

considerabil capacitatea compozitului de a provoca reacții alergice.

Prin urmare o cale rațională de optimizare a procesului de refacere a defectelor erozive dentare va deveni și cea de încălzire a compozitelor de consistență compactă.

Concluzii:

1. Particularitățile de alimentație, unii factorii ai mediului ambiant și voma s-au prezentat ca cei decesivi de apariție a eroziunilor adamantinale;
2. Defectele erozive se manifestă clinic frecvent pe suprafețele ne ocluzale având formele nete-

de, oval-rotunde și polizate cu prezența punții de colet a adamantinei ne afectate.

Bibliografie:

1. Bishop, Kelleher M., Briggs P., Joshi R. The etiology and management of localized anterior tooth wear in the young adult. J. Dent. Update 21, 153-161, 1999;
2. Leitch L. C., Bader J. D., Shurgas D. A. Noncarious cervical lesions. J. Dent., 22, 195-207, 1994;
3. Mannerberg F. : Changes in the enamel surface in cases of erosion: A replica study. Arch. Oral Biol 4 (suppl.), 59-62, 1961;
4. Vasilașcu Adriana. Eroziunea dentară ca rezultat al unor acizi alimentari. R. Anale științifice Ediția a IX-a, V.4. Probleme clinico-chirurgicale, p.382-385, 2008.

ГАЛЬВАНОЗ И НЕКОТОРЫЕ СПОСОБЫ ЕГО УСТРАНЕНИЯ

Rezumat

GALVANOZA ȘI UNELE METODE DE LICHIDARE A EI

Observarea a 89 de bolnavi care au fost protezați cu proteze din metal a arătat că profilaxia galvanozei trebuie să înceapă încă la primele etape ale protezării și depinde de calificarea și fidelitatea medicului. Utilizarea unor noi metode ar putea ajuta pacienții la lichidarea galvanozei cavității bucale.

Summary

GALVANOZA AND SOME METHODS OF ITS TREATMENT

The observation of 89 patients, who were prosthetic with different dentures made of metal, showed that prevention of galvanoza should begin even at the first stages of prostheses and crowns' preparation in the laboratory and depends on the competence and fidelity of the dental technician. Using some techniques can help patients to liquidate galvanoza.

В практике врача-стоматолога часто встречаются больные, у которых после протезирования возникает гальваноз (Л.Д.Гожая, 1988; М.Ф.Данилевский и соавторы, 1988; А.Ф.Иванова, 1981; Л.М.Ковбасюк, 1970). Его проявления бывают различной интенсивности. Некоторые больные со временем привыкают и мало обращают внимание на дискомфорт в полости рта. К сожалению, у них при очень большой силе тока (100 мкА и более) возникают предраковые заболевания (лейкоплакия или красный плоский лишай).

Устранение гальваноза в полости рта является сложной проблемой, стоящей перед стоматологом. Однако, как и при любой болезни, основным является ее профилактика. С этой точки зрения профилактика гальваноза в полости рта становится основным в решении проблемы. Не всегда можно предвидеть возникновение его в полости рта и тогда на первый план выступает ликвидация или уменьшение его вредного воздействия на организм больного.

Цель исследования и задачи

Целью данной работы явилась разработка несложных методик устранения гальваноза в полости рта.

Задача настоящего исследования состояла в изучении эффективности некоторых методов устранения дискомфорта в полости рта.

Материалы, методика и обсуждение

Нами поведено наблюдение за 89 больными, которые были протезированы: 37 человек — стальными протезами, покрытыми нитридом титана, 25 — металлокерамикой, 5 — металлокерамикой и имплантами, 22 — металло-

**А.С. Кушнир,
В.В. Бурлаку,
Л.А. Тимченко,
В.А. Кырлиг,
А.Г. Ожован,
М.И. Гуцул**

*Кафедра
терапевтической
стоматологии ФУВ
зав. кафедрой
профессор В.З.
Бурлаку*

керамикой и стальными коронками, покрытыми нитридом титана, и имеющие зубы запломбированные металлическими пломбами.

Мы считаем, что профилактика гальваноза в полости рта должна начинаться зубным техником. Он обязан использовать проверенный металл. При покрытии стальных протезов нитридом титана из-за сложной технологии сталь меняет свою структуру, а, следовательно, изменяются ее свойства. Иногда встречаются большие, у которых в несъемных протезах припой не покрыт нитридом титана. Между ними бывает гальванический ток до 100 мкА. Попытки заново покрыть нитридом титана не уменьшают электропотенциал. Повторное покрытие не дает положительного эффекта, так как сталь дважды подвергнутая такой обработке еще больше изменяет свою структуру и свойства.

У некоторых больных стальные коронки полностью не покрыты керамикой на 1-2 мм. Между такими металлокерамическими протезами возникает большой гальванический ток (до 120 мкА). Устранение этих погрешностей в работе зубного техника предотвращает появление большого электропотенциала в полости рта при протезировании сталью, покрытой нитридом титана, и металлокерамическими протезами.

Клинический случай

Больная М., 53 года, поступила на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ в марте 2010 года с жалобами на металлический привкус во рту, сухость, жжение и появление чешуек на красной кайме губ, иногда надкусывание слизистой оболочки щеки слева, по утрам дискомфорт в полости рта. Считает себя больной с 2009 года.

Обно: слизистая оболочка красной каймы губ сухая, видны чешуйки эпителия, при снятии их возникает боль, под ними видна эрозированная слизистая оболочка. Процесс охватывает всю красную кайму губ.

В полости рта 42; 43; 44 зубы покрыты металлокерамическими коронками и 45 зуб (консольный протез). В 25; 26; 27 зубах стальные коронки, покрытые нитридом титана, в 3.6 зубе стальная коронка не покрытая, 37 запломбирован амальгамовой пломбой.

Больная протезировалась в 2007 году в г. Кишиневе, а металлическую пломбу поставили в Израиле в декабре 2009 года. Гальванический ток между металлокерамическим протезом в области 25; 26; 27 зубов и амальгамовой пломбой 125 мкА, между протезами, покрытыми нитридом титана, и амальгамовой пломбой 90 мкА, а между стальной коронкой и металлокерамическим протезом 40 мкА.

В области слизистой оболочки щеки слева по переходной складке видно кровоизлияние 0,5 x 0,6 см, как следствие надкусывания.

Исследования электропотенциала между стальной коронкой 3.6 и амальгамовой пломбой 3.7 не фиксировался, так как они соприкасались друг с другом.

Диагноз: экзематозный хейлит; гальваноз.

Для устранения гальваноза было предложено вначале заменить амальгамовую пломбу. Если наша тактика правильная, то все симптомы должны уменьшиться. На второй же день больная почувствовала улучшение. Потом сняли стальную коронку 36 зуба. Через пять дней прошли жжение, сухость и шелушение эпителия красной каймы губ. Полное выздоровление больная отметила через две недели после снятия амальгамовой пломбы и рядом стоящей стальной коронки. Исчезли жжение и десквамация эпителия красной каймы губ, металлический привкус и надкусывание слизистой оболочки щеки.

Длительное существование гальваноза в полости рта приводит к насыщению тканей языка и всей слизистой оболочки полости рта ионами тяжелых металлов, которые приводит к кандидозу.

Клинический случай

Больной О., 45 лет обратился на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ с жалобами на сухость в полости рта, белый налет на языке, жжение и боль при приеме сладкой, соленой пищи, металлический привкус, особенно сильный по утрам, дискомфорт в полости рта, который сохраняется весь день. Такое состояние началось после повторного протезирования. До этого у больного на верхней и нижней челюстях были протезы покрытые нитридом титана. Он их носил более двадцати лет. Нитрид титана, покрывающий стальные коронки, слущился, появились зеленые пятна. Больной обратил внимание, что с появлением пятен дискомфорт в полости рта усилился, а после повторного протезирования стал еще сильнее. В области 14; 15; 16; 25; 26; 27; 44; 45; 46; 47 стальные несъемные протезы, покрытые нитридом титана. Гальванический ток между 14; 15; 16 и 44; 45; 46; 47 протезами равен 65 мкА, между 14; 15; 16 и 25; 26; 27 — 75 мкА, между 25; 26; 27 и 44; 45; 46; 47 — 95 мкА. Микробиологическое исследование в соскобах с поверхности спинки языка выявило большое количество молодых и старых клеток и псевдомицелий грибка *Candida*. Больному начато лечение кандидоза и одновременно предложено перепротезироваться. После снятия протезов дискомфорт в полости рта резко уменьшился, но полностью не прошел даже через 1,5 месяца и курса лечения кандидоза. Микробиологическое исследование соскоба со слизистой оболочки языка не выявило клеток грибка *Candida*. Однако металлический привкус и незначительный дискомфорт остался. Через два месяца больного вновь протезировали. Гальванический ток между 14; 15; 16 и 44; 45; 46; 47 был 15 мкА, между 25; 26; 27 и 44; 45; 46; 47 — 20 мкА, между 14; 15; 16 и 25; 26; 27 — 15 мкА, а между 14; 15; 16 и языком — 45 мкА. Такого сильного гальванического тока между языком и металлическими протезами мы наблюдали впервые. Измерения электропотенциала между тканями языка и щек достигало 25 мкА, а между тканями щеки и протезом 25; 26; 27 — 30 мкА. Это указывало на большую насыщенность

тканей языка и всей слизистой оболочки полости рта ионами тяжелых металлов.

Было назначено лечение в виде полосканий полости рта подсолнечным маслом. Больной после чистки зубов полоскал рот в течение минуты. Через две недели дискомфорт в полости рта значительно уменьшился, а через 1,5 месяца все явления гальваноза прекратились. Больной находится под наблюдением более года. Такие больные должны находиться на диспансерном учете и приходить на обследование каждые три месяца.

Из 89 больных, которые наблюдались нами 51 протезировались повторно, 38 — впервые. Наиболее сильный электропотенциал (от 95 до 135 мкВ) отмечен у 35 больных: 21 протезировались повторно, 14 впервые.

В развитии гальваноза в полости рта имеют большое значение общие заболевания. Так, у 51 человек отмечены различные заболевания желудочно-кишечного тракта. У 6 больных выявлены психические нарушения, причиной которых был дискомфорт в полости рта.

Исследования показали, что повторное протезирование после длительного пребывания в полости рта стальных конструкций, покрытых нитридом титана, возникает дискомфорт настолько сильный, что больные не выдерживают и просят их снять. Это сопряжено с большими денежными затратами. Возникают серьезные конфликты между врачом-протезистом и больным.

Заключение

В настоящее время гальваноз часто встречается у больных, которые протезируются конструкциями из металла, в том числе и металлокерамикой. Наши наблюдения показали, что он может быть причиной предраковых заболеваний (лейкоплакия и красный плоский лишай), аллергии, кандидоза, психических нарушений, экзематозного хейлита и других. Устранить гальваноз можно различными

методами. Наиболее эффективным является замена металлических конструкций. Однако это связано с большими денежными затратами. Поэтому сначала следует попытаться снизить электропотенциал, назначая полоскания масляными растворами, аппликациями антидота на те участки, где больше всего отмечаются эти явления. Из масляных препаратов лучшим является нерафинированное подсолнечное масло. Попытки покрыть другими веществами (лаки, мази и др.) не давали результата.

Другим подходом в ликвидации дискомфорта в полости рта является выявление коронки или протеза, которые дают наибольший электропотенциал. Иногда достаточно удалить металлическую пломбу или стальную коронку, чтобы вылечить экзематозный хейлит и устранить дискомфорт в полости рта. Что касается кандидоза, то лечение его значительно облегчается после устранения гальваноза. Профилактика должна проводиться на этапе изготовления протезов и зависит от добросовестности зубного техника. Особое внимание уделять тем больным, которые протезируются повторно. После изготовления протезов не нужно спешить цементировать, а только фиксировать на 15-20 дней и за это время измерять электропотенциал в полости рта. Иногда необходимо заменить некоторые коронки и даже несъемные протезы.

В других случаях не нужно спешить снимать все протезы. К ликвидации гальваноза в полости рта следует подходить строго индивидуально

Литература

1. Л.Д.Гожая. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. М. Медицина 1988, стр. 160
2. М.Ф.Данилевский, О.Ф.Несин, Ж.И.Рахний. Захворования слизистой оболочки полости рта. Киев, «Здоров'я», 1988, стр. 88-90
3. А.Ф.Иванова. Влияние металлических включений в полости рта на общее состояние организма. Стоматология. М., 1981, N5, стр. 63-67.
4. Л.М.Ковбасюк. Некоторые данные о механизме возникновения гальванических токов полости рта., 1970, стр. 69

AVANTAJE ȘI LIMITE ÎN TRATAMENTULUI PARODONTAL PRIN APLICAREA LASERELOR

Rezumat

În lucrare este pus în discuție tehnologia laser în tratamentul afecțiunilor stomatologice și îndeosebi în domeniul parodontologiei. Este argumentată necesitatea aplicării, ce prezintă această tehnologie, cum funcționează și nu în ultimul rând efectele asupra țesuturilor dure și moi. Deoarece energia laserului este utilizată în diferite sisteme (CO₂ (lung.undă =10.600 nm, Nd:YAG (lung.undă =1.064 nm), Er. Cr: YSGG (lung.undă =2780 nm) laserului diodă (lung.undă = 810 nm sau lung.undă =980 nm), în lucrare sunt redate diferite tipuri de laser, cu lungimi de undă diferită și în diverse situații clinice pe grupuri de pacienți. De asemenea sunt expuse avantajele, dezavantajele și acțiunile asupra țesuturilor biologice.

Tatiana Dobrovolschi,
Doctorand,

*Catedra Stomatologie
Terapeutică,
medic stomatolog
„Dentalmed”, Brașov,
România*