înțelegere a copilului. Instruirea tehnicii corecte de periaj dentar, flossing și realizarea periajului dentar ghidat.
- 8) Implementarea măsurilor individualizate de prevenire a afecțiunilor dento-parodontale la copii cu dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale: irigarea cavității orale cu substanțe care favorizează mineralizarea posteruptivă a dinților, aplicațiile topice ale substanțelor biomineralizante și a lacurilor fluorate.
Pentru realizarea obiectivului
Sporirea accesului copiilor cu diferite categorii de dizabilități și cerințe educative speciale din instituțiile rezidențiale din Republica Moldova la servicii medicale stomatologice, vor fi realizate următoarele acțiuni:
 - 1) Examinarea cavității orale și estimarea nivelului de morbiditate a afecțiunilor stomatologice la

copii cu diferite categorii de dizabilități și cerințe educative speciale în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova.

- 2) Realizarea tratamentului minim-invaziv al afecțiunilor dento-parodontale la copii ca dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale.
- 3) Prevenția secundară și terțiară a afecțiunilor dento-parodontale la copii cu dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale.

Pentru realizarea obiectivului

Elaborarea protocolului de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale, precum și a unui program complex de ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacienți pe termen de 10 ani vor fi realizate următoarele acțiuni:

- 1) Analiza rezultatelor programului de prevenire și sanare a afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anul 2012—2014;
- 2) Elaborarea protocolului de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale;
- 3) Elaborarea unui program complex de ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacienți pe termen de 10 ani.

IV. Etapele și termenele de implementare

Implementarea Programului este prevăzută pentru anii 2012—2014 și se va realiza în două etape:

I etapă: mai 2012 — decembrie 2013 — va include examinarea cavității orale, se vor stabili necesitățile de asistență stomatologică copiilor și instruirea persoanelor interesate.

II etapă: mai 2012 — noiembrie 2014 — va include implementarea măsurilor preventive colective și individualizate și sanarea cavității orale.

Annual se va preciza numărul de persoane beneficiare și se vor stabili necesitățile de asistență medicală.

V. Responsabilii pentru implementare

Implementarea Programului se efectuează de către Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Direcția Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, instituțiile medico-sanitare publice spitalicești teritoriale.

Responsabil de realizarea Planului de acțiuni pentru implementarea Programului în limita resurselor financiare alocate este Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (Facultatea Stomatologie).

VI. Estimarea generală a costurilor

Finanțarea instituțiilor medico-sanitare desemnate responsabile de realizarea Programului se efectuează proporțional numărului de beneficiari și asigură accesul echitabil al beneficiarilor la serviciile medicale.

Realizarea Programului de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anii

2012—2014 se va efectua în limita surselor financiare parvenite din fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală, donații de către firmele producătoare de remedii pentru igiena orală, clinici stomatologice private, a persoanelor particulare, a membrilor Asociației Stomatologilor din Republica Moldova etc..

VII. Rezultatele scontate

În rezultatul implementării acestui program va fi elaborat algoritmul și protocolul de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale, precum și un program complex de ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacienți pe un termen de 10 ani.

VIII. Procedurile de raportare și evaluare

Ministerul Sănătății va monitoriza implementarea Programului, în baza rapoartelor prezentate de către instituțiile desemnate, în modul și termenele stabilite de actele normative în vigoare.

Raportul de monitorizare va conține aspecte ce țin de numărul persoanelor beneficiare, impactul implementării, gradul de respectare de către responsabilii pentru implementare a termenelor și realizării activităților din cadrul planului de acțiuni pentru implementarea Programului.

Prezentul program a fost aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 443 din 15.05.12.

Concluzii

Fiind una din problemele majore ale timpurilor actuale, protejarea sănătății și îmbunătățirea calității vieții copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale, poate fi soluționată numai prin efortul comun al tuturor oamenilor de bună credință din domeniile: medicină, educație, politică, social, afaceri, știință, cultură ș.a.

Bibliografie

1. Spinei A., Donica E., Cioclu A., Covali M., Postu L. Starea igienei orale la copiii instituționalizați. În: *Medicina stomatologică*. Chișinău, 2012, nr.3(24), p. 94-97.
2. Spinei A. Impactul afecțiunilor dentare asupra calității vieții la copiii cu dizabilități intelectuale. În: *Medicina stomatologică*. Chișinău, 2012, nr.3(24), p. 98-103.
3. Spinei A., Bălțeanu O., Șevcenco N. Instruirea tehnicii corecte de periaj dentar la copii cu retardare mintală. În: *Anale Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*. Ediția a XIII-a. Vol.4. Chișinău, 2012, p. 441-447.
4. Spinei A. Eficacitatea prevenirii cariei dentare la copiii cu dizabilități. În: *Congresul Internațional de Medicina Dentară UNAS editia a XVI-a 2012*. Rezumate. București, 2012, p. 42-43.
5. Spinei A., Pirojanschi G. Evaluarea statusului dentar la copiii cu dizabilități neuromotorii. În: *Congresul Internațional de Medicina Dentară UNAS editia a XVI-a 2012*. Rezumate. București, 2012, p. 47.
6. Tsami A., Pepelassi E., Gizani S., Komboli M., Papagianoulis L., Mantzavinos Z. Oral hygiene and periodontal treatment needs in young people with special needs attending a special school in Greece. *Journal of Disability and Oral Health*. 2004; 5:57-64.
7. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Educatia/Educatia%20_RM_2011.pdf
8. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Copiii_Moldovei/Copiii_Moldovei_ed_2012.pdf



ORDIN
mun. Chișinău

Din 15.05.12

Nr. 413

**Cu privire la aprobarea Programului de sănătate orală
la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anii 2012-2014**

În scopul evaluării nivelului morbidității și implementării măsurilor de prevenire și sanare a afecțiunilor stomatologice la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale, amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova, în temeiul punctului 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului limită ale aparatului central al acestuia, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

ORDON:

1. Se aprobă:
 - 1) Programul de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anul 2012-2014, conform anexei nr. 1;
 - 2) Planul de acțiuni pentru implementarea Programului de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anul 2012, conform anexei nr. 2;
 - 3) Lista medicilor stomatologi încadrați în evaluarea nivelului morbidității și implementarea măsurilor de prevenire a principalelor afecțiuni stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova, conform anexei nr. 3;
 - 4) Lista instituțiilor rezidențiale pentru copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale unde se va evalua nivelul morbidității și se vor implementa măsuri de prevenire a principalelor afecțiuni stomatologice în decursul anilor 2012- 2014, conform anexei nr. 4.
2. Rectorului Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”:
 - 1) a forma echipe din cadrele didactice ale Facultății Stomatologie, medicii rezidenți stomatologi a USMF „Nicolae Testemițanu”, medicii stomatologi membri ai Asociației Stomatologilor din Republica Moldova pentru evaluarea nivelului morbidității și implementarea măsurilor de prevenire a afecțiunilor stomatologice la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale, amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova în decursul anilor 2012-2014, conform programului din anexa nr. 5;
 - 2) a organiza Centrul Informațional-Metodic de monitorizare a prevenției afecțiunilor dento-parodontale și asistenței stomatologice copiilor cu dizabilități în baza Catedrei de Chirurgie OMF Pediatrică, Pedodonție și Ortodonție a USMF „Nicolae Testemițanu”;
 - 3) a informa Centrele Medicilor de Familie raionale, IMSP Centrele de Sănătate, Direcția Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcția Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Secția Sănătate a Primăriei mun. Bălți despre rezultatele evaluării morbidității și a măsurilor de prevenire a afecțiunilor stomatologice și a prezenta listele copiilor ce necesită sanarea cavității bucale instituțiilor responsabile.
3. Directorilor Centrelor Medicilor de Familie raionale, IMSP Centrelor de Sănătate, Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți: a organiza, în conformitate cu listele prezentate, trimiterea copiilor ce necesită sanarea cavității bucale la instituțiile responsabile.
4. Directorului Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Directorului Direcției Sănătății și Asistență Socială UTA Găgăuzia, Șefului Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, Directorilor instituțiilor medico-sanitare publice spitale:
 - 1) a lua act de prevederile Programului de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anii 2012-2014;
 - 2) a asigura condițiile necesare de activitate a echipelor de lucru, inclusiv cu dispozitivele medicale necesare, conform prevederilor cerințelor sanitaro-epidemice în vigoare;
 - 3) a asigura, conform actelor normative în vigoare și responsabilităților stabilite, sanarea medicală calitativă a copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale, amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova;
 - 4) a prezenta semestrial rapoarte Ministerului Sănătății despre activitățile efectuate.
5. Direcția management servicii medicale integrate, Catedra chirurgie OMF pediatrică, pedodonție și ortodonție a USMF „Nicolae Testemițanu” va asigura suportul consultativ metodic instituțiilor medico-sanitare de asistență medicală primară din teritoriu în vederea asigurării realizării acestui ordin.
6. Controlul executării prezentului Ordin se atribuie dlui Gheorghe Țurcanu, viceministrul sănătății.

Ministru

Andrei USATII

PLANUL DE ACȚIUNI
pentru implementarea Programului de prevenire și sanare a afecțiunilor stomatologice
la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anul 2012—2014

Obiective specifice	Acțiuni întreprinse pentru realizarea obiectivelor	Termene de realizare a acțiunilor	Responsabilii pentru implementare	Indicatorii de progres
Îmbunătățirea măsurilor de prevenire a afecțiunilor stomatologice prin instruirea persoanelor interesate.	Identificarea voluntarilor de comun cu Facultatea Stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, Asociația Stomatologilor din Republica Moldova și Centrul Municipal Stomatologic pentru Copii și instruirea lor.	mai — iunie 2012	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul voluntarilor identificați și instruiți
	Examinarea cavității orale și estimarea nivelului de morbiditate a afecțiunilor stomatologice la copii cu diferite categorii de dizabilități și cerințe educative speciale în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova.	mai — decembrie 2012	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul copiilor examinați și numărul copiilor care necesită tratament
	Acordarea asistenței consultative specializate complexe, depistarea precoce a afecțiunilor stomatologice și maladiilor grave ale regiunii OMF și elaborarea planului individual de tratament.	mai — decembrie 2012	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul copiilor consultați
	Identificarea factorilor de risc pentru planificarea și implementarea ulterioară a măsurilor preventive și minim invazive de tratament pacienților cu risc crescut și modificarea factorilor de risc comportamentali individuali prin instituirea unui program preventiv eficient.	mai 2012 — decembrie 2012	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Program preventiv eficient instituit
	Evaluarea cunoștințelor igienice și a nivelului de igienă orală la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale.	mai 2012 — noiembrie 2014	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul persoanelor evaluate
	Educația sanitară a cadrelor didactice și medicale din instituțiile rezidențiale și instruirea tehnicilor de igienizare a cavității orale a copiilor adaptate vârstei și dezvoltării lor mintale.	mai 2012 — noiembrie 2014	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul de cadre didactice, medicale instruite
	Educația sanitară a copiilor în vederea respectării igienei orale și alimentației raționale prin metode individualizate, interactive, adaptate vârstei, capacității de percepție și înțelegere a copilului. Instruirea tehnicii corecte de periaj dentar, flossing și realizarea periajului dentar ghidat.	mai 2012 — noiembrie 2014	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Numărul copiilor instruiți
	Implementarea măsurilor individualizate de prevenire a afecțiunilor dento-parodontale la copii cu dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale.	mai 2012 — noiembrie 2014	USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie) Asociația Stomatologilor din Republica Moldova	Măsuri implementate
Sporirea accesului copiilor cu diferite categorii de dizabilități și cerințe educative speciale din instituțiile rezidențiale din Republica Moldova la servicii medicale stomatologice.	Realizarea tratamentului minim-invaziv al afecțiunilor dento-parodontale la copii cu dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale.	ianuarie 2013 — noiembrie 2014	Instituțiile medico-sanitare publice spitalicești	Numărul persoanelor tratate
	Prevenirea secundară și terțiară a afecțiunilor dento-parodontale la copii cu dizabilități psiho-somatice și cerințe educative speciale.	ianuarie 2013 — noiembrie 2014	Instituțiile medico-sanitare publice spitalicești	Numărul persoanelor cărora li s-au realizat măsuri de prevenție secundară și terțiară a afecțiunilor dento-parodontale
Elaborarea protocolului de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale, precum și a unui program complex de ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacienți pe termen de 10 ani.	Analiza rezultatelor programului de asistență stomatologică preventivă copiilor cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anul 2012—2014;	noiembrie — decembrie 2014	Ministerul Sănătății USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie)	Program analizat
	Elaborarea protocolului de măsuri preventive și tratament minim-invaziv al afecțiunilor stomatologice la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale;	iulie 2014 — decembrie 2014	Ministerul Sănătății USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie)	Protocol elaborat
	Elaborarea unui program complex de ameliorare a sănătății orale pentru această categorie de pacient pe termen de 10 ani.	noiembrie — decembrie 2014	Ministerul Sănătății USMF „N. Testemițanu” (Facultatea Stomatologie)	Program elaborat

Programul de evaluare a nivelului morbidității, implementare a măsurilor de prevenire și sanare a afecțiunilor stomatologice la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale, amplasați în instituțiile rezidențiale din Republica Moldova în decursul anilor 2012—2014

Nr. d/o	Instituția rezidențială	Termene de realizare a acțiunilor		
		Examinarea cavității orale și stabilirea necesităților de asistență stomatologică	Implementarea măsurilor preventive colective și individualizate	Tratamentul minim-invaziv al afecțiunilor dentare și sanarea cavității orale
1.	Școala internat-auxiliară nr. 5, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
2.	Școala internat-auxiliară nr. 6, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
3.	Școala internat-auxiliară nr. 7, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
4.	Școala specială nr. 12 pentru copii hipoacuzici și surditate tardivă, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
5.	Liceul cu profil tehnologic pentru copiii cu vederea slabă, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
6.	Școala de tip internat (gimnaziul) nr. 2 pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
7.	Școala de tip internat (gimnaziul) nr. 3 pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
8.	Complexul Pilot de Pedagogie Curativă „Orfeu,, mun. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
9.	Casa Concordia, m. Chișinău	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
10.	Orășelul Copilăriei, Concordia, s. Pîrîta, r-l Dubăsari	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
11.	Școala internat-auxiliară, s. Visoca, r-l Soroca	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
12.	Școala internat specială pentru copii cu deficiențe locomotorii, or. Ialoveni	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
13.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, or.Orhei	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
14.	Casa-internat pentru copii cu deficiențe mintale (băieți) or. Orhei	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
15.	Școala internat sanatorială, s. Ivancea	mai — septembrie 2012	mai 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2013
16.	Școală internat (gimnaziu) de tip sanatorial, or. Drochia	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
17.	Școala internat sanatorială, s.Cinișeuți, r-l Rezina	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
18.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, s. Cărpineni, r-l Hîncești	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
19.	Casa internat pentru Copii cu deficiențe mintale (fete), or. Hîncești	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
20.	Școala internat pentru copii cu deficiențe locomotorii, or. Hîncești	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
21.	Școalainternat-auxiliară, s. Sărata Galbenă, r-l Hîncești	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
22.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copiii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, or. Strășeni	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
23.	Școala internat-auxiliară, or. Strășeni	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	septembrie — decembrie 2013
24.	Școala internat-auxiliară pentru copiii orbi și slab văzători, mun. Bălți	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
25.	Școala internat-auxiliară, mun. Bălți	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
26.	Casa pentru copii surzi, m. Bălți	iunie — octombrie 2012	iunie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
27.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, m. Bălți	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014

Nr. d/o	Instituția rezidențială	Termene de realizare a acțiunilor		
		Examinarea cavității orale și stabilirea necesităților de asistență stomatologică	Implementarea măsurilor preventive colective și individualizate	Tratamentul minim-invaziv al afecțiunilor dentare și sanarea cavității orale
28.	Școala auxiliară, s. Răzălăi, r-l Singerei	septembrie -decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
29.	Școala internat-auxiliară, s. Costești, r-l Rîșcani	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
30.	Școala internat-auxiliară, s. Crihana Veche, r-l Cahul	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
31.	Școala internat specială pentru copiii surzi și hipoacuzici, or. Cahul	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
32.	Școala internat-auxiliară, s. Țarigrad, r-l Drochia	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
33.	Școala internat-auxiliară, s. Tocuz, r-l Căușeni	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	februarie — mai 2014
34.	Școala internat-auxiliară, or. Rezina	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
35.	Școala internat-auxiliară, or. Nisporeni	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
36.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copiii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, or. Leova	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
37.	Școala internat-auxiliară, Telenești	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
38.	Școala specială pentru copiii hipoacuzici, s. Hirbovăț, r-l Călărași	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
39.	Școala internat-auxiliară, s. Grinăuți Moldova, r-l Ocnița	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
40.	Școala internat-auxiliară, s. Popeasca, r-l Ștefan Vodă	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
41.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copiii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, or. Ceadăr-Lunga, UTA Găgăuzia	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
42.	Școala internat-auxiliară s. Congaz, U.T.A. Găgăuzia	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
43.	Școala internat-auxiliară, s. Coten, Taraclia	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
44.	Școala internat -auxiliară, s. Bulboaca, r-l Anenii Noi	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
45.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, s. Văscăuți	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014
46.	Școala de tip internat (gimnaziul) pentru copii orfani și rămași fără îngrijirea părinților, or. Fălești	septembrie — decembrie 2012	septembrie 2012 — noiembrie 2014	mai — noiembrie 2014

IZOLAREA ABSOLUTĂ A CÂMPULUI OPERATOR ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

Rezumat

În acest articol sunt prezentate date privitor la istoria și definiția *Rubber Dam*-ului, caracteristicile și metodele de fixare ale acestuia, avantajele și neajunsurile, precum și importanța lui în tratamentele dentare, ce necesită un câmp de lucru uscat și neîmpovărat de microbi.

Cuvinte-cheie: rubber dam, câmp de lucru, fără microbi, uscat.

Summary

ABSOLUTE ISOLATION OF WORKING FIELD IN DENTAL PRACTICE

In this article are presented a history and definition of the rubber dam, its features and methods of the fixation, advantage and disadvantages, as well as importance, which it has for dental treatments, for which necessary dry and germ-free working field.

Key Words: rubber dam, working field, germ-free, dry.

Introducere

Efectuarea multor manipulări stomatologice presupune izolarea zonei de operare în cavitatea bucală, pentru a fi asigurată *starea uscată a câmpului operator*, permițând astfel realizarea exactă și cu acuratețe a restaurațiilor dentare.

Pe lângă aceasta, în stomatologia modernă una dintre cele mai mari probleme o reprezintă controlul și lupta cu infecția în timpul efectuării manoperelor curative.

Izolarea înseamnă realizarea accesului către dinți cu menținerea concomitentă a curățeniei câmpului operator, protejându-l contra fluidului intraoral.

Spălarea dintelui cu salivă, reducerea vizibilității din cauza limbii și sângerarea gingiilor — sunt doar unele din dificultățile ce trebuie depășite, pentru a acceda la asistență stomatologică calificată.

Fără protecția adecvată a câmpului operator de salivă și lichid gingival medicul nu poate da garanție eficienței de obturare a dintelui independent de calitatea materialului utilizat. Materialele compozite folosite pe larg presupun un proces destul de îndelungat de restaurare a dintelui, iar tehnologia utilizării lor este așa, că la pătrunderea umidității în cavitate este necesar de a repeta toate etapele, începând cu gravajul.

La fel de excepțional este importantă izolarea câmpului operator de salivă în tratamentul endodontic: pe de o parte, este necesar de a minimiza pătrunderea microorganismelor din cavitatea bucală în canalele radiculare prelucrate, iar pe de altă parte — de a proteja membrana mucoasă de acțiunea unor soluții dezinfectante puternice.

La *izolarea câmpului operator* medicul urmărește următoarele obiective:

- protejarea țesuturilor moi ale cavității bucale (*buze, obraji, limbă, gingie*) de acțiunea unor materiale stomatologice nocive;
- protejarea căilor respiratorii ale pacientului de praf la prepararea dinților;
- îmbunătățirea vizibilității sau a accesului către câmpul operator;
- protejarea pacientului de la aspirarea sau înghițirea accidentală a unui instrument sau material stomatologic, precum și de înghițirea particulelor de depuneri dentare sau a țesuturilor infectate ale dintelui;
- reducerea la minim a infectării posibile a cavității formate (*în special a pulpei denudate*) cu fluidul bucal;
- prevenirea contaminării cu umiditate a materialelor stomatologice.

Cea mai sigură și eficientă metodă este *izolarea absolută a dinților*, care se realizează prin aplicarea unui sistem de folii de latex — *cofferdam, rubber-dam, quick-dam, optidam*.

Olga Ciobanu,
asistent universitar,

Corneliu Năstase,
asistent universitar,

*Catedra Stomatologie
terapeutică a USMF
„N. Testemițanu“*

Sergiu Ciobanu,
medic stomatolog

Alexei Terehov,
*d.ș.m., conferențiar
universitar,*

*Catedra Propedeutică
Stomatologică și
Implantologie Orală a
USMF „N. Testemițanu“*

Avantajele folosirii izolării absolute

Pentru pacient:

- prevenirea ingestiei și aspirației unor instrumente mici (*uneori — extrem de periculoase — de ex., — cele endodontice*), și a unor elemente străine (*particule de țesuturi necrotice ale unui dinte și de obturații*), precum și a unor substanțe agresive sau a celor ce produc reacții alergice;
- protejarea mucoasei cavității orale de la nimerirea unui gel pentru gravaj sau a unor soluții dezinfectante (*EDTA, hipoclorit de sodiu, etc*);
- prevenirea reflexului vomitiv, care se manifestă la iritarea palatului moale cu jet de aer sau de apă.

Pentru stomatolog:

- dezinfectarea îndelungată a câmpului de lucru, deoarece nu există nici o contaminare cu fluide biologice a câmpului de lucru;
- câmpul de lucru rămâne uscat, nu este necesar de a schimba permanent ruloarele de vată;
- se asigură o retracție a țesuturilor moi ale vestibulului cavității bucale și a gingiilor în timpul preparării și obturării;
- acces bun la câmpul de lucru;
- reducerea riscului de a molipsi un stomatolog (*în cazul tratamentului pacienților HIV-infecțiați, bolnavi cu hepatită*), protecția personalului medical de la infecții respiratorii, tuberculoză, etc;
- pacientul nu poate încetini tratamentul prin conversații (*uneori acest aspect este foarte actual*).

Dintre toate metodele cunoscute de izolare a câmpului operator, considerăm că cel mai bun este *digă*, care nu are analogi atât din punct de vedere al eficienței, cât și din punct de vedere al simplității folosirii acestuia.

Termenul englezesc „*kofferdam*“ a fost propus de către medicul dentist *Senford C. Barnum* 150 ani în urmă (a.1862). Această metodă de izolare a dinților de lichidul bucal este, de asemenea, numită *rubber dam*, sau perdea de cauciuc.

Sistemul poate fi folosit în tratamentul defectelor coronare, cat și în tratamente endodontice și garantează o sterilitate a câmpului operator și preîntâmpină un șir de complicații posibile ce pot interveni pe parcursul tratamentelor dentare.

Spectrul de folosire al sistemului Rubber Dam este foarte vast. Iată unele cazuri clinice de folosire a sistemului:

- Înlăturarea obturațiilor;
- Tratament endodontic;
- Efectuarea coafajului direct și indirect;
- Restaurări dentare cu folosirea materialelor compozite fotopolimerizabile;
- Albirea dinților;
- La pacienți cu maladii contagioase (SIDA, hepatite, TBC).

Sistemul de izolare cu digă trebuie folosit în mod obligatoriu în fiecare tratament endodontic din ur-

mătoarele considerente: îndepărtează buzele și obraji, astfel ușurând accesul la dintele tratat; protejează pacientul de înghițirea accidentală a instrumentarului endodontic, de aspirarea prafului, rezultat din prepararea cavităților carioase, fragmentelor de obturații; izolarea câmpului operator (cavitatea carioasă și cavitatea dintelui) de contaminarea cu lichide biologice și microbiene.

În literatura stomatologică de specialitate contemporană tot mai frecvent este discutată întrebarea despre ermetizare și izolarea câmpului de lucru. În efectuarea restaurărilor dentare directe cu materiale compozite hidrofobe apar probleme legate de lichidele biologice, cum ar fi: saliva, lichidul gingival, sângele, condensarea vaporilor din aerul expirat. În rezolvarea acestor probleme ne ajută sistemul de izolare cu digă (Rubber Dam). Dacă aceste probleme, într-un fel, pot fi rezolvate prin izolarea cu ruloare de vată, cu ajutorul aspiratoarelor de salivă, a aței de retracție, atunci problema condensării vaporilor de apă din aerul expirat de către pacient poate fi rezolvată doar printr-o izolare calitativă, care poate fi asigurată exclusiv de către digă. Controlul asupra infecției este una din condițiile de bază în tratamentul stomatologic și îndeosebi a canalelor radiculare. În prezent, se consideră că nici o intervenție stomatologică, dar mai ales endodontică nu trebuie efectuată fără izolarea câmpului operator cu digă.

Sistemul Rubber Dam ușurează lucrul medicului stomatolog prin următoarele: asigură o vizibilitate ameliorată; câmpul de muncă rămâne uscat și dezinfectat; gura pacientului rămâne permanent deschisă; exclude necesitatea clătirii gurii; asigurarea sterilitatea câmpului operator pe parcursul efectuării manoperelor terapeutice; exclude folosirii ruloarelor de vată; economisește timpul (până la 20%) de lucru.

Pacienții, în general, reacționează pozitiv la aplicarea digăi, privind-o ca pe ceva comod și confortabil: ei sesizează mișcările și manoperele efectuate de către medic ca efectuându-se „în afara cavității lor bucale“, dispăre disconfortul produs de către ruloarele de vată și de mâna medicului, la fel și reflexul de vomă. Pacientul poate înghiți saliva și respira liber.

Dezavantajele folosirii sistemului Rubber Dam:

- Posibile reacții adverse la latex. Această problemă poate fi rezolvată prin folosirea cauciucului în loc de latex;
- Modificări cu caracter iritativ a tegumentelor faciale și a mucoasei bucale ce pot fi ușor rezolvate, folosind șervețele speciale din hârtie, ce se aplică între latex și fața pacientului;
- În unele cazuri, procedura de aplicare a digăi este desul de dureroasă pentru pacient. Anestezia locală poate rezolva această problemă;
- Pierderea orientărilor axiale a dinților. Această problemă se rezolvă prin izolarea nu doar a dintelui în cauză, ci și a dinților vecini (a unui grup de dinți);
- Posibilitatea traumării papilei interdentare;

- În cazul inserării subgingivale profunde a clamei există riscul traumării joncțiunii dento-gingivale;
- Cerințe mari la efectuarea examenului radiografic.

Sistemul Rubber Dam este compus din mai multe elemente: piesa din latex sau cauciuc, rama, sistemul de clame sau croșete, cleștele perforator, forceps sau aplicator, șablon și elemente accesorii, cum ar fi flosele și corzile din cauciuc. În practică se folosesc 3 metode de aplicare a sistemului: metoda „aripii“, metoda „arcului“ și metoda „cauciucului“, fiecare cu indicațiile și particularitățile sale. În rândurile de mai jos vor fi expuse mai pe larg indicațiile, avantajele și dezavantajele sistemului, vor fi descrise părțile componente și metodele de aplicare.

Materiale și metode

1. **Diga** (confeționată din latex sau cauciuc), de unică folosință, cu dimensiuni standard (12,5 x 12,5 cm și 15,0 x 15,0 cm). Grosimea ei poate fi diferită:
 - *Subțire (thin)* — 0,13 — 0,18 mm. Ultrasubțire, ușor de aplicat, însă se rupe foarte ușor.
 - *Medie (medium)* — 0,18 — 0,23 mm. Este cel mai des folosită. Se manevrează ușor, posedă un grad bun de elasticitate, se folosește pe larg în endodonție și în metodele conservative de tratament.
 - *Groasă (heavy)* — 0,23 — 0,29 mm. Fiind aplicată, produce o retracție gingivală bună, practic nu se rupe.
 - *Extragroasă (X-heavy)* — 0,29 — 0,34 mm. Nu se rupe în condiții extreme. La aplicare se obține un efect maximal de retracție gingivală, dar în același timp, este greu de adaptat.
 - *Grosime specială (Sp-heavy)* — 0,34 — 0,39 mm. Acest tip de digă este folosit doar atunci, când este necesară o protecție maximă specială a țesuturilor.

Primele două tipuri se folosesc pe larg în endodonție, iar în tratamentul defectelor coronare se folosesc toate, mai puțin diga subțire.



Fig. 1. Set de digă din silikon

Diga poate fi de diferite culori: *bej* — datorită transparenței sale, este folosită în tratamentul endodontic. Nu este de dorit folosirea digăi de această

culoare în lucrul restaurativ cu materiale compozite (delimitare insuficientă a conturilor). *Cafeniu, gri* — oferă un contrast înalt, nu reflectă lumina. *Verde*, culoare plăcută, ton liniștit. Oferă un bun contrast al conturilor. Miros plăcut de mentă. Diga mai poate avea și culoarea *albastră, maro, roșie, neagră, roz etc.*

2. **Rama**, un element de care se fixează piesa de cauciuc. Poate fi confecționată din metal și din mase plastice. Ele pot fi de trei tipuri:
 - *Yong* — cadru metalic, cu forma ce amintește litera „U“. este ușor de manipulat. Dezavantajul este radioopacitatea.
 - *Starlite visu-fram* — identică cu cea de mai sus, dar confecționată din plastic radiotransparent.
 - *Nygaard-Ostby*. Confeționată din material plastic, radiotransparent, de formă ovală, cu o față concavă și una convexă, fapt care îi oferă un grad bun de mulare pe fața pacientului și o izolare perfectă împotriva contaminării operatorii.



Fig. 2. Ramă din plastic

3. **Clamele**. Există o multitudine de clame ce diferă prin formă și dimensiuni, prevăzute pentru diferite grupuri de dinți și diferite situații clinice. Clamele au rolul de a fixa piesa din latex sau cauciuc pe dintele operat și realizează retracția gingivală. Criteriul de bază în alegerea corectă a clamei sunt: fixarea maximă a icurilor clamei la nivelul coletului dentar. Părțile componente ale clamei sunt: *arcul*, de la extremitățile căruia pornește câte un *braț*. Pe fiecare braț se găsesc 2-3 *icuri* cu rol de ancorare pe dinți, câte 1-2 *orificii*, destinate plasării forcepsului și poate fi sau nu prezentă o *aripioară*. La diferite clame, forma icurilor repetă designul coletului dentar, din care cauză, clamele se clasifică după principiul anatomic în:
 - Clame pentru molarii superiori;
 - Clame pentru molarii inferiori;
 - Clame pentru premolari;
 - Clame pentru premolari, canini și incisivi.

În funcție de nivelul aplicării, clamele se vor clasifica în *clame pentru rădăcina dentară și pentru coroana dentară*. Există clame cu și fără aripioare. Aripioarele sunt niște prelungiri pe icurile clamelor, care ne creează comoditatea în timpul aplicării sistemului. De

ele se fixează cauciucul, iar sistemul poate fi asamblat în afara cavității bucale și apoi aplicat pe dinte (clama și cauciucul după „metoda aripii“).

Metalul clamelor poate fi rigid sau elastic. Clamele elastice sunt capabile să balanseze pe dinte și duc la o izolare imperfectă în cazul dinților cu leziuni subtotale. Clamele rigide nu balansează, poziția lor se păstrează în modul în care sunt fixate pe dinte. În cazul, când coroana dentară este prezentă, vor fi eficiente și clamele rigide, și cele elastice. Clamele elastice sunt produse de firma japoneză KSK, clamele rigide — în Marea Britanie de către firma Ash Instruments (DENTSPLY). Clamele pentru fiecare grup de dinți au particularități proprii:

- *Clame pentru molari.* Clamele pentru molarii superiori posedă semnul părții — icul vestibular este mai lung, cel palatinal — mai scurt. Această formă a icurilor este dictată de forma romboidă a molarilor superiori. Dacă coroana molarului superior o vom proiecta într-un romb, diagonala mare a acestei figuri va merge în direcție vestibulo-medială — palato-distală. De aceea, la existența conturului romboid pronunțat a molarului superior, unele puncte de sprijin a clamelor ce au icuri de aceeași lungime, care nu vor contacta cu toate suprafețele dintelui.

Clamele pentru molarii inferiori au icuri de aceeași lungime. Diametrul clamelor poate fi diferit. Clamele mari, cu icuri mari și egale ca lungime sunt indicate pentru molarii inferiori cu coroane mari, în practică vor fi folosite rar. Clamele de diametru mediu vor fi folosite mai des, considerându-se universale.

La izolarea molarilor cu un grad de destrucție mediu și subtotal vor fi folosite clame fără aripi, deoarece în regiunea laterală există multe formațiuni anatomice, care vor face mai anevoioasă aplicarea clamelor cu aripioare și icuri mari. În afară de aceasta, în cazul leziunilor totale a coroanei dentare, este necesară fixarea clamelor mai jos, spre sacul vestibular, iar la o așa adâncime, spațiul este mic și clama cu aripioare nu va încapa. Toți acești factori pot duce la deraparea clamei de pe dinte.

Există clame pentru molari cu lungimea brațelor egală, dar formă diferită a icurilor. Dacă lungimea icurilor este egală, atunci aceste clame sunt indicate pentru folosirea la molarii inferiori.



Fig. 3. Clame pentru molari

- *Clame pentru premolari, canini și incisivi.* Icurile clamelor pentru acești dinți sunt de două ori mai

scurte, decât icurile clamelor pentru molari. Clamele pentru acești dinți pot avea unul sau două arcuri (clame fluturaș). Clamele fluturaș se deosebesc după forma și localizarea icurilor.

Pentru fixarea latexului și izolarea câmpului operator în regiunea frontală, câteodată pot fi folosite corzi speciale din cauciuc. Ele se introduc în spațiile interdentare.



Fig. 4. Clame pentru incisivi, canini și premolari

4. **Clește perforator (Poanson).** Este instrumentul prevăzut pentru crearea orificiilor în piesa din latex sau cauciuc, pentru izolarea dinților. La formă este asemănător unui clește. În funcție de producător (Ivory sau Emsworth), ele pot fi de două tipuri. Ambele tipuri de perforatoare au două brațe. Pe brațul superior se află un ic perforator, iar pe cel inferior — un disc mobil, prevăzut cu cinci orificii, în care pătrunde icul în momentul acționării celor două brațe. Orificiul cel mai mare, cu diametrul de 2,0 mm este prevăzut pentru crearea orificiilor pentru izolarea molarilor. Al doilea orificiul, cu diametrul de 1,5 mm, este prevăzut pentru molarii cu dimensiuni medii și premolarii voluminoși. Al treilea orificiul, cu diametrul de 1,00 mm, este prevăzut pentru premolarii cu dimensiuni reduse, canini și incisivii superiori. Al patrulea orificiul, cu diametrul de 0,5 mm, este prevăzut pentru incisivii inferiori.



Fig. 5. Clește perforator

5. **Forcepsul (aplicator),** derivă din forcepsul ginecologic ca design și funcție, adaptat pentru îndepărtarea brațelor clamelor, făcând posibilă aplicarea lor peste convexitățile dinților. Se pot întâlni cel puțin 4 tipuri de design al forcepsu-

lui, care diferă după curbura părții lucrătoare și după forma elementelor de fixare a clamelor.



Fig. 6. Forceps

6. **Șablonul.** Reprezintă amplasarea schematică prin puncte a dinților pe arcadele dentare. Cu timpul, folosirea lui poate fi omisă, iar orificiile se creează „la ochi”. La crearea orificiilor pentru molarii și premolarii maxilei, latexul se deplasează mai sus și spre partea din care se află dintele ce trebuie izolat. Pentru molarii inferiori se efectuează aceeași procedură, doar că latexul se deplasează inferior.
7. **Floșele.** Reprezintă un element important de integrare a latexului în spațiile interdentare. Este de remarcat faptul că, floșele nu trebuie să fie cerate și nu trebuie să conțină elemente de fluor, care vor acționa negativ asupra adaptării materialelor restaurative. Cu ajutorul lor, latexul poate fi fixat la coletul dintelui.
8. **Corzi de cauciuc.** Reprezintă un element suplimentar de fixare a piesei din latex sau cauciuc în spațiile interdentare. Pentru aceasta mai pot fi folosite fâșii din același latex sau corzi fabricate (de exemplu Wedjets, HYGENIC).

Tehnica de lucru cu diga

Înainte de aplicarea sistemului este necesar de controlat posibilitatea de trecere a floșelor prin spațiile interdentare, unde urmează să fie aplicată diga. Dacă flosa nu trece, diga nu va trece nici ea. Cauzele pot fi diferite: plasarea incorectă a obturațiilor, îngheșuirea dentară, contacte interdentare prea intime. În asemenea cazuri, este necesară înlăturarea blocajelor prin: șlefuirea obturațiilor incorect plasate, crearea spațiilor interdentare prin îndepărtarea dinților.

Există 3 metode de aplicare a digăi:

1. Metoda „aripii”. Se folosește doar în cazul folosirii clamelor cu aripi. Metoda constă în fixarea clamei și a cauciucului concomitent pe dinte. Pentru aceasta, cauciucul se introduce și se fixează în orificiul creat în piesa de cauciuc sau latex. Cu ajutorul forcepsului se îndepărtează brațele clamei, care se fixează pe dinte. Controlul asupra dintelui, ce necesită izolare, se efectuează prin orificiul din cauciuc, care se obține prin aplicarea și îndepărtarea brațelor forcepsului. După aplicarea clamei pe dinte, cauciucul este deplasat de pe aripi spre icuri și apoi spre coletul dintelui. După

aceasta, cu ajutorul floșei, cauciucul este trecut în spațiile interdentare.

2. Metoda „arcului”. Se folosește la izolarea grupului de dinți laterali. Ideea constă în aceea, că mai întâi pe dinte se fixează clama, iar cauciucul este aplicat ulterior, mai întâi pe arcul clamei, apoi pe rând, pe fiecare braț al clamei. Se fixează cauciucul de ramă, apoi este trecut prin spațiile interdentare cu ajutorul floșelor. Pentru metoda dată se folosesc clame exclusiv fără aripi.

3. Metoda „cauciucului”. Se folosește preponderent pentru grupul frontal de dinți și este realizat cu ajutorul asistentului. Mai întâi, pe dinte este aplicată piesa din cauciuc sau latex, ea este trecută prin spațiile interdentare, după care este aplicată clama sau alt mecanism de fixare. Asistentul sau medicul propulsează cauciucul prin spațiul interdentar și îl menține la nivelul coletului, deplasând gingia de pe suprafețele vestibulară și orală, astfel efectuându-se controlul eficienței fixării clamei. După aceasta, cauciucul este fixat de ramă. Cu ajutorul floșelor, cauciucul este trecut prin spațiile interdentare.



Fig. 7. Izolarea câtorva dinți anteriori. Clamele sunt aplicate pe premolari, iar la frontali diga este fixată cu ajutorul firelor de mătase.



Fig. 8. Izolarea câtorva dinți posteriori.

Există câteva situații clinice, când aplicarea sistemului este dificilă: dintele este distrus până la nivelul gingival, partea coronară a dintelui se află supra- și subgingival, fiind imposibilă aplicarea clamei. În asemenea cazuri, este înlăturat procesul carios în totalitate, la fel și resturile de obturații. Apoi se restabilește partea coronară a dintelui până la nivelul gingival cu material compozit sau glasionomer, după care se aplică sistemul după toate regulile. O alternativă este aplicarea aței de retracție, după care se aplică clame radiculare speciale.

Concluzie

După cum se poate vedea, sistemul Rubber Dam este un mijloc eficient de excludere a acțiunii factorilor mediului extern în timpul efectuării lucrărilor terapeutice: tratamente endodontice, lucrări restaurative. La fel, acesta protejează medicul și pacientul de infecția încrucișată. Mănuirea bună a sistemului este o armă eficientă în mâinile medicului stomatolog împotriva tuturor tipurilor de infecție în tratamentul dentar.

Procentul medicilor stomatologi ce aplică sistemul, din păcate, rămâne mic. Este cel puțin ciudat faptul că medicii stomatologi caută permanent substanțe antibacteriene și dezinfectante miraculoase, sunt gata să plătească pentru ele bani grei, în același timp ignorând simpla procedură de aplicare a sistemului, prin care se poate ușor controla infecția, astfel, ameliorându-se rezultatele tratamentului.

Bibliografie:

1. Arnaldo Castelucci., Tooth Isolation: the Rubber Dam// Il Tri-dente, ; pp. 226 — 227;
2. Ash Instrument Catalogue — Weybridge — 2005 — p. 89.
3. Bruno Bachelard. La pose de la digue est-elle compatible avec l'omnipratique? // www.dentalespace.com, 06 février 2002.
4. Bruno Bachelard. La pose de la digue// www.dentalespace.com, 06 février 2002.
5. Mario Besek. Rubber dam techniques// The Dentist, July/au-gust 2007; pp. 76 — 80.
6. Marshall K. Rubber Dam // British dental journal, 1998, vol. 184, N.5, pp. 218-219.
7. Reinhardt Winkler. Надежность есть надежность: коффердам// www.stomatolog.md.
8. Shannon L. Pace; Rubber Dam Placement Made Easy; Contemporary Dental Assisting, April 2006.
9. Valeriu Burlacu, Valeriu Fala. Secretele endodontologiei clini-ce// Ghid practic 2007.
10. Белоград М. Прямая реставрация и раббердам// DentArt, 2007, N.4; стр. 64 — 71.
11. Кибенко И. Раббердам — система полной изоляции рабо-чего поля. Компоненты системы// DentArt, 2005, N.4; стр. 30 — 40.
12. Клементьева И, Уряшева Н. Коффердам — еще одна ступень к совершенству// DentArt, 1998 N.1; стр. 41- 46.
13. Коффердам — теория и практика// www.100mat.ru; 2005.
14. Малык Ю. Базовый инструментарий для эндодонтического лечения// DentArt, 2006, N.1; стр. 24 — 30.
15. Малык Ю. Трепанация полости зуба и наложение раббер-дама — первые шаги эндодонтического лечения// DentArt, 2006, N.2; стр. 31 — 39.
16. Радлинский С. В. Раббердам: нестандартные ситуации// DentArt, 2002 N.3; стр. 37 — 40.

DISARMONIA DENTO-MAXILARĂ CU SPAȚIERE DENTARĂ — DIASTEMA

Rezumat

Lucrarea dată propune câteva aspectele clinice și variante de rezolvare a disarmoniei dento-maxilare cu spațiere dentară — diastema. Până la momentul de față disarmonia dento-maxilară prin spațieri dentare rămâne o problemă actuală în ortodonție. În lucrare au fost caracterizate metodele cele mai primitive și cele contemporane de rezolvare a problemei disarmoniei dento-maxilare prin spațieri dentare. Studiu dat a inclus 23 de pacienți, care au fost divizați în 2 grupe vîrstnice: I grupă — pacienți cu vîrsta cuprinsă între 6-12 ani;

II grupă — pacienți cu vîrsta de 13 ani și mai mult;

Fiecare pacient a fost supus examenului clinic și paraclinic. Conform planului de tratament au fost aplicate aparate mobilizabile și fixe, în dependență de grupa de vîrstă și particularitățile individuale a fiecărui pacient.

Cuvinte-cheie: disarmonie dento-maxilară, diastema, aparate mobilizabile și fixe.

Summary

DENTO-MAXILARY DISHARMONY WITH TOOTH SPACING — DIASTEMA

This article proposes several clinical aspects and variants of solving dento-maxillary tooth spacing — diastema. Until now dento-maxillary disharmony of the tooth spacing remains a problem in orthodontics. In this article has been described most primitive methods and problem-solving contemporary dental spacing. Given study included 23 patients who were divided into 2 groups: group I — patients aged between 6-12 years, and the second group — patients aged 13 years and older; each patient underwent clinical and laboratory examination. According to the treatment were been appointed movable and fixed devices, depending on age group and individual characteristics of each patient.

Key-words: Dento-maxillary disharmony, diastema, movable and fixed devices

INTRODUCERE

Una dintre problemele contemporane în stomatologia modernă este dereglarea esteticii. La etapa actuală, esteticii îi este acordată o mare atenție, deoarece ea joacă un rol major în perceperea obiectivă și subiectivă. Zîmbetul frumos a fost mereu prețuit, constituind un instrument de preț pentru integrarea unei persoane în societate. Dezvoltarea fructuoasă a materialelor stomatologice, care corespund celor mai estetice și funcționale cerințe, au adus la posibilitatea de a modifica mulți parametri ai sistemului oro-maxilo-facial, în dependență de cerințele fiecărui pacient în parte. [1,2,5,9,10].

Gama anomaliilor ocluziei de clasa I Angle este destul de largă, implicînd anomaliile dentare, sistemului dento-alveolar, ocluzal și cele ale bazei maxilarelor. Aceste anomalii sunt caracterizate prin tulburări de creștere și dezvoltare cu caracter primar sau dobîndit ale sistemului dentar, alveolar și într-o măsură mult mai mică ale bazelor osoase maxilare, ceea ce determină dezechilibre majore la nivelul arcadelor dento-alveolare și ocluzale. Trăsătura lor comună este relația intermaxilară antero-posterioară normală. [8, 12, 15,4, 11,3, 7].

Prevalența anomaliilor de clasa I Angle este destul de înaltă. Printre anomaliile date, diastemei îi revine un rol foarte important. Noțiunea de diastemă (grecesc — spațiere) prezintă spațiere interincisivă de dimensiuni variate cuprinse între 1 — 6 mm [14]. Frecvența din ce în ce mai mare a apariției dizarmoniei dento-maxilare

Natalia Leșan

Rezidentă anul I, grupa
102, Stomatologie
Generală, USMF
„Nicolae Testemițanu“.

Sabina Calfa

Asistent universitar,
Catedra Chirurgie
maxilo-facială
pediatrică, pedodonție
și ortodonție, USMF
„Nicolae Testemițanu“.

prin spațiere , impune în ultimul timp o analiză de studiu cât mai desfășurată și mai detaliată de mulți autori în sursele sale bibliografice. Spre exemplu W. Proffit în lucrarea sa „ortodonția contemporană“ a elucidat foarte bine problema răspândirii diastemei. În cadrul cercetărilor naționale în SUA(NHANES III) studiu petrecut a inclus 14000 oameni de toate grupele etnice, rasiale și vârstnice. Grupele vârstnice înaintate spre cercetare au fost:

I grupă — copii cu vârsta cuprinsă între 6-11 ani;

II grupă — adolescenți cu vârsta cuprinsă între 12-17 ani;

III grupă — maturi cu vârsta cuprinsă între 18 — 50 ani.

Rezultatele obținute au inclus următoarele date : indicele iregularității poziției incisivilor, prevalența diastemei cu dimensiunea mai mult de 2 mm și prevalența ocluziei încrucisate. Este interesant de a constata procentajul existenței diastemei > 2 mm la diferite grupe vârstnice și rasiale :

I. 26,4% (8-11 ani) — copii (6-11 ani) cu diastema la maxilarul superior; II. 6,6% (12-17 ani) — adolescenți (12-17 ani) cu diastema la maxilarul superior; III. 6,4% (18-50 ani) — maturi (18-50 ani) cu diastema la maxilarul superior.

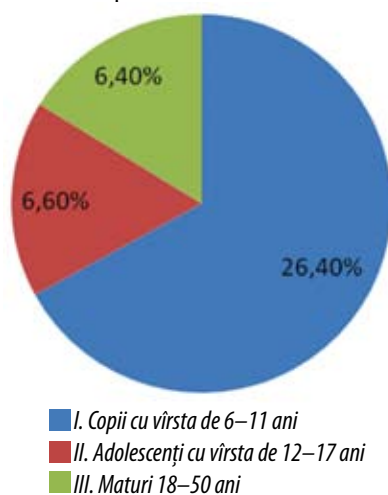


Fig.1 Răspândirea diastemei între grupele de vârstă.

Conform acestor date am constatat că, aproximativ la 26% din adolescenți și la 6 % dintre maturi, se observă existența diastemei între incisivii centrali superiori. Deci, ea are și tendința de a dispărea cu vârsta. Dacă analizăm incidența diastemei la diferite grupe rasiale, putem constata că la rasa negroidă este de 2 ori mai înaltă decât la latino-americieni și albi. ($p < 0,001$) [12].

„Diastema“ - este definită ca o entitate morfofuncțională caracterizată prin prezența unui spațiu interincisiv. Această anomalie poate să îmbrace un caracter tranzitor, fenomen specific unei etape de dezvoltare care se reglează pe parcursul perioadei de creștere a copilului. Se deosebește:

- diastema fiziologică;
- diastema genetică;
- diastema patologică.

Diastema fiziologică apare ca urmare a dezvoltării și creșterii maxilarelor în perioada dentiției temporare. Diastema genetică este anomalia caracterizată prin existența unui fren labial hipertrofic cu inserția joasă și a unei suturi mediane interincisive largi, ca urmare a unei intense activități osteogenetice. Diastema patologică (falsă) poate fi provocată de factori numeroși care-i și conferă caracterul clinico-morfologic:

- forma distemei cu coroanele incisivilor paralele (simetrică), este caracterizată etiologic prin: fren inserat pe creastă; sept osos; anodonții de incisivi laterali (fig. 3a);
- forma cu coroane divergente (fig. 3b) este expresia unei insuficiențe de spațiu la nivelul bazei osoase;
- forma cu coroane convergente (fig. 3c) este produsă de către un meziodens neerupt sau un odontom.
- formele asimetrice ale diastemei (fig. 4), care apar în cazul migrării laterale a unui incisiv central de la linia mediană. [13].

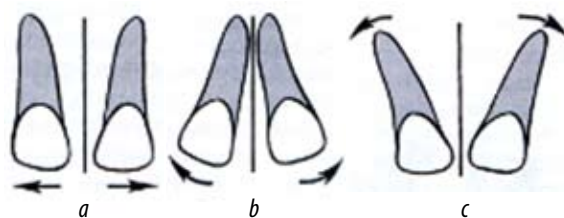


Fig.2 Formele diastemei după Hotz.

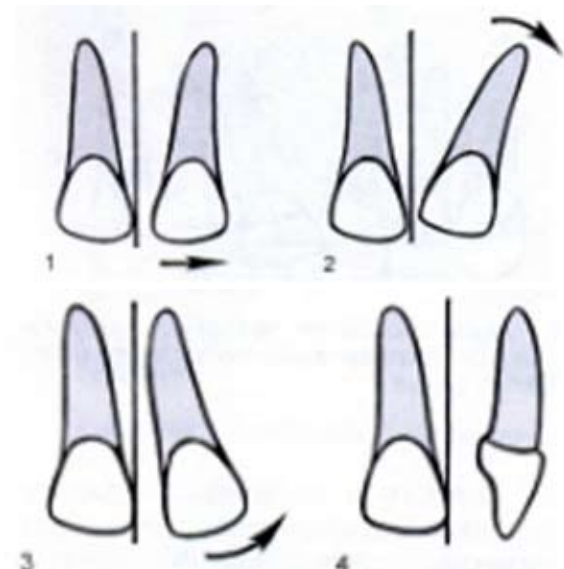


Fig.3 Formele diastemei asimetrice (Персин).

În funcție de mărimea ei, diastema poate aduce pacientului prejudicii fizionomice și fonetice [14]. Micșorarea reactivității organismului, diminuarea plasticității țesutului osos maxilar, durata tratamentului, eșecurile dese, limitează utilizarea tratamentului ortodontic după finisarea dezvoltării scheletului facial. Dificultățile tratamentului ortodontic trezesc frica pacientului, deoarece în procesul tratamentului apare nevoia vizitării mai frecvente a medicului și utilizării aparatelor ortodontice care provoacă defecte estetice

cât și cele ale fonației și masticăției. În cazul în care pacientul totuși a decis să înceapă tratamentul ortodontic și nu-l finisează, apare probabilitatea agravării stării sistemului dento-maxilar din cauza apariției ocluziei dezechilibrate [13,14].

Materiale și metode

Pentru atingerea scopurilor și obiectivelor scontate au fost selectați 23 pacienți. Toți pacienții examinați au fost divizați în 2 grupe :

I grupă — pacienți cu vârsta cuprinsă între 6-12 ani;

II grupă — pacienți cu vârsta de 13 ani și mai mult;

Pacienții sufereau de disarmonii dento-maxilare cu spațieri în zona frontală. Ulterior pacienții dați au fost supuși examenului clinic, paraclinic și aplicarea metodei de tratament cu aparate mobilizabile sau fixe. Clinica fiecărui caz varia ca: etiologie, evoluție, dimensiune și formă a diastemei interincisive. Toți pacienții care acuzau prezența spațiilor interincisive, se aflau atît în perioada schimbului fiziologic a dentiției cît și a formării definitive a dentiției permanente. Pentru toți pacienții cu anomalii de ocluzie Clasa I Angle, incluși în cercetare, a fost întocmită fișa examinării, în care au fost introduse datele necesare, în prima și fiecare ulterioară ședință: datele personale ale pacientului, examenele subiectiv, obiectiv și paraclinic, diagnosticul și planul de tratament.

Examenul clinic a debutat cu examenul exo- și endobucal. Paraclinic, pacienții au fost examinați prin efectuarea examenului radiologic, fotostatic, antropometric și studiu de model. Ca metode suplimentare de diagnostic s-a folosit metoda aprecierii indicilor Pont și Chateau. De asemenea cercetările pe modelele din ghips, ne-a permis să efectuăm măsurările necesare pentru studierea gradului de dezvoltare a porțiunii anterioare a maxilarilor și să elaborăm planul de tratament individual [5,10,8,14].

Concluzii

Din totalul de 23 pacienți care au fost analizați în perioada de studiu 14 erau de gen feminin și 9 de gen masculin, raportul gen feminin: gen masculin 1,55:1, vârsta cuprinsă între 6- 25 de ani.

La toți pacienții sau depistat următoarele cauze care au dus la apariția diastemei la: 10 (43%) pacienți s-au depistat: inserarea joasă a frenului buzei superioare și a limbii, la 5 (21%) pacienți s-a depistat diastema cu etiologie genetică, la 4 (17%) pacienți — diastema ca cauză — microdonția generalizată relativă, la 3 (14%) pacienți dintre care la 2 (9%) s-au depistat anodonția incisivilor 12; 22 și 2 (5%) pacient prezența dintelui supranumerar (meziodens).

Acuzele de bază cu care s-au adresat pacienții sunt : dereglări estetice însoțite de tulburări fonetice.

Examenul radiologic OPG s-a efectuat la toți 23 pacienți și și după necesitate cefalometria de profil(II grup de pacienți).

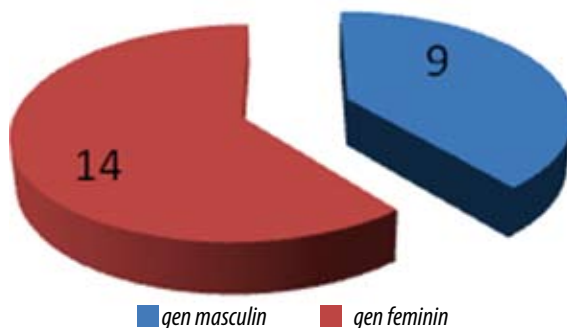


Fig.2 Caracteristica pacienților în dependență de sex.

Pentru toți pacienții au fost confecționate modelele de diagnostic, din ghips, conform amprentelor obținute cu alginat, până și după tratament. Montarea în articulator a modelelor de diagnostic ne-a oferit posibilitatea de a analiza cu mare precizie, pozițiile dinților frontali, rapoartele dintre arcadele dentare, dereglările ocluzale, relieful ocluzal și alte detalii, care se vizionau din unghiuri diferite, ce nu este posibil pe parcursul examenului clinic. Ca metode de tratament pacienților cu inserarea joasă a frenului s-a efectuat următoarea acțiune: îndepărtarea cauzei — frenectomia. În cazul dintelui supranumerar (meziodens) erupt s-a efectuat extracția după momentul stabilirii diagnosticului. După înlăturarea cauzei, se aplică aparatul respectivă conform vârstei, indicațiilor și aspectelor individuale. Tratarea diastemei, în cazul dentiției mixte se rezolvă cu aparate mobilizabile (fig.3). Dar în cazul dentiției permanente, prin aplicarea tehnicii fixe (fig.4) și aplicarea arcurilor secționale sau arc total cu bucle verticale prevăzute cu helix, cu tracțiuni elastice pe arcuri rotunde sau dreptunghiulare. [6]

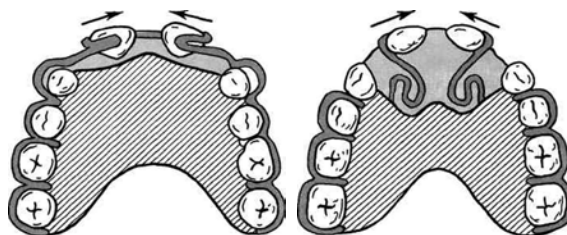


Fig 3 Placă palatinală cu 2 arcuri diapazon.



Fig.4 Sistem adeziv.

După tratament pacienții au respectat indicațiile și complicații sau recidive nu au fost depistate.

Caz clinic nr. 1

Pacienta : B. V. , 7 ani, sex — feminin
 Acuze : dereglări estetice, fonetice.



Fig.5 Aspect facial pre-tratament.



Fig.6 Aspectul diastemei pre-tratament.

Exobucal Simetria feței este păstrată. Linia de profil a feței este o linie convexă — profil convex. Culoarea tegumentelor roz-pală. Buzele în contact

Endobucal Inserția frenul buzei superioare , inferioare și a limbii — în limitele normei

6 V IV III 1 1 III IV V 6
 6 V IV III 2 1 1 2 III IV V 6
 C C

Fig.7 Formula dentară.

Raportul dinților 6 după clasa I Angle ,bilateral este — neutru. Raportul caninilor, bilateral — neutru. Frontal, incisivii superiori acoperă incisivii inferiori mai mult de 1/3, ceea ce-i caracteristic vârstei . Între incisivii 11 și 21 este prezentă diastema dimensiunea căreia este — 4 mm. , forma — divergentă.

Metode paraclinice de diagnostic



Fig.8 Analiza biometrică a modelelor.

Forma arcadei superioare — parabolă
 Forma arcadei inferioare — semielipsă

Examenul radiologic



Fig.9 Clișeu radiologic.

Pe clișeul radiologic (Fig.9) nu se observă devieri patologice la nivel osos. La maxilarul superior sunt prezenți mugurii dinților permanenți 18 și 28.La maxilă și mandibulă se poate vedea prezența mugurilor dinților permanenți și gradul de rezorbție a rădăcinilor dinților temporari.

Diagnosticul

Malocluzie Clasa I Angle.Disarmonie dento — maxilară cu spațiere dentară la nivelul dinților 11, 21, lipsa spațiului pentru erupția dinților 12 și 22.

Plan de tratament

- Înlăturarea factorului etiologic
- Confecționarea aparatului mobilizabil superior (Fig.10) cu croșete Adams pe dinții 16,26; croșet simplu pe dinții 54 ,64; elemente active
- arc în diapazon pe dinții 11,21.



Fig.10 Aparat mobilizabil cu arcuri în diapazon.

Rezultatul tratamentului

Obținerea rezultatului după purtarea aparatului.
În perioada dată au erupt incisivii 12 și 22.



Fig.11 Aspect post-tratament.

Caz clinic N. 2

Pacienta: M. I. , 25 ani, sex — feminin
Acuze: dereglări estetice, fonetice.

Exobucal : Simetria feței este păstrată. Linia de profil a feței este o linie convexă — profil convex. Etajele feței sunt simetrice. Culoarea tegumentelor roz-pală. Buzele în contact
Endobucal : Inserția frenului buzei superioare, inferioare și a limbii — în limitele normei.

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Raportul dinților 6 după clasa I Angle, bilateral este — neutru



Fig.12 Aspect facial pre-tratament.

Raportul caninilor, bilateral — neutru.
Frontal, incisivii superiori acoperă incisivii inferiori — norma.

La nivelul arcadei superioare între incisivii 11 și 21 este prezentă diastema cu dimensiunea de — 3 mm

Metode paraclinice de diagnostic



Fig.14 Analiza biometrică a modelelor.

Forma arcadei superioare — parabolă
Forma arcadei inferioare — semielipsă

Examenul radiologic



Fig.15 Clișeul radiologic

Pe clișeul radiologic(Fig.15) nu se observă devieri patologice la nivel osos. Sunt prezenți toți dinții. În zona frontală între incisivi sunt prezente treme și diastema.

Examenul cefalometriei de profil

FMIA	67±3°	48°
FMA	25±3°	19,5°
IMPA	88±3°	112,5°
SNA	82°	83°
SNB	80°	82°
ANB	2±2°	1°
AoBo	2±2 mm	4,5 mm
Pl ocl	10°	9,5°
Z	75±5°	75°
Hp	45 mm	62 mm
Ha	65 mm	82 mm
Ind p/a	0.65-0.75	0.861
UL		13 mm
TC		12 mm
UAF	90±3°	95,5°
UF	87±3°	88°
UC	68±4°	

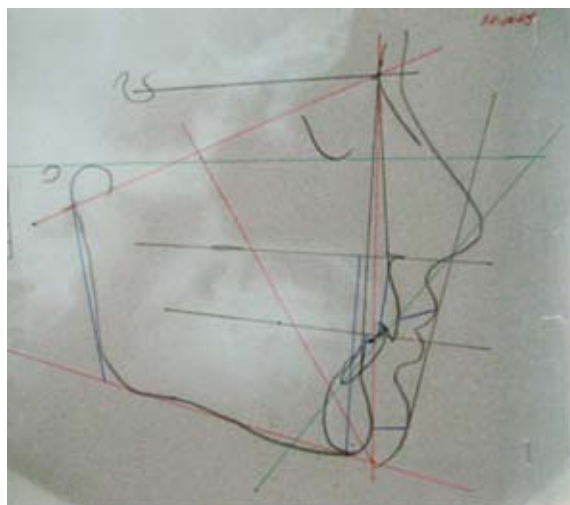


Fig.16 Cefalometria de profil.

Analizând teleradiografia dată(Fig.16), am stabilit că au fost modificați următorii parametri : < SNA 89° și < ANB 7° .

Diagnosticul

După efectuarea examenului clinic și paraclinic este stabilit diagnosticul final de: Malocluzie clasa I Angle. Disarmonie dento-maxilară cu spațiere (treme și diastema de 3 mm).

Plan de tratament

- Aplicarea tehnicii adezive superioare (Fig.17), sistemul Roth 0,22 (producător german).



Fig 17 Aplicarea tehnicii adezive.

Rezultatul tratamentului

Obținerea rezultatului — după aplicarea tehnicii adezive cu păstrarea tuturor etapelor tehnicii date. Odată cu prezența mugurilor 18, 28 și purtarea aparatului de contenție Howley, riscul de apariție a recidivei scade.



Fig.18 Aspect post-tratament.

Analiza ortopantomografiei



Fig.19 Clișeu radiologic.

Clișeul radiologic post-tratament (Fig 19) a fost realizat pentru verificarea obținerii paralelismului. Au fost înlăturate spațierile dentare (tremele și dias-tema).

Analiza cefalometriei de profil

FMIA	67±3°	48°
FMA	25±3°	19,5°
IMPA	88±3°	112,5°
SNA	82°	83°
SNB	80°	82°
ANB	2±2°	1°
AoBo	2±2 mm	4,5 mm
Pl ocl	10°	9,5°
Z	75±5°	75°
Hp	45 mm	62 mm
Ha	65 mm	82 mm
Ind p/a	0.65-0.75	0.864
UL		1 mm
TC		12 mm
UAF	90±3°	95,5°
UF	87±3°	88°
UC	68±4°	

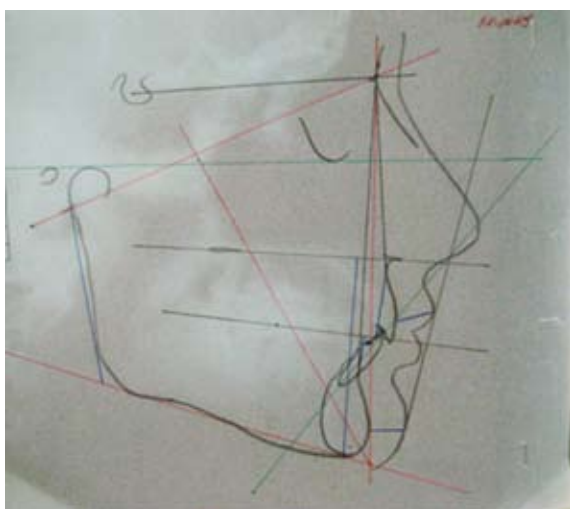


Fig.20 Cefalometria de profil.

Analizând teleradiografia post-tratament (Fig.20), au avut loc următoarele schimbări : a fost micșorat < SNA de la 89° până la 83° și < ANB de la 7° până la 1°.

Metode suplimentare de diagnostic

Analiza biometrică a modelelor post-tratament (Fig. 21) demonstrează că spațierile dentare au fost înlăturate.



Fig.21 Analiza biometrică a modelelor post-tratament.

Concluzii

1. În baza analizei surselor bibliografice consacrate diferitor aspecte ale problemei dizarmoniilor dento-alveolare cu spațiere, am stabilit că această anomalie joacă un rol major în perceperea obiectivă și subiectivă.
2. Patologia dată este foarte răspândită în populație și are mai multe aspecte clinice și sociale.
3. Metodele de tratament utilizate în ambele loturi de studiu, demonstrează succesul tratamentului indiferent de vîrstă, în rezultatul căruia am obținut esteticului dorit.

Recomandări practice

1. Pentru a evita apariția disarmoniei dento-maxilare prin spațieri dentare se recomanda adresaarea cît mai precoce la medic-ortodont.
2. Se indică urmarea tuturor indicațiilor a medicului-ortodont pe parcursul perioadei de tra-

tament a disarmoniei dento-maxilare cu spații-eri dentare.

3. Se recomandă purtarea aparatelor de conținție în urma riscului de apariție a recidivei.

BIBLIOGRAFIE

1. BATTE A., Tooth discolouration and staining: a review of the literature, *British Dental Journal*, Vol.190, 3/2001. p. 309 — 316.
2. BRIX O., Эстетика — продукт естественной красоты, формы и функциональности, *Новое в стоматологии*, 2/142/2007. с. 32 — 45.
3. DIETER SCHULZ, Dr. OLAF WINZEN, Планирование лечения при изготовлении реставраций с превосходными функциональными и эстетическими характеристиками, часть II: Регистрация особенностей динамической окклюзии. Технология изготовления реставраций методом естественного наращивания (NAT) , *Новое в стоматологии*, 4/104/2002. с. 72 — 76.
4. Ecaterina Ionescu „Anomaliile dentare“, *Cartea universitară*, Bucuresti 2005, p.133-150.
5. EGGER B., Послойная облицовка каркасов из прессованной керамики, часть 1, *Новое в стоматологии*, 2/142/2007. с. 98 — 104.
6. Elvira Cocîrlă „Aparate ortodontice fixe-tehnici moderne“,2002, p. 143.
7. P. PREOSCHEL, T. MORNEBURG, A. HUGGER, B. KORDAB, P. OTTL, W. NIEDERMEIER, M. WICHMANN, Articulator — related registration — A simple concept for minimizing eccentric occlusal errors in the articulator, *The International Journal of Prosthodontics*, Vol. 15, 3/2002. p. 289 — 294.
8. Proffit W., Fields H. W., *Contemporary Orthodontics*. Ed. C.V Mosby comp. St. Louis, 2003
9. ROY SABRIN, DDS, MS, Treatment of a Class I crowded malocclusion with an ankylosed maxillary central incisor, *AJODO (American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthodontics)*, vol. 122, nr. 5, November 2002. p.557-565.
10. RUSSEL O. GILPATRICK, JUDITH A. ROSS, RICHARD J. SIMONSEN, Прочность адгезионных соединений пластмассы с эмалью при различном времени травления, *Квинтесенция*, 3/1991. с. 217 — 220.
11. Valentina Trifan,P.Godoroja. „Ortodontie.Compendiu.propedeutica“, Chisaiu 2009.
12. ДИСТЕЛЬ В.А. и соавторы, *Зубочелюстные аномалии и деформации*, „Медицинская книга“, Москва, 2001. 99 с.
13. Персин Л. С. „Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий“, руководство для врачей, *Медицина*,2007, с 175-178.
14. Персин Л. С. „Ортодонтия “, *Медицина*, Москва, 2007 , p 157-182.
15. ХОРОШИЛКИНА Ф.Я., *Руководство по ортодонтии*, Медицина, Москва, 1999. p.798 , 72.

ȘINA ADEZIVĂ ÎN RESTABILIREA ÎNTEGRITĂȚII ARCADEI DENTARE ÎN LEZIUNILE PARODONTALE

Rezumat

Au fost examinați 15 (7b., 8 f) pacienți adresați în I.M.S.P cu vârsta cuprinsă de la 29 pînă la 63 ani cu parodontită cronică marginală generalizată complicată cu edentația parțială în care lipsa unui dinte s-a restabilit cu ajutorul sistemului de imobilizare adeziv și dintelui artificial prefabricat din acrilat sau modelat direct din materiale composite fotopolimerizabile luând în considerație situația clinică.

Cuvinte cheie: parodontită marginală, șina adezivă, edentația parțială

Summary

ADHEZIVE SPLINTING IN RESTABLISHMENT OF DENTAL ARCH INTEGRITY AT PERIODONTAL LESSIONS

Have been examined 15 patients (7 m., 8 f.) of 29 — 63 years old with marginal chronic generalized periodontitis complicated with partial adentia at which absence of one tooth was reestablished with adhesive splinting system and artificial prefabricated acrylic tooth or directly modeled from light curing materials depending on clinical situation.

Key words: marginal periodontitis, adhesive splinting system, partial adentia.

Introducere

Boala parodontală rămâne una din cele mai complicate forme a patologiilor stomatologice din cauza răspândirii mare, tendinței stabile de creștere, duratei evolutive și acțiunii nefavorabile asupra organismului. După datele OMS răspândirea afecțiunilor parodontale constituie de la 65 până la 98%, ocupând al doilea loc după caria dentară, dar după 40 ani sunt întâlnite și mai des de caria [2, 3, 4; 6]. Afecțiunile parodontale constituie nu numai o problemă stomatologică, ci și una medicală de ordin general și chiar social, numărul de dinți extrași din cauza acestor patologii este în creștere permanentă [1, 3, 7, 9, 11, 14]. Dereglările funcționale ale sistemului stomatognat, condiționate de edentație în urma patologiilor parodontale, se dezvoltă de 5 ori mai frecvent decât în urma complicațiilor cariei dentare [2; 3; 7; 9; 12; 15].

La baza dezvoltării parodontitei marginale cronice generalizate stă dereglarea funcției de barieră și reactivității imunologice a organismului pe fonul cărora cauze locale duc la răspîndirea și profundarea treptată a proceselor inflamator-destructive. La moment este studiat rolul factorului microbial, vascular, imun și traumatic în patogeneza parodontitei cronice marginale. Boala apare datorită ruperii echilibrului dintre factorii microbieni și mecanismelor de apărare a organismului, când chiar și solicitarea funcțională obișnuită devine patologică pentru țesuturi parodontale. Semnele parodontitei cronice agravate cu edentația parțială sunt mai pronunțate și progresează mai rapid. Adăugarea la tabloul clinic a parodontitei suprasolicitării funcționale primare și secundare, provocate de schimbări inflamatorii și distrofice a parodontiului și lipsa parțială a dinților se reflectă considerabil asupra parodontiului slăbit și, fără terapie adecvată, accelerează procesul destrugerii arcadei dentare. Pentru stoparea și lichidarea procesului este nevoie de mobilizarea unui șir de metode de tratament terapeutic, chirurgical și ortopedic.

În multe cazuri boala are caracter cronic, tendința la progresare lentă sau rapidă, ne avînd dezvoltarea inversă fiind deci numai stabilizată pe o perioadă datorită tratamentului adecvat. După datele R.Vătămanu și V.Severineanu tabloul clinic al afecțiunilor parodontale include următoarele semne clinice: subiective (senzația de tensiune gingivală; pruritul gingival; gingivoragia; cacosmia bucală; acuze fizionomice) și obiective (modificarea culorii gingiei; modificarea de formă și volum gingival (papilita, edem, fibroza); modificarea poziției marginii gingivale față de coletul anatomic al dinților; prezența factorilor iritativi (plăci bacteriene, tartru, detritusuri);

Mariana Ceban
asistent universitar

Catedra Stomatologie
ortopedică, chirurgie
OMF și implantologie
orală

mobilitate patologică a dinților cu vicierea implantării; prezența abceselor gingivale, fistule, cicatrici) [7; 8]. Simptom principal a parodontitei marginale cronice generalizate rămâne prezența pungii parodontale apărute din cauza influenței litice a fermenților microbieni [11; 12]. Adâncimea ei depinde de gradul afecțiunii — până la 3,5mm în stadiu ușor, pînă la 5,0mm în stadiu mediu și mai mult de 5-6mm în stadiu grav. Drept consecință a afectării microbiene, dereglărilor vasculare clinica parodontitei marginale cronice generalizate adaugă dereglări de masticăție, fonație, deglutiție și, nu în ultimul rând, estetice și psihologice (pacientul devine depresiv, închis în sine etc.). Unul din cele mai des întâlnit și discutat symptom a parodontitei marginale cronice generalizate este mobilitatea patologică a dinților care duce la edentația parțială și chiar totală. Reîntoarcerea stabilității dinților mobili este posibilă numai cu ajutorul remediilor ortopedice prin imobilizarea și consolidarea lor la dinții restanți stabili, care poate fi provizorie și definitivă.

Cercetarea afecțiunilor parodontale și elaborarea metodelor ortopedice de tratament — una din cele mai importante direcții a stomatologiei contemporane. În prezent sunt utilizate următoarele metode de tratament protetic: imobilizarea temporară și permanentă, șlefuirea selectivă, imobilizarea permanentă, protezarea adecvată cu restabilirea morfofuncțională a întregității arcadei dentare cu punți dentare, proteze mobilizabile acrilice, scheletate și elastice.

Șinarea dinților mobili parodontotici [8, 9, 11, 12, 14, 15, 16] rămâne o parte integrală a tratamentului periodontal complex planificat. Sunt cunoscute diferite metode de imobilizare dentară: *temporară* (prin intermediul șinelor rășin-compozite, șinelor detașabile acrilice vacuum-formate, prin legătura simplă din sârmă etc.), *definitivă* (diferite tipuri de coroane artificiale și punți metalo-ceramice, șine-cape, șina unică pentru întreaga arcada dentară etc.) [1; 2; 15; 16]. Influența negativă a protezelor-șine fixe asupra parodontiului marginal este remarcată de mulți cercetători (Пакалнс Г.Ю., 1961; Малый А.Ю., 1989; Копейкин В.Н., 1998; Арутюнов С.Д., 1990; Жулев Е.Н., 2003; Каламкарров Х.А., 2003; Аболмасов Н.Г., 2003; Лебеденко И.Ю., 2004 и др.) care descriu că prejudiciu țesuturilor parodontale poate fi aplicat în timpul preparării dintelui cu prag, introducerii firelor aței de retracție pentru primirea amprentei cu material dublu, introducerii coroanelor artificiale temporare sau permanente inexact efectuate, în același rînd și necesitatea preparării semnificative a dinților la efectuarea protezelor fixe cu toate consecințele etc. (Ряховский А.Н., 2000). Fiecare din metodele de imobilizare cunoscute [8, 9, 14, 15, 16] au un șir de avantaje și dezavantaje. Imobilizare temporară cu ajutorul materialelor autopolimerizabile poate fi reparată ușor în caz de necesitate și, nu rareori, nu necesită prepararea țesuturilor dentare dure sau prepararea poate fi efectuată numai în limitele smalțului (lingual) ne afectând estetica — fapt care duce la adaptarea rapidă a pacientului. [2; 5; 9] Dezavantajele imobilizării fixe definitive sunt: în unele cazuri necesită prepara-

rea dinților; șinele fixe sunt greu de adaptat în caz de migrare dentară în formă „ de evantai „; îngreunează igienizarea dinților respective și pot trauma țesuturile adiacente (gingia, mucoasa orală etc.) [2; 5] Tehnologiile moderne sunt mai protectoare — pentru a obține un complex rigid de dinți cu coroane naturale păstrate sunt utilizate șine adezive cu ranforsare nemetalică, cu respectarea principiilor biomecanice de distribuire a solicitării masticatorii. Tehnica se bazează pe adesiunea materialelor compozite la fibre de ranforsare și țesuturile a dintelui. Șinarea adezivă a dinților mobili — una dintre metodele moderne de tratament a bolii parodontale. Șina adezivă poate fi efectuată prin metoda extra- și intracoronară, în mod direct și indirect. Ea încorporează fibrele de ranforsare acoperite cu materialul polimerizabil.

Reșind din cele expuse mai sus și luând în considerație avantajele imobilizării cu utilizarea structurilor adezive ea devine o metodă de tratament de elecție. Materialele de bază în această metodă sunt materialele compozite auto și fotopolimerizabile sau combinația lor, care foarte des sunt ranforsate cu diferite fibre (polietilenă: Ribbond, Connect, DVA etc.); sticlă (GlasSpan, Fiber Splint, Fiberkore) și ceramică. [2; 4; 5; 6].

Scopul lucrării:

1. Studiarea metodelor de șinare folosite la imobilizarea dinților parodontotici.
2. Argumentarea clinică alegerii metodei de restabilire breșei unidentare.

Material și metode

Pentru rezolvarea scopului și sarcinilor puse au fost examinați complex (ortopantomograma, examenul modelelor de studiu, ocluziogramelor studiate în cavitatea orală și pe modele, electroodontometria) 15 (7b., 8 f.) (diagrama 2) pacienți care s-au adresat în I.M.S.P. Clinica Universitară Stomatologică a USMF “ N.Testemițanu “ cu vârsta cuprinsă de la 29 pînă la 63 ani (diagrama 3) cu parodontită marginală cronică generalizată de grad ușor și mediu complicată cu edentația parțială cl.III Kenedy la maxilă și mandibulă, fără patologii generale (din spusele pacienților). Cele mai des întâlnite acuze ale pacienților adresați au fost: dureri și jenă la masticăție, mobilitatea patologică a dinților, dereglări de fonație, sîngerări, hipersensibilitate și dereglări estetice (la afectarea dinților frontali) etc.

Toți pacienți au fost divizați în două loturi: *lotul I* — imobilizarea dinților mobili frontali a fost efectuată cu ajutorul sistemului de imobilizare adezive cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală cu ajutorul dintelui artificial prefabricat ales după culoare, forma și dimensiune și *lotul II* — imobilizarea dinților mobili frontali a fost efectuată cu ajutorul sistemului de imobilizare adezive cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală prin tehnica modelării directe a dintelui lipsă după culoare, forma și dimensiuni potrivite (diagrama. 4). Ca materiale de alegere la imobilizarea adezivă, luând în considerație proprietățile tehnice, estetice au fost alese materiale compozite fotopolimerizabile “

Charisma“, „EsFlow“, „Spectrum“. Ca material de ramforsare (întărire) pentru proprietățile mecanice înalte, proprietăți estetice bune a fost ales „Construct“ (SUA). Fibrele de polietilenă a materialului sunt fabricate în formă de bobine (cu lățimea de 1mm, 2mm și 3mm și o lungime de cca 90 cm). Din proprietățile pozitive a materialului se pot indica: reducerea mobilității dinților în trei direcții ce permite păstrarea dinților pe un termen mai îndelungat; asigurarea adeziunii cu țesuturile dentare ducând la fixarea sigură a fibrelor; firul nu împiedică igienizarea dinților și igiena cavității bucale; nu traumează țesuturile adiacente; nu încurcă la realizarea altor tipuri de tratament; posedă proprietăți estetice bune, fiind neobservat de cei din jur; pacientul nu acuză discomfort în timpul masticației și fonației etc.

Rezultatele și discuții

Imobilizarea dinților parodontotici cu mobilitatea patologică de gradul I, II se poate face cu ajutorul diferitor tehnici, folosind metode directe și indirecte, șine mobile și fixe. Studiarea datelor literaturii despre avantajele imobilizării adezive (atitudinea blândă față de țesuturile sănătoase ale dinților, estetica satisfăcătoare, fiabilitatea structurii de stabilizare și lipsa problemelor de fixare, economisirea timpului medicului și a pacientului, care, în același timp, permite restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte frontal (inclusiv și a premolarului) cu ajutorul dintelui artificial prefabricat sau folosirea modelării directe a dintelui lipsă a permis de a observa părțile pozitive și negative a ambelor metode:

1. Imobilizarea adezivă cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală cu ajutorul dintelui prefabricat (lotul I) contribuie la micșorarea timpului de lucru a medicului, permite de a restabili integritatea arcadei dentare în totalmente, restabilirea satisfăcătoare, dar nu perfectă a esteticii în regiunea afectată, fiind imposibil de a alege suta la sută culoarea, forma și poziția dintelui, în același timp, asigurând stabilitatea lui. Astfel, pregătirea specială a dintelui (crearea șanțului pentru introducerea fibrelor de polietilenă, prelucrarea dintelui cu adeziv care nu asigură pătrunderea și imbibarea lui în profunzime) nu asigură siguranța totală a calității adeziunii dintelui cu material compozit fotopolimerizabil și fibrelor de ramforsare.

2. Imobilizarea adezivă cu restabilirea integrității arcadei dentare la lipsa unui dinte în regiunea frontală (în aceeași vizită) prin metoda directă modelând dintele lipsă cu ajutorul materialului compozit fotopolimerizabil permite restabilirea integrității arcadei dentare, datorită poziționării și manevrării ușoare cu fibrele de polietilenă care pot primi diferite forme (bucle, spirale etc.), asigurând răspândirea maximă a adezivului în toată grosimea fibrelor, datorită posibilităților estetice a materialului compozit permite restabilirea perfectă a esteticii, modelând dintele lipsă conform formei, culorii și volumului dintelui inițial (lipsă), poziționând-ul perfect în ocluzie, asigurând stabilitatea lucrării. Totuși, analizând datele literaturii și experiența proprie, etapa clinică de tratament este mișaloasă și necesită o bună

mînuire a specialistului și nu este nevoie de o pregătire specială ca în metoda expusă mai sus.

Concluzii

1. utilizarea structurilor adezive cu materialele compozite fotopolimerizabile ramforsate cu fibre de polietilenă la imobilizarea dinților mobili în parodontite marginale generalizată de grad ușor și mediu este o metodă de preferință.
2. la șinarea dinților mobili prin imobilizarea adezivă (ramforsată cu fibre de polietilenă) cu restabilirea breșei unidentare în regiunea frontală (inclusiv și a premolarului) la pacienți cu parodontita marginală cronică generalizată de grad ușor și mediu putem recomanda utilizarea preponderent metodei directe modelând dinte lipsă din material compozit fotopolimerizabil. Dar în unele situații clinice nu este exclusă și utilizarea dintelui artificial acrilic prefabricat.

Bibliografie

1. Calmaz Daniela, Ursache Maria. Considerații biologice parodontale și dentare ale compozitelor indirecte utilizate în terapia de acoperire. Zilele facultății de medicină dentară. Ed. a II-a. Iași, 2005, partea a I-a, p. 55-58.
2. Georgescu I.B.T., Georgescu C., Varghida D. Trauma și terapia ocluzală. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Iași, 2005, p.144-146.
3. V.Severineanu. *Parodontologie clinică și terapeutică*. București. Ed.Academiei Româna, 1994.
4. Alkan A. Does temporary splinting before non-surgical therapy eliminate scaling and root planing-induced trauma to the mobile teeth? A. Alkan, Y. Aykaf, H. Bostanci. J. Oral Sci. 2001. Vol. 43, No. 4. P. 249-254.
5. Bernal G. A review of the clinical management of mobile teeth. G. Bernal, J.C. Carvajal, C.A. Munoz-Viveros. J. Contemp. Dent. Pract. 2002. Vol. 3, No. 4. P. 10-22.
6. Forabosco A. The importance of splinting of teeth in the therapy of periodontitis. A. Forabosco, T. Grandi, B. Cotti. Minerva Stomatol. 2006. Vol. 55, No. 3.-P. 87-97.
7. Freilich M.A. The use of a pre-impregnated, fiber-reinforced composite in the fabrication of a periodontal splint: A preliminary report. M.A. Freilich, A.J. Goldberg. Pract. Periodont. Aesthet. Dent. 1997. Vol. 9, No. 8. P. 873876.
8. Kuybulu E.O. The use of all-ceramic restorations to splint periodontally compromised teeth: A clinical report. E.O. Kuybulu, D. Gemalmaz, K.N. Kose. J. Prosthet. Dent. 2005. Vol. 94, No. 6. p. 504-506.
9. Rappelli G. Tooth splinting with fiber-reinforced composite materials: Achieving predictable aesthetics. G. Rappelli, A. Putignano. Pract. Proced. Aesthet. Dent. 2002. Vol. 14, No. 6. p. 495-500.
10. Radu Vatamanu. *Parodontologie*, 1992.
11. Sophie J.Watkins and Kenneth W.Hemmings. *Periodontal splinting in general dental practice*. Dent Update 2000; 27:278-285.
12. Белоклицкая Г.Ф. Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита. Г.Ф. Белоклицкая, О.В. Лузина. *Соврем, стоматология*. 2004. № 2. с. 64-65.
13. Белоусов Н.Н. Время проведения и очередность этапов комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Н.Н. Белоусов. *Пародонтология*. 2007. № 3. с. 3-6.
14. Клемин В.А. Шинирующие съемные конструкции в комплексном лечении генерализованного пародонтита, осложненного дефектами зубных рядов. В.А. Клемин, А.А. Комлев, Г.Г. Макеев. *Соврем, стоматология*. 2005. № 2. с. 60-63.
15. Кулаков О.Б. Применение системы Фибер-Сплинт (Fiber-Splint) при лечении заболеваний пародонта и замещении одиночных дефектов зубного ряда. О.Б. Кулаков. *Клин, стоматология*. 2005. № 3. с. 34-36.
16. Ряховский А.Н. Биомеханика шинирования зубов (обзор литературы). А.Н. Ряховский, А.М. Хлопова. *Панорама ортопедической стоматологии*. 2004. № 1. с. 18-28.

PREPARATELE LEVOBIOR -UNGUENT, BIOR-GEL, BIOR-LOȚIUNE, BIOR-CAPSULE: UTILIZAREA LOR ÎN CHIRURGIA ORO- MAXILO-FACIALĂ PEDIATRICĂ. (BULETIN INFORMATIV)

Iluță I.,
*d.ș.m., conferențiar
universitar USMF
„N. Testemițanu“*

Lupan I.,
*dr. hab., profesor
universitar,*

Godoroja P.,
*dr. hab., profesor
universitar*

Rudic V.,
*academician al AȘM,
prof. univ., Institutul de
Microbiologie al ASM,*

Chiriac T.,
d.ș.b., USM,

Bogdan V.,
*d.ș.b., „Ficotehfarm“
SRL*

Rezumat

Lucrarea prezintă informații cu privire la schema tehnologică de obținere, proprietățile farmacologice, investigațiile clinice ale preparatelor BioR-gel, LevoBioR-unguent, BioR-loțiune, BioR-capsule și influența acestora asupra afecțiunilor inflamatorii a regiunii maxilo-faciale.

Summary

LEVOBIOR PREPARATIONS -OINTMENT, GEL BIOR, LOTION BIOR, CAPSULES BIOR THEIR USE IN MAXILLOFACIAL SURGERY. (NEWSLETTER)

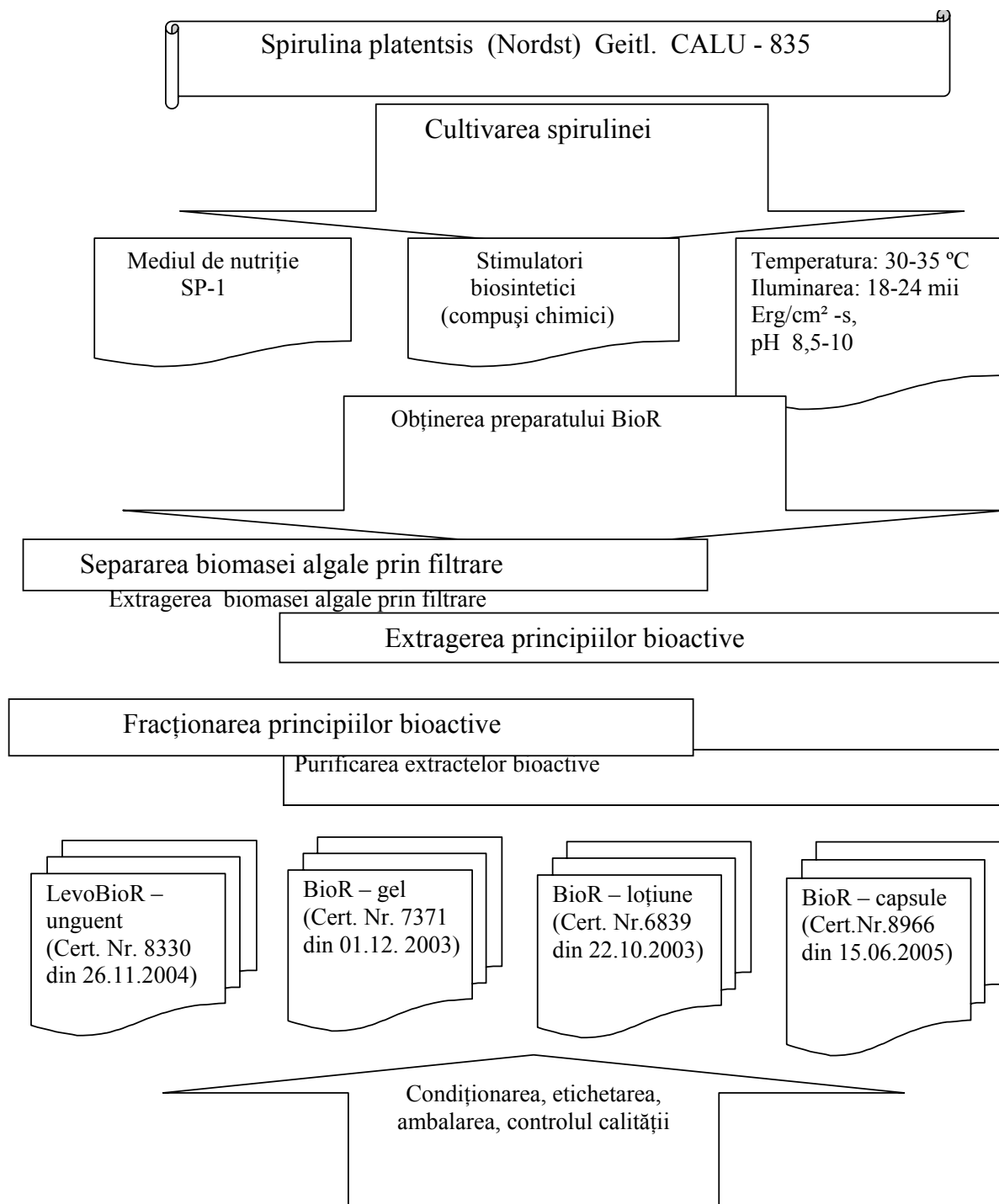
The newsletter presents information about technological scheme, pharmacological properties, clinical investigations of Levobior preparations - ointment, gel Bior, lotion Bior, capsules Bior and their use in maxillofacial surgery

La etapa actuală în conceptul științific al unor domenii de interes comun, precum biotehnologia, biomedicina și farmacologia sunt incluse preocupările destinate elaborării și obținerii unor produse noi bioactive: suplimente nutraceutice și forme medicamentoase, utilizând materia vegetală. Actualitatea efectuării cercetărilor în domeniul dat, în primul rând ține cont și de creșterea ascendentă a afecțiunilor inflamatorii a regiunii maxilo-faciale, cauzate de diverși factori, inclusiv și de diminuarea continuă a nivelului imunității populației, confirmată de numeroasele studii medicale din țară și peste hotare, precum și de insuficiența pe piață a unor remedii sanogene eficiente.

În ultimele decenii în calitate de surse valoroase de produse și bioremedii sanogene sunt investigate cu succes algele și cianobacteriile. În special un rol important este atribuit algei cianofite, *Spirulina platensis* fiind utilizată ca remediu al complexelor de principii bioactive-componente ale extractelor apoase aquaetanolică și lipofilice, obținute din biomase asupra proceselor metabolice din organism atât în condiții normale, cât și în diverse stări patologice.

Astfel, obținerea și valorificarea unor remedii sanogene noi, precum și cercetările biotehnologice farmacologice și clinice multicomplexe, include:

- screeningul unor noi modalități de dirigare a proceselor biosintetice la cultivarea tulpinei algei cianofite *Spirulina platensis* (Nordst) Geitl. CAZU -835, realizate în selectarea și aplicarea unor compuși chimici cu efect maxim de stimulare.
- elaborarea proceselor de cultivare a *Spirulinei* pentru obținerea produselor cu conținut prognozat de principii bioactive imunoactive.
- elaborarea procedeele originale de extragere, fracționare, purificare, obținere a extractelor complexe bioactive.
- elaborarea procedeele tehnologice de obținere a preparatelor inclusiv a formelor farmaceutice sanogene.
- aprecierea eficacității clinice a preparatului BioR în tratamentul afecțiunilor inflamatorii, traumatismelor regiunii maxilo-faciale.
- cultivarea *Spirulinei* și obținerea biomasei;
- extragerea, separarea fracționară și purificarea principiilor bioactive;



Schema tehnologică de obținere a preparatului BioR — etapele principale:

— obținerea formelor medicamentoase condiționarea, etichetarea și ambalarea acestora.

Preparatul BioR prin îmbinarea complexă a unor procedee biotehnologice și farmacologice este reprezentat prin formele medicamentoase:

- BioR substanță (certificat de înregistrare Nr. 6839 din 22.10. 2003 eliberat de AM al RM). Forma farmaceutică: pulbere (masă) poroasă de culoare verde sau verde-gălbuie, galbenă sau cafenie-deschisă, cu miros caracteristic, higroscopică;
- BioR- gel (certificat de înregistrare Nr. 7371 din 1.12.2003 eliberat de AM al RM), masă

omogenă de consistență moale, culoare de la slab gălbuie până la galbenă, cu nuanță verzuie și miros specific;

- LevoBioR — unguent (certificat de înregistrare Nr. 8330 din 26.11.2004 eliberat de AM al RM), unguent de culoare albă cu nuanță albuie și miros specific;
- BioR—soluție (certificat de înregistrare Nr. 6839 din 22.10.2003 eliberat de agenția medicală AM al RM), lichid 0,5% de culoare galbenă, cu miros caracteristic;
- BioR-capsule (certificat de înregistrare Nr. 8966 din 15.06.2005, eliberat de AM al RM),

capsule 0,005g, cu căpăcele emisferice, culoarea capsulei și căpăcelului albă sau corp verde deschis și capac închis. Conținutul capsulei -granule de culoare albă, practic fără miros, higroscopic.

Preparatul BioR și formele medicamentoase sunt produse la firma „Ficotechfarm,, SRL, or. Chișinău, str. Miorița 3/5.

Proprietățile farmacologice ale preparatului BioR sunt susținute de un complex de principii bioactive: aminoacizi și oligopeptide imunoactive, produși intermediari ai metabolismului glucidic și lipidic, macro- și microelemente esențiale. Astfel, BioR posedă acțiune trofică-cicatrizantă și de regenerare a țesuturilor. Efectul citoprotector al preparatului este datorat acțiunii lui de stabilizare a membranelor celulare și lizosomale, prin componentele imunoactive și antioxidante ale acestuia: aminoacizi, oligopeptide și microelemente Mn, Fe, Zn, Cu, Se, Cr, Ca, etc., preparatul influențează pozitiv asupra imunității celulare și humorale.

Investigațiile clinice ale preparatelor BioR-gel, LevoBioR-unguent, BioR-loțiune, BioR-capsule asupra afecțiunilor inflamatorii a regiunii maxilo-faciale au fost efectuate la catedra OMF pediatrică, Pedodontie și Ortodontie a USMF „N. Testemițanu,, în secția de chirurgie maxilo-facială a spitalului Clinic Republican pentru Copii „E. Coțaga,,.

Eficacitatea clinică a tratamentului cu BioR-gel, LevoBioR-unguent, BioR-loțiune, BioR-capsule a fost apreciată pe baza explorărilor și tratamentului clinic a 158 pacienți (lotul de studiu) și 34 pacienți (lotul de referință) cu vârste cuprinse între 11 luni și 16 ani. S-a diagnosticat periostită acută seroasă, purulentă-10 pacienți; osteomielită acută odontogenă asociată cu flegmoane- 14; furuncul și carbuncul -18; adenită acută seroasă și purulentă -20; adenoabcese și adeno-flegmoane -33 pacienți, leziuni ale țesuturilor moi și maxilarelor -11, sialodente acute(parotidite), cronice exacerbate -52.

Studiul clinic se referă la aprecierea simptoamelor de bază a afecțiunilor: valorile edemoției și infiltrației țesuturilor, eliminările purulente din plagă, a hiperemiei, durerilor în plagă și timpul dispariției lor, efectul cicatrizării plăgii precum și ameliorarea stării generale. Prin exploarări de laborator se apreciază modificările parvenite în organism ca rezultat a urmărilor afecțiunilor inflamatorii; radiografic se constată starea țesutului osos sau a modificărilor apărute.

Tratamentul a fost efectuat conform schemei prescrierii preparatului. Preparatele s-au administrat aplicativ prin salfete de tifon îmbibate cu BioR-gel,

LevoBioR -unguent în formă de prișnița timp de 8-12 ore în 3-6 ședințe. În lotul de referință au fost efectuate aplicații cu salfete îmbibate cu Sol. Dimexidi; paralel cu tratamentul local se includea și tratamentul general: antibiotice, antipirinic, hiposensibilizante conform gravității maladii.

În tratamentul parotiditelor cronice concomitent se administra BioR-capsule per os câte o capsulă o dată pe zi. După dispariția eliminărilor purulente din glandă se administra intraglandular prin duct BioR-gel 0,1% o dată pe zi timp de 3-5 zile, antibiotice nu se foloseau.

Clinic la pacienții cărora li s-a aplicat LevoBioR-unguent edemația și infiltrația țesuturilor, zilnic se micșora în mediu cu $1,25 \pm 0,103\text{cm} \times 1,46 \pm 0,094\text{cm}$. Aceiași tendință a fost apreciată și la pacienții tratați cu BioR-gel, însă rezultatul s-a realizat mai puțin pronunțat. (tab.)

Lotul de cercetare	Total	Valorile indicilor antiedemici, anti-inflamatorii $M \pm m$	p
Tratați cu Levo-BioR unguent	38	$1,25 \pm 0,103\text{cm} \times 1,46 \pm 0,094\text{cm}$	<0,001
Tratați cu BioR-gel	120	$0,97 \pm 0,022\text{cm} \times 1,04 \pm 0,025\text{cm}$	<0,001
Tratați cu Dimexidi	34	$0,48 \pm 0,027\text{cm} \times 0,55 \pm 0,034\text{cm}$	<0,001

Hiperemia țesuturilor, durerile în plagă dispăreau după 1-2 aplicații, iar eliminările de puroi — după 2-3 aplicații. Rezultatele studiului au relevat deasemenea că procesele regeneratorii în plagă la pacienții tratați cu preparatul LevoBioR-unguent, BioR-gel decurg mai rapid; volumul plăgilor se reducea cu 60-70% în 3 zile, iar la pacienții din lotul de referință numai cu 40%. Este necesar să menționăm că eficiența terapeutică la pacienții tratați cu preparatele LevoBioR-unguent, BioR-gel, BioR-loțiune, BioR-capsule a fost de 2-3 ori mai înaltă de cât la pacienții tratați cu remediile de rutină.

Concluzie

Utilizarea preparatelor LevoBioR-unguent, BioR-gel, BioR-loțiune, BioR-capsule, au demonstrat înalt efect antiedemic, antiinflamator, imun, precum și proprietăți regeneratorii sporite în tratamentul diverselor afecțiuni inflamatorii și traumatisme a regiunii maxilo-faciale: reduce durata de tratament de 2-3 ori. Aceasta justifică recomandarea lor spre aplicarea pe larg în tratamentul afecțiunilor inflamatorii a regiunii maxilo-faciale.

EVALUAREA RADIOGRAFICĂ A PIERDERII OSOASE PERIIMPLANTARE: STUDIU RETROSPECTIV DE LA 6 LUNI LA 6 ANI DE ÎNCĂRCARE FUNCȚIONALĂ

Rezumat

În baza imaginilor radiografice a fost efectuată analiza retrospectivă comparativă a resorbției osului periimplantar exprimate în mm. Lotul de studiu este reprezentat de implantele de stadiul I (cu încărcare funcțională imediată sau precoce), iar lotul martor — de implantele de stadiul II (cu încărcare funcțională convențională), pe o perioadă de la 0,5 până la 6 ani după încărcarea funcțională a lor. Concomitent, au fost luate în considerație parametrii implantelor, zona de implantare, poziția implantelor, maxilarele, conexiunea sau nu cu dinții naturali.

În studiu au fost incluși 131 de pacienți (41 bărbați, 90 femei) cu vârsta cuprinsă între 21 și 83 ani. Datele obținute în bază examinării a 2182 de situații implantare (601 implantate), reflectate în 604 OPG au fost prelucrate statistic.

Cuvinte cheie: resorbția osoasă, implantate de stadiul I, conexiunea dento-implantară.

Summary

RADIOGRAPHIC EVALUATIONS OF BONE LOSS: RETROSPECTIVE STUDY FROM 0.5 TO 6 YEARS OF FUNCTIONAL LOAD

A retroactive analysis of peri-implant bone loss measured in mm has been made in this study according to the radiograms. The study group is represented by 1 stage implants (with immediate or precocious functional loading), and the control group with 2 stage implants (with conventional functional loading), for a period from 0,5 up to 6 years after their functional loading. The parameters of implants, implantation zone, their position, jaws, the lack or presence of their connection with natural teeth have been also taken into consideration. The study was based on 131 patients (41 men and 90 women) aged between 21 and 83 years. The materials have been gathered on the basis of 604 panoramic radiographs studied statistically. The obtained results are based on 2182 examined implant cases which were made on 601 implants.

Keywords: bone-loss, one-stage implant, tooth-implant connection

Introducere

Restaurările protetice trebuie să fie realizate după osteointegrarea cu succes a implantelor, proces însoțit de o resorbție osoasă treptată, în timp, după includerea protezelor (și deci a implantelor) în funcție. Fiabilitatea obiectivă a restaurărilor protetice pe implantate se poate determina în baza a mai mulți factori printre care sunt: indicele de placă [20], indicele gingival [19], indicele de sângerare [19, 20], absența sau prezența pungilor periimplantare și adâncimea lor [23], absența sau prezența mobilității implantelor [26], etc.

Resorbția primară a osului periimplantar¹ [11] poate fi influențată în timp atât de factorii de risc generali și/sau locali: patologii sistemice, tabacism, farmacodependența, antecedentele stomatologice, etc. O mare însemnătate le au și: textura suprafeței implantului, abordarea chirurgicală, prezența inflamației în jurul implantului, etc. Pe de altă parte, resorbția secundară² [11] poate fi influențată de suprasolicitarea implantelor, neglijența igienei bucale, conexiunea implantelor cu dinții naturali.

1 Resorbția osului pe perioada de integrare a implantelor de stadiul II, până la încărcarea lor funcțională.

2 Resorbția osului pentru implantele de stadiul II după includerea lor în activitatea funcțională.

Aureliu Gumeniuc,
*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
OMF și Implantologie
Orală USMF „N.
Testemițanu”, ISMP
CSM Chișinău*

Valentin Topalo,
*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
OMF și Implantologie
Orală USMF „N.
Testemițanu”, CNȘP
Medicina de Urgență.*

În funcție de structură, deosebim implantate dintr-o bucată sau monolite, și din două bucăți sau demontabile [6, 8]. Toate implantatele monolite sunt considerate de stadiul I, iar toate implantatele de stadiul II sunt demontabile. Implantatele demontabile pot fi atât de stadiul I cât și de stadiul II. Apartenența implantatelor stadiului I sau II este dictată nu de structura lor (monolite sau demontabile), ci de prezența sau absența etapei chirurgicale secundă, diferența fiind în termenii de încărcare funcțională a lor: imediată — până la 1 săptămână, precoce — de la 1 săptămână până la 2 luni sau convențională — după 2 luni [13, 31].

Clasic este considerat firesc ca porțiunea coronară a implantului să fie izolată de mediul cavității bucale, minimizând astfel infectarea lor și sporind osteointegrarea. Simptoame cum ar fi: periimplantatele, mobilitatea implantatelor, resorbția osului au fost considerate să fie cauzate de expunerea implantului în cavitatea bucală. De reținut însă, că studiile recente au raportat nici o diferență esențială între tehnicile de chirurgie într-o sau două etape [9, 12, 29].

O importanță deosebită în succesul implantar are problema conexiunii implantatelor cu dinții naturali. Disputele teoretice au la bază diferențele de mobilitate între cele două tipuri de stâlpi și ca consecință comportamentul diferit sub acțiunea presiunilor ocluzale. Practic însă, după cum menționează unii savanți [4, 7, 33, 34] lucrurile stau altfel, astăzi existând posibilități de ștergere sau chiar dispariție a acestui conflict biomecanic.

Succesul la distanță a tratamentului implantar depinde de osteointegrare și aderența țesuturilor moi la suprafața colului implantului. Resorbția osului creștal periimplantar este unul din cei mai importanți indici pentru evaluarea gradului de supraviețuire a implantatelor. Pierderea acestuia la distanță, după includerea implantului în funcție este de o importanță majoră. Una dintre metodele de evaluare a succesului unui tratament implantar este metoda radiografică, în baza căreia poate fi măsurată înălțimea osului alveolar în jurul implantului. Studiile pe termen lung privitor problema abordată în funcție de sistemele de implantate (monolite, demontabile) și metoda chirurgicală (în una sau două etape), sunt rare, iar cele comparative ce țin de implantatele monolite de stadiul I cu încărcare funcțională imediată sau precoce — nu există.

Scopul studiului a fost analiza retrospectivă comparativă a resorbției osului periimplantar pentru implantatele de stadiul I și cele de stadiul II pe o perioadă de la 6 luni până la 6 ani după încărcarea funcțională a lor.

Material și metode

Subiectul observațiilor clinice au fost 131 de pacienți, dintre care 41 (31,3%) bărbați și 90 (68,7%) femei cu vârsta cuprinsă între 21 și 83 ani ($m=46,8\pm 8,63$). Pacienții au fost protezați în secția de protetică dentară a IMSP CSM Chișinău în colaborare cu secția chirurgie OMF a CNȘP Medicina de Urgență (ambele

instituții — baze clinice a USMF „Nicolae Testemițanu“), care s-au adresat se sine stătător sau au fost îndreptați pentru consultație și tratament implantologic de instituțiile medicale de profil stomatologic (de stat sau private). La faza finală a tratamentului implantologic toți pacienții au fost preîntâmpinați despre necesitatea monitorizării în timp a stării implantatelor dentare incluse în funcție. Persoanele incluse în studiu au fost selectați randomizat după adresabilitate (chemări pentru control periodic, responsabilitate personală, probleme curente apărute, prelungirea tratamentului implantar în alte sectoare maxilare, etc.), cu condiția prezenței radiografiilor panoramice (OPG) la etapele de studiu (la distanță).

În total, cele 252 de tipuri de edentații (la maxilar — 131 ($52,0\pm 3,15\%$), la mandibulă — 121 ($48,0\pm 3,15\%$); parțiale — 236 ($93,7\pm 1,54\%$): unidentare — 57 ($22,6\pm 2,64\%$), intercalate — 68 ($27,0\pm 2,80\%$), terminale — 110 ($43,7\pm 3,12\%$), subtotale — 19 ($7,5\pm 1,66\%$); totale — 16 ($6,3\pm 1,54\%$)) au fost au fost soluționate prin intermediul a 203 proteze dentare: proteze fixe — 188 ($92,6\pm 1,84\%$), mobilizabile — 4 ($2,0\pm 0,98\%$), hibride — 11 ($5,4\pm 1,59\%$). Toate protezele au fost ancorate pe 601 implantate endosoase tip șurub și 249 dinți vitali sau tratați endodontic. Protezele fixe conjuncte au fost reprezentate de restaurări metalice turnate și metaloceramice placate cu ceramică „Vita Omega“ (Vita) și fixate în cavitatea orală prin cimentare. Situațiile clinice în 5 cazuri au fost reprezentate de edentații totale bimaxilare. Maxilarele antagoniste la nivelul zonelor implantate în 98 situații au prezentat arcade dentare naturale, 87 — proteze fixe și 57 — proteze mobilizabile.

Implantatele monolite (CTI-ИОЛ, Rusia), aplicate într-o ședință chirurgicală, sunt concepute după modelul implantului șurub elaborat în Germania de **Ernst Bauer** în 1978. Corpul și bontul coronar fac o piesă comună unite printr-o zonă de flexie (col). Extremitatea bontului coronar are 4 muchii pentru cheia de inserare. Corpul implantatelor este conic, compresiv, autofiletant, cu șanț longitudinal. Implantatele sunt diametru de 4,0 mm cu lungimi de 10,0 mm ($n=73$), 13,0 mm ($n=255$) și 16,0 mm ($n=121$).

Implantatele demontabile aplicate sunt reprezentate de sistemele de implantate Alpha-Bio, ADIN și MIS (toate Israel). Luând în considerație că aceste sisteme de implantate nu se deosebesc principial, în continuare ele nu vor fi specificate. Corpul implantatelor este conic, compresiv, autofiletant, cu șanț longitudinal unic sau dublu și suprafață texturată — *SLA (Sand-blasted, Large grit, Acid-etched* — abreviată prin care este caracterizează textura suprafeței implantare: din engl. — sablare, rugozitate mare, gravaj acid. Conexiunea de tip hexagon intern. Implantatele utilizate aveau diametre de 3,3, 3,75, 4,2, și 5,0 mm cu lungimi de 8,0 ($n=7$), 10,0 ($n=35$), 11,5 ($n=46$), 13,0 ($n=48$) și 16,0 mm ($n=16$).

Majoritatea implantatelor au fost inserate transgingival, cu traumă minimală, fără decolarea lambourilor mucoperiostale (tehnica *flap-less implant surgery*),

în termeni tardivi (după formarea osului alveolar), dirijate sau nu de ghizi chirurgicali. La toate implantele a fost obținută o stabilitate primară satisfăcătoare, gradul de stabilitate ale cărora a fost apreciat cu ajutorul aparatului „Periotest - Siemens“ (Germania). Postoperator pe parcursul a 5-6 zile pacienților le-au fost prescrise un antibiotic osteotrop, preparate analgezice, băi a cavității bucale cu soluție hipertonică și antiseptice.

OPG ale tuturor pacienților s-au efectuat pre- și postimplantar, imediat după aplicarea suprastructurilor și la perioadele de control. Clișeele OPG au fost realizate la ortopantomografe de tip: „AVANTEX DC“, „Orthoralix 9200“ și „Panoral-Panoramic X-Ray“. În acest studiu obiectivele de analiză au fost OPG realizate imediat după aplicarea protezelor dentare și la perioadele de control, care condițional au fost distribuite pe perioade medii de studiu: 0,5 ani (4–8 luni), 1 an (9–17 luni), 2 ani (18–29 luni), 3 ani (30–41 luni), 4 ani (42–53 luni), 5 ani (54–65 luni), 6 ani (66–72 luni).

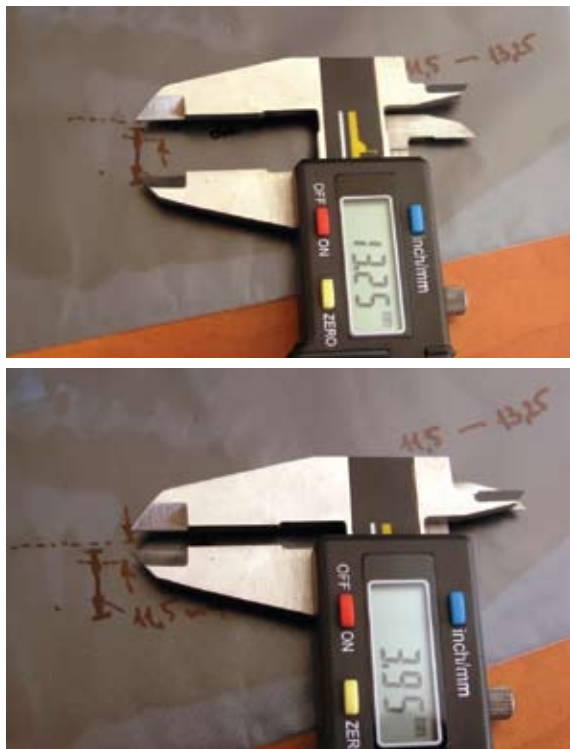


Figura 1

Colectarea primară a datelor de pe OPG cu șublerul digital



Figura 2

Prelucrarea imaginii OPG în programul COREL DRAW

Măsurările au fost efectuate (Certif. de inov. nr. 4856 din 10.05.2010, eliberat de USMF „N. Testemițanu“) cu ajutorul șublerului digital cu indicator numeric (fig. 1). Au fost apreciate: lungimea implantului (de la apex până la nivelul limitei coronare a corpului implantului — prima spirală pentru implantele de stadiul I sau a nivelului platformei implantului de stadiul II), resorbția osului periimplantar (distanța de la nivelul crestei alveolare periimplantare imediat post-implantare pentru implantele de stadiul I sau a nivelului osului alveolar pentru implantele de stadiul II și nivelul limită a contactului osos cu implantul), lungimea coroanei (distanța de limita ocluzală a suprastructurii până la nivelul crestei alveolare). Ca etalon pentru calcularea erorii radiografice OPG și evidența resorbției reale a osului periimplantar a fost luată lungimea reală a implantului indicată pe ambalajul de furnizare a firmei producătoare.

Exemplu de calcul (fig. 1):

Lungimea implantului pe OPG=13,25 mm.

Nivelul pierderii osoase pe OPG=3,95 mm.

Lungimea reală a implantului =

$$\frac{11,5\text{mm} \cdot 3,95\text{mm}}{13,25\text{mm}} = 3,43\text{mm} \text{ — valoarea reală de resorbție.}$$

Datele primare incluse în calcul au constituit mediile a trei măsurări consecutive. În total au fost prelucrate 604 OPG (tab. 1). Inițial, rezultatele finale au fost calculate în baza componentei *Excel* a suitei *Microsoft Office* cu aplicarea formulelor specifice de calcul. Mai apoi, colectarea datelor s-a efectuat cu utilizarea programului *CorelDRAW* (Certif. de inov. nr. 4855 din 10.05.2010, eliberat de USMF „N. Testemițanu“). Metoda constă în calcularea automată de către program a gradului de atrofie a osului periimplantar în baza imaginilor clișeele OPG obținute prin fotografiere digitală (fig. 2). Calculul operațional este primit la fel în baza etalonului — lungimea reală a implantului.

Analiza statistică a fost efectuată prin calcularea valorilor medii, deviației standard, erorii standard, testului *Student* și coeficientului de corelație *Pearson*. [32].

Rezultate

Rezultatele obținute au la bază examinarea a 2182 de situații implantare executate asupra 601 implante, ce constituie în mediu 3,6 situații la 1 implant (tab. 1).

Luând în considerație calcularea mediilor din trei măsurări pentru fiecare situație implantară examinată au fost efectuate 6546 de măsurări.

Distribuirea numărului de implante examinate în funcție de maxilare, stadiile implantelor și perioadele de studiu sunt redată în tabelul 2.

În funcție de caracteristicile implantelor, procedul chirurgical, termenii de încărcare funcțională implantele au fost distribuite în două loturi. Lotul I — de studiu (LS), este reprezentat de implantele de stadiul I — monolite și demontabile ($n=462$), care au fost incluse în funcție precoce. Lotul II — martor (LM), au constituit implantele de stadiul doi ($n=117$) — numai

Tabelul 1
Distribuirea situațiilor de examinare în funcție de perioadele de studiu

		Perioadele de studiu (ani)								Total
		Pre-protetică	0,5	1	2	3	4	5	6	
OPG	abs.	131	131	119	107	65	30	18	3	604
	%	21,7	21,7	19,7	17,7	10,8	5,0	3,0	0,5	100,0
Implante	abs.	601	601	562	509	310	129	63	8	2182
	%	27,5	27,5	25,8	23,3	14,2	5,9	2,9	0,4	100,0

Tabelul 2
Distribuirea numărului de implante examinate în funcție de maxilare, stadiile implantelor și perioadele de studiu

		Tip implant	Perioadele de studiu (ani)							total	
			0,5	1	2	3	4	5	6	abs.	%
Maxilar	Stadiul I	Monolite	209	203	182	117	50	31	3	795	36,4
		Demontabile	16	16	16	2	1	1	—	52	2,4
	Stadiul II	Demontabile	66	56	53	29	12	2	—	218	10,0
	Total la maxilar			291	275	251	148	63	34	3	1065
Mandib.	Stadiul I	Monolite	240	217	197	127	56	28	5	870	39,9
		Demontabile	5	5	5	1	1	1	-	18	0,8
	Stadiul II	Demontabile	65	65	56	34	9	—	—	229	10,5
	Total la mandibulă			310	287	258	162	66	29	5	1117
Total	Stadiul I	Monolite	449	420	379	244	106	59	8	1665	76,3
		Demontabile	21	21	21	3	2	2	—	70	3,2
	Stadiul II	Demontabile	131	121	109	63	21	2	—	447	20,5
	TOTAL			601	562	509	310	129	63	8	2182

Tabelul 3
Distribuirea implantelor (n=601) și situațiilor examinate (n=2182) pe perioadele de studiu în funcție de loturile de cercetare și maxilare

		Perioadele de studiu (ani)							TOTAL
		0,5	1	2	3	4	5	6	
Maxilar	LS-A	203	197	176	107	50	31	3	767
	LM-B	19	19	19	12	1	1	0	71
	LS-A	21	21	21	12	6	2	0	83
	LM-B	41	31	28	17	6	0	0	123
	Combinări	7	7	7	0	0	0	0	21
	Total	291	275	251	148	63	34	3	1065
	Total în studiu	284	268	244	148	63	34	3	1044
Mandibulă	LS-A	164	153	145	92	43	23	5	625
	LM-B	76	64	53	35	14	6	0	248
	LS-A	8	8	8	3	3	0	0	30
	LM-B	47	47	41	28	6	0	0	169
	Combinări	15	15	11	4	0	0	0	45
	Total	310	287	258	162	66	29	5	1117
	Total în studiu	295	272	247	158	66	29	5	1072
TOTAL		601	562	509	310	129	63	8	2182
TOTAL ÎN STUDIU		579	540	491	306	129	63	8	2116

Tabelul 4
Dinamica gradului de resorbție osoasă periimplantară (mm) cu totaluri la 3 ani consecutivi

		LOTUL DE STUDIU (LS)				LOTUL MARTOR (LM)				
		LS-A		LS-B		LM-A		LM-B		
		general	real	general	real	general	real	general	real	
Perioadele de studiu (ani)	0,5	$n_{\text{examinări}}$	367	114	95	11	29	1	88	3
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,32±0,02	0,99±0,04	0,10±0,02	0,85±0,07	0,03±0,01	0,89±0,00	0,03±0,01	0,96±0,25
		$m^{\text{pas}} \pm ES_m$	0,32±0,02	0,99±0,04	0,10±0,02	0,85±0,07	0,03±0,01	0,89±0,00	0,03±0,01	0,96±0,25
	1	$n_{\text{examinări}}$	350	111	83	11	29	1	78	3
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,51±0,04	1,61±0,05	0,19±0,04	1,47±0,12	0,05±0,02	1,53±0,00	0,06±0,01	1,65±0,44
			<i>reală</i> = 1,59±0,02 <i>max</i> =4,27 <i>min</i> =0,55				<i>reală</i> = 1,62±0,05 <i>max</i> =2,18 <i>min</i> =0,72			
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,20±0,02	0,68±0,02	0,08±0,02	0,61±0,05	0,02±0,01	0,64±0,00	0,03±0,01	0,69±0,19
	2	$n_{\text{examinări}}$	321	102	72	8	29	1	69	2
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,61±0,05	1,93±0,07	0,18±0,04	1,63±0,20	0,06±0,02	1,80±0,00	0,05±0,01	1,71±0,86
			<i>reală</i> = 1,91±0,07 <i>max</i> =5,70 <i>min</i> =0,63				<i>reală</i> = 1,70±0,61 <i>max</i> =2,57 <i>min</i> =0,26			
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,10±0,01	0,32±0,02	0,03±0,01	0,24±0,04	0,01±0,00	0,27±0,00	0,01±0,00	0,26±0,13
	3	$n_{\text{examinări}}$	199	81	47	7	15	1	45	2
$m^{\text{abs}} \pm ES_m$		0,80±0,07	1,97±0,07	0,27±0,07	1,78±0,26	0,14±0,07	2,07±0,00	0,09±0,03	1,96±0,99	
		<i>reală</i> = 1,96±0,06 <i>max</i> =4,66 <i>min</i> =0,68				<i>reală</i> = 1,96±0,70 <i>max</i> =2,95 <i>min</i> =0,99				
$m^{\text{abs}} \pm ES_m$		0,09±0,01	0,21±0,01	0,03±0,01	0,19±0,03	0,02±0,01	0,26±0,00	0,01±0,00	0,25±0,13	
Totaluri la 3 ani	$n_{\text{examinări}}$	1237	408	297	37	102	4	280	10	
		$\Sigma_{\text{general}} = 1534 \Sigma_{\text{real}} = 445$				$\Sigma_{\text{general}} = 382 \Sigma_{\text{real}} = 14$				
	real/gen.	32,98%		12,46%		3,92%		3,57%		
		$\Sigma_{\text{real}}/\Sigma_{\text{general}} = 29,01\%$				$\Sigma_{\text{real}}/\Sigma_{\text{general}} = 3,66\%$				
	$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,53±0,03	1,59±0,04	0,17±0,03	1,38±0,11	0,06±0,03	1,57±0,29	0,05±0,02	1,52±0,29	
		<i>generală</i> = 0,46±0,02 <i>reală</i> = 1,57±0,83				<i>generală</i> = 0,06±0,02 <i>reală</i> = 1,53±0,75				
$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,19±0,01	1,58±0,02	0,07±0,01	0,52±0,06	0,02±0,01	0,52±0,17	0,02±0,01	0,60±0,14		

demontabile incluse tradițional în funcție după perioade de integrare a lor. Nu au intrat nici într-un lot 22 de implante, care în funcție de procedeele chirurgicale și termenii de încărcare funcțională ale lor au fost excluse din studiu pe motivul combinării lor în componența unei lucrări conjuncte. Ambele loturi, în funcție de tipul de ancorare, au fost împărțite în a câte două subgrupe — A (cu conexiune dento-implantară — LS-A, LM-A) și B (cu ancorare pur implantară — LS-B, LM-B) (tab. 3).

Datele statistice obținute ale evaluării resorbției în dinamică a osului periimplantar, pe lângă apartenența implantelor dentare față de loturile și subgrupele de studiu, au fost condițional repartizate după următoarele criterii: calcularea mediei resorbției osoase pentru toate implantele incluse în studiu — general (fără resorbție periimplantară sumate cu cele cu resorbție) și calcularea mediei resorbției osoase numai a implantelor la care a fost constatată resorbția periimplantară (real).

În urma investigațiilor efectuate s-a constatat, că pentru LS ponderea implantelor cu resorbție osoasă periimplantară (real) față de numărul total de implante (general) din lot este de — 27,05±2,07%, pe când în LM — 3,45±1,68%, atestând o diferență statistic semnificativă ($p < 0,001$).

Analiza datelor în interiorul LS denotă la fel o cotă elevată de resorbție osoasă pentru implantele cu conexiune dento-implantară 31,06±2,42% față de implantele cu ancorare pur-implantară — 11,58±3,13%, diferența statistic semnificativă ($p < 0,001$). În LM această proporție comparativă între LM-A — 3,45±3,24% și LM-B — 3,41±1,66% este statistic nesemnificativă ($p > 0,05$).

Pe motivul lipsei datelor pentru LM-A-real și LM-B-real pentru anii 4, 5 și 6 (tab. 5), prezintă interes și datele analizei statistice a loturilor de examinare obținute până la 3 ani de studiu — 0,5, 1, 2 și 3 ani (tab. 4). Valoarea medie absolută de resorbție a osului periim-

Tabelul 5

Dinamica gradului de resorbție osoasă periimplantară (mm) în anii următori cu totaluri generale pe 6 ani de studiu

		LOTUL DE STUDIU (LS)				LOTUL MARTOR (LM)				
		LS-A		LS-B		LM-A		LM-B		
		general	real	general	real	general	real	general	real	
Perioadele de studiu (ani)	4	$n_{\text{examinări}}$	93	37	15	3	9	0	12	0
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,72±0,09	1,81±0,08	0,31±0,13	1,57±0,65	0,00±0,00	-	0,00±0,00	-
		<i>reală</i> = 1,79±0,08 <i>max</i> =3,26 <i>min</i> =0,73				-				
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,05±0,01	0,12±0,01	0,02±0,01	0,10±0,04	0,00±0,00	-	0,00±0,00	-
	<i>reală</i> = 0,12±0,01 <i>max</i> =0,22 <i>min</i> =0,05				-					
	5	$n_{\text{examinări}}$	54	27	7	3	2	0	0	0
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,96±0,13	1,92±0,09	0,69±0,32	1,60±0,66	0,00±0,00	-	-	-
		<i>reală</i> = 1,89±0,09 <i>max</i> =3,33 <i>min</i> =0,84				-				
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,02±0,00	0,04±0,00	0,01±0,01	0,03±0,01	0,00±0,00	-	-	-
	<i>reală</i> = 0,04±0,00 <i>max</i> =0,07 <i>min</i> =0,02				-					
	6	$n_{\text{examinări}}$	8	3	0	0	0	0	0	0
		$m^{\text{abs}} \pm ES_m$	0,66±0,31	1,75±0,22	-	-	-	-	-	-
$m^{\text{abs}} \pm ES_m$		0,01±0,01	0,00±0,00	-	-	-	-	-	-	
Total $n_{\text{examinări}}$		155	67	29	6	11	0	12	0	
TOTAL IM-PLANTE		579								
		462				117				
		367	114	95	11	29	1	88	3	
		$\Sigma_{\text{general}} = 462 \Sigma_{\text{real}} = 125$				$\Sigma_{\text{general}} = 117 \Sigma_{\text{real}} = 4$				
$\Sigma_{\text{real}} / \Sigma_{\text{general}}$		31,06%		11,58%		3,45%		3,41%		
		27,05%				3,42%				
		22,28%								
TOTAL $n_{\text{examinări}}$		1392	475	319	43	113	4	292	10	
RAPORT GENERAL		34,12%		13,48%		3,54%		3,42%		

plantar pentru implantele din LS-general (0,46±0,02) este semnificativ mai mare față de indicele similar din LM-general (0,06±0,02). Pentru subgrupa de resorbție valoarea medie absolută a atrofiei osoase în LS (1,57±0,83) este nesemnificativ, dar totuși, mai mare față de cel din LM (1,53±0,75).

Prezintă interes și analiza statistică la 3 ani a datelor comparative între categoriile generale și reale de pierdere osoasă din subgrupele loturilor în funcție de tipul de ancorare a protezelor. Pentru categoriile generale este observată o diferență statistic semnificativă ($p < 0,001$) atât pentru subgrupele cu ancorare dento-implantară: LS-A-gen — 0,53±0,03 (1237 măsurări), vs LM-A-gen — 0,06±0,03 (102 măsurări), cât și pentru cele cu ancorare pur implantară: LS-B-gen — 0,17±0,03 (297 măsurări), vs LM-B-gen — 0,05±0,02 (280 măsurări). Pentru categoriile subgrupelor reale compararea mediilor absolute la 3 ani au arătat o diferență statistic nesemnificativă ($p > 0,05$): pentru conexiunile dento-implantare mediile fiind comparabile între ele — LS-A-real — 1,59±0,04 (408

măsurări), vs LM-A-real — 1,57±0,29 (4 măsurări), iar pentru ancorările pur-implantare — LS-B-real — 1,38±0,11 (37 măsurări), fiind mai mică față de LS-A-real — 1,52±0,29 (10 măsurări). Aceeași diferență statistic nesemnificativă ($p > 0,05$) la al 3-lea an a fost obținută și la compararea mediilor subgrupelor reale din LS — 1,96±0,06 (88 măsurări), vs LM- 1,96±0,70 (3 măsurări). Analiza comparativă după aceleași criterii pentru mediile pasului consecutiv de resorbție a demonstrat în toate cazurile o semnificație statistică puternică — $p < 0,001$.

În 1986 **Albrektsson T. et al.** [3] au propus un standard recunoscut ca acceptabil ce ține de succesul implantologic, care presupune o pierdere osoasă de până la 1,0-1,5 mm în primul an după includerea implantului în funcție și până la 0,2 mm pentru fiecare an următor (pentru implantele de stadiul doi). Alte studii au descris modificări osoase periimplantare în al doilea an cu o medie aproximativă de 0,1 mm [2, 18, 30]. Studii cu privire la evaluarea pierderii osoase pe termen lung trebuie să indice dacă atrofia periim-

plantară continuă și în ce măsură și în anii următori [15].

În acest sens, analiza datelor din tabel obținute în baza matricelor primare și a imaginilor grafice (fig. 3, 4) a grupurilor cu resorbție periimplantară denotă o pierdere elevată de substanță osoasă în primul an de funcționare — $m^{abs}=1,63\pm 0,02$ mm. Pentru LS-A-real — $m^{abs}=1,61\pm 0,05$ mm, $max=4,27$ mm, $min=0,55$ mm cu un nivel maxim al pasului de resorbție la jumătate de an ($m^{pas}=0,99\pm 0,04$ mm, $max=3,51$ mm, $min=0,32$ mm). Pentru LS-B-real — $m^{abs}=1,47\pm 0,12$ mm, $max=2,22$ mm, $min=0,63$ mm cu un nivel maxim al pasului de resorbție la jumătate de an ($m^{pas}=0,85\pm 0,07$ mm, $max=1,29$ mm, $min=0,36$ mm). Pentru LM-A-real — $m^{abs}=1,53\pm 0,00$ mm, $max, min=1,53$ mm cu un nivel maxim al pasului de resorbție la jumătate de an ($m^{pas}=0,89\pm 0,00$ mm, $max, min=0,89$ mm); prezența unicului caz de studiu în lot dictează corespunderea valorilor maxime și minime identice valorilor medii. Pentru LM-B-real — $m^{abs}=1,65\pm 0,44$ mm, $max=0,91$ mm, $min=0,28$ mm cu un nivel maxim al pasului de resorbție la jumătate de an ($m^{pas}=0,96\pm 0,25$ mm, $max=1,26$ mm, $min=0,43$ mm). Cifrele obținute în baza studiului sunt comparabile cu cele legate de standardele acceptate în implantologie pentru implantele de stadiul II. Ele sunt lămurite de maturarea osoasă după inserarea implantului și adaptarea osului pentru a rezista forțelor funcționale [1, 27]. De menționat — datele prezentate au atitudine numai implantelor cu schimbări periimplantare și nicidecum datelor generale care sunt mult inferioare atât mediilor menționate mai sus, cât și față de standardele acceptate în implantologie (la 1 an de încărcare funcțională pentru: LS-A-general $m^{abs}=0,51\pm 0,04$ mm, $m^{pas}=0,20\pm 0,02$ mm, LS-B-general $m^{abs}=0,19\pm 0,04$ mm, $m^{pas}=0,08\pm 0,02$ mm, LM-A-general $m^{abs}=0,05\pm 0,02$ mm, $m^{pas}=0,02\pm 0,01$ mm, LM-B-general $m^{abs}=0,06\pm 0,01$ mm, $m^{pas}=0,03\pm 0,01$ mm).

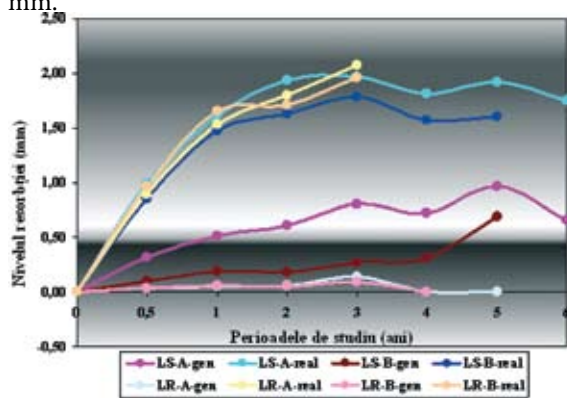


Figura 3

Dinamica valorilor absolute a resorbției osoase periimplantare în funcție de perioadele și loturile de studiu

Pe parcurs, se observă o creștere de pierdere osoasă pentru grupul real în al doilea an de funcționare: pentru LS-real — $m^{abs}=1,91\pm 0,07$ mm ($max=5,70$ mm, $min=0,63$ mm), $m^{pas}=0,32\pm 0,02$ mm ($max=1,43$ mm, $min=0,06$ mm); pentru LM-real — $m^{abs}=1,70\pm 0,61$

mm ($max=2,57$ mm, $min=0,86$ mm), $m^{pas}=0,26\pm 0,09$ mm ($max=0,39$ mm, $min=0,13$ mm); cu o tendință de stabilizare pentru anii ulteriori, la anul 3 având valori medii de $1,97\pm 0,02$ mm. Pentru LS-real — $m^{abs}=1,96\pm 0,06$ mm ($max=4,66$ mm, $min=0,68$ mm), $m^{pas}=0,21\pm 0,01$ mm ($max=0,58$ mm, $min=0,05$ mm); pentru LM-real — $m^{abs}=1,96\pm 0,70$ mm ($max=2,95$ mm, $min=0,99$ mm), $m^{pas}=0,26\pm 0,09$ mm ($max=0,38$ mm, $min=0,13$ mm).

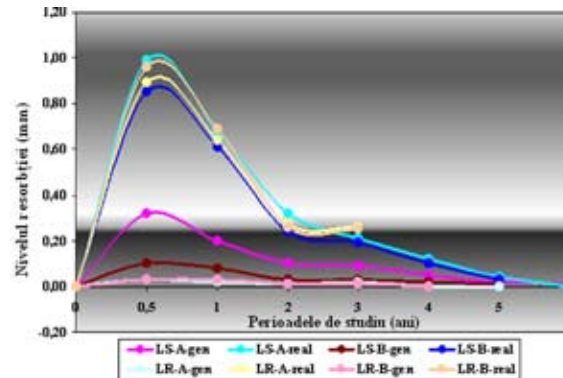


Figura 4

Pasul anual consecutiv de resorbție osoasă periimplantară în funcție de perioadele și loturile de studiu

Pentru anii următori — 4, 5, 6 ani (tab. 5) datele pot fi luate în considerație numai în LS pe motivul lipsei observațiilor atât generale cât și a celor cu resorbție osoasă în LM. La 4 ani, pentru LS, în ambele subdiviziuni cu resorbție periimplantară pasul anual de resorbție scade: $m^{abs}=1,79\pm 0,08$ mm ($max=3,26$ mm, $min=0,73$ mm), $m^{pas}=0,12\pm 0,01$ mm ($max=0,22$ mm, $min=0,05$ mm); la 5 ani $m^{abs}=1,89\pm 0,09$ mm, ($max=3,33$ mm, $min=0,84$ mm), $m^{pas}=0,04\pm 0,00$ mm ($max=0,07$ mm, $min=0,02$ mm). Observațiile de pierdere osoasă la al 6-lea an de încărcare funcțională sunt prezente numai în LS-A ($n=8$). Lipsa cazurilor de observație atât în LS-B cât și în LM nu permit efectuarea unor analize statistice comparative.

Decalajul diferenței elevate de resorbție osoasă pentru implantele cu conexiune dento-implantară în interiorul LS față de implantele cu ancorare pur-implantară a indus necesitatea studierii corelațiilor între gradul de pierdere osoasă *vis-à-vis* de așa factori cum ar fi: poziția implantelor în restaurarea protetică conjunctă, lungimea implantelor, zona de implantare pe maxilare și maxilare propriu-zis (tab. 6-9). Mediile a 358 de măsurări asupra implantelor cu pierdere osoasă periimplantară (LS-A-real) au fost analizate la o distanță de 5 ani consecutivi, cu calcularea mediei pentru toți 5 ani.

Astfel, privitor poziției implantelor în restaurarea protetică (tab. 6) avantaje le au cele meziale ($m^{abs}=1,69\pm 0,12$ mm) și intermediare ($m^{abs}=1,72\pm 0,06$ mm) vs pozițiilor distale ale implantelor cu $m^{abs}=1,90\pm 0,06$ mm ($n=212$).

Aceste date sunt comparabile cu cele obținute referitor zonelor de implantare (tab. 7). Dezvoltarea presiunilor masticatorii mai pronunțate la nivelul molarilor — poziții mai des distale ale implantelor, ca-

Tabelul 6
Dinamica gradului de resorbție osoasă pentru implantele din LS-A-real în funcție de poziția lor în restaurarea protetică

			Perioadele de studiu					la 5 ani	
			1	2	3	4	5	$m^{abs} \pm ES_m$	$c/i \pm ES_m$
Poziția în restaurare	M ¹	<i>n</i>	10	10	6	3	3	32	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,49±0,18	1,85±0,24	1,78±0,17	1,64±0,08	1,68±0,09	1,69±0,12	0,61±0,03
	I ²	<i>n</i>	34	30	25	14	11	114	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,46±0,07	1,73±0,07	1,93±0,11	1,86±0,14	1,93±0,18	1,72±0,06	0,74±0,01
	D ³	<i>n</i>	67	62	50	20	13	212	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,70±0,08	2,03±0,10	2,02±0,09	1,79±0,12	1,98±0,12	1,90±0,06	0,70±0,01
<i>p</i>	M-I		*4	*	*	*	*	****5	
	M-D		*	*	*	*	*	***6	
	I-D		**7	**	*	*	*	***	

Tabelul 7
Dinamica gradului de resorbție osoasă pentru implantele din LS-A-real în funcție de zona de implantare

			Perioadele de studiu					la 5 ani	
			1	2	3	4	5	$m^{abs} \pm ES_m$	$c/i \pm ES_m$
Zona de implantare	IC ⁸	<i>n</i>	12	12	10	3	3	40	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,98±0,23	2,41±1,31	2,05±0,12	2,54±0,35	2,59±0,35	2,21±1,16	0,73±0,02
	P ⁹	<i>n</i>	38	35	29	15	11	128	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,46±0,08	1,72±0,09	1,91±0,11	1,68±0,11	1,66±0,11	1,67±0,06	0,67±0,01
	M ¹⁰	<i>n</i>	61	55	42	19	13	190	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,62±0,07	1,96±0,10	1,99±0,10	1,79±0,12	1,99±0,14	1,84±0,06	0,72±0,01
<i>p</i>	IC-P		**	**	*	**	**	***	***
	IC-M		*	*	*	**	*	**	*
	P-M		*	*	*	*	*	*	****

uzează o pierdere osoasă mai avansată la acest nivel ($n=190$, $m^{abs}=1,84 \pm 0,06$ mm) față de zona premolară ($n=128$, $m^{abs}=1,67 \pm 0,06$ mm). Pozițiile meziale și intermediare ale implantelor sunt caracteristice edentațiilor premolare și zonei frontale. Indicii elevați de resorbție pentru sectoarele incisivilor și caninilor ($n=40$, $m^{abs}=2,21 \pm 1,16$ mm), probabil, sunt rezultante ale unghiului mărit de inserare a implantelor și ca consecință direcționarea tangențială (nocivă) a forțelor funcționale față de axa longitudinală a implantelor.

Lungimile implantelor în studiul de față (tab. 8) au fost corelate cu: valoarea medie absolută a gradului de pierdere osoasă, indicele procentual al gradului de resorbție raportat la lungimea implantului și raportul coroană/implant (*c/i*). La prima vedere, rezultatele

obținute ($r_{xy}=0,999$) au fost absolut contrare așteptărilor — gradul de resorbție periimplantară denotă o corelație directă foarte puternică în raport cu lungimea implantului, adică cu cât implantul este mai lung cu atât valorile absolute de pierdere osoasă sunt mai mari (pentru 10,0 mm: $n=49$, $m^{abs}=1,63 \pm 0,08$ mm; pentru 13,0 mm: $n=244$, $m^{abs}=1,82 \pm 0,05$ mm; pentru 16,0 mm $n=65$, $m^{abs}=1,99 \pm 0,11$ mm). Concluzia logică ar urma că, pentru o diminuare a resorbției osoasă periimplantare, după includerea protezelor în funcție — factor primordial al succesului implantologic, în cazul conexiunilor dento-implantare să oferim preferința inserării implantelor cu lungimi mai mici, indiferent de oferta osoasă. Analiza mai aprofundată a datelor privitor fiabilității protezelor implanto-purtate și supraviețuirii implantelor în timp a impus căutarea altor pârghii de studiu, rezultatele căror au demonstrat totuși prioritățile utilizării implantelor de lungimi mai mari corespunzătoare ofertei osoase a sectorului interesat. Conform Lavstedt S. *et al.* [17] în cazul în care este prezentă o pierdere osoasă de mai mult de o jumătate din lungimea implantului, el este considerat a fi eșuat. Această paradigmă are aplicabilitate pentru diferite lungimi ale implantelor. Ca de exemplu:

- 1 Mezială
- 2 Intermediară
- 3 Distală
- 4 $p > 0,05$
- 5 $p < 0,001$
- 6 $p < 0,01$
- 7 $p < 0,05$
- 8 Zona incisivo-canină
- 9 Zona premolară
- 10 Zona molară

Tabelul 8

Dinamica gradului de resorbție osoasă pentru implantele din LS-A-real în funcție de lungimea implantelor (mm)

			Perioadele de studiu					la 5 ani	
			1	2	3	4	5	$m^{abs} \pm ES_m$	$c/i \pm ES_m$
Lungimea implantelor	10	<i>n</i>	18	16	10	4	1	49	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,42±0,08	1,76±0,11	1,76±0,16	1,64±0,27	2,19±0,00	1,63±0,08	0,88±0,02
	13	<i>n</i>	76	70	58	23	17	244	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,59±0,07	1,90±0,08	2,00±0,08	1,81±0,12	1,89±0,13	1,82±0,05	0,70±0,01
	16	<i>n</i>	17	16	13	10	9	65	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,87±0,17	2,22±0,23	2,00±0,15	1,87±0,12	1,96±0,12	1,99±0,11	0,60±0,02
<i>p</i>	10-13		*	*	*	*	**	**	****
	10-16		**	*	*	*	*	**	****
	13-16		*	*	*	*	*	*	****

Tabelul 9

Dinamica gradului de resorbție osoasă pentru implantele din LS-A-real în funcție de maxilare

			Perioadele de studiu					la 5 ani	
			1	2	3	4	5	$m^{abs} \pm ES_m$	$c/i \pm ES_m$
Maxilare	Maxi-lar	<i>n</i>	44	39	35	15	13	146	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,64±0,09	1,97±0,11	1,98±0,09	2,00±0,15	2,01±0,15	1,88±0,07	0,66±0,01
	Man-dibul	<i>n</i>	67	63	46	22	14	212	
		$m^{abs} \pm ES_m$	1,58±0,07	1,90±0,09	1,96±0,10	1,67±0,10	1,85±0,12	1,79±0,05	0,73±0,01
<i>p</i>	Maxilar-Mandibul		*	*	*	*	*	*	****
General	<i>n</i>		111	102	81	37	27	358	
	$m^{abs} \pm ES_m$		1,61±0,05	1,93±0,07	1,97±0,07	1,81±0,08	1,92±0,09	1,82±0,04	0,70±0,01

un implant de 10,0 mm cu o pierdere osoasă de 5,0 mm (50,0% din lungime) este considerat cedat, fapt ce nu se referă pentru implantele de 13,0 mm (38,46% din lungime) și 16,0 mm (31,25% din lungime), care chiar la așa un nivel de resorbție periimplantară sunt considerate supraviețuite. În așa mod, bazându-ne pe mediile de pierdere osoasă la 5 ani raportate la lungimile implantelor obținem: pentru 10 mm — 16,3%, pentru 13 mm — 14,0% și pentru 16 mm — 12,44% cu un coeficient de corelație $r_{xy} = -0,994$.

Compararea categoriilor de studii Analiza statistică a rezultatelor obținute în acest studiu a demonstrat o corelație inversă foarte puternică al gradului de resorbție raportat la lungimea implantului ($r_{xy} = -0,994$) — 16,3% pentru implantele de 10,0 mm, 14,0% pentru cele de 13,0 mm și 12,44% pentru implantele de 16,0 mm. Astfel, unei lungimi mai mari a implantului corespunde un indiciu procentual de pierdere osoasă mai mic. Aceeași corelație inversă puternică ($r_{xy} = -0,987$), a fost obținută și între masivele raportului coroană/implant față de lungimea implantului, fapt cauzat de o justificare logică — în cazul unei atrofii osoase apare necesitate de aplicare a implantelor cu lungimi mai mici, iar pentru restabilirea DVO și corespunzător a planului de ocluzie a elementelor de agregare de dimensiuni mai mari.

Prezența la maxilar a osului cu densități mai joase (tab. 9) dictează și un grad de resorbție osoasă mai elevat ($n=146$, $m^{abs}=1,88 \pm 0,07$ mm) față de mandibulă ($n=212$, $m^{abs}=1,79 \pm 0,05$ mm).

Rezultate și discuții.

Sunt cunoscuți mai mulți factori ce influențează răspunsul osos față de implantele dentare, printre care ar fi: materialul de confecționare a implantului, textura suprafeței implantului, locul de amplasare, zona anatomică, modalitatea chirurgicală, tratamentul protetic, etc. [9, 12, 19, 20, 23, 26, 29]. Conform datelor literaturii în domeniul dat, într-o măsură mai avansată este observată resorbția osului în zonele posterioare ale maxilarelor. Bazați pe un studiu pe termen de 9 ani, pentru protezele fixe, **LA. Johansson** și **A. Ekfeldt** [16] au raportat o pierdere a osului marginal periimplantar, în primul an după includerea implantului în funcție de 0,4 mm și până la 0,1 mm consecutiv pentru anii următori. O observație pe parcursul a 3 ani de studiu pentru unitățile fixe conjuncte ancorate pe implante și dinți, realizat de **G. Cardaropoli et al.** [10] a demonstrat că pierderea de masă osoasă periimplantară a fost de 0,5 mm fiind mai mare decât la nivelul dinților. Diferențe de modificări osoase în zonele proximale între implant și dinții vecini nu s-au

înregistrat. Pierderea osoasă periimplantară în cazurile restaurărilor edentațiilor terminale pot fi cauzate de anumiți factori, printre care ar fi localizarea posterioară a stâlpilor implantari (apropierea nivelului mușchilor mobilizatori ai mandibulei), care în combinație cu lipsa propriocepției la nivelul implantelor pot duce la resorbția osoasă imprevizibile în acest sens. În baza evaluării clinice și radiografice a zonelor molare și premolare implantate, **G. Tawil et al.** [25] au raportat o pierdere a masei osoase de 0,7 mm în primul an și 0,81 mm la trei ani. Studiul lor a demonstrat că nu există nici o diferență semnificativă între implantele de diametre mari (5,0 mm) și standarde (3,75 mm). Având în vedere această constatare nu s-au efectuat studii separate pentru diametrele de 3,5 și 4,5 mm. Observațiile lui **P. Waren et al.** [28], pe o perioadă între 3 și 36 luni din momentul aplicării implantului, denotă resorbția osului creșterea în regiunile posterioare ale arcadei alveolare cu variații de la 0,0 la 2,1 mm. Un studiu radiografic la distanță a restaurărilor fixe dento-implanto-purtate efectuat de **I. Naert et al.** [22] a arătat că pierderea de masă osoasă estimată pentru primele 6 luni a fost de 0,31 mm pe an și a fost mai mare pentru maxilar decât pentru mandibulă. Vârsta și sexul nu au influențat schimbările la nivelul osului. **C. Hardt et al.** [14] a constatat, în rezultatul unui studiu pe o perioadă de 5 ani, o resorbție de 1,7 mm în segmentul posterior al maxilarului pentru pacienții fără parodontopatii și 2,2 mm pentru pacienții cu afecțiuni parodontale. În rezultatele unui studiu, având la bază examinarea implantelor Bränemark, de 4-5 ani asupra restaurărilor parțiale fixe cu sprijin implantar și dento-implantar, **U. Bragger et al.** [5] a observat condiții clinice favorabile pentru conexiunile dento-implantare. **I. Naert, J. Duyck et al.** au concluzionat că există un impact pozitiv în relația dintre lungimea bontului protetic și nivelul osului marginal. Cu toate acestea, studiul lor a arătat că pierderea de masă osoasă nu a depășit niciodată 2,2 mm, chiar și după 15 ani de funcționare [21]. Conform altui studiu asupra implantelor Bränemark instalate la mandibulă și acoperite cu proteze parțiale fixe, **Roos J., Sennerby L. și Albrektsson T.** au raportat o pierdere osoasă medie de 0,9 mm după 10 ani și 1,2 mm după 15 ani de utilizarea acestor proteze dentare [24].

Diferențele dintre rezultatele clinice și radiografice elucidate în studiile diverșilor autori precum și analiza datelor comparative între grupele studiului prezent par să sublinieze complex natura pierderii osoase periimplantare de etiologii diferite.

Concluzii.

În baza datelor acumulate și prelucrate statistic putem determina următoarele concluzii:

- Pierderea de os alveolar în jurul implantelor de stadiul I ($m \pm ES_m = 1,57 \pm 0,83$ mm) pe o durată de 3 ani nu este statistic diferită față de implantele de stadiul II ($m \pm ES_m = 1,53 \pm 0,75$ mm).
- Ambele tipuri de implantare (într-o etapă sau două) pot fi potrivite pentru tratamentul im-

planto-protetic a pacienților cu diferite forme de edentații.

- Ponderele implantelor de stadiul I cu resorbție osoasă — $m \pm ES_m = 27,05 \pm 2,07\%$) este mai mare decât pentru implantele de stadiul II — $m \pm ES_m = 3,45 \pm 1,68\%$, $p < 0,001$.
- Ponderele implantelor de stadiul I cu conexiune dento-implantară este mai elevată — $m \pm ES_m = 31,06 \pm 2,42\%$ față de $11,58 \pm 3,13\%$ pentru implantele cu ancorare pur-implantară, $p < 0,001$.
- Pentru implantele de stadiul I cu conexiune dento-implantară într-o restaurare conjunctă pozițiile meziale ($m \pm ES_m = 1,69 \pm 0,12$ mm) și intermediare ($m \pm ES_m = 1,72 \pm 0,06$ mm) au un succes mai mare față de cele distale ($m \pm ES_m = 1,90 \pm 0,06$ mm), $p < 0,05$.
- Implantele de stadiul I cu ancorare mixtă instalate în regiunea premolară ($m \pm ES_m = 1,67 \pm 0,06$ mm) sunt mai efective decât cele din zonele molară ($m \pm ES_m = 1,84 \pm 0,06$ mm) și incisivo-canină ($m \pm ES_m = 20,21 \pm 1,16$ mm), $p < 0,05$.
- Lungimea implantelor de stadiul I nu influențează gradul de pierdere osoasă la distanță fiind chiar în relații direct proporționale (10 mm — $m \pm ES_m = 1,63 \pm 0,08$ mm; 13 mm — $m \pm ES_m = 1,82 \pm 0,05$ mm; 16 mm — $m \pm ES_m = 1,69 \pm 0,12$ mm), $p < 0,05$, $r_{xy} = 0,999$).
- Lungimea implantelor influențează rata de supraviețuire a lor în timp (10 mm — 83%; 13 mm — 86%; 16 mm 87,56%; $r_{xy} = 0,994$).
- La maxilar, pentru implantele de stadiul I, pierderea osului periimplantar este mai mare ($m \pm ES_m = 1,88 \pm 0,07$ mm) față de mandibulă ($m \pm ES_m = 1,79 \pm 0,05$ mm), $p > 0,05$.

Bibliografie selectivă

1. Adell, Lekholm U., Rockler B. et al. A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw / Int J Oral Maxillofac Implants, 1981, vol. 10, p. 387-416.
2. Adell, Lekholm U., Rockler B. et al. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures (I). A 3-year longitudinal prospective study / Int J Oral Maxillofac Implants, 1986, vol. 15, p. 39-52.
3. Albrektsson T., Zarb G., Worthington P. et al. The long-term efficacy of currently used dental implants: review and proposed criteria of success / Int J Oral Maxillofac Implants, 1986, vol. 1, p. 11-25.
4. Bert M., Missika P. Implantologie chirurgicale et prothétique / Paris, Ed. CdP, 1996, 323 p.
5. Bragger U., Aeschlimann S., Burgin W., et al. Biological and technical complications and failures with fixed partial dentures (FPD) on implants and teeth after four to five years of function / Clin Oral Implants Res, 2001, vol. 12(1), p. 26-34.
6. Bratu D., Bratu E., Fetzer W. et al. Puntea pe implantare / Timișoara, Ed. Helicon, 1996.
7. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe / București, Ed. Medicală, 2009, 1252 p.
8. Bratu E., Karanci O., Sită R. Tehnologia restaurărilor protetice cu sprijin implantar / Timișoara, Ed. Eubee, 2007
9. Buser D., Weber HP., Bragger U. et al. Tissue integration of one-stage ITI implants: 3-year results of a longitudinal study with hollow cylinder and hollow screw implants / Int J Oral Maxillofac Implants, 1991, vol. 6, p. 405-412.
10. Cardaropoli G., Wennstrom JL., Lekholm U. Peri-implant bone alteration in relation to inter-unit distances. A 3-year retrospective study / Clin Oral Implants Res, 2003, vol. 14 (4), p. 430-

- 436.
11. Davarpanah M., Szmukler-Moncler S., Khoury PM. et al. Manuel d'implantologie clinique. Concepts, protocoles et innovations récentes. 2^e édition / Paris, Ed. CdP, 2008, 539 p.
 12. Ericsson I., Randow K., Glantz PO. et al. Clinica land radiographic features of submerged and non-submerged titanium implants / *Clin Oral Implants Res*, 1994, vol. 5, p. 185-189.
 13. Esposito M., Gurusov M., Willings M. et al. The effectiveness of immediate, early, and conventional loading of dental implants: a cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials / *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2007, vol. 22, p. 893-904.
 14. Hardt C., Grondahl K., Lekholm U. Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support: a retrospective 5-year study / *Clin Oral Implants Res*, 2002, vol. 13(5), p. 488-494.
 15. Heydenrijk K., Raghoobar GM., Stegenga B. Clinica land radiologic evaluation of 2-stage IMZ implants placed in a single-stage procedure: 2-year result of a prospective comparative study / *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2003, vol. 18 (3), p. 424-432.
 16. Johansson LA., Ekfeldt A. Implant-supported fixed partial prostheses: a retrospective study / *Int J Prosthodont*, 2003, vol. 16(2), p. 172-176.
 17. Lavstedt S., Bolin A., Henrikson CO. Proximal alveolar bone loss in a longitudinal radiographic investigation. II. A 10-year follow-up of an epidemiologic material / *Acta Odontol Scand*, 1986, vol. 44, p. 199-205.
 18. Lindquist LW., Carlsson GE., Jemt T. A prospective 15-year follow-up study of mandibular fixed prostheses supported by osseointegrated implants. Clinical result and marginal bone loss. / *Clin Oral Implants Res*, 1996, vol. 7, p. 329-336.
 19. Loe H., Silness J. Periodontal disease in pregnancy I. Prevalence and severity / *Acta Odontol Scand*, 1963, vol. 21, p. 533-551.
 20. Mühlemann HR., Son S. Gingival sulcus bleeding-a leading symptom in initial gingivitis / *Helvetica Odontologica Acta*, 1971, vol. 2, p. 145-151.
 21. Naert I., Duyck J., Hosny M. et al. Evaluation of factors influencing the marginal bone stability around implants in the treatment of partial edentulism / *Clin Implants Dent Relat Res*, 2001, vol. 3(1), p. 30-38.
 22. Naert I., Koutsikakis G., Quirynen M., et al. Biologic outcome of implant-supported restoration in the treatment of partial edentulism. Part 2; A longitudinal radiographic study / *Clin Oral Implants Res*, 2002, vol. 13(4), p. 390-395.
 23. Quirynen M., Naert I., van Steenberghe D. et al. Periodontal aspects of osseointegrated fixtures supporting an overdenture. A 4-year retrospective study / *J Clin Periodontol*, 1991, vol. 18, p. 719-728.
 24. Roos J., Sennerby L., Albrektsson T. An update on the clinical documentation on currently used bone anchored endosseous oral implants / *Dental Update*, 1997, vol. 24, p. 194-200.
 25. Tawil G., Mawla M., Gottow J. Clinical and radiographic evaluation of the 5 mm platform Brånemark fixture: 2- to 5-year follow-up / *Clin Implant Dent Relat Res*, 2002, vol. 4 (1), p. 16-26.
 26. Teerlinck J., Quirynen M., Darius P. et al. Periostest: An objective clinical diagnosis of bone apposition toward implants / *Int J Oral Maxillofac Implants*, 1991, vol. 6, p. 55-61.
 27. van Steenberghe D., Naert I., Jacobs R. et al. Influence of inflammatory reactions vs. occlusal loading on peri-implant marginal bone level / *Advanced Dental Research*, 1999, vol. 13, p. 130-135.
 28. Warren P., Chaffee N., Felton DA., et al. A retrospective radiographic analysis of bone loss following placement of TiO₂ grit-blasted implants in the posterior maxilla and mandible / *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2002, vol. 17(3), p. 399-404.
 29. Weber HP., Buser D., Fiorellini JP et al. Radiographic evaluation of crestal bone levels adjacent to non-submerged titanium implants / *Clin Oral Implants Res*, 1992, vol. 3, p. 181-188.
 30. Weber HP., Crohin CC., Fiorellini JP. A 5-year prospective clinica land radiographic study of non-submerged dental implants. / *Clin Oral Implants Res*, 2000, vol. 11, p. 144-153.
 31. Weber HP., Morton D., Gallucci GO. et al. Consensus Statements and Recommended Clinical Procedures Regarding Loading Protocols / *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2009, vol. 24 (suppl), p. 180-183.
 32. Большев Д., Смирнов Н. Таблицы математической статистики / Москва, 1983.
 33. Кулаков АА., Лосев ФФ., Гветадзе РШ. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения / Москва, ООО „Медицинское информационное агенство“, 2006, 152 с.
 34. Никольский ВЮ., Федяев ИМ. Дентальная имплантология: Учебно-методическое пособие / Москва, ООО „Медицинское информационное агенство“, 2007, 168 с.

PREVENȚIA AVANSĂRII PATOLOGILOR STOMATOLOGICE

Valeriu Burlacu
d.h.ș.m., profesor
universitar,

Angela Cartaleanu
d.ș.m., conferențiar
universitar,

Ala Ojovan
d.ș.m., conferențiar
universitar,

Victor Burlacu
asistent universitar,

Tudor Costru
asistent universitar,

Vasile Zagnat
d.ș.m., conferențiar
universitar,

Valeriu Fală
d.ș.m., conferențiar
universitar,

Elena Tintiu
d.ș.m., conferențiar
universitar,

Dumitru Zabolotnii
doctorand,

Dumitru Friptu
doctorand,

Oleg Chiriac
doctorand,

Șepelencu Violeta
asistent universitar,

Valeriu Burlacu-junior
(Canada, Montreal),

Catedra Stomatologie
Terapeutică FECMF

Rezumat

Este prezentă activitatea profesională în perspective a stomatologilor din țară în următorii douăzeci de ani, având ca directive de bază — prevenția avansării patologiilor stomatologice.

Summary

PREVENTION OF DENTAL PATHOLOGY

Is this professional activity of dentists in the country perspectives on next twenty years, with the base direction — preventing dental pathologies advancement.

Introducere

Politica obținerii „sănătății pentru toți în centenarul 21^o” primită de societatea mondială în luna mai 1998. Cu 14 ani în urmă, este direcționată la implimentarea de mai departe în viață a concepției de obținere a sănătății pentru toți. În această politică sunt prezentate prioritățile globale în primii douăzeci de ani a secolului 21 și zece probleme îndreptate spre fondarea condițiilor necesare pentru toți oamenii de pe planeta Pământ întru atingerea și susținerea maximal posibilă a unui nivel major de sănătate. Este vorba despre echitatea socială, capabilă să aprovizioneze activitatea organelor ocrotirii sănătății având scopul de a ameliora consecutiv starea sănătății umane.

Medicii stomatologi practicieni consideră ca strict necesară acordarea pacienților stomatologici a măsurilor de prevenție a cariilor și complicațiilor lor, maladiilor parodontale și afecțiunilor mucoasei orale.

Cele expuse insistă de axat ca direcție fundamentală a științei stomatologice moderne tendința de a găsi și elabora semnificații noi și mult mai profunde în fenomenele biologice ale sistemelor nanostructurale odontale, parodontale, deno-alveolare și ale mucoasei orale cu scopul de a trasa, bine argument, măsuri de prevenție și tratament etiologic și patogenic a cariilor dentare și complicațiilor lor, distrofiilor dentare, maladiilor parodontale și ale mucoasei orale.

Aplicarea tehnologiilor moderne de prevenție, diagnosticare și tratament la toate etapele de asistență stomatologică va favoriza dezvoltarea unui viitor stabil al stomatologiei naționale, participantă activă în realizarea tactică a strategiei OMS în stomatologie „printr-o cavitate orală sănătoasă într-un organism sănătos”.

Material si metode

Rămâne prompt faptul că, o asistență stomatologică modernă prevede realizarea tuturor implimentărilor stomatologice prin aprovizionarea indolorității obținută prin acțiuni modulatorie asupra sistemelor nervoase centrale și periferice. Se va reeși din starea generală a pacientului, apelându-se, la necesitate, la calmații medicamentoși, sistemul autotreningului, iar local vor fi folosite anestezicile contemporane. Cu mare succes pot fi folosite analgezicile. Conform datelor D. Zabolotnii (2011) analgezicul inhalator nanopioind Pentrox, lider în combaterea durerii, prezintă efect rapid și sigur și poate fi administrat și de sine stătător de către pacient.

Apariția maselor moderne de obturație (glasiozite, compozite mini și maxihybride și nanoumplute, compomere de tipul Dyract XP și ormocere) au permis de a perfecta tehnologiile directe a terapiei de refacere a țesuturilor dure dentare afectate de carii, distrofiile dentare pre- și posteruptive, modificări de formă și culoare într-o singură ședință.

Cementele glasionomere sunt biocompatibile, estetice elimină fluor și manifestă adezivitate chimică față de toate țesuturile dure dentare. Ele prezintă capacitatea de a trata atât dinții permanenți cât și cei provizorii.

Vom menționa că o tehnologie absolut inovatoare de tratament a cariilor incipiente a propus compania DMG (Germania) prin colaborarea cu Institutul Charite (Berlin) și universitatea din or. Kili. Este vorba despre metodologia unică de infiltrare a cariilor incipiente cu sistema Iconn — un complex de rășini sintetice, care posedă de o viscozitate joasă și capacitate majoră de penetrare. Metoda dată permite păstrarea țesuturilor dure dentare (adamantina), prevenind necesitatea de preparare mecanică și obturație. Tehnologia de infiltrare este mai efektivă decât procesul de fluorizare, este indoloreasă și rapidă în executare.

În cazul apariției cariilor ca defect vor fi necesare preparările țesuturilor dure dentare, care la folosirea maselor moderne de refacere și a sistemelor adezive de ultimă generație, pot fi executate în dizain liber și miniinvaziv.

Una din așa tehnologii este „Băt-Keiv“ — tehnica, prepararea „peșterii liliacului“, cavitate cariată preparată cu o intrare minimală și înlăturarea dentinei afectate, fiind păstrată adamantina intactă. Cavitatea dată poate fi obturată cu flow compozitul de ultimă generație a corporației americane Dentsply — SDR — substituent deștept al dentinei. Este compozitul care manifestă cel mai mic nivel de stres al polimerizării. Se administrează într-o singură porțiune cu grosimea de 4mm, umple uniform toată cavitatea lipsită de dentină, fără ca masa să fie condensată, proces care a și argumentat numele SDR, ca substituent deștept și este eliminator de fluor.

Sisteme adezive moderne și capacitățile compozitelor de ultimă generație de a elimina F, Ca etc, au permis ca să fie aplicată pe larg, în practica stomatologică, prepararea miniinvazivă.

Direcția fundamentală a științei stomatologice moderne este tendința de a găsi semnificații noi și mult mai profunde în fenomenele biologice ale sistemelor odonton-parodontiu, dento-alveolar și de protejare ale epiteliului șanțului gingival și de joncțiune gingivo-odontală cu scopul de a trasa, bine argumentat, un tratament etiologic și patogenetic.

Prelucrarea medicamentoasă a cavităților preparate va fi executată cu folosirea soluțiilor de clorhexidină (0,05-0,5%), apă bidistilată, serul fiziologic, antiseptice de firmă Prosopol CHX, Estericiolă și, rar de tot, se va apela la apa oxigenată, care prin eliminările bulelor de gaz poate împiedica adezivității obturantelor.

Masele compoziționale cu priză chimică sau fotopolimere, pot fi administrate cu succes numai în cazul menținerii unor cerințe tactice, obligatorii și pentru tehnicile cimentelor ionomere.

Inițial pacienții vor fi instruiți într-o realizare corectă a igienei individuale a cavității bucale, ținute sub control de profesionist (2 examinări profilactice în an).

Altă cerință va fi cea de determinare a culorii obturantului, ulterior folosit pentru restabilirea țesuturilor afectate (de regulă nu mai puțin de trei culori ale zonelor respective — colet, ecuator, triturantă).

Cerințele moderne față de etapele de preparare a

cavităților sunt de regulă adecvate celor clasice, Black, dar și de dizain liber miniinvaziv.

Actualmente, în terapia restaurativă și cea endodontică fără aplicarea koferdamului, pentru izolare calitativă a câmpului de lucru de lichidul oral și de colonizarea microbiană activitățile terapeutice nu se permit.

Paralel cu rezolvarea problemei izolării este necesar de înțeles că restabilirea punctului de contact numai cu matricea de cea mai sofisticată formă, fără aplicarea penelor, este o realizare utopică și nici decum practico-științific argumentată. Prin urmare, în terapia restaurativă a dinților care au avut contactul fiziologic, vor fi administrate penele, obligatoriu ca o etapă de tratament.

În calitate de obturație de izolare pot fi folosite cemente stecloionomere sau remediile hidroxidului de calciu (Dycal, Calcimol, Calcipulpe, Reocap etc).

Etapa următoare va fi cea de gravaj (corodare, mordansare) a țesuturilor dure dentare (smalț — la compozitele cu priză chimică, smalțul și dentina — la cele fotopolimere). Imediat și obligatoriu se va iriga abundent cu un jet întrerupt de apă, sub un unghi ascuțit, suprafața gravată cu durata timpului egal cu cel de gravare, iar volumul irigantului va fi de 2,5-5ml. Ulterior, suprafața irigată va fi uscată cu un jet de aer îndreptat sub un unghi ascuțit protejând astfel dentina „stresată“ de gravant.

Administrarea compozitelor cu priză chimică va fi realizată într-o singură porțiune, cu un mic surplus. Rapid masa va fi modelată, ținând cont de timpul limitat al prizei chimice. În contrast, cele fotopolimerice vor fi aplicate prin obturații stratificate tip „sandwich“, cu iluminarea fiecărui strat în parte.

Lucru cu lampa galogenă insistă o protejare drastică a văzului stomatologului, asistentului și pacientului și menținerea unor cerințe față de activitatea razelor iluminate indicate spre realizarea obligatorie în instrucțiile anexate lampelor.

Masele fotopolimere, prin capacitățile lor, permit de a fi modelate fără grabă cu folosirea diverselor tonalități de culoare și de transparență.

Ermetizarea microfisurilor și prevenirea microscurgerilor la hotarul „refacere țesut dentar“ va fi executată prin procesul de rebonding peste 2 săptămâni și postbonding.

Etapa finală va fi cea de prelucrare cu sisteme speciale de tipul Enhance a obturațiilor administrate, fiind obligatorie pentru toate obturantele compoziționale, compomere și stecloionomere.

Menționăm, că igiena orală individuală insuficientă la pacienții tratați cu compozite, compomere și cimente cu ionii de sticlă poate favoriza apariția „lize-reului de doliu“, unei linii negre la hotarul între obturant și țesutul dentar adiacent, descredințând completamente lucrarea stomatologică.

Măsurile profilactice primare și secundare acordate cu întârziere sau necalitative, vor spori complicațiile cariilor dentare în formă de pulpită și periodontită apicală cu consecințe grave locale și generale.

Va rămâne în veșnică vigoare postulatul marelui endodontist american Grossman actualul și viitorul unui tratament endodontic calitativ aparține endodonției preventive, de prevenire a îmbolnăvirii pulpare“. Reeșind din cele citate, vom folosi pe larg metoda de conservare totală a pulpei în cadrul tratării pulpitei, conform indicațiilor. Stomatologia terapeutică modernă propune de a folosi în acest scop preparate de firmă Dycal, Calcimol, Calcipulpe, Ultrablend-plus etc., capabile prin intermediul Hidroxidului de calciu să acționeze antiinflamator, ușor antiseptic și de stimulare a neodentinogenezei.

O direcție absolută nouă în terapia conservativă a pulpei sugerează rezultatele cercetărilor realizate în cadrul catedrei Stomatologice terapeutică FECMF cu folosirea preparatelor biologice autohtone de tipul BioR (V. Rudic, V. Gudumac), care imunomodulează procesele reparative pulpare în limitele de activitate fiziologică. Menționăm că procedeul dat de tratament al pulpitei insistă obligatoriu o antiseptică ideală, obținută și prin folosirea Koferdamului. Rezultatele tratamentului vor fi luate sub controlul electroodontometric și radiologic, realizat la fiecare 3 luni, până nu sunt obținute vindecarea pulpei și formarea de dentină terțiară.

Concomitent, tratamentul conservativ al pulpitei va favoriza profilaxia Hepatitei virale și SIDA.

Este bine cunoscut faptul, că efectuarea unui tratament endodontic chirurgical corect prevede permeabilizarea canalelor radiculare magistrale și accesorii cu transferarea în conuri ascuțite spre apexul fiziologic, capabil să fie ușor obturate. Permeabilizarea va fi realizată cu instrumentele endodontice moderne Kerr, Maillifer, Manj, Thomas etc, flexibile, accesibile de a suporta curburi până la 90 de grade (exemplu, instrumentul Nitiflex files) și să nu se fractureze, să lărgească canalul. Cele mai performante instrumente endodontice la moment sunt Protaperele, Pathfailele și sistema WoveOne cu care canalele radiculare de diverse curburi pot fi lărgite ușor și rapid prin tehnici moderne „de la coroană în jos“.

Cert va rămâne faptul, că nu vor fi lăsate netratate canalele radiculare impermeabile — surse de infecții cronice și sensibilizare a organismului. Canalele lipsite de accesul instrumentalizării vor fi supuse instrăinării împreună cu rădăcinile gazdă prin metodele chirurgicale (rezecție apicală, amputarea radiculară, secționarea coroano-radiculare, replantare, extragere).

Tratamentul clasic al canalelor radiculare neaccesibile instrumentalizării prin metoda de impregnare cu rezorcin-formalină (metoda Albreht) va rămâne doar în istorie. Este cunoscut că lichidul rizorcinformalinic nu numai colorează coroana dentară și anchilozează rădăcina în alveolă, dar și sporește alergizării organismului, provocând edemul Quinke, urticărie, șoc anafilactic. Va fi necesar să se știe că dintele impregnat cu lichidul Albreht va fi nefuncțional. Endodonția clinică euro-americană actualmente nu folosește rășina rezorcin formalin. Instrumentele endodontice moderne fac trecătoare toate canalele existente.

Canale bine lărgite vor fi supuse irigării antiseptice și apoi obturate. Irigările se realizează cu seringi și ace mici, fără eforturi fizice. Soluția de 2,5 — 3% a Hidroxidului de Sodiu rămâne cea mai folosită în endodonția mondială, medicația cu ea fiind executată într-un timp sumar nu mai mic de 25-30 minute. La obturările radiculare vom folosi acul Lentulo, umectat în obturantul respectiv și introdus inițial fără turații până la apexul fiziologic. Turațiile vor fi realizate prin mișcări de la apex spre orificiul radicular cu viteza de 200-300 ture.

Actualmente, cea mai modernă și prioritară metodă de obturație radiculară este cea de condensare verticală cu folosirea a două mase: prima semidură — conul de Gutapercă și a doua moale — umplătorul breșelor între conuri — sealer. Toate etapele de tratament endodontic vor fi realizate obligatoriu cu folosirea Koferdamului.

Menționăm că se va exclude contactul obturantelor radiculare bazate pe eugenol, cu compozitele moderne (cu prizele chimică și fotopolimeră), deoarece eterul acționează stopant asupra HEMA în polimerizare și modifică esențial compozitul. În tratamentul periodontitei apicale, formele distructive, se va apela obligatoriu la criteriile unui tratament endodontic corect:

1. absența durerii imediat după tratament;
2. absența fistului imediat după tratament;
3. dinte funcțional după tratament;
4. tablou radiologic fără schimbări patologice în zona periapicală imediat după tratament, peste 6 luni și 7 ani.

Obținerea rezultatelor, corespunzătoare celor 4 criterii, insistă realizărilor terapeutice de lungă durată. Se va insista lărgirea canalelor radiculare cu acces la focarele periapicale într-o medicamentizare antiseptică, antiinflamantă și de neoosteogeneză. Pansamentele medicamentoase vor fi schimbate în canalul radicular, la necesitate după fiecare 3 luni iar celei din Ca(OH)₂ după fiecare 3 săptămâni până nu vor fi obținute rezultate mult așteptate.

Astfel de preparate medicamentoase, actualmente pe larg folosite în endodonția mondială sînt cele cu conținutul hidroxidului de calciu (glicodont, apexid, biocalex, calcinol). Pot fi administrate biopreparate autohtone de origine microbiană BioR, cercetate în cadrul catedrei Stomatologie terapeută FECMF, care sunt capabile să imunomoduleze neoosteosinteza neforțată și fără epuizări de activitate celulară.

Prin urmare vom trata pacientul și nu dinții, protejând-ul de complicațiile locale și generale.

Afecțiunile periodonțiului marginal (gingivita și parodontita), vor fi tratate cu evidența pacienților apreciați după indicele CPYTN (O.M.S.). Se va ține cont de faptul, că rolul principal în tratamentul acestor afecțiuni aparține igienizării cavității orale individuale și profesionale.

Detartrajul corect devine component obligatoriu al tratamentului etiologic al parodontitei, iar menținerea igienei individuale a cavității bucale, controlate

sistematic de profesionist, va prezenta gingia sănătoasă. Astfel, folosirea celor mai sofisticate remedii de tratament al gingivitei și parodontitei, fără o igienă bucală corectă de spălare pe dinți și a spațiilor interdentare, va eșua.

Vom avea în vedere faptul că forma incipientă a parodontitei, ca cea reversibilă fiind tratată la timp și calitativ, va garanta sănătate parodontală absolută. Formele ușoare, medii și grave, fiind ireversibile, prin tratamentul complex și calitativ, pot fi stabilizate în evoluție sau pot fi frânate într-o dezvoltare mai lentă, însă nici de cum nu tratate definitiv.

Vom reieși din necesitatea tratamentului formelor ușoare, medii și grave a parodontitei cu deepitelizare obligatorie a pungii parodontale, prezentat printr-un strat subțire de epiteliu, ulcerat și capabil să prolifereze în profunzimea spațiului desmodontal cu dezlipire de la rădăcină.

Tratamentul va include măsuri terapeutice locale și generale, fiind complex și multilateral. Antiinflamantele, antisepticele, analgeticele și plastico-stimulantele locale vor fi asociate cu hiposensibilizantele, vitaminele complexe și imunomodulantele generale. Și numai în lipsa efectului curativ se va apela la tratamentul cu antibiotice de spectru larg, apreciate prin testare de sensibilitate microorganică. Tratamentul complex va prevedea obligatoriu implicările ortopedice, ortodontice și de chirurgie OMF.

În cadrul afecțiunilor parodontale generate de afecțiunile organelor interne și de sistem, așa ca diabetul zaharat, acatalazie, agamaglobulinemia, X-histiocitoazele (idiopatii) vom aprecia diagnoza ca sindrom parodontal. Astfel vom determina rolul specialistului stomatolog în tratament — el va fi cel de asanare a cavității bucale și terapie simptomatică, păstrând dreptul altor specialiști de a-și aduce aportul profesionist în tratamentul maladiilor de bază. Nu avem dreptul juridic să ne asumăm capacitățile specialităților medicale pe care nu le cunoaștem profesionist.

Stomatologii sînt obligați ca specialiști incununați cu titlul de medic să ducă evidența faptului că majoritatea manifestărilor bucale menționate ca stomatite, în general sînt o prezentare simptomatică a afecțiunilor de organe sau de sistem, fiind frecvent inițiate ca semne timpurii a astfel de maladii grave cum ar fi leucemia, agranulocitoza, pemfigusul, SIDA, boala Laiel etc.

Este bine cunoscut faptul că tratarea stomatitei aftoase cronică recidivantă, frecventă în țara noastră, cu folosirea celor mai sofisticate antiinflamante și regenerante locale combat doar temporar simptomele, sporind, în același timp, trecerii de la o formă ușoară la altele mai grave, asociate cu cicatrizări și deranje deformative. Numai consultația a mai multor medici specialiști: gastrologului, hepatologului, proctologului, endocrinologului, alergologului etc. va permite o diagnosticare corectă, capabilă să genereze un tratament general patogenetic bine argumentat. Provoacă un mare interes cercetările executate de conferențiarul A. Cușnir pe parcursul a mai multor zeci de ani, care

demonstrează că la majoritatea pacienților cu această patologie factorul cauză sunt helmintii. În majoritate manifestărilor pe mucoasă bucală stomatologii sînt obligați prin certitudine și cunoștințe profunde să dea dovadă de capacități profesioniste la diagnosticarea timpurie a lor, mai ales că o parte bună din ele sunt semnele patologiilor interne. Vom trata pacientul și nu boala. Numai pe așa o cale vom spori realizării strategiei O.M.S. în stomatologia națională „Printr-o cavitate orală sănătoasă într-un organism sănătos“.

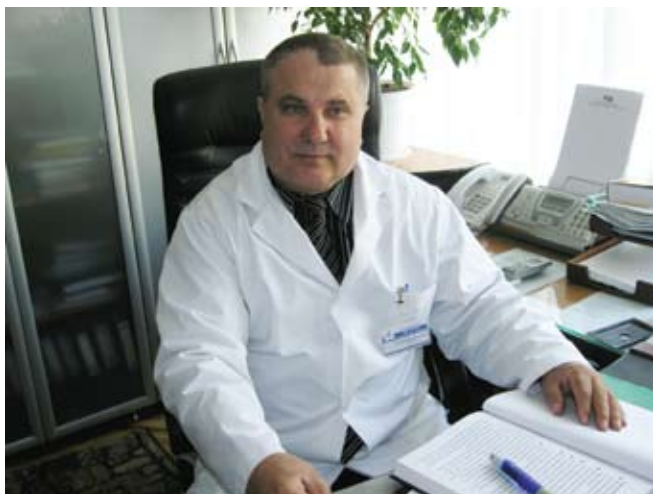
Concluzie

Cele expuse trasează următoarele măsuri tactice obligatorii în realizarea unei activități profesioniste moderne:

1. Asistența stomatologică va fi acordată indolor cu aplicarea sistemelor moderne de anestezie;
2. Sistematic vor fi aplicate sistemele profilaxiei primare și secundare;
3. Vor fi folosite la restabilirea țesuturilor dure dentare afectate de carii și distrofiile dentare mase moderne obturative: cementul cu ioni de sticlă, compozite, compomere, ormocere. În larg se va administra terapia restaurativă cu folosirea SDR;
4. În tratamentul endodontic se va axa atenția în permeabilizarea obligatorie a canalelor radiculare. Rădăcinile neobturate din considerente obiective, vor fi înstrăinate prin metode chirurgicale. Lărgirea canalelor radiculare va fi realizată cu instrumente endodontice de firmă, flexibile și capabile să permeabilizeze și cele curbate până la 90 grade. Se va exclude din folosire amestecul rezorcin-formalinic;
5. Focarele distructive periapicale, apicale și localizate în alte sectoare radiculare vor fi lichidate conservativ sau chirurgical și abia apoi se va putea vorbi despre sfârșitul tratamentului;
6. În larg vor fi folosite antiseptice de firmă și mai ales cele bazate pe clorhexidină și hipocloridul de sodiu.
7. Canalele radiculare vor fi obturate cu doua mase: semidură și moi (gutaperca și umplutur moale) cu repartizarea uniformă în canal până la apexul fiziologic;
8. În lucrările pe dinți se va folosi obligatoriu sistemul de Kofferdam;
9. În diagnosticul afecțiunilor inflamatorii parodontale se va ține cont de generarea lor de afecțiunile somatice și de sistem, deoarece tratamentul va fi realizat sau numai de stomatologi, în cazul celor cauzate de placă bacteriană, și de alți profesioniști — în cadrul celor fonizate (generate). La antibiotice vom apela numai în cazuri excepționale;
10. Vom reieși din faptul că, la tratarea afecțiunilor mucoasei bucale, majoritatea din ele sînt manifestări ale afecțiunilor somatice (de sistem) și vom conlucra obligatoriu atât la diagnosticare cât și în tratament cu alți profesioniști (interniști, endocrinologi, neurologi, hematologi, imunologi etc);
11. Va deveni dominantă prevenția avansării patologiilor stomatologice.

ANATOL PANCENCO LA 60 DE ANI

Este bine cunoscut faptul că istoria o creează și o făurește Omul și Omenirea prin acțiunile sale. Cu aceste gânduri și sugestii îmi expun niște rînduri despre un reprezentant ilustru al epocii contemporane, a istoriei de dezvoltare a serviciului stomatologic din Republica Moldova Domnul Anatol Pancenco, doctor în medicină, conferențiar universitar, Catedra de stomatologie ortopedică „Ilarion Postolachi“ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițianu“, care a împlinit 60 de ani de la naștere. S-a născut la 17 noiembrie 1952, în satul Curățura, raionul Șoldănești într-o familie de țărani : tata- Mihai; mama- Galina. Dintre cei trei copii, Anatol s-a născut al doilea.



După absolvire a opt clase în satul natal, prelungește studiile medii în or. Rezina. În 1970- 1972 a fost înmatriculat la școala tehnică polivalentă din or.Chișinău. În septembrie 1972, după susținerea examenelor de admitere, a devenit student la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, facultatea de stomatologie, care a absolvit-o în 1977, apoi face internatura la baza Policlinicii Stomatologice din capitală, deacuma din acești ani tînărul Anatol Pancenco se evidențiază prin activitatea sa ca lider în viața studentescă la facultate și instituție.

Activitatea medicală practică, conform repartizării o prelungește tot în Policlinica Stomatologică Municipală, unde activează pînă în prezent în diferite posturi: medic-stomatolog chirurg, protetician, sef-adjunct de lucru curativ, medic-sef, iar din 2000 — director IMSP Centrul Stomatologic Municipal din Chișinău, atingînd pe parcursul anilor cel mai rafinat și înalt nivel profesionalism, devenind o personalitate de invidiat, cu verticalitate morală, publică, științifică și pedagogică. Prin cele expuse jubiliarul a cîștigat respectul bine meritat în fața colegilor, discipolilor, rezidenților, cursanților, pacienților la fel încrederea organilor de conducere, motiv ce i s-au încredințat funcții responsabile și de lungă durată.

Pe parcursul activității, a făcut zeci de specializări pe diferite probleme de specialitate și manageriatului în stomatologie în orașul Chișinău, în Cehia, România, Germania, Rusia, Ucraina, etc. În anii 1983—1988 este aspirant fără frecvență la Institutul de Stat de Medicină, iar în 2007 susține cu succes teza de doctor în medicină la tema :“Serviciile stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private, urbane“, avîndu-l conducător științific pe doctorul habilitat în științe medicale, profesor universitar Ion Munteanu și consultant științific doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef catedră Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițeanu“ — Dumitru Tintiu. Primii pași în pedagogia medicală universitară s-au produs ascendant — de la asistent cu ore, asistent pe 0,5 salariu, conferențiar pe 0,5 salariu.

Jubiliarul, la toate etapele, s-a afirmat ca o personalitate cu deosebite calități: moralitate, modestie, simplitate, omenie, verticalitate și demnitate.

Anatol Pancenco are și o familie frumoasă. La anul I de studenție se căsătorește cu Maria (tata -Jalbă Dumitru, mama — Elena Crețu, din com. Borogani, raionul Comrat). Soția dragă și iubită, i-a dăruit o fată — Viorica (1972), care continuă tradiția familiei, activează ca medic- stomatolog din 1995, ca și ginerele, Viorel Prodan. Domnul Pancenco este bunel de două ori — nepoțica — Mihaela, (studentă la USMF „N.Testemițeanu“, anul-I) și nepoțelul, Alexandru (elev, clasa a VI-a)

Activitatea multidirecțională a conferențiarului Anatol Pancenco pe parcursul anilor este apreciată prin decorarea cu ordinul „Molodoi gvardeet peateletchi“; titlul onorific „Om emerit“ ordinul „Gloria Muncii“, Diploma de gradul I a Guver-

nului a Republicii Moldova, prin hotărîrea Comitetului Executiv a CSI (Rusia) „Steaua eroului“ etc.

Jubileul de 60 de ani, conferențiarul Anatol Pancenco îl întâlnește în plină activitate la catedra de stomatologie ortopedică (șef-catedră, doctor în medicină, conferențiar Oleg Solomon), realizându-și planurile sale de elaborare și implementare a noilor procedee, metode de diagnostic și tratament a patologiilor stomatologice.

Decanatul facultății de stomatologie, Asociația stomatologilor din Republica Moldova, colegii de lucru, discipolii, generațiile de foști studenți, actualmente medici în Țară și peste hotarele ei îi aduc cu plăcere cuvinte de mulțumire- conferențiarului, cu urări de mulți ani de activitate rodnică și multă sănătate.

*Facultatea Stomatologie, USMF „N. Testemițanu”
Asociația Stomatologilor din Republica Moldova*

CONDIȚIILE DE STRUCTURARE A MATERIALELOR DESTINATE PUBLICĂRII ÎN EDIȚIA PERIODICĂ „MEDICINA STOMATOLOGICĂ”

Publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste. În publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” sunt următoarele compartimente: Teorie și experiment, Organizare și istorie, Odontologie-parodontologie. Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, Implantologie, Patologie generală, Referate și minicomunicări, Sușineri de teze, Avize și recenzii, Personalități Stomatologice.

Materialele destinate publicării, vor fi prezentate în formă tipărită și în formă electronică într-un singur exemplar. Lucrările vor fi structurate pe formatul A4, Times New Roman 14 în Microsoft Word la 1.0 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autor și va fi însoțită de două recenzii (semnate de unul din membrii Colegiului de Redacție și de Redactorul-șef al publicației) completate pe o formă standard ASRM. Lucrarea prezentată va mai conține foaia de titlu cu următorul conținut: prenumele și numele complet a autorilor, titlurile profesionale și științifice, instituția de activitate, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunde, data prezentării.

Lucrările vor fi prezentate trezorierului ASRM, Oleg Solomon, dr. conf. univ., la sediul ASRM pe adresa: bd. Ștefan cel Mare 194B, et. 1.

Lucrările vor fi structurate după schema:

- titlul concis, reflectând conținutul lucrării;
- numele și prenumele autorului, titlurile profesionale și gradele științifice, denumirea instituției unde activează autorul;
- rezumatele: în limba română și engleză (și, opțional, rusă de autorii din Republica Moldova) până la 150-200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 până la 6.
- Introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- Bibliografia – la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. Treatment of Malocclusion of the Teeth (ed. 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru cercetare originală, 5 pagini pentru prezentare de caz clinic, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat al unei lucrări publicate peste hotarele republicii. Publicațiile altor catedre cu profil stomatologic (ex. farmacologia) nu vor depăși 10 pagini și nu vor conține mai mult de 30 de referințe.

Tabelele — enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului. Toate fotografiile și desenele se vor publica din sursele autorului și necesită a fi prezentate în formă electronică în format — nume.jpg.

Articolele ce nu corespund cerințelor menționate vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

Numărul de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru verificarea materialelor publicate.