

P — gradul de pigmentație a dinților
 „Opalescence“ — la stânga (8)
 „Opalescence“ + terapia antioxidantă — la dreapta (7)
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 9 săptămână, 6 — a 11 săptămână.

Dinamica tratamentului local la pacienții cu gradul VI de pigmentație este prezentată în figurile 4,5.

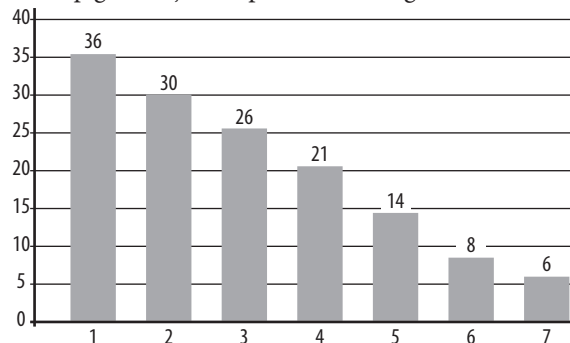


Figura 4. Albirea dinților cu „Opalescence”(6)

P — gradul de pigmentare a dinților
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 7 săptămână, 6 - a 13 săptămână, 7- a 15 săptămână.

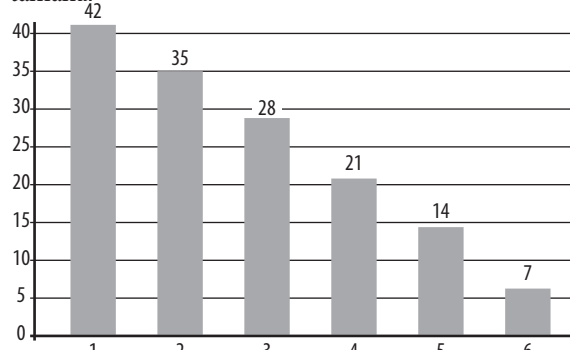


Figura 5. Albirea dinților cu „Opalescence“ + terapia antioxidantă (7)

P — gradul de pigmentare a dinților
 1 — 1 săptămână, 2 — a 3 săptămână, 3 — a 5 săptămână, 4 — a 7 săptămână
 5 — a 7 săptămână, 6 — a 13 săptămână.

Concluzii

Terapia antioxidantă propusă influențează procesul de albire a dinților în fluoroză, micșorând timpul necesar pentru albire în mediu cu 2 săptămâni.

Bibliografie

1. CROLL, TP: Enamel Microabrazion for removal of superficial dysmineralization and decalcification defects. J Am Dent Assoc, 1990, vol. 120, p. 411-415.
2. CROLL, TP. Enamel Microabrazion. Chicago:Quintessence, 1991.
3. CROLL, TP. Esthetic correction for teeth with fluorosis and fluorosis-like enamel demineralization.
4. AUSCHILL, TM, HELLWIG, E, SCHMIDALE, S, SCULEAN, A, ARWEILER, HB. Efficacy, side-effects and patients acceptance of different bleaching techniques (OTC, in-office, at-home. Oper Dent, 2005 Mar-Apr; vol. 30, no. 2, p. 156-163. J Esthet Dent, 1998, vol. 10, no. 1, p. 21-29
5. FASANATO, TS. Bleaching teeth: history, chemicals and methods used for common tooth discoloration. J Esthet Dent, 1992, vol. 4, p. 71-78.
6. FEINMAN, RA, MANDRAY, G, YARBOROUGH, D. Chmical, optical and physiologic mechanisms of bleaching products: a rewiw. Pract Periodontics Aesthet Dent, 1991, vol. 3, p. 32-37.
7. HAYWOOD, VB. Historical development of whiteners: clinical safety and efficacy. Dent Update, 1997, vol. 24, no. 3, p. 98-104.
8. JORDAN, RE, BOKSMAN, L. Conservative vital bleaching treatment of discolored Dentition. The compendium of Continuing Education in Dentistry, 1984, vol. 5, no. 10, p. 803-808
9. AUSCHILL, TM, HELLWIG, E, SCHMIDALE, S, SCULEAN, A, ARWEILER, HB. Efficacy, side-effects and patients acceptance of different bleaching techniques (OTC, in-office, at-home. Oper Dent, 2005 Mar-Apr; vol. 30, no. 2, p. 156-163
10. SCHULTE, JR, MORRISSETTE, DB, GAJIOR, EJ, CZAJEVSKI, MV. The effect of bleaching application time on the dental pulp..J AmDent Assoc, 1994, no. 125, p. 1330—1335.

Prezentat la 22.07.2008

DEFORMAȚIILE SCHELETULUI CRANIOFACIAL LA COPII (PLAGIOCEFALIEA)

Railean Silvia

Catedra de chirurgie oromaxilofacială și pedodontie. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacologie „N. Testemițanu“

Rezumat

În ultimul timp a fost depistat un număr dramatic de mare a cayurilor de plagiocefalee. În materialul ce urmează este prezentată sinteza a 20 cazuri de deformații a scheletului craniofacial la copii tratați în secția de neurologie. La fel sunt prezentate metodele de tratament precum și ameliorările care au fost observate după 4 luni de tratament terapeutic.

Summary

Pozitional plagiocephaly in children

A dramatic rise in positional plagiocephaly has been noted over the last decade. We prezent 20 infants with positional plagiocephaly that were treating with deferant neurological deseases in neurological department. Treatment recomendation include passive helmet molding therapy. Improvement in head shape was noted after a 4 months of therapy. This method of passive soft shell helmet is an affordable and clinically effective tool to tread pozitional plagiocephaly.

Plagiocefaleea este o definiție generală folosită pentru a descrie asimetriile de relief anatomic a craniului cerebral. Din limba greacă „Plagio” — oblic, „Kefalic” — cap.

Noțiunea de craniostenoză vine din anii 1851, descrisă de către Vichrow. Observațiile lui, despre abaterile de la creșterea normală a reliefului anatomic a craniului cerebral stau la baza legii lui Vichrow. Creșterea anormală a craniului observată la persoanele cu craniostenoză se manifestă perpendicular suturii implicate. Mai târziu aceste observații au fost confirmate de Mass (1959), Delashaw (1989, 1991).

Craniostenoză este o anomalie congenită, ca rezultat a funizării premature a oaselor craniene. Clinic se manifestă prin descreșterea volumului creierului; 2. presiunea intracraniană mărită; 3. constricția creierului și nervilor cranieni în special nervul optic; 4. deformații compensatorii a craniului sau a oaselor la baza craniului (osul sfenoid, osul frontal, osul etmoid).

Craniostenoză este ratată, ca fiind întâlnită cu o frecvență de 1 la 1000 de noi născuți. De la 5% până la 20% din acești copii au elemente de deformații faciale, recunoscute ca fiind ereditare. Unele forme de craniostenoză nu au semne evidente clinice de deformare a oaselor craniene dar posibil cu deformații la baza craniului care pot fi secundare sau chiar primare și care duc la deformarea oaselor maxilare. Pe de altă parte în literatura mondială sunt descrise cazuri cu deformații faciale (fasciostenoză) similare celor sindromale (Crouzon sau Apert) dar fără deformații craniene.

Deformațiile faciale acompaniază craniostenoză atât în cazurile de craniostenoză sindromală (sindromul Crouzon, sindromul Apert) cât și în cazurile nesindromale. Examenul clinic efectuat în departamentele de craniofaciale pun în evidență cazuri de fasciostenoză identice dar fără deformații de cranium (Delaire).

Plagiocefaleea de poziție se asociază cu deformațiile craniului cerebral cauzat de o presiune constantă și permanentă într-un anumit teritoriu al craniului, asociată cu alopeție în regiunea dată. În 1970 a fost raportată incidența de unu la 300 copii nou-născuți, mai târziu s-a stabilit 8%-12% la copiii mici, crescând la un an la 47%. În 14% deformațiile craniene sunt întâlnite la maturi. Din anul 1992 numărul copiilor cu plagiocefalei de poziție a crescut considerabil. În centrul de deformații craniofaciale, Carolina de Nord, USA, în anii 1992—1996, incidența de plagiocefalee a fost raportată crescută până la 1 din 10 nou-născuți. Incidența înaltă este legată de noțiunea „back to sleep” introdusă de Asociația Pediatrică pentru copiii nou-născuți cu scopul de a preveni „Sudden infant death syndrom”. Părinții sunt instruiți să mențină poziția copilului în decubit lateral în timpul somnului, în așa mod favorizând deformațiile craniene în regiunea posterioară-laterală.

Opiniile, cu privire la aceste situații sunt diverse. Careva consideră că aceste deformații se rezolvă desinestător. Alte studii raportează, că deformațiile craniului rămân permanente și duc la modificări anatomice în masivul facial pe de o parte și dereglări neurologice în perioada de dezvoltare a copilului pe de altă parte.

Totodată studiile în acest domeniu sunt relativ puține și nu sunt concludente.

În anul 1998, în baza examenului clinic a fost elaborată clasificarea plagiocefaleelor de către Ious Argenda, MD. Pacienții cu deformații plagiocefalice sunt gradați de la 1 la 5. Fiecare grad indică deformația mai severă a feței și craniului. Brahiocefaleele sunt întâlnite în 15% cazuri și sunt clasificate în trei grade aparte.

În **gradul întâi** de deformații plagiocefalice asimetria craniană se caracterizează prin turtirea limitată numai în regiunea posterioară laterală a craniului. Gradul de turtire posterioară poate varia dar localizarea este înscrisă numai în regiunea posterioară laterală (dreapta sau stînga). Nu sunt asimetrii ale pavioanelor auriculare măsurate de la vârful nasului până la urechi. Fruntea este dreaptă, fața simetrică, nu sunt bombări anormale sau alungiri verticale ale craniului.

Gradul doi de deformare este caracterizat prin prezența variatelor grade de asimetrii posterioare craniene. Toate sunt semnificative și capabile de a afecta centrul cranian și baza craniană și permit deplasarea pavilioanelor auriculare pe partea afectată anterior sau inferior, sau în ambele direcții. Asimetria craniană poate fi observată prin examenul superior al craniului sau privind copilul în poziție anterioară sau posterioară. Parte anterioară a craniului nu este afectată și regiunea frontală rămîne simetrică. Nu sunt asimetrii faciale. Aceste condiții reflectează deformații mai grave ale craniului, care afectează nu numai regiunea posterioară, dar și baza craniului, și fosa mediană temporală.

Gradul trei se caracterizează prin triada de asimetrie posterioară, malpoziții ale pavilioanelor urculare, protruzia osului frontal cauzînd asimetria frontală. Gradul de asimetrie este completat de relieful anatomic al craniului în formă de paralelogram care primește un aspect clinic clasic de deformație plagiocefalică. Aceste modificări sunt observate prin examenul anterior al feței și superior al craniului.

Gradul patru de deformare a craniului include asimetria posterioară a craniului, malpoziții ipsilaterale a pavilionului auricular, asimetrie ipsilaterală a osului frontal și asimetrie ipsilaterală a feței. Asimetria facială cel mai frecvent este cauzată de dezvoltarea în exces a țesutului adipos sau hiperplazia osului zigomatic pe partea afectată. În cele mai dese cazuri asimetria este cauzată numai de țesutul adipos, totodată în cazurile grave este posibil dezvoltarea asimetriei osoase. Deformația deschisă reflectă caracterul progresiv al asimetriei craniene cu tendințe de extindere anterioară de deformație a feței.

Gradul cinci caracterizează pacienții prin asimetrii posterioare ale craniului, malpoziții ale pavilionului auricular, asimetrii frontale, asimetrii faciale. Suplimentar aceste deformații sunt acompaniate de tendința de compresie a creierului în creștere. Acești copii clinic prezintă bombări ale regiunii temporale sau creșterea verticală a regiunii posterioare a craniului. Aceste modificări pot fi observate prin examenul clinic, în orice poziție.

Plagiocefaleele centrale sau brahiocefaleele posterioare sunt întâlnite cu o frecvență de 15% din copiii, cu

deformații craniene. Brahiocefaleele posterioare sunt devizate în trei forme.

Prima formă este caracterizată prin prezența depresiunii în centrul craniului la nivelul funiunii suturilor lamboide și sagitală. Poziția pavilioanelor auriculare, osul frontal și fața nu sunt modificate.

Brahiocefaleea posterioară de gradul doi este o formă mai gravă a deformațiilor centrale. La acești copii se manifestă o depresiune centrală pe aspectul posterior al craniului totodată se observă o tendință de turtire și lărgire posterioară întinsă.

Brahiocefaleea posterioară de gradul trei este cea mai gravă formă și se caracterizează nu numai prin turtirea și expansiunea laterală a aspectului posterior al craniului dar și tendința de decompresie a creierului în plan vertical prin creșterea posterioară a craniului sau bombarea în regiunea temporală ca rezultat a eroziunii temporale. Procesul de creștere reflectează turtirea extremă care constrânge craniul și tendința de creștere a creierului în fosa temporală sau expansiunea posterioară a craniului.

Craniostenozele și plagiocefalee de poziție se deosebesc prin criteriile: 1) craniostenoză este o plagiocefalee cauzată de funizarea precoce a unei sau mai multe suturi craniene; 2) craniostenoză adevărată se asociază cu micșorarea craniului și tulburări de creștere a creierului; 3) cauza craniostenozei nu este cunoscută, este cauzată de factori nocivi interni; 4) stabilirea diagnosticului se face în baza examenului radiologic și CT; 5) în plagiocefaleele de poziție suturile craniene rămân libere; 6) diagnosticul clinic se stabilește prin examenul aspectului superior al craniului; 7) creșterea creierului nu este dereglată, modificări funcționale apar în perioada școlară; 8) factorii cauzali sunt de origine externă — factorii care duc la presiunea permanentă a unei regiuni a capului (poziție stabilă a copilului, torticolius, copiii prematuri).

Tratamentul plagiocefaleelor

Există trei opinii de tratament al deformațiilor plagiocefalice: observații și re poziționarea, terapia cu căști (pasive sau active) și tratamentul chirurgical. Începând cu anul 2008, în Republica Moldova, se lucrează în planul de depistare a deformațiilor craniene și tratamentul conservativ a acestor patologii aplicând căștile pasive de remodelare a reliefului anatomic al craniului. Fiind aplicate ele eliberează craniului de presiunea unilaterală în timpul somnului, repartizând echivalent forțele de creștere. Aceasta crează condiții favorabile de dezvoltare și expansiune armonioasă a creierului și oaselor craniene.

Acest studiu are scopul de a depista prezența plagiocefaleelor de poziție la copiii mici, a urmări în dinamică redresarea reliefului anatomic al craniului cerebral la copiii, la care li s-a oferit tratament conservativ cu căști pasive.

Materiale și metode

În decurs de 4 luni au fost depistați 20 de pacienți cu deformații de poziție ale craniului, care s-au adresat în clinica de neurologie pediatrică. Diagnosticul a fost pus

în baza examenului clinic iar în cazurile când a fost necesar, s-a efectuat examenul tomografiei computerizate. Copiii incluși în studiu aveau de la 2 la 8 luni. Fiecare căscă a fost adaptată la craniul copilului prin activarea șurupurilor externe și prin aplicarea bureților pe suprafața internă a căștilor. Părinții au fost instruiți să mențină aceste căști pe o perioadă cât mai îndelungată posibil pe parcursul a 24 ore, în special în timpul somnului.

Examenul în dinamică s-a efectuat la fiecare 6—8 săptămâni. S-a examinat creșterea craniului în dinamică, relieful anatomic al craniului cerebral, acuzele prezentate de părinți în timpul tratamentului.

Rezultate

S-a oferit tratament conservativ cu căști pasive la 20 copii, înă la un an. Trei din ei au prezentat deformații brahiocefalice de diferite grade, 10 copii cu deformații de gradul întâi, doi și trei ale craniului și 7 copii cu deformații de gradul patru și cinci. Pe perioada de examinare copiii au purtat căștile după instrucție. La examenul în dinamică relieful craniului și-a primit forma lui anatomică treptat, în medi la trei luni.

Discuții

Plagiocefaleele de poziție este o problemă pusă în discuții relativ de o perioadă scurtă. Relatările cu privire la incidența lor sunt variate. În unele țări ele atig cifra de unul la 10 nou născuți. Totodată incidența reală nu este determinată. În Republica Moldova nu s-au evidențiat pînă în prezent această patologie. Pe parcurs de 4 luni s-au adresat în clinica de neurologie pediatrică 20 copii cu deformații de poziții ale craniului.



Fig. 1 Plagiocefalee de poziție.



Fig. 2 Tratament conservativ

Pe cînd unele studii demonstrează persistența deformațiilor de cranium la copiii mari, altele relatează

regresarea spontană la unii copii. Persistența și acțiunea nocivă a deformațiilor craniene, în afara craniostenozelor, asupra dezvoltării masivului facial și modificărilor neurologice la copii acum sunt în studiu.

Tratamentul variază în raport cu vârsta copilului. Pînă la 3 luni copiii sunt poziționați în timpul somnului. În cazul în care nu s-a observat regresarea deformațiilor se oferă tratament conservativ cu căști pasive. Tratamentul urmează în mediu 3—6 luni, în dependență de gradul de deformație. Persistența deformațiilor impune examenul tomografiei computerizate a craniului cu scopul de a exclude fuzionarea precoce a suturilor, în special a suturii lamboide.

Regresarea în dinamica tratamentului cu căști se face urmînd clasificarea după gradul de afectare. Astfel copii cu deformații de gradul patru ale craniului regresează la gradul trei apoi doi apoi unul. 90% cazuri evoluează în acest mod. S-a observat că copii mai mici de 4 luni trec de la gradul trei la gradul întâi în interval de timp de 6 săptămîni.

Rezultatele noastre au demonstrat, că în Republica Moldova există această patologie și necesită pe viitor de studiat incidența. Copiii, care au primit tratament cu ajutorul căștilor pasive au revenit la forma craniului

normală, cu excepția la un copil, la care s-a depistat craniostenoză sagitală.

Bibliografie

1. Argenta L.C., David L.R., Clinical classification of positional plagiocephaly. 2004 May 15(3):368-72.
2. Argenta L.C., David L.R., Wilson J.A., Bell W.O. An increase in infantcranial deformity with supinesleeping position. J. Craniofac. Surg.1996 Jan;7(1):5-11.
3. Thomson J.T., David L.D., Sanger C., Wood B., Argenta L.C. Outcomes Analysis of Passive Helmet Therapy for Poyitional Plagicephaly as Measured by a Three Dimensional Surface Scanning Laser. J. Craniofac. Surg.8(1):233-236.
4. Sanger C., ArgentaA., Simpson J., David L.D., ArgentaL.C. Outcome analysis of treatment of Posterior Brachyocephaly with Prefabricated helmet Therapy.
5. Brunner T.V., David L.D., Gage H.D., Argenta L.C. Objective outcome and analysis of soft shell helmet therapy in the treatment of deformational plagiocephaly. J. Craniofac. Surg.2004 July;15(4):643-50.
6. Robert I., Millier, Sterling K.Clarren. Long-Term Developmental Outcomes in patients with deformational Plagiocephaly. Electronic. Pediatrics. Vol. 105, N.2, February 2000, p. E.26.
7. Ricardo J.Komotar., Brad E. Zacharia, BS,Jason A.Ellis, BS., Neil A. Feldstein, MD., Richard Ce.E. Anderson, MD. Pitfalls for the Pediatrician: Positional Moldong or Craniostenosis? Pediatric aninals5 35:4 May 2006, 7-11.

Prezentat 04.07.2008

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Резюме

В клинике изучена эффективность комплексного лечения зубочелюстных аномалий с применением магнитофореза 1%-ного раствора хлористого лития. Показано, что предлагаемый метод лечения эффективен, поскольку позволяет сократить сроки лечения в активном периоде.

Summary

Complex treatment of the toothjhamical abnormalities

Complex treatment efficiency of the supporting stuctures abnormalities was studied af the clinic using magnitophoresis 1% solution chloristogo Lithia. It was revealed, that the suggested method was effective as it allowed reduceg the term of treatment in the active period.

Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций сформированного прикуса актуально и сегодня [1, 2, 4], поскольку распространенность их остается высокой, сроки лечения продолжительны, нередко рецидивы.

В настоящее время лечение данной патологии осуществляется в основном ортодонтическо-хирургическими методами, которые не лишены недостатков.

С целью оптимизации активного периода ортодонтического лечения аномалий зубочелюстной системы у взрослых нами в соавторстве разработана методика ослабления костной ткани, исключая хирургическое вмешательство (Положит. решение на выдачу патента РБ по заявке № 2005270).

Цель работы — изучить эффективность применения магнитофореза 1%-ного раствора хлористого лития в комплексном лечении зубочелюстных аномалий сформированного прикуса.

Гулько Т. И.

Белорусский
государственный
медицинский
университет