

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 2 (11) / 2009

*Ediție consacrată 50 ani
ai Facultății de Stomatologie
USMF „N. Testemițanu“
și 50 ani ai Asociației
Stomatologice din Republica
Moldova*

CHIȘINĂU — 2009

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, 2009, 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
Accreditată 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 ABABIL

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor habilitat 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

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Pavel GODOROJA

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris GOLOVIN

Viceministru al Ministerului Sănătății RM

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Ilarion POSTOLACHI

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.

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. Gnoinski (Elveția)

Doctor în medicină

MEMBRU DE ONOARE AL COLEGIULUI DE REDACȚIE :

Arsenie GUȚAN

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Svetlana MOSCALU

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

SUMAR

Teorie și experiment

Валентина Николайчук, Наталия
Сенчакович, Елена Шевченко
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТА GLYDE В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ПЕРИОДОНТИТОВ 7**

Валентина Николайчук, Наталия
Сенчакович, Елена Шевченко
**ПРИМЕНЕНИЕ СОЛКОСЕРИЛ
— ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ
ПАСТЫ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО
МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА 9**

А.С.Кушнир, В.З.Бурлаку, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко, В.А.Тритиченко
**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА 11**

Odontologie—parodontologie

Sofia Sirbu, Mohamed Agbaria
**ERORI ȘI COMPLICAȚII
ÎN TRATAMENTUL ENDODONTIC 16**

Ciobanu Sergiu
**LEZIUNI INTERRADICULARE —
ABORDĂRI DE TRATAMENT COMPLEX ... 21**

Клаус-Петер Эрнст
**ПРОСТОЕ НАНЕСЕНИЕ СЛОЕВ
ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ
ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ — ВОПРЕКИ ИЛИ
ВСЛЕДСТВИЕ УПРОЩЕННОЙ
ЦВЕТОВОЙ ПАЛИТРЫ? 24**

А.С.Кушнир, В.А.Кырлиг, И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко, А.Г.Ожован
**ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА
ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ 32**

CONTENTS

Theory and experiment

Валентина Николайчук, Наталия
Сенчакович, Елена Шевченко
**EFFICIENCY OF USING GLYDE
PREPATAT IN ENDODONTIC
TREATMENT OF CHRONIC
PERIODONTITIS 7**

Валентина Николайчук, Наталия
Сенчакович, Елена Шевченко
**USAGE OF SOLCOSERYL —
DENTAL ADHESIVE PASTE IN THE
TREATMENT OF CHRONIC
MARGINAL PERIODONTITIS 9**

А.С.Кушнир, В.З.Бурлаку, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко, В.А.Тритиченко
**THE CLINIC, DIAGNOSTICS
AND TREATMENT OF ORAL
MONILIOSIS..... 11**

Odontology—Parodontology

Sofia Sirbu, Mohamed Agbaria
**THE ERRORS AND COMPLICATIONS
IN THE ENDODONTIC TREATMENT 16**

Ciobanu Sergiu
**INTERRADICULAR LESIONS AND ITS
COMPLEX TREATMENT ABORDATION ... 21**

Клаус-Петер Эрнст
**THE SIMPLE APPLICATION OF LAYERS
DURING AESTHETIC RESTORATIONS OF
THE ANTERIOR TEETH- IS THIS IN SPITE
OF OR AS A RESULT OF THE SIMPLIFIED
COLOR PALETTE? 24**

А.С.Кушнир, В.А.Кырлиг, И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко, А.Г.Ожован
**THE AFFECTION OF MEMBERS OF MOUTH
CAVITY WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS. 32**

Adriana Vasiłașcu
**UNELE ASPECTE DE DIAGNOZĂ,
TRATAMENT ȘI PROFILAXIE ALE
EROZIUNILOR DENTARE.....35**

Protetică dentară

Александр Постолаки
**ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА
НА МОЛЯРАХ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ
ПРОКСИМАЛЬНОГО КАРИЕСА И ТАКТИКА
ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
И ПРЯМОГО РЕСТАВРИРОВАНИЯ
ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ 38**

Teze

Teslaru Lilia
**NANOCOMPOZIT CU POTENȚIAL
CREATIV A STOMATOLOGIEI
MODERNE 46**

Ciobanu Anatolie
**UTILIZAREA METRONIDAZOLULUI ÎN
TRATAMENTUL ALVEOLITELOR 47**

Zepca Victor, Ciobanu Anatolii,
Baroncea Angela
**ADRESABILITATEA LA MEDICUL
STOMATOLOG A ELEVILOR ȘCOLILOR
PROFESIONALE DIN
REPUBLICA MODOVA 48**

Adriana Vasiłașcu
**SOME ASPECTS OF THE DIAGNOSIS,
TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF THE
DENTAL EROSION.....35**

Dental Protetics

Александр Постолаки
**THE TECHNIQUE OF OPERATIVE
ACCESS IN MOLARS AFFECTED
BY COMPLICATED PROXIMAL CARIES
AND TACTICS OF ENDODONTIC
TREATMENT AND DIRECT RESTORATION
OCCLUSION SURFACE 38**

Theses

Teslaru Lilia
**NANOCOMPOSITE WITH
A CREATIVE POTENTIAL
OF THE MODERN DENTISTRY 46**

Ciobanu Anatolie
**THE USE OF METRONIDAZOLE IN THE
TREATMENT OF ALVEOLITIS..... 47**

Zepca Victor, Ciobanu Anatolii,
Baroncea Angela
**THE ADDRESSABILITY TO THE DENTIST
OF THE VOCATIONAL SCHOOLS'
STUDENTS IN THE REPUBLIC
OF MOLDOVA 48**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА GLYDE В ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Rezumat

Preparatul gel Glyde a fost aplicat în prelucrarea instrumentală și medicamentoasă canalelor radiculare în 123 dinți, dintre care: 76 pluriradiculari și 47 monoradicular (63 — cu periodontită cronică granulantă, 48 — cu periodontită cronică granulomatoasă și 12 — cu periodontită cronică fibroasă). Sa observat că folosirea gelului împreună cu gipohlorură de natriu îmbunătățește calitățile lui provocând un efect spumant, curățire a canalului radicular, înălbire și un efect bactericid. Gelul Glyde permite instrumentului endodontic ușor se lungește în canalul radicular, și totodată previne uzura lui și mărește termenul de folosire. Gelul ușor se introduce în canalul radicular. Recomandăm folosirea gelului Glyde în tratamentul endodontic a periodontitelor apicale cronice.

Summary

EFFICIENCY OF USING GLYDE PREPATAT IN ENDODONTIC TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS

We used Glyde gel in instrumental and medicamentous preparation of root canals of teeth 123, between 76 pluriradicular and 47 monoradicular, including diagnosis of chronic granulous periodontitis — 63 and chronic granulomatous periodontitis of 48 teeth and chronic fibrous periodontitis of 12 teeth. It was noted, that using of this gel with natrii hypochlorid improves its action, like spoon formatted, whitening, and cleaning effects and bactericide effect. Also, Glyde gel gives the possibility to introduce more easily and to work with endodontic instruments in root canal, which stops their fracture and decreases their wearing down and increases their period of work. Gel Glyde is inserted easily root canal. It is recommended to use Glyde in endodontic treatment of chronic apical periodontitis.

Актуальность темы

Медикаментозная обработка корневых каналов является важной неотъемлемой частью эндодонтического лечения. Она применяется на этапах инструментальной обработки корневых каналов. В ее задачу входит удаление из корневых каналов органических остатков пульпы, дентинных опилок, удаление смазанного слоя со стенок корневого канала для обеспечения доступа к системе дополнительных каналов, микроканальцев и из ответвлений [1–3].

Главными задачами медикаментозной обработки являются [4–7]:

- Ликвидация очага инфекции;
- Очистка и формирование корневого канала;
- Полная obturation пространства корневого канала.

Медикаментозную обработку корневых каналов необходимо сочетать с механической, — только таким образом можно достичь полноценной очистки корневых каналов. Корневой канал имеет множество разветвлений. На поверхности дентина корневого канала формируется «смазанный слой» (Smear layer) [7], в состав которого входят органические и неорганические компоненты, являющиеся субстратом (питательной средой) для размножения бактерий. Эти факторы мешают адгезии пломбировочных материалов к дентину корневого канала. Из вышесказанного следует, что «смазанный слой» необходимо обязательно удалять. После его удаления на стенках корневого канала четко видны просветы очищенных дентинных канальцев.

Валентина Николаичук,
Наталья Сенчакович,
Елена Шевченко

Кафедра
терапевтической
стоматологии

Перитубулярный дентин чувствителен к препаратам, в основе которых находится ЭДТА (этилен диамин тетрауксусная кислота). Под их влиянием он полностью растворяется. С другой стороны, интерглобулярный дентин лишь умеренно деминерализуется. В результате корневые пломбировочные материалы (эпоксидные, цементы, гуттаперча и т.д.) герметично obtурируют открытые дентинные каналы. Такая пломбировка корневого канала предотвращает дальнейшее инфицирование системы корневых каналов.

Если во время антисептической обработки «смазанный слой» не был тщательно удален, — со временем в корневом канале развивается микроподтекание, и микроорганизмы проникают в апикальную часть корня зуба, что приводит к дальнейшему развитию периодонтита.

Незаменимым в работе врача-стоматолога является раствор гипохлорита натрия. В румынской литературе его называют «святой водой стоматологии». Он является химически активным ирригантом. Рабочая концентрация его варьируется от 0,5% до 3,5—5%. Он вымывает остатки органических и неорганических веществ из корневого канала, оказывая бактерицидное действие, благодаря хлорноватистой кислоте и выделению свободного хлора. Необходимо знать, что органические вещества в корневом канале снижают его активность, поэтому, корневой канал необходимо промывать многократно. Для удаления неорганических материалов со стенок корневого канала следует применять препараты, содержащие ЭДТА, механизм действия которых состоит в захвате и связывании ионов кальция из дентина.

Учитывая вышесказанное, нами было принято решение по использованию нового современного препарата на базе ЭДТА — геля Glyde производства Dentsply Maillefer (USA).

Гели, применяемые для химического расширения корневого канала содержат ЭДТА и смазочные вещества, облегчающие движение эндодонтических инструментов в корневых каналах, а также в их состав входят флотурирующие агенты, способствующие удалению частиц дентина.

Материал и методы

Материал Glyde представляет собой белесовато-прозрачный гель, содержащий 15% ЭДТА и пероксид карбамида на водорастворимой метил — целлюлозной основе. Во время его использования в сочетании с гипохлоритом натрия происходит химическая реакция с образованием пенистой субстанции, эффективно удаляющей «смазанный слой» дентина. В нашей практике мы использовали раствор гипохлорита натрия в концентрации 3%, т.к. большая концентрация может оказывать токсическое воздействие на ткани периодонта. Гель Glyde обладает выраженным бактерицидным действием, а содержащаяся в нем 15% ЭДТА растворяет минерализованные опилки. Наиболее

эффективно Glyde работает при использовании специальной ультразвуковой насадки, которая за счет низкочастотного волнового воздействия эффективно разрушает микроорганизмы и клеточные элементы в корневом канале. При этом, наибольший эффект достигается, когда ультразвуковая насадка размещается свободно в корневом канале и не контактирует с его стенками. Тогда ирригационный раствор легко циркулирует в канале даже на расстоянии 2–3мм от кончика насадки [8–10].

В процессе работы с материалом Glyde отмечается отбеливающий и смазывающий эффекты. За счет смазывающего эффекта существенно облегчается скольжение эндодонтических инструментов в корневом канале, что предотвращает их заклинивание и поломку, а также снижает их изнашивание и увеличивает срок службы.

Гелеобразная масса легко вводится в корневой канал специальной канюлей или каналонаполнителем на малых оборотах. Вещества активируются ручными файлами или ультразвуком. Для высокой степени очищения и расширения корневых каналов необходимо соблюдать следующие этапы в медикаментозной обработке корневых каналов:

- Обеспечение доступа к устью корневого канала;
- Прохождение корневого канала с использованием техники „Crow-Down” с предварительным определением длины корневого канала;
- Введение порции Glyde с помощью ручного файла или каналонаполнителя (избегая его выведения за апекс);
- Активация Glyde производится файлами или ультразвуком до помутнения геля;
- Орошение гипохлоритом натрия до прекращения пенообразования;
- Далее этапы повторяются.
- На заключительной стадии производится тщательная ирригация корневого канала дистиллированной водой.
- Обработанный корневой канал высушивается бумажным штифтом, а затем — пломбируется.

Нами было проведено лечение 123 зубов (76 многокорневых и 47 однокорневых зубов), в том числе: с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит — 63 зуба; с хроническим гранулематозным периодонтитом — 48 зубов, и с хроническим фиброзным периодонтитом — 12.

Выводы:

1. Гель Glyde в сочетании с гипохлоритом натрия идеально работает в корневом канале.
2. При воздействии на Glyde гипохлоритом натрия отмечается обильное пенообразование, что обеспечивает хорошее очищение корневого канала.

3. Следует отметить, что благодаря наличию в геле смазочных веществ значительно облегчается движение инструментов в корневых каналах.
4. Важнейшим качеством Glyde является способность к химическому расширению корневого канала.
5. Glyde предотвращает риск заклинивания и поломки эндодонтических инструментов.
6. По сравнению с другими гелями, содержащими ЭДТА, гель Glyde легко вводится в корневой канал.
7. Следует также отметить отбеливающий эффект геля Glyde, что немаловажно в работе с периодонтитными зубами.
8. Гель Glyde необходимо использовать при распломбировке и перепломбировке корневых каналов.
9. При прохождении и инструментальной обработке корневых каналов гель Glyde рекомендуется использовать в 100% случаев.

Литература:

1. Базикян Э.А., Волчкова Л.В., Лукина Г.И. Практическое руководство по эндодонтии / М., Практическая медицина, — 2007, —112с.:ил.
2. Данилевский М.Ф., Сидельникова А.Ф., Рахний Ж.И. Пульпит / Киев, Здоровья, 2003, — 166С.
3. Клиническая эндодонтия. Эндодонтическое лечение, obturация корневых каналов / Под ред. Скрипниковой Т.П. / Полтава, Легат, —2000, —51 С.;ИЛ.
4. Andreeescu C., Ioniță R. Curs de odontologie, București, Editura Cerma, —2001,—139р.
5. Gafar M., Iliescu A. Odontologie, București, Editura Medicală, —1998,—231р.
6. Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский и др., М., Медицина, 2002, —736с.
7. Терапевтическая стоматология. Избранные разделы / Под ред. Е.В. Боровского. — М., Стоматология, 2005, — 224с.
8. М.Белогород, Применение ультразвука в эндодонтии. DentArt, 2008,4, стр 20–26.
9. V.Burlacu, V.Fala. Secretele endodontologiei clinice: Ghid practic/./Ch.: CCRE”PRESA”,2007.– 132 р.
10. В.В.Николайчук, А.Б.Терехов, К.И.Нэстасе. Эндодонтия / практическое пособие/;– Ch.: Vector, 2009.–208 р.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЛКОСЕРИЛ — ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ ПАСТЫ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА

Rezumat

Tratamentul cu pastă dentală adezivă Solcoseril s-a efectuat la 67 pacienți cu parodontită marginală cu diferit grad de gravitate (ușor, mediu și grav). Preparatul se introducea cu ajutorul capelor elastice, care au fost individual confecționate, în care preventiv se aplica pasta. Apoi capetele se fixau în cavitatea bucală pe termen de 15–20 minute. Cura de tratament a durat 7 zile, procedurile se efectuau peste o zi. Folosirea preparatului a permis de a depista un rezultat clinic benefic, ce ne permite să recomandăm pentru tratamentul leziunilor parodontale.

Summary

USAGE OF SOLCOSERYL — DENTAL ADHESIVE PASTE IN THE TREATMENT OF CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS

The treatment with Solcoseryl — dental adhesive paste was performed on 67 patients with marginal periodontitis of mild, medium, severe forms. The paste was applied before hand in individual prepared elastic trays, then fixed in the oral cavity for 15–20 minutes. The cure of treatment was about 7 days, the procedures was done once in two days. Usage of this remedy has shown good clinical effects, that will permit to recommend it in the treatment of periodontal diseases.

Введение

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем стоматологии.

На сегодняшний день в литературе описан ряд этиологических факторов заболеваний, выяснены многие аспекты механизма развития процесса. Предложено большое количество рациональных методов лечения, намече-

**Валентина Николайчук,
Наталья Сенчакович,
Елена Шевченко**

*Кафедра
терапевтической
стоматологии*

ны пути профилактики. По данным ВОЗ заболевания пародонта широко распространены среди населения земного шара. Ранние проявления заболеваний пародонта воспалительного характера зарегистрированы в возрасте от 10 до 20 лет, 80% детей страдают гингивитом. Выраженные деструктивные изменения в пародонте с вовлечением в процесс костной ткани чаще выявляются у лиц старше 40 лет. В структуре пародонтальных заболеваний преобладают воспалительные — гингивит и пародонтит. Около 90% случаев составляет катаральный гингивит. Пародонтоз составляет около 4–5% от всех заболеваний пародонта[1].

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, значительные изменения в зубочелюстной системе больного, которые приводят в конечном итоге к потере зубов. При этом отмечаются нарушения жевательной эффективности, наступает инвалидизация больных. У них нарушается функция пищеварения, психоэмоциональное состояние, снижается резистентность организма к действию инфекции. Все это делает описываемую проблему социальной и общемедицинской.

В основе патогенеза заболеваний пародонта лежит повреждение клеток, повышение содержания биологически активных веществ — медиаторов и модуляторов воспаления; расстройства микроциркуляции; повышение сосудисто-тканевой проницаемости (экссудация и клеточная инфильтрация); деполимеризация основного вещества соединительной ткани десны, разрушение коллагена, нарушение транс — капиллярного обмена и вторичная гипоксия. Замедляется кровоток, и образуются тромбы. Повышается активность тканевой и микробной гиалуронидазы. Нарушаются процессы регенерации, образуется патологическая грануляционная ткань. С усилением воспаления отмечаются и иммунологические сдвиги.

Поэтому остается актуальным изыскание средств, способствующих улучшению кровоснабжения и восстановлению нарушенного обмена в тканях пародонта. Нами было принято решение использовать в лечении маргинального хронического пародонтита активатор клеточного метаболизма препарат Солкосерил — дентальную адгезивную пасту.

Цель данной работы: клиническое исследование эффективности применения Солкосерил — дентальной адгезивной пасты в лечении хронического генерализованного пародонтита.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение с применением Солкосерил — дентальной адгезивной пасты 67 пациентов (35 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 25 до 55 лет. При этом, с легкой степенью пародонтита принято — 10 больных, с пародонтитом средней тяжести — 46 больных, и с пародонтитом тяжелой степени — 11 больных.

Контролем служила группа больных, получивших традиционное лечение.

Solcoseryl — Dental Adhesive Paste (Солкосерил — дентальная адгезивная паста) относится к фармакологической группе ангиопротекторов и корректоров микроциркуляции, антигипоксантов и антиоксидантов, а также — регенерантов. Препарат содержит целый спектр естественных низкомолекулярных веществ: гликолипидов, нуклеозидов, нуклеотидов, аминокислот, олигопептидов, незаменимых микроэлементов, электролитов и промежуточные продукты углеводного и жирового обмена[2–4].

Паста выпускается в тубах по 5 г. Паста содержит на 1 грамм:

- депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят, стандартизированный химически и биологически — 2,125 мг;
- полидоканол 600 — 10 мг;
- консерванты: метилпарагидроксибензоат (E218) — 1,8 мг; проилпарагидроксибензоат (E216) — 0,2 мг;
- вспомогательные вещества: натрия карбоксиметилцеллюлоза — 22,875 мг; масло мяты перечной — 2,925 мг; ментол — 0,075 мг;
- основа пасты: натрия карбоксиметилцеллюлоза; желатин; пектин; полиэтилен 350; жидкий парафин — 960 мг.

Паста бледно бежевая, зернистая однородная, легко распределяющаяся масса с запахом перечной мяты.

Фармакологическое действие пасты — ранозаживляющее, антигипоксическое, мембраностабилизирующее, ангиопротективное и цитопротективное. Паста повышает потребление кислорода клетками ткани, нормализует процессы метаболизма, улучшает транспорт глюкозы, стимулирует синтез АТФ и тем самым ускоряет регенерацию клеток и тканей. Препарат стимулирует ангиогенез, способствует ревазуляризации ишемизированных тканей, созданию благоприятных условий для синтеза коллагена и роста свежей грануляционной ткани. Кроме того, препарат ускоряет реэпителизацию, а также обладает мембраностабилизирующим и цитопротективным эффектом.

После нанесения пасты, она образует защитный лечебный слой на слизистой оболочке полости рта и предохраняет ее от механических и химических повреждений в течение 3–5 часов, выполняя функции лекарственной повязки. Она также обладает быстрым, но продолжительным местным обезболивающим эффектом. Боль купируется через 2–5 минут и обезболивание сохраняется в течение 3–5 часов. Это происходит за счет входящего в состав пасты полидоканола 600. Это местный анестетик, действующий в области периферических нервных окончаний, вызывая их обратимое блокирование.

Производитель рекомендует применять пасту при лечении гингивитов, пародонтитов, после оперативных вмешательств, установки имплантов, удаления зубного камня, при протезных от зубных протезов, альвеолите, стоматите, при пуччатке, афтах и заедах.

Методика проведения

В ходе наших исследований мы начинали лечение с профессиональной гигиены и тщательного удаления зубных отложений ультразвуковым скалером. Кроме того, проводилось обучение пациента правильным навыкам гигиены полости рта. На этапах лечения также проводился контроль гигиены полости рта. После удаления отложений поверхности зубов полировали циркулярными щетками с абразивными пастами.

Далее проводилась санация полости рта, устранение дефектов пломбирования и протезирования.

Медикаментозное лечение включало обязательное орошение ткани пародонта антисептическими средствами. Для орошения использовали растворы Ротокана, Ромазулана, Хлоргексидина и т.п.

Затем производилось высушивание слизистой оболочки полости рта при помощи струи воздуха из воздушного пистолета стоматологической установки.

Затем пасту тонким слоем при помощи подушечки пальца или ватной палочкой наносили на слизистую маргинальной и альвеолярной десны, а затем поверхность слегка смачивали водой и оставляли на 15—20 минут, или процедуру проводили, располагая пасту в индивидуально изготовленной капле, которую фиксировали в полости рта пациенту на 15—20 минут.

В случае необходимости по показаниям пациентам проводили временное или постоянное шинирование, избирательную пришлифовку.

Пациенты брались на диспансерный учет.

Результаты и обсуждение

Клинические наблюдения пациентов на этапах лечения и после курса лечения с применением дентальной адгезивной пасты Солкосерил позволило

констатировать, что курс лечения данной пастой составлял в среднем 7—9 посещений (в основной группе) против 12—14 посещений при традиционных методах лечения (контрольная группа). Анализ клинических показателей на этапах лечения свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта в виде снижения воспалительных процессов, уменьшения кровоточивости десен и болевых ощущений уже после 2—3 посещения.

После проведенного курса лечения у 64 больных десневой край, десневые сосочки и альвеолярная десна приобретали бледно-розовый цвет, уплотнялись. Отмечалось уменьшение пародонтальных карманов, прекращение выделений из них. У трех больных, страдающих сахарным диабетом, терапевтический эффект через месяц после курса лечения отсутствовал, что проявлялось возобновлением воспаления тканей пародонта.

По рентгенологическим данным у всех пациентов через 6 месяцев после проведенного лечения прогрессирование резорбции костной ткани не выявлено, что говорит о стабилизации процесса.

Выводы:

Применение нового способа лечения генерализованного пародонтита Солкосерил — дентальной адгезивной пастой, вводимой с помощью кап, демонстрирует выраженный терапевтический эффект, мы рекомендуем ее для лечения болезней пародонта. Индивидуально изготовленные эластические кап позволяют лучше дозировать и рационально использовать лекарственное вещество. Паста хорошо переносится пациентами, нами не отмечено побочных действий. Курс лечения с помощью пасты Солкосерил сокращается до 5—7 посещений.

Литература:

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. — М.: Мед. книга, Н.Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 162с.:илл.
2. <http://www.piluli.kharkov.ua/drugs/drug/1677/>
3. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/solcoseryl-dental-adhesive-paste.htm
4. Лемецкая Т.И. Заболевания тканей пародонта/ Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998 — с.109—134.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Rezumat

CLINICUL, DIAGNOSTICUL ŞI TRATAREA CANDIDOZEI MU-COASEI BUCALE

În activitatea medicului stomatolog frecvent se întîlnesc pacienţi cu candidoza mucoasei bucale. Tratamentul lor insistă folosirea paralelă a celor de acţiune locală. Folosirea preparatelor numai de acţiune locală nu provoacă efect curativ.

А.С.Кушнир,
В.З.Бурлаку, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко

Кафедра
терапевтической
стоматологии

Summary

THE CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ORAL MONILIOSIS.

There're many patients with oral moniliosis in dentist's practice. Their treatment includes the parallel use of preparations with local influence. It's not useful to apply only one preparation with local influence.

Кандидоз полости рта представляет собой актуальную проблему современной стоматологии. Диагностика и лечение становится все более трудной задачей для практических врачей-стоматологов. Это связано со значительным увеличением количества больных грибковыми поражениями слизистой оболочки полости рта, обусловленных ассоциациями патогенных грибов и различными бактериями, сочетание кандидоза с другими заболеваниями слизистой оболочки (с красным плоским лишаем, красной волчанкой, многоформной экссудативной эритемой, лейкоплакией и др.). Кроме того, обилие мест в полости рта, где могут обитать грибы (кариозные полости, корневые каналы, пародонтальные карманы, складки языка и др.), делают кандидоз слизистой оболочки полости рта важнейшим среди других локализаций этого заболевания (кандидоз пищевода, кишечника и др.) (Ш.С.Амирова, 2001г; М.К.Исакова, Ш.С.Амирова, 1999г.).

Нередко тяжелые висцеральные формы кандидоза и кандидосепсис начинаются с поражения полости рта, в связи с чем своевременную диагностику и рациональную терапию кандидоза слизистой оболочки полости рта можно рассматривать, как одно из средств профилактики тяжелых форм микозов.

Отсутствие четких критериев диагностики ведет к росту ошибок в выявлении кандидоза. Необходимо уделять больше внимание дифференциальной диагностике. Опасно также и гипердиагностика, так как она приводит к появлению среди населения кандидофобии ятрогенного характера (М.К.Русак и соавтор., 2001г.).

Цели исследования и задачи. Исходя из сказанного, задача настоящего исследования показать значение диагностики, дифференциальной диагностики кандидоза слизистой оболочки полости рта и пути эффективного лечения этого весьма распространенного заболевания полости рта.

Методика, материал и обсуждение. Грибы *Candida* относятся к условнопатогенной флоре.

Существуют 3 формы грибов *Candida*. Первая представлена округлыми дрожжевыми клетками; вторая форма – вытянутая, нитчатая, образующая в результате удлинения округлой клетки и состоящая из отдельных сегментов (псевдомицелий); третья – форма иногда отмечается формированием наиболее вирулентными грибами истинного

мицелия (тонких разветвленных нитей). Размножаются грибы *Candida* почкованием в кислой среде. Почкующиеся дрожжевые клетки, псевдомицелий и истинный мицелий — это вегетирующие формы гриба, которые растут инвазивно.

Большое значение в развитии этого заболевания играет следующие факторы: аллергические заболевания, различные болезни желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, диеты, бедные белками и витаминами, стресс, плохая гигиена полости рта, не рациональное протезирование, пародонтит, множественный кариес, и его осложнения. Это связано также и с тем, что в лечении различных онкологических и инфекционных заболеваний применяются цитостатические препараты, радио изотопы и др. Немаловажную роль в развитии кандидоза полости рта и кишечника играют увеличение интенсивности воздействия на органы человека внешних факторов, которые вызывают недостаточность иммунной защиты организма (Ю.О.Шульпекова, 2002; А.Р.Златкина и соавтор., 2001).

Особое значение в распространении кандидоза приобретает частое бессистемное лечение антибиотиками. В ряде случаев играют роль профессиональные факторы, например работа на предприятиях по производству белково-витаминного концентрата, на фабриках по переработке фруктов и овощей и др.

Помимо общих факторов необходимо отметить значение местных. Развитию кандидоза полости рта способствуют хронические воспалительные и дистрофические заболевания слизистой оболочки: красный плоский лишай, лейкоплакия, различные формы глосситов и др.

Следует обратить особое внимание на то, что у лиц со съемными протезами обсемененность полости рта грибами *Candida* в 18 раз выше, чем у людей без протезов. (М.К.Русак, Н.Д.Ярбкова, А.И.Каспина, 2001).

Нами изучено состояние полости рта у 77 больных кандидозом, в возрасте от 35–70 лет. Женщин было 48, мужчин — 29 человек. Выявлено наличие кариозных зубов у 50 человек (64,9%), болезни пародонта – у 27 (32,1%), складчатый язык отмечен у 9 (11,7%). Такое состояние полости рта может способствовать рецидивированию кандидоза слизистой оболочки полости рта. В связи с этим весьма важным уделять внимание лечению кариеса, его осложнений, болезни пародонта и тщательной гигиене полости рта.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, а среди медикаментозных средств отмечены прием антибиотиков, кортикостероидов, сульфаниламидов.

В последние годы многие исследователи обращают внимание на то, что кандидоз полости рта протекает преимущественно хронически. Из 77

больных острое воспаление было отмечено у 5. Этим больным необходимо уделять особое внимание, так как известно, что по мере перехода острого процесса в хронический налет снимается все с большим трудом за счет более глубокого прорастания тканей грибами гриба (хронический псевдомембранозный кандидоз). Позже налет оказывается прочно спаянным с тканями и не снимается при поскабливании или снимается лишь частично, экссудативные явления сменяются инфильтративно-пролиферативными. Язык, вовлеченный в процесс, увеличивается в размере, уплотняется. На поверхности слизистой оболочке появляются белые неснимающиеся бляшки лейкоплакиеподобного типа (хронический гиперпластический кандидоз) (М.К.Русак, Н.Д.Ярбокова, А.И.Каспина, 2001). При этой форме кандидоза проводят гистологическое исследование, что позволяет выявить проникновение псевдомицелия вглубь эпителиального покрова, реакцию эпителия на инвазию в виде гиперкиратоза акантоза. Такие изменения слизистой оболочки полости рта называются кандидозной лейкоплакией. Следует отметить, что есть данные о перерождении ее в рак (М.К.Русак, Н.Д.Ярбокова, А.И.Каспина, 2001). В связи с этим такие больные должны находиться на диспансерном учете.

При хроническом течении у наших больных доминировали хронический гиперпластический и хронический атрофический кандидоз. Кандидозный гласит протекал в виде сочетания очагов с гиперплазией нитевидных сосочков и участков их атрофии.

Клиническое обследование показало, что при первых признаках заболевания больные отмечали гипосоливатацию, гиперемии, отечность слизистой оболочки полости рта, вязкость слюны, которая была похожа на пену. Через некоторое время налет увеличивается в размерах, сливается.

Чаще всего больные жаловались на сухость во рту, жжение в языке, ощущение его увеличения, трещины в углах рта.

Объективно отмечалась отечность слизистой оболочки полости рта, незначительное увеличение языка, образование беловато-серого налета, плотно связанного с подлежащими тканями, гипертрофия нитевидных сосочков была у 25 (31,8%) больных, их атрофия — у 18 (23,2%), у 34 (44,1%) наблюдались одновременно очаги гипертрофии и участки атрофии.

При клиническом обследовании больных большое внимание уделяли дифференциальной диагностики.

Хронический гипертрофический кандидоз следует дифференцировать от лейкоплакии, красного плоского лишая, вторичных папулезных сифилидов.

Лейкоплакия (истинная) встречается преимущественно у лиц, злоупотребляющих курением, или в ответ на хроническую травму. Очаги лей-

коплакии располагаются на неизменной слизистой оболочке, имеют вид буллезной мостовой. Наиболее частой локализацией являются слизистая оболочка углов рта, дорсальная поверхность языка, твердое небо, дно полости рта. В анамнезе отсутствуют указания на тяжелые заболевания, прием антибиотиков и кортикостероидов.

Папулы красного плоского лишая, в отличие от кандидоза, образуют на слизистой оболочке своеобразный сетчатый рисунок (сетка Уикхема), при поскабливании не снимаются. Очаги поражения располагаются на слизистой оболочке задних отделов щек, дорсальной поверхности языка, реже на передних складках и десне, а также на красной кайме губ. Папулезные высыпания могут быть и на коже туловища и конечностей.

Папулезные сифилиды имеют вид возвышающихся серо-белых образований округлой или овальной формы разного размера. Белый налет на поверхности папул при поскабливании снимается, в результате чего образуются четкие округлые эрозии. Белые сифилиды и эрозии окружены узким венчиком гиперемии, другие участки слизистой оболочки не изменены. Для сифилиса характерна «штампованность» элементов типичная локализация поражении зеве, где определяется картина папулезной ангины. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, могут быть высыпания на коже туловища, ладоней, подошв, волосистой части головы, очаговое выпадение волос, осиплость голоса. Процесс имеет рецидивирующий характер. В соскобе с папул обнаруживают бледные спирохеты серологические реакции на сифилис положительные.

Вульгарная пузырчатка нередко начинается со слизистой оболочки полости рта. Для нее характерно наличие пленок спавшихся пузырей, которые напоминают белый снимающийся налет при кандидозе. Однако после удаления пленок при пузырчатке остаются эрозии ярко красного цвета, резко болезненные. Элементы пузырчатки располагаются, как правило, на малоизмененной слизистой оболочке. Симптом Никольского положительный. При цитологическом исследовании обнаруживают акантолитические клетки (клетки Тцанка).

Дрожжевой глоссит надо дифференцировать от «географического», складчатого, черного волосатого языка, ромбовидного глоссита.

«Географический язык характеризуется наличием мигрирующих эритематозных пятен округлой формы. Нередко эти очаги десквамации окружены бордюрным венчиком гиперплазированных нитевидных сосочков, часто сочетается со складчатым языком.

Складчатый (скротальный) язык характерен наличием большого количества глубоких симметричных складок на спинке языка. Такая же складчатость бывает при хроническом гиперпластическом кандидозном глоссите. Однако складчатый

язык имеет нормальную эластичную консистенцию, а белый налет и мацерация слизистой оболочки, характерные для кандидоза, отсутствуют.

Черный волосатый язык иногда расценивают как признак кандидоза, особенно у лиц принимающих антибиотики. Однако гиперплазия сосочков языка может быть обусловлена рядом факторов: курение, болезнью желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозом группы В, жеванием резинки, сосанием леденцов и т.д. Противогрибковая терапия при черном волосатом языке не способствует уменьшению нитевидных сосочков, хотя грибки исчезают.

Дрожжевые поражения губ изолированно почти не встречаются обычно сочетаются с заедой и поражением слизистой оболочки полости рта. Наиболее часто кандидозный хейлит встречается у больных с хроническим генерализованным кандидозом кожи и слизистых оболочек. Дрожжевой хейлит характеризуется умеренной краснотой, шелушением красной каймы и кожи губ, ее утолщением (лихенизацией), появлением радиальных кровоточащих трещин. Его следует дифференцировать от экзематозного и, особенно, от атопического хейлитов.

Атопический хейлит начинается в детстве, но с экссудативного диатеза с последующим вовлечением в процесс красной каймы губ. Характеризуется сезонностью (в летнее время наступает ремиссия или состояние улучшается). Чаше хейлит сочетается с типичными зудящими высыпаниями на коже особенно, в области локтевых и подколенных сгибов, к периоду полового созревания, как правило исчезает.

Дрожжевые заеды поражают слизистую оболочку и кожу углов рта. Слизистая оболочка и кожа мацерированы, гиперемированы, имеются кровоточащие трещины. Участки поражений на коже окружены бордюрным венчиком шелушащегося сероватого эпидермиса. При длительном течении нарастает инфильтрация кожи, количество и глубина трещин увеличиваются, затрудняют открывание рта и прием пищи.

Лабораторная диагностика состояла во взятии материала у больных, его микроскопическое исследование. Материал брали стерильными инструментами со слизистой оболочки щек, твердого неба, губ, со спинки языка, переносили на ватный тампон который в стерильных пробирках передавался в лабораторию.

Через 48 часов проводили подсчет колоний. В норме определялись от 150 до 1000 колоний в смыве с одного тампона в 1 мл питательной среды. При кандидозе — от 2,5 до 7,5 тысяч и более.

Данное исследование позволяет диагностировать кандидоз или кандидоносительство, а так же сопутствующую микрофлору, так как довольно часто при кандидозе полости рта определяется грибково — бактериальные ассоциации (стрептококковая и стафилококковая флора, протей,

синегнойная палочка), что требует соответствующего лечения.

Каждому больному подбирали терапию индивидуально с учетом длительности заболевания, ранее проведенного лечения, клинических проявлений, локализаций процесса, характера сопутствующих заболеваний. Назначалась диета с ограничением углеводов но с легкоусвояемыми белками, витамины А, С, Е, группы В, гипосенсибилизирующие препараты.

Выбор антикандидозного препарата осуществлялся с соблюдением следующих требований: препараты должны обладать, широким спектром действия по отношению к грибам рода *Candida*, обладать низкой токсичностью и отсутствием раздражающего действия при длительном лечении. Были использованы противогрибковые препараты последних поколений: дифлюкан, орунгал, клотримазол, низорал, пимафуцин и др.

При обнаружении смешанной кандидо-бактериальной инфекции назначали интестопан и нитроксалин по 1—2 таблетки 4—5 раз в день после еды. Курс лечения 10 дней. Лечение сопутствующих заболеваний (болезни желудочно-кишечного тракта и печени, диабет и др.) проводилось соответствующими специалистами.

Обращали большое внимание на соблюдение гигиены полости рта, на наличие гальваноза, проводили тщательную санацию полости рта одновременно с лечением кандидоза.

Хорошими считались результаты в тех случаях, когда наряду с исчезновением жалоб и признаков заболевания, при лабораторном исследовании грибки не выявлялись.

Неудовлетворительным лечением считалось в том случаи, когда состояние больного на улучшалось, а лабораторные исследования не отмечали уменьшение количество грибов.

Более эффективным оказался пимафуцин, обладающий широким спектром действия. К ценным свойством этого препарата следует отнести и то, что он действует только в просвете кишечника не всасываясь в желудочно-кишечном тракте. К нему чувствительно большинство патогенных дрожжевых грибов, в наибольшей степени — *Candida albicans*. Случаев резистентности к пимафуцину в клинической практике не встречалось (Ю.О.Шульпекова, 2002; А.Р.Златкина, В.А.Исакова, И.О.Иванников, 2001).

Большинство практических врачей используют в лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта только клотримазол. Однако наши наблюдения показали что использование одного препарата не эффективно или дает кратковременное улучшение состояние больных.

Заключение и выводы. Кандидоз представляет собой одну из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Необходимо уделять большое внимание диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение кан-

дидоза слизистой оболочки полости рта только местными антимикотиками или использование только одного препарата не эффективно.

Без рецидивного течения кандидоза полости рта можно достичь только у больных с полной ликвидацией фонового состояния. Это лечение общих заболеваний, лечение органов полости рта, рациональное протезирование (особенно исключение гальваноза), соблюдение больным гигиены полости рта.

Библиография

1. Амирова Ш.С. «Использование современных противогрибковых средств в комплексном лечении кандидоза

слизистой оболочки полости рта» Автореферат канд. мед. наук. Республика Казахстан. Алматы, 2001.

2. Златкина А.Р., Исакова В.А., Иванников И.О. «Кандидоз кишечника как новая проблема гастроэнтерологии.» Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001, №6, с. 33–38.
3. Марченко А.И., Руденко М.М. «Кандидоз слизистой оболочки полости рта». Киев. «Здоров'я». 1978. стр.70
4. Исакова М.К., Амирова Ш.С. «Особенности клинического течения и лечения сочетанного поражения слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем и кандидозом». Проблемы стоматологии. Алматы. 1999. №2. с.90–91.
5. Русак М.К., Яробкова Н.Д., Каспина А.И. «Кандидоз слизистой оболочки полости рта». Пособие для врачей С.–П., 2001. стр.20
6. Шульпекова Ю.О. «Кандидоз кишечника» Болезни органов пищеварения. Т.4. 2002. №1. с.1–12.

ERORI ȘI COMPLICAȚII ÎN TRATAMENTUL ENDODONTIC

Sofia Sirbu

*Profesor universitar,
Catedra stomatologie
terapeutice, Universita-
tea de Stat de Medicină
și Farmacie
„N. Testemițanu“*

Mohamed Agbaria,
medic stomatolog

Rezumat

În baza analizei a 145 de radiograme a 145 pacienți, în vârstă de la 19 la 62 de ani, care s-au adresat cu scop de diagnostic, din cauza unor dureri, s-a determinat că în 64,8% din cazuri erau prezente diferite erori și complicații în tratamentul endodontic.

Summary

THE ERRORS AND COMPLICATIONS IN THE ENDODONTIC TREATMENT

Based on analysis of 145 radiograms of 145 patients, with the age from 19 to 62 years old, that had addressed with diagnostic purpose, caused by pains, was determined that in 64.8% of cases were present different errors and complications in endodontic treatment.

Actualitatea temei

Printre obiectivele stringente ale stomatologiei practice diagnosticul precoce și tratamentul leziunilor pulpare și periodontale constituie o problemă actuală.

Incidența înaltă a pulpitelor și periodontitelor, care după datele unor autori alcătuiesc 35% din adresabilitatea la medic din diferite cauze sunt însoțite și de unele erori și complicații.

În literatură se conține un număr relativ mic de publicații în care se analizează eșecurile în endodonție, aceasta poate fi lamurită și prin faptul că odată cu implementarea diferitelor metode de diagnostic și tratament a sporit eficacitatea, sau din alt punct de vedere nu se efectuează analiza acestor date.

D. Keitch (1972) a depistat modificări în periodonțiu la 29% din pacienții tratați endodontic. J. Osborne și coaut. (1992), modificări similare au stabilit în 36,2% cazuri, iar în 27,5% cazuri canalele radiculare erau oburate insuficient.

E. Боровский și coaut. (1998) au determinat alterări distructive și canale parțial obturate în 88,3% din cazurile supuse analizei.

Deși au fost propuse numeroase și importante metode noi de diagnostic și tratament al pulpitelor și periodontitelor, problema în cauză rămâne actuală.

Multe complicații apar din cauză că medicii nu acordă atenția convenită recomandărilor și etapelor de lucru propuse în literatura de specialitate; topografiei spațiului endodontic; numărului de canale radiculare posibile. Investigațiile clinico-radiologice și morfologice constată, că adesea ori se ignorează posibilitatea existenței canalelor radiculare suplimentare în fiecare grup de dinți. Ele nu se depistează, nu se obturează și persistă ca sursă permanentă de infecție. (5,7,1,2).

Luând în calcul cele relatate, am recurs la actualul studiu.

Scopul lucrării

Evaluarea radiografică a tratamentului endodontic, efectuat în diferite instituții de profil, a pacienților care s-au adresat în asistență în Clinica Stomatologică universitară.

Material și metode

Au fost selectate și analizate 145 radiograme în incidență osteoradială a 145 de pacienți în vârstă de la 19 la 62 de ani, care s-au adresat în asistență cu diferite nevoi de tratament în Clinica Stomatologică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“.

Pacienții au fost supuși radiografiei cu scop de diagnostic pentru a vizualiza starea țesuturilor odonto-parodontale.

Rezultatele obținute și analiza lor

Rezultatele analizei denotă că deși nivelul asistenței stomatologice în Republica Moldova este înalt cu implementarea multiplelor tehnologii moderne de trata-

ment, totuși în unele cazuri se mai întâlnesc un șir de erori în tactica medicilor.

Din datele radiografice obținute la cei 145 pacienți în 94 cazuri s-au depistat erori și complicații în tratamentul endodontic, cea ce alcătuiește 64,8%. Unele din ele au fost foarte severe și s-au soldat cu extracția dinților.

Toate sechelele au fost subdivizate în 8 grupe, expuse în tabelul 1.

Tabelul 1. Erori și complicații în tratamentul endodontic

Sechelele	Acces incorect la camera pulpară	Nivelarea podelei camerei pulpare	Perforație la nivelul		Fractura instrumentelor	Obturație de canal		Sinusită traumatică	Total
			planșeului camerei pulpare	canalele radiculare		incompletă	cu depășire		
Total radiograme 145	6 (6,38%)	10 (10,64%)	8 (8,51%)	6 (6,38%)	5 (5,31%)	25 (26,59%)	32 (34,04%)	2 (2,12%)	94 (64,8%)

Din datele tabelului 1 se observă că în 6,38% din cazuri camera pulpară a dinților nu este suficient deschisă.

O regulă a endodonției este că cavitatea coronară a dintelui trebuie să fie deschisă, însă nu și lărgită sau adâncită.

Deschiderea camerei pulpare atât prin cavitatea carioasă pe cât și la trepanarea dintelui trebuie de efectuat pe etape, cu înlăturarea tavanului cavității dintelui.

Deschiderea camerei concomitent cu înlăturarea pulpei coronare adesea se soldează cu complicații ca: nivelarea și perforarea planșeului ei.

Accesul incorect la camera pulpara din figura 1 a facilitat obturarea necalitativă a canalelor din figura 2.

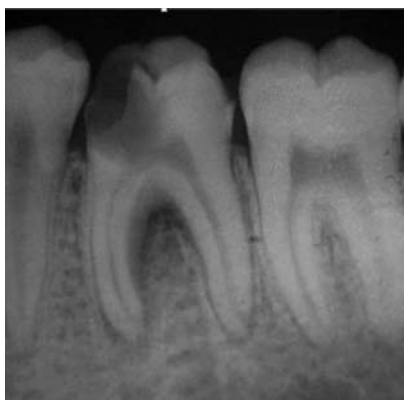


Fig. 1. Acces incorect la camera pulpară a dintelui 36.



Fig. 2. Obturație necalitativă a canalelor radiculare a dintelui 36.

Considerăm că această eroare este comisă din cauza necunoașterii în amănunt a topografiei cavității dintelui și crearea accesului la ea.

O altă regulă a endodonției după cum am menționat este că podeua camerei pulpare nici într-un caz nu se nivelează.

În mod normal planșeul camerei pulpare în dinți are formă convexă — fapt care ușor la sondare ne indică direcția spre orificiile de intrare în canalele radiculare (fig.3).



Fig. 3. Planșeul cavității dinților 46 și 47.

Podeua camerei pulpare trebuie să rămână intactă, în caz contrar putem efectua ușor perforație cu pătrunderea în zona interradiculară a dinților pluriradiculari.

Din analiza radiogramelor în 10,64% din cazuri planșeul camerei pulpare a fost nivelat (fig.4,5). O astfel de eroare a și facilitat perforațiile interradiculare, care s-au depistat în 8,5% din cazuri (fig. 6,7).



Fig. 4. Podeua camerei pulpare a dintelui 36 nivelată.



Fig. 5. Podeaua camerei pulpare a dintelui 36 nivelată.

O particularitate a molarilor și premolarilor inferiori este înclinarea ușoară a coroanelor lor spre oral, de aceea la deschiderea camerei pulpare neconștientizând acest fapt pot fi comise perforații ai prețurilor orali, în special la premolari



Fig. 6. Acces incorect la camera pulpară cu dezintegrarea radiculară a dintelui 47.



Fig. 7. Acces incorect la camera pulpară cu perforarea interradicară în dinte 36.

O etapă de lucru importantă în tratamentul pulpitelor și periodontitelor este repararea orificiilor de intrare în canalele radiculare. De obicei, dacă nu se nivelează planșeul camerei pulpare în dinții pluriradiculari cu ajutorul sondei ușor putem stabili orificiul canalului radicular. Apoi cu o freză sferică mică, sau conusoidă se creează cu 1-1,5 mm mai jos de orificiu

o adâncitură sub formă de pâlnie. Această manoperă medicii o efectuează cu ajutorul turbinei. Oentru medicii începătorinoi recomandăm de a efectua la turații mici deoarece ușor se poate perfora dentina la nivelul orificiului canalului.

Mai vulnerabilă este zona radiculară a spațiului endodontic, în care din diferite motive pot apărea căi false sau ruperea acelor în canale. După datele obținute ele alcătuiesc 6,4% din cazuri cauzele acestora pot fi: deschiderea incorectă a cavității dintelui, intrarea forțată în canalele incurbate, utilizarea instrumentelor endodontice neadecvat lumenului canalului radicular; dilatarea canalului prin mișcări de înșurubarea instrumentului endodontic ș.a.



Fig. 8. Cale falsă în incisivul inferior



Fig. 9. Cale falsă radiculară în premolar.

Căile false în porțiunea inițială a canalului se poate obtura cu ciment cu ionomeri de sticlă sau chair și cu ciment fosfat de zinc.

Figura 10 demonstrează o astfel de obturare a căilor false, dar cu o mică depășire a materialului.



Fig. 10. Obturarea căii false radiculare.

Ruperea acelor endodontice în timpul tratamentului în prezent nu sunt atât de frecvente. După datele noastre ele s-au depistat în 5,31% și pot fi lămurite prin faptul că se utilizează preponderent instrumente de calitate, de diferite grosimi, tehnici moderne de permeabilizare a canalelor radiculare.



Fig. 11. Fragment de ac rupt în canal.

Cele mai frecvente erori sunt admise în obturarea canalelor radiculare. Ele pot fi de două feluri: obturarea incompletă sau cu depășire după apexul radiologic.

Analiza materialelor actuale denotă o obturație incompletă a canalelor radiculare în 26,59% din cazuri.

De obicei aceste accidente pot avea loc în pregătiri corecte a canalului cu canale incurbate, impermeabile cu diferite concremente în canal care împiedică obturarea.

În cazurile studiate nu întotdeauna persistau cele menționate, canalele erau largi, rectilinii.

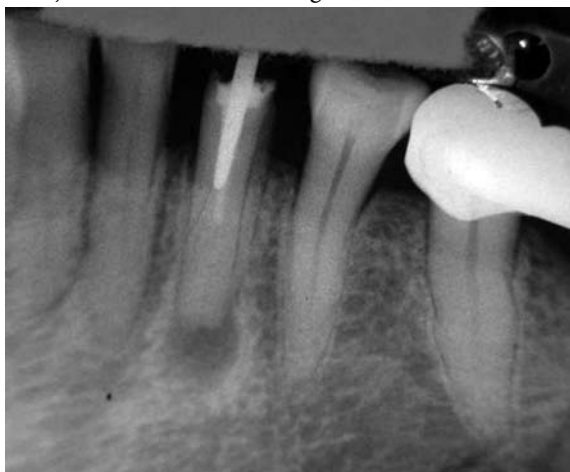


Fig. 12. Obturarea incompletă a canalelor dintelui 36.



Fig. 13. Obturarea incompletă a canalului. Periodontită cronică granulomatoasă.

Obturarea nesatisfăcătoare a canalelor este favorizată de lipsa radiografiilor dinților până la tratamentul endodontic, fapt care poate fi demonstrat prin figura 13 și 14.

Adesea ori, mai ales în situațiile când dinții sunt intacti medicii evită radiografia până la tratament, fiind convinși că depulparea nu prezintă oarecare dificultăți.

Un exemplu poate servi cazul din figura 14. Incisivul lateral superior în 99,9% din cazuri dispune de un singur canal radicular rectiliniu, dar sunt situații când dințele dispune de două rădăcini și tot atâtea canale (vestibular și palatinal).



Fig. 14. Dintele 12 cu două rădăcini.

Figura 14 evident demonstrează canalul palatinal este obturat cu depășire, pe când cel vestibular este liber. În așa caz dacă se va aplica o obturație definitivă vor apărea dureri în dinte caracteristica pentru pulpitele acute, iar ulterior gangrena pulpară și periodontite apicale distructive.

Obturarea canalelor radiculare cu depășirea apexului în practica stomatologică este o problemă severă, dat fiind faptul că se întâlnește frecvent. Reeșind din analiza datelor radiologice efectuate în actualul studiu incidența obturației cu depășirea apexului radiologic constituie 34,04%.

Obturația de canal cu depășire este cauzată de lipsa radiografiei dinților, necunoașterea lungimii de lucru a canalului radicular, apex larg deschis la persoane tinere, sau apex lărgit cu ace mai mari de numerele 15 și 20 în tratamentul periodontitelor, neseționarea vârfului conului degutapercă în obturațiile siller-filler. Prin trecerea materialului de obturație de canal dincolo de apex, se instalează o periodontită acută, sau o acutizare a celei cronice. Procesul poate persista un timp îndelungat sau duce la o osteomielită.



Fig. 15. Incisivii centrali superiori cu apexurile largi. Obturație de canal cu depășire și trecere prin fistule.



Fig. 16. Incisivii centrali superiori cu obturație de canal cu depășire.

Dacă există relații de vecinătate strânse între sinusul maxilar și rădăcinile dinților molari sau eventual cu premolarii sau sinusul coafează rădăcinile dinților, există riscul ca în timpul tratamentului endodontic să se depășească apexul și bariera care separă vârful rădăcinilor de sinus și să afecteze sinusul dând naștere unei sinusite. din tabelul 1 reese că sinusita traumatică se atestă în 2,12% din cazurile studiate.

Rezultatele analizei clișeelor radiologice demonstrează necesitatea respectării cu strictețe a etapelor de lucru în tratamentul endodontic.



Fig. 17. Materie de obturație în sinusul maxilar. Obturație depășită în premolarul doi superior.



Fig. 18. Materie de obturație în sinusul maxilar. Obturație depășită în moalrul 1.

Concluzii

1. După cum denotă rezultatele obținute de noi din analiza radiogramelor rata erorilor și complicațiilor în tratamentul endodontic este de 64,8%.
2. Cele mai frecvente eșecuri în tratamentul endodontic le revine obturațiilor de canal-60,63% (obturații incomplete — 26,59%, iar obturații cu depășirea apexului — 34,04%).

Bibliografie

1. Gafar M., Iliescu A. Endodonție clinică și practică. Ed. a II-a revăzută și adăugată. Ed. Medicală . bucurești. 2008.
2. Gafar M., Siti A., Andreescu C. Metode și tehnici curente în odontologie. 2008.
3. Keitch D. Radiographic detection of unsuspected pathologic conditions. J. Dent. Res. 1972, 51; 1250.
4. Osborne J., Hemminys K. A survey of disease changes observed on dental panoramic tomograms taken of patients attending a parodontology clinic. Br. Dent. 1992, 176, 166-168.
5. Patraș E., Zetu L. Endodonție practică. Iași, 1992.
6. Боровский Е.В., Протасов М. Ю. Распространённость осложнений кариеса эффективность эндодонтического лечения. / Клиническая стоматология, N 36, 1998, с.5-7.
7. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. Москва. 1999.

LEZIUNI INTERRADICULARE — ABORDĂRI DE TRATAMENT COMPLEX

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe 9 pacienți cu PMC, leziuni interradiculare de gradul III după Hamp și Linde. A fost utilizată metoda chirurgicală — operație cu lambou și tunelizarea spațiului interradicular. Toți pacienții au fost supuși tratamentului complex, în rezultatul căruia sa reușit păstrarea dinților cu leziuni interradiculare în arcada dentară, asigurând astfel funcționalitatea lor pe o perioadă îndelungată.

Cuvinte-cheie: leziuni interradiculare, tunelizare, tratament complex.

Summary

INTERRADICULAR LESIONS AND ITS COMPLEX TREATMENT ABORDATION

Study was performed on 9 patients with periodontal disease, with the 3rd degree of interradicular lesions according to Hamp and Linde classification. We used the surgical, flap surgical and interradicular space tunnelization methods. All patients were also complexly treated, so in the end this teeth were not extracted they remained in the dental arch, and their functionality was maintained for a long time.

Key-words: Interradicular lesions, tunnelization, complex treatment.

Introducere.

Parodontitele marginale cronice în variate forme morfo-clinice în stadii incipiente sau avansate, reprezintă una din cauzele principale de disfuncție a aparatului dento-maxilar. Concluziile studiilor epidemiologice efectuate în plan mondial, sub egida OMS, au precizat următoarele [1]:

- de afecțiunile parodontiului sunt afectați copiii în proporție de 80%, iar adulții după 30—45 ani în proporție de 100%;
- după 30 ani, numărul dinților extrași din cauza afecțiunilor parodontiului marginal depășește numărul dinților extrași în urma complicațiilor cariei dentare;
- există o corelație strânsă între afectarea parodontiului marginal și prezența depozitelor de placă și tartru;
- placa bacteriană este factorul etiologic determinant al îmbolnăvirii parodontale [2]

Patologiile parodontiului marginal pot induce leziuni osoase, inclusiv și a osului interradicular, cu denudarea completă a zonei de furcație, pe orizontală, precum urmează după Hamp (1975) [3]:

1. pungă parodontală în zona rădăcii meziale, însă fără implicarea furcației;
2. sonda parodontală pătrunde în zona furcației în plan orizontal până la 3 mm;
3. furcația poate fi sondată în plan orizontal peste 3 mm;
4. defect tunelar în zona furcației, în plan orizontal.

Nu mai puțin informativ acest fenomen este descris și în clasificarea după Linde (1983), din punct de vedere a aplicării în clinică este și mai simplă:

1. pierderea de țesut osos interradicular mai puțin de 1/3 în plan orizontal;
2. pierderea de țesut osos interradicular mai mult de 1/3, însă nu este tunelară;
3. pierderea în totalitate a țesutului osos interradicular, cu formarea tunelului

Procesele patologice în zona furcațiilor, nu se limitează doar cu leziuni în plan orizontal, dar sunt soldate și cu punji parodontale, care de fapt și sunt obiectivele principale în planificarea volumului a intervenției chirurgicale. Aceste defecte verticale (punji parodontale în zona furcațiilor), le apreciem în raport cu clasificarea lor după Goldman și Cohen (1980) [3], în funcție de pereții alveolari afectați:

Tipul I — defect osos cu trei pereți, cel mai favorabil în viziunea rezultatului pozitiv;

Tipul II — defect osos cu doi pereți, ca pronostic ar fi 50:50;

Tipul III — defect osos cu un perete, rezultatul pozitiv, este rezervat;

Tipul IV — defect osos combinat, sau sub formă de crater, aplicând metoda de tunelare, se pot obține rezultate satisfăcătoare.

Ciobanu Sergiu,
d. ș. m. conf. universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„N. Testemițanu“

Tratamentul parodontitei marginale cronice până în prezent este o problemă în stomatologie, ce a trecut multe etape de succes și eșecuri. Vindecarea afecțiunilor parodontale este strâns legată de faza în care boala este depistată. Astfel o gingivită cronică simplă de etiologie microbială poate fi vindecată printr-un tratament antimicrobian instituit precoce în proporție de 100% din cazuri. Parodontita marginală cronică forma ușoară cunoaște ameliorări importante după tratamentul antimicrobian, și chiar o vindecare morfologică și funcțională, dacă se institue un tratament de biostimulare și o dispensarizare riguroasă. În parodontita marginală cronică medie și gravă, stadiul avansat al leziunilor parodontale și osoase sunt de cele mai multe ori cu un caracter ireversibil. Acest motiv impune ca tratamentul parodontitei marginale cronice să fie complex și cuprinde proceduri medicamentoase (conservative), chirurgicale și de echilibrare ocluzală.

Orientările moderne de tratament a parodontitelor marginale prevăd următoarele direcții principale:

1. Tratamentul de urgență (la necesitate);
2. Tratamentul microbial (obligatoriu);
3. Tratamentul chirurgical — fiind metoda radicală de desființare a pungilor parodontale cu tot conținutul lor patologic;
4. Tratamentul de echilibrare ocluzală;
5. Bioterapie de reactivare (biostimularea țesuturilor parodontale prin administrarea remediilor stimulatoare: BioR, Girovital, Vit. B1, ozonului, etc.).
6. Profilaxia recidivelor [1,4,5].

În această lucrare intenționăm să punem accentul pe componenta chirurgicală a tratamentului complex al parodontitelor marginale cronice, și în special a leziunilor interradiculare (pungile parodontale interradiculare), dar nu fără pregătirea preoperatorie (tratamentul conservator, atât local, cât și general)

Unul dintre cele mai importante obiective în tratamentul parodontitelor marginale, este suprimarea pungilor parodontale în sensul evacuării conținutului lor patologic până la țesut sănătos, ceea ce nu se reușește prin tratamentul conservativ. Deaceia în ajutor vine chirurgia parodontală. Tratamentul formelor medii (profundimea pungilor parodontale de 4-6 mm) și grave (profundimea pungilor parodontale de peste 6 mm) de parodontită marginală cu inflamații pronunțate și defecte osoase profunde, inclusiv și leziunile interradiculare (orizontale și verticale), fără a interveni chirurgical este practic imposibil.

Rezultatele investigațiilor clinico-radiologice permit de a conchide că procedurile chirurgicale, asigură o stabilă micșorare a profundității pungilor parodontale, atât clinic, cât și radiologic în comparație cu metodele conservative. Tehnologiile moderne în chirurgia parodontală, cum ar fi utilizarea diverselor materiale osteoplastice pe bază de hidroxiapatită având ca formulă $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)(\text{OH})_2$, cu proprietăți osteoinductive și osteoconductive (LitAr, Bio-oss, Bio-Gide, Resor-Pin, CapSet, Bii-PoreTM, Peri-Oss) asigură stoparea procesului de lezare a aparatului de susținere a dinților, refacerea lui și regenerarea elementelor structurale pierdute [2].

Scopul lucrării.

Menținerea dinților (molarilor) inferiori cu leziuni interradiculare de gradul III după Hamp și Linde, ca parte componentă a parodontitei marginale cronice cu prelungirea funcționalității lor, prin aplicarea metodei de tunelizare, în cadrul tratamentului complex.

Material și Metode.

În studiu sau aflat 9 (6 bărbați și 3 femei) pacienți cu vârsta 21—62 ani, având ca diagnostic: parodontită marginală cronică generalizată, forma medie (4 pacienți — 3 bărbați și 1 femeie) și gravă (5 pacienți — 3 bărbați și 2 femei). Leziuni interradiculare de clasa III după Hamp și Linde. Mobilitate dentară de gradul II-III, repartizarea pacienților este redată în tabelului 1.

Tabelul 1

Frecvența	Fe- mei	Băr- bați	Leziunea interradi- culară, gr. III după Hamp și Linde
PMC — medie	1	3	4
PMC — gravă	2	3	5
Total	3	6	9

Repartizarea pacienților

A fost aplicată terapia parodontală complexă, care a constituit din cele patru componente de bază ale tratamentului complex: tratamentul conservativ, chirurgical, protetic — echilibrare ocluzală (șlefuirea selectivă, șinarea definitivă și tratamentul de menținere — vizite de control cu reevaluări periodice, pentru menținerea rezultatului)

1. Tratamentul conservativ (local și general)

a. În cadrul terapiei locale a fost realizată eliminarea plăcii bacteriene (biofilmului) și a tartrului dentar supra- și subgingival cu ultrasunetul, irigații abundente, periajul profesional cu instruirea pacienților în igienizarea corectă a cavității bucale, după care a urmat instilații cu soluție de 0,05% Izofural pentru 3-4 ore. În plus sa injectat pe pliul de trecere sol. 0,5% de BioR, timp de 5 zile, în fiecare zi (o perioadă mai îndelungată, de regulă, pacienții abandonează tratamentul, motiv pentru care a fost simplificată schema). Este important de menționat că la toți pacienții a fost constituit controlul asupra plăcii bacteriene (utilizând indicile de placă).

b. În tratamentul conservativ general a fost utilizate scheme de tratament anitibacterian prin combinarea unui antibiotic din rândul tetraciclinei cu metronidazol după cum urmează: metronidazol 0,5, 1 pastilă × 2 zi timp de 8 — 10 zile, doxiciclyne 0,1 (dozaj minim) 1 capsulă × 1 zi — 8 zile, mycosyst 150 mg — 1 capsulă la 7 zile (suficient pentru întregul curs). În cazurile avansate cursul este de 14 zile. Imporant este de menționat că pacienții, care au probleme cu ficatul, schema se modifică — doxaciclina v-a fi înlocuită cu amoxiciclină 0,37 × 3 zi. La finisarea tratamentului conservativ, pacienții au fost supuși examenului clinico-radiologic, cu evaluarea stării de sănătate parodontală și planificarea următoarei etape, care poate fi: etapa chirurgicală sau repetarea cursului conservativ cu o pauză de 1—2 săptămâni, în funcție de rezultatul obținut.

2. Tratamentul chirurgical a leziunilor interradiculare, are ca scop prepararea tunelului interradicular, cu înlăturarea țesutului de granulație, lichidarea punșilor parodontale (în caz de leziune și pe verticală), la necesitate — osteoplastia. La pacienții aflați în studiu, sa utilizat tehnica operației cu lambou. Sa realizat două incizii verticale mezial și distal de dintele cu pricina și o incizie intrasulculară, decolarea lamboului mucoperiostal spre apical. După care a urmat înlăturarea țesutului de granulație și a cimentului radicular infectat și ramolit cu ciurețele Grecy, lavajul câmplui operator, osteoplastia cu o freză sferică, sub răcire cu ser fiziologic. La această etapă este important de devizat tactica operatorie, în funcție de nivelul și forma lizei țesutului osos alveolar. În cazul când liza țesutului osos în zona furcației pe verticală este de 1—3 mm (clasa I după Tarnow și Fletcher), sau de până 4—6 mm (clasa II după Tarnow și Fletcher), am re poziționat lamboul spre coronar, aplicând suturile interdenatre, suturarea inciziilor verticale și o sutură interradiculară (prin zona tunelului preparat intraoperearotiu), această tactică a fost utilizată la 7 pacienți. În zona tunelului nou format sa aplicat meșa de tifon îmbibată cu iodoform, pentru menținerea tunelului pe perioada cicatrizării. Situație, în care avem leziune interradiculară, pe verticală de 7 mm și mai mult (clasa III după Tarnow și Fletcher), în combinație cu tipul I (defect osos cu 3 pereți) și II (defect osos cu 2 pereți) de resorbție verticală după Goldman și Cohen (prezentă la 2 pacienți din lotul de studiu), tactica operatorie a fost modificată și completată cu aplicarea materialelor de adiție, și a membranelor de acoperire (tehnica RTG). Această modificare a constat în următoarele: după chiuretajul deschis a pungilor parodontale în zona furcațiilor, sa realizat osteoplastia, gravajul suprafețelor radiculare cu soluție de 1% — acid citric (pH-1), spălarea cu ser fiziologic, aplicarea materialului de adiție — LitAr în zona defectului osos (în pungă), în proporție de 70%, aplicarea membranei resorbabile — Parodoncol (modelată preventiv conform formei defectului) și re poziționarea spre coronar a lamboului mucoperiostal cu suturarea lui interdental, a inciziilor verticale, o sutură intreradiculară, aplicarea meșei de tifon îmbibată cu iodoform. În ultima etapă a fost aplicat pansamentul cu pastă dentară adezivă cu solcoseril, care protejează plaga postoperatorie 4—5 ore, cu efect alab analgezic și de stimulare a regenerării. Recomandări pacientului, prescripțiile medicale, vizitele ulterioare la pansament și înlăturarea suturilor la 8—10 zi posoperator. După înlăturarea suturilor toți pacienții au fost instruiți în viziunea igienizării zonei respective (instruirea de igienizare a cavității bucale sa realizat la etapa de tratament conservativ).

3. Tratamentul protetic. În cadrul tratamentului complex al PMC, inclusiv și a leziunilor interradiculare (furcațiilor), tratamentul protetic, î-și are semnificația și importanța sa deosebită, prin faptul că contribuie la consolidarea și menținerea rezultatului obținut în urma aplicării etapelor precedente de tratament. De fapt această etapă începe cu mult înainte (încă la etapa de tratament inițial), prin obținerea

modelelor de studii, aprecierea ocluzogramei, urmată de șlefuirea selectivă și precedează etapa chirurgicală prin confecționarea elementului protetic de șină provizorie acrilică, care se aplică imediat după intervenția chirurgicală (în cazurile când nu sa folosit un alt tip de șină — atelă). Însă elementul de bază în această etapă constă în realizarea unei sinări de durară (definitive), prin confecționarea unei proteze fixe, fie fizionmice, semifizionomice, întreg turnată, important să fie cu baza întreg turnată, pentru a obține efectul de șinare scontat pe o perioadă cât mai îndelungată. Prin aceasta realizăm echilibrarea ocluzală cu toate componentele ei (morfo-funcționalitatea, componenta fizionomică și nu în ultimul rând componenta psihoemoțională a pacientului, adică integrarea lui în societate). Pacienților aflați în studiu, li sa realizat sină provizorie din acrilat, iar etapa definitivă, construcții protetice fizionmice (6 pacienți) și întreg turnate (3 pacienți), cu modelarea zonei tunelului nou format, pentru igienizarea suficientă și coreactă de către pacienți. Fixarea protezei cu recomandările de rigoare.

4. În cadrul tratamentului de menținere pacienții se află la evidență dispanserică, cu vizite de control și reevaluări, îndeosebi sezonier (primăvară—toamnă).

Rezultate.

După perioada de remisie sa obținut o stopare a procesului inflamator, o stabilitate a stării de sănătate parodontală, condiții optime de igienizare a zonei respective prin realizarea unui tunel interradicular, posibilitatea de a menține controlul asupra plăcii bacteriene. Nu în ultimul rând, dar cel mai important succes, îl considerăm, păstrarea și menținerea funcțională a dinților (molarilor inferiori) în arcadă dentară, care de altfel erau considerați compromiși. La toți pacienții am obținut un rezultat pozitiv, în viziunea creării unui tunel artificial interradicular, funcționabil în igienizarea zonei date, totodată de importanță majoră este păstrarea dinților în arcada dentară.

Discuți.

Rezolvarea problemei leziunilor interradiculare, ca parte componentă a parodontitei marginale cronice, necesită o abordare complexă, în cea ce privește tratamentul lor. Urmărind ca scop păstrarea și menținerea morfo-funcționalității a acestor dinți pe o perioadă cât mai îndelungată, e necesar de a pune în aplicație toate posibilitățile metodologice, ce ne stau la dispoziție (începând cu etapa de diagnostic și finisând cu tratamentele de menținere, în cadrul evidenței dispanserice). Desigur, această abordarea este foarte migăloasă, în primul rând în raport cu timpul necesar tratamentului, tehnicile și metodele aplicate, dar nu mai puțin important este conlucrarea dintre medic și pacient (dorința și conștientizarea necității de a păstra acești dinți).

În acest lanț de manopere, după înlăturarea plăcii bacteriene (biofilmului) și a tartrului dentar prin detartraj și periaj profesional, o atenție deosebită trebuie de acordat tratamentului conservativ — general (antiinflamator) prin administrarea antibioticelor în combinație cu preparate antiprozoice (metronidazolul), care la rândul său acționează asupra microflo-

rei anaerobie, care de fapt si domină în pungile parodontale. Administrat periodic timp de o săptămână, produce ameliorări durabile (până la 6 luni) a stării de sănătate parodontală (V. Ghicavii, S. Sirbu, N. Bacinschii, D. Scerbatiuc, 2002) [6]. Combinația dintre metronidazol cu unul din derivatele tetraciclinei, are un efect sporit, care se lămurește prin farmacocinetica acestor preparate, care permite acumularea lor în fluidul gingival și pe suprafața radiculară a dinților, în concentrație de 2-4 ori mai mare decât în serul sanguin, după care lent se eliberează în formă activă în fluidul gingival (И. Безрукова, 2004) [3]. Prin urmare obținem o concentrație maximă si stabilă, care și distruge microflora anaerobă (A.a) de la acest nivel.

Nicidecum nu trebuie să minimalizăm și importanța celorlalte etape de tratament (chirurgicală, protetică și de menținere), deoarece după cum a fost menționat anterior, numai prin tratament conservativ nu obținem un rezultat, calitativ și de durată. Aici î-și exprimă importanța tehnicile chirurgicale, care permit de a crea accesul spre pungile parodontale (F. Lemetr, 2004) profunde (de peste 4 mm.), pentru lichidarea lor cu tot conținutul lor patologic. Pentru fixarea și menținerea rezultatului obținut (pe cale chirurgicală), vine etapa

protetică, fie prin șinare provizorie sau permanentă și desigur tratamentul de menținere, periodic — sezonier.

Concluzii

1. Leziunile interradiculare, ca parte componentă a parodontitelor marginale cronice, necesită aceiași abordare — a tratamentului complex;
2. Metoda de tunelizare, în cadrul tratamentului chirurgical parodontal, este o metodă eficientă în tratamentul leziunilor interradiculare de gradul III după Hamp și Linde.
3. Utilizarea metodei de tunelizare permite păstrarea dinților (molarilor inferiori) pe arcada dentară, realizând și o echilibrare ocluzală de durată.

Bibliografie

1. Severineanu V. Parodontologie clinică și terapeutică. Ed. Academiei Române, București, 1994, 39-46.
2. Mattout P. et Mattout C. Les Therapeutiques Parodontales et Implantaires. Quintessence International, 2003, 61-70.
3. Безрукова И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит. Медицинская книга, Москва, 2004, 11-24, 81-85
4. Ciobanu S. F. Modificări structurale gingivale în parodontopatii. Teza de doctor în medicină, Iași, 1997, 4-5.
5. Vataman R. Parodontologie. Litografia USMF Iași, 1992, 143-152.
6. V. Ghicavii, S. Sirbu, N. Bacinschii, D. Scerbatiuc. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice. Chișinău, 2008, 295-296

ПРОСТОЕ НАНЕСЕНИЕ СЛОЕВ ЭСТЕТИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ — ВОПРЕКИ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ УПРОЩЕННОЙ ЦВЕТОВОЙ ПАЛИТРЫ?

Проф. д-р
Клаус-Петер Эрнст
Клиника
университета
Йоганна
Гуттенберга, г.
Майнц, Германия

Резюме

На стоматологическом рынке уже есть эстетические композитные системы с ограниченной цветовой палитрой, сравнительно новой среди которых является Amaris. Эту композитную систему, состоящую всего из одного цвета, критически тестировал на повседневную пригодность профессор, доктор Клаус-Петер Эрнст. С помощью пяти различных степеней сходства и трех различных эмалевых масс материала удалось справиться с различными показаниями также на участке передних зубов, при условии, что стоматологу известны определенные приемы и профессиональные «трюки» использования композитов, которые автор подробно описывает в следующих клинических случаях. Статья включает также данные о продукте.

Summary

THE SIMPLE APPLICATION OF LAYERS DURING AESTHETIC RESTORATIONS OF THE ANTERIOR TEETH

Is this in spite of or as a result of the simplified color palette? Aesthetic composite systems with a limited color palette there are already present on the dental market. Among them there is the relatively new Amaris. This composite system consisted of just one color was critically tested for its daily usefulness by professor, doctor Claus Peter Ernst. By means of 5 different degrees of similarity and three different enamel masses of the material one can manage to handle different indications also in the area of anterior teeth, under the condition that the dentist knows specific techniques and professional „tricks“ during the use of the composites that the author describes in the following clinical cases. The article also includes the information about the product.

Введение

Сколько различных оттенков в действительности необходимо «эстетическому композиту» или композиту, с помощью которого можно достичь эстетических реставраций? Это вопрос, по поводу которого спорят как пользователи, так и изготовители. До настоящего времени действовал девиз «Чем больше оттенков, тем эстетичнее композит». Но это мнение не совсем верно: хотя полная цветовая палитра позволяет успешно изготовить реставрацию почти в любой клинической ситуации, но она также осложняет предварительный выбор оттенка. Чем больше оттенков, тем больше вероятность, что сделан неправильный выбор.

Какие оттенки наиболее используются?

Если верить продажам композитов в торговой сети Германии, то более 70 % продаваемых оттенков композитов — это А2 и А3 от VITA, а самый популярный товар фирмы «Heraeus Kulzer» (Ханау, Германия) — оттенок НКГ А2,5 композитной системы «Venus», поставляемый исключительно этим изготовителем. Для этого должны быть причины — действительно ли эти оттенки наиболее используются? В самом деле, в помещении подбора оттенков в зуботехнической лаборатории оттенок А едва отличается от оттенка В, оттенок С используют больше всего для серых зубов, а оттенок D просто отвратительный, как это однажды заметил профессор Кляйбер (Klaiber) на своих курсах усовершенствования. Интересно, что «эстетический композит» «Enamel Plus HFO» (фирма «Laser & Co. GmbH», Лeverкузен, Германия) с самого первого дня был в продаже лишь двух оттенков — А и В. Уже несколько лет Enamel Plus HFO выпускается одного оттенка: UD — это аббревиатура от «Universal Dentin» и соответствует оттенку А. Но этот один оттенок имеется в продаже шести различных степеней упаковки — от UD1 до UD6. Как уже однажды было продемонстрировано на курсах усовершенствования по реставрации, которые проводил Лоренцо Ванини (Laurenzo Vanini), вне сомнения, с помощью всего одного оттенка можно провести безупречную реставрацию любого зуба [27, 28]. Но как тогда Ванини реставрирует серый зуб, относится ли это к С-участку? Возможно, некоторые стоматологи уже однажды имели печальный опыт, позволяющий догадаться о методике: при использовании многослойной реставрационной системы на лабиальную поверхность ошибочно наносили слишком толстый слой эмалевой массы слишком низкой упаковки. Результат — реставрация из-за более высокой прозрачности выглядела слишком серой. Такой же результат получают при использовании оттенка А, который перекрывают более толстым слоем эмалевого оттенка. Оттенок зуба нарушает границы оттенка А, выбранного в помещении подбора оттенков, на С-участке!

Хотя в дентальной отрасли продолжительное время приветствовали факт, что меньшее количество оттенков абсолютно достаточно для большинства клинических случаев лечения, но долго не отваживались превратить это в инновационную, без излишеств систему оттенков. Первопроходцем в этом направлении была фирма «DENTSPLY DeTrey» (Констанц, Германия) со своим CeramX. Этот материал выпускают в двух вариантах: Mono для однослойной техники одной упаковки и Duo для двухслойной техники двух разных упаковок. Здесь 16 оттенков шкалы VITA очень практично преобразованы в семь Mono (M) оттенков или в четыре дентинных (D) и три эмалевых (E) оттенка для системы «Duo», позволяющей добиваться безупречной адаптации цвета. Разумеется, для нового помещения подбора оттенков необходим ключ преобразования. Так, M2 подходит для реставраций оттенков А2 и В2, оттенок С4 — для М7 и т. д. В системе «Duo» различные VITA-оттенки создают из комбинации четырех дентинных и трех эмалевых оттенков.

Если изготовитель настолько отважен, чтобы следовать по инновационному пути, то за ним пойдут другие. Фирма «Coltene/Whaledent» (Альтштеттен, Швейцария) вскоре после появления CeramX представила композит «Synergy D6». И здесь базисная система ограничивалась шестью дентинными оттенками. Очень яркие дентинные оттенки для выбеленных зубов, другие сочетали показания различных VITA-оттенков. Так, имеются оттенки А1/В1, А2/В2, А3/Д3, А3,5/В3 и С2/С3. С помощью всего лишь двух разных эмалевых оттенков реставрации можно придать требуемый эффект прозрачности эстетического восстановления передних зубов. Также и Filtek Z350 (фирма «3M ESPE», Зефельд, Германия), доступный в продаже только в США, представляет собой упрощенную версию материала «Filtek Supreme XT» [19, 22].

Материалы и методы

Системная структура материала «Amaris»

Со времени IDS в прошлом году появилась следующая упрощенная система оттенков, которая таким же образом позволяет провести поразительно хорошие реставрации передних зубов. Фирма «VOCO GmbH» представила Amaris как потрясающе простой, но высокоэффективный реставрационный материал для эстетических реставраций передних зубов [3]. Этот материал является классическим универсальным микрогибридным композитом, который можно использовать на участке боковых зубов. Именно упрощенная система оттенков провоцирует попытку реставрации передних зубов. Материал «Amaris» по структуре сходен с Enamel Plus HFO («Laser & Co. GmbH», Лeverкузен, Германия). Есть только один оттенок, хотя пяти, а не шести различных степеней яркости, как у Enamel Plus HFO. Они

пронумерованы от O1 до O5, причем O обозначает «опаковый». Подобно системе «Enamel Plus HFO», имеются три прозрачных эмалевых оттенка: TN («Transluzent Neutral») как универсальная эмалевая масса, TD для более темных и TL для более светлых («Light») реставраций эмали. От остальных эффектмасс отказались. И вовсе не пожалели об этом! В качестве дополнения был предложен высокопрозрачный (HO = «High Opaque») жидкотекучий композит. Опаковый жидкотекучий композит подходит для перекрытия значительно измененного оттенка ареала дентина, в то время как прозрачный жидкотекучий композит весьма успешно можно использовать как материал для создания акцентов между ареалами ядра дентина. Здесь жидкотекучая консистенция явно облегчает аппликацию. Далее рассматриваются шесть повседневных клинических ситуаций, где реставрацию проводили только новой системой «Amaris».

Всем шести пациентам в этих клинических случаях требовалась реставрация одного переднего зуба. Осознанно использовали упрощенный эстетический композит, предоставляя пациентам такое лечение, которое удовлетворяло бы все эстетические требования реставрации единичного зуба. В следующих клинических случаях представлены обычные реставрации стандартного класса III, а также эстетические временные реставрации и окончательные эстетические мероприятия по коррекции.

Результаты и обсуждения

Клинический случай 1

В первом случае применения системы «Amaris» речь идет об окончательной эстетической коррекции распространенной диастемы (spatium intermediale). Пациентка 51-летнего возраста выразила желание провести минимально инвазивную реставрацию по закрытию промежутка передних зубов (рис. 1). После исследования альтернативы изготовления виниров стало ясно, что, руководствуясь материальными соображениями и щадящему отношению к твердым тканям зуба, был избран вариант реставрации [13, 16, 20]. Подобные прямые композитные восстановления для аппроксимального закрытия промежутков или удлинения коронок зубов оправдывали себя уже в течение продолжительного времени, хотя в отдельных случаях десятки лет проводятся минимальные или неинвазивные прямые реставрации [5, 31]. Имеется огромное количество клинических случаев с соответствующими успешными результатами, и они дают стоматологу идеи лечения при различных клинических показаниях. Это, несомненно, самая важная задача подобных клинических случаев — открыть глаза на эстетические показания лечения, которые являются полноценной минимально инвазивной или неинвазивной альтернативой винирам или даже искусственным коронкам [6, 7, 9, 18, 23, 24]. Обременитель-

ным при таких прямых реставраций, конечно, является то [25], что, вопреки всегда (или почти всегда) безупречным прямым реставрациям, изготовленным в зуботехнической лаборатории, где коррекция или повторное изготовление не требует присутствия пациента, прямые реставрации несколько больше зависят от сиюминутного дневного света, правильного выбора оттенка при естественном освещении, проводимого только раз в начале лечения, и, наконец, от готовности пациента к сотрудничеству. Это, безусловно, аргумент, который говорит в пользу непрямых реставраций, однако при определенных расходах на предоперационную диагностику и в прямой технике также можно получить эстетически привлекательный результат [1, 2, 4, 5].

Определение оттенка для реставраций с использованием Amaris в любом случае должно проводиться с помощью прилагаемого эталонного образца, так как яркость отдельных опакowych оттенков не совсем соответствует шкале оттенков VITA. В основном оттенки реставрационной системы «Amaris» чаще всего соответствуют оттенкам А по шкале оттенков VITA. Кто неуверен в выборе яркости, может в случае сомнения полимеризовать маленькую пробу композита на зубе. Это помогает очень быстро принять решение о яркости или коррекции. В общем, следует отметить, что три эмалевые массы TN, TD и TL обладают высокой прозрачностью. Поэтому их необходимо использовать обдуманно и скорее по принципу «чем меньше, тем лучше». Для реставрации в целом достаточно опаковой массы для ядра; область использования прозрачных масс — это прежде всего режущий край и аппроксимальный участок. При технике перекрытия с помощью силиконового ключа, как и во всех остальных многослойных реставрационных системах, палатинальный слой, конечно, можно наносить выбранной прозрачной массой вплоть до режущего края [20]. Если на лабиальную поверхность также необходимо нанести немного прозрачной массы, то следует учесть, что толщина этого слоя должна быть минимальной, поскольку возникает определенная опасность, что реставрация может приобрести слишком серый оттенок и утратить насыщенность.

В данном клиническом случае очень быстро определили подходящую для реставрации опаковость 4. Так как особенности эмалевого ареала были искажены, то здесь выбрали нейтральную прозрачную массу TN. Под местной анестезией удалили пломбу с мезиальной стороны 21-го зуба, придали легкую шероховатость адгезионной поверхности алмазным финиром с красным кольцом, рабочее поле изолировали коффердамом и затем адгезивом (Optibond FL, sds Kerr, Orange, США) произвольно выполняли реставрацию (рис. 2) [5, 10, 11, 29, 30]. Кроме этого, одновременно с мезиальной стороны на зубах 11 и 21 моделировали опаковое ядро.



Рис. 1. Пациентка, 51 год, пожелала провести минимально инвазивную реставрацию для закрытия промежутка передних зубов.

В случае системы «Amaris» опакующую массу нельзя приравнять к дентинной массе: реставрацию необходимо выполнить большей по размеру, нежели если бы она была изготовлена из оригинального дентина. Толщина эмалевого слоя, восстанавливаемого массой TN, с лабиально-аппроксимальной стороны составляет всего 30–50 % от оригинальной толщины эмале-



Рис. 2. Изоляция рабочего поля с помощью коффердама.



Рис. 3. Минимально инвазивное прямое восстановление композитом (Amaris 04, TN).



Рис. 4. Линия губ готовой реставрации через один месяц.

вого слоя. Исключительно со стороны режущего края расширение эмалевого слоя в направлении средней трети зуба всегда ориентируется на необходимый эффект прозрачности режущего края. Поскольку в данном клиническом случае отсутствовал эффект прозрачности природной зубной эмали, то в режущей трети опакующую массу моделировали более тонким слоем по направлению к режущему краю и в результате получили прозрачный слой массы соответствующей толщины по направлению к режущему краю. После моделирования опакующего ядра реставрации перед полимеризацией с помощью стоматологического зеркала рекомендуется проверить ее орально-вестибулярную позицию относительно режущего края. Поскольку стоматолог, как правило, позиционирован относительно пациента диагонально-латерально, то в отдельных случаях склоняются к тому, чтобы подобную реставрацию позиционировать слишком далеко в палатинальном направлении. Следствием этого будет слишком толстый эмалевый слой на реставрации лабиально, а палатинально — плотный преждевременный контакт, который надо сошлифовать таким образом, что трудоемкое опакующее ядро опять сошлифовывается палатинально. В результате получили бы слишком прозрачную реставрацию, несмотря на то, что для лечения использовали достаточное количество опакующей массы.

После проверки и отверждения обеих опакующих реставраций мезиально 21-му зубу накладывали полоску тефлоновой ленты для предотвращения приклеивания эмалевого слоя, которую на следующем этапе наносили на смежный зуб. Используя тефлоновую ленту, толщиной слоя которой пренебрегают, можно отказаться от последующего установления светопроводящих клиньев для разобщения зубов и создания достаточного аппроксимального контакта. После произвольного моделирования и отверждения эмалевого слоя на 11-й зуб наносили соответствующую защитную тефлоновую ленту, и аппроксимальный контакт сомкнулся эквивалентно 21-му зубу по направлению к срединной линии.

Обработку и контурирование проводили с помощью дисков «Soflex» (фирма «3M ESPE», США) и пламенеобразного твердосплавного финиша (Kommet, фирма «Gebr. Brasseler», Лемго, Германия), предварительную полировку полиром

«Brownie» (фирма «Shofu», Япония), полировку до высокого блеска полиром «Pol» (фирма «Heraeus Kulzer», Ханан, Германия) и «OkklBrush» (фирма «Kerr Hawe», Биоджио, Швейцария). Так как при использовании системы «Amaris» речь идет о классическом микрогибридном композите, не следует ожидать окончательного высокого блеска при полировке, как в случае наноуполненного композита «Filtek Supreme XT» или состоящего из мельчайших частиц стекла диаметром 0,2 мкм микрогибридного композита «Estelite Sigma» (фирма «J. Morita», США) [26]. Но способность к полированию удовлетворяет все клинические требования и находится на таком же хорошем уровне, как Venus (фирма «Heraeus Kulzer», Ханан, Германия) или Tetric Evoceram (фирма «Ivoclar Vivadent», Шаан, Лихтенштейн).

В принципе, композитный материал должен полироваться как можно лучше. В настоящее время соответствующие результаты дают почти все сверхмикрогибридные композиты [6], но это зависит также от сохранения, т. е. стойкости этого блеска. С этой точки зрения до настоящего времени непревзойденным остается только микроуполненный композит. Не зря некоторые коллеги-стоматологи свои гибридно-композитные реставрации перекрывают с лабиальной стороны микроуполненным композитом для придания полированной поверхности блеска.

Пациентка осталась очень довольна эстетикой минимально инвазивной формы лечения. На рис. 3 и 4 изображен контроль реставраций через один месяц, на рис. 5 — резез 10 месяцев.



Рис. 5. Передние зубы через десять месяцев после реставрации.

Клинический случай 2

Пациентка 65-ти лет колебалась в выборе между двумя возможностями реставрации своих верхних передних зубов — искусственные коронки или виниры. Недавно она обнаружила сколы на пломбах, и выглядели они не привлекательно (рис. 6). Пациентка хотела, чтобы ей поставили недорогую временную пломбу, которая улучшила бы эстетический вид и не потребовала последующей окончательной реставрации. Согласовали, что после удаления старых композитных пломб на обоих центральных резцах проведут прямую композитную реставрацию с использованием композита, запрессованного в стрип-коронки «Frasaco».



Рис. 6. Неполюценные композитные реставрации на 11-ом и 21-ом зубах. Запланирована низкая стоимость закрытия диастемы для улучшения эстетики и функции.

На рис. 7 изображены выбранные и припасованные на оставшемся остаточном твердом веществе зуба стрипкоронки «Frasaco» после удаления старых пломб. После кондиционирования фос-



Рис. 7. Выбранные и припасованные стрип-коронки «Frasaco» на остаточном удаленном твердом веществе зуба.

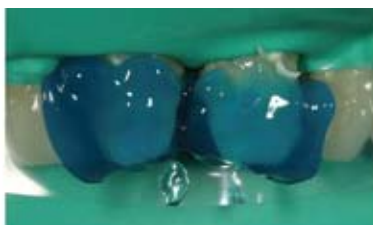


Рис. 8. Кондиционирование адгезивной поверхности фосфорной кислотой



Рис. 9. Реставрация отличается явным улучшением эстетики передних зубов до самого неполюценного аппроксимального контакта.

форной кислотой и применения многоступенчатой адгезивной системы (Optibond FL) произвольнo моделировали небольшое ядро с опаковостью 3 (рис. 8). Большую часть композита запрессовывали на зуб поверх колпачков «Frasaco» (фирма «Frasaco», Теттнанг, Германия). С помощью зонда на уголке режущего края колпачка «Frasaco», который предварительно припасовывали и соответственно укорачивали, делали отверстие, чтобы удалить пузырьки воздуха из пломбирочного материала и предотвратить таким образом дефицит материала.

Данная техника запрессовывания пломбирочного материала с помощью стрип-коронки «Frasaco» требует предварительного подогрева композита [15]. Для этого имеются специальные печи, способные подогреть карпулы с композитом приблизительно до 50°C (Calset, фирма «AdDent», США).

Не рекомендуется подогревать все содержимое карпулы по методу Вандини, избегая слишком частого нагрева и охлаждения. Последствием может быть расслоение составляющих композита, что вызвало бы значительное ухудшение физических свойств пломбирочного материала. Карпулы содержат не так много материала, поэтому частый подогрев и охлаждение скорее нецелесообразны, а использование таких карпул надежно.

На участок режущего края стрип-коронки фирмы «Frasaco» сначала наносили эмалевую массу ID, но не полимеризовали! В этой массе шпателем Хайдеманна продельвали желоб, а колпачок приблизительно на одну треть наполняли подогретым опаковым материалом ОЗ. Одновременное запрессовывание эмалевой и опаковой масс вызывает автоматическое запрессовывание более прозрачной эмалевой массы вокруг опакового ядра. Результат этого «мажущего слоя» — естественное наложение обоих слоев прозрачных масс без больших затрат труда.

Отверждение композита с помощью стрип-коронки в любом случае должно проводиться отдельными циклами от 40 до 60-ти секунд для обеспечения полной полимеризации.

После снятия стрип-коронки требовалась лишь незначительная обработка для придания реставрации остаточной формы. Недостаточным оказался только аппроксимальный контакт

(рис. 9), что не беспокоило пациентку. Так как на участке передних зубов следует меньше считаться с застрявшей пищей, чем на участке боковых зубов, то подобную ситуацию с аппроксимальным контактом также не следует рассматривать так критически, как на участке боковых зубов. Далее необходимо учесть то, что в этом клиническом случае речь идет только о временной реставрации. Доработку и полировку проводили аналогично клиническому случаю 1. Устранение выступов в межзубных промежутках легко провести с помощью ячеистых алмазных финирных полосок (Komet, фирма «Gebr. Brasseler», Лемго, Германия).

Клинический случай 3

Здесь необходимо было провести замену пломбы 21-го зуба в комбинации с закрытием незначительной диастемы. На рис. 10 представлено



Рис. 10. Препарирование полости 21-го зуба перед проведением композитной реставрации класса III и закрытие небольшой диастемы.



Рис. 11. Защита аппроксимальной поверхности 11-го зуба отрезком тefлоновой ленты.



Рис. 12. Затем на 21-й зуб наносили Amaris O3 и перекрывали тонким слоем TN, используя также и здесь тefлоновую ленту для изолирования адгезивной поверхности.



Рис. 13. Искусно выполненная и отполированная реставрация 11-го и 21-го зубов (Amaris O3 и TN).

препарирование полости после снятия непригодной пломбы у 58-летней пациентки. После изолирования с помощью коффердама сначала пломбировали 21-й зуб. Как и в клиническом случае 1, аппроксимальную поверхность 11-го зуба здесь также защищали с помощью небольшого отрезка



Рис. 14. Имеющуюся небольшую пломбу класса III пациентка считала неэстетичной и пожелала заменить ее.



Рис. 15. Дополнительное препарирование и изоляция с помощью коффердама.



Рис. 16. Кондиционирование поверхности.

тefлоновой ленты (рис. 11). Затем на 21-й зуб наносили Amaris O3 и перекрывали тонким слоем массы TN, используя также тefлоновую ленту для изоляции адгезивной поверхности (рис. 12). Потом остаточную щель закрывали запрессовкой материала TN со стороны 11-го зуба. В данном клиническом случае применение адгезива (кондиционирование фосфорной кислотой и применение Optibond FL) обязательно для каждого зуба. Таким образом перед окончательным закрытием диастемы, кроме восстановления 11-го зуба, можно было полностью обработать и отполировать реставрацию 21-го зуба. Это позволило обеспечить оптимальный доступ к данному участку, а также анатомически корректно определить требуемую ширину зуба. На рис. 13 изображена искусно выполненная и отполированная реставрация 11-го и 21-го зубов.

Клинический случай 4

Полностью непригодная пломба небольшой полости класса III на 11-ом зубе раздражала эту 56-летнюю пациентку. Основной причиной замены пломбы было «нереспектабельное» неэстетическое изменение ее цвета (рис. 14) [14]. После удаления старой пломбы, дополнительного препарирования и изоляции с помощью коффердама, как и в предыдущих случаях, проводили традиционное адгезивное лечение (рис. 15 и рис. 16). На рис. 17 можно увидеть полностью герметизированную, блестящую полость. Смежный зуб (12-й зуб) также изолировали с помощью отрезка тefлоновой ленты. При определении необходимой яркости выбор был сделан между O3 и O4. На этом основании согласно концепции нанесе-



Рис. 17. Полностью герметизированная, блестящая поверхность. Смежный зуб (12-й зуб) изолирован отрезком тефлоновой ленты.



Рис. 18. Заключительное мероприятие.

ния слоев по Ванини самый глубокий слой сначала выполняли более темной массой (O4), затем наносили слой O3 и перекрывали тонким слоем эмалевой массы TD. То, что в случае небольшой «нереспектабельной» реставрации не всегда можно достичь желаемого успеха эстетической реабилитации, изображено на рис. 18: вследствие форсированной обработки дистальная краевая кромка стала слишком выпрямленной, что безжалостно проявилось как отражение бликов сравнительно с ситуацией до и после. Поскольку при обычном падении света этот световой рефлекс краевой кромки не был заметен, то от коррекции решили отказаться. Однако это четко показывает, что после последнего этапа полимеризации реставрацию еще долго надо будет безуспешно закрывать!



Рис. 19. Отлом материала старой композитной пломбы 21-го зуба.



Рис. 20. Закругление отпрепарированных поверхностей и изоляция с помощью коффердама.



Рис. 21. Покрытие смежного 11-го зуба тефлоновой лентой.



Рис. 22. Кондиционирование адгезивных поверхностей гелем фосфорной кислоты.



Рис. 23. Готовая герметизированная блестящая адгезивная поверхность.



Рис. 24. Восстановление палатинальной поверхности эмалевой массой TN вплоть до участка режущего края с использованием «техники кончиков пальцев».

Клинический случай 5

Пациентка 69-ти лет пришла на прием по поводу отлома части старой композитной пломбы на 21-ом зубе (рис. 19). Было принято решение не дополнять ее, а полностью заменить. После удаления остатков композита, закругления поверхностей препарирования и повторной изоляции с помощью коффердама (рис. 20) смежный 11-й зуб опять покрывали тефлоновой лентой (рис. 21) [21]. На рис. 22 изображено кондиционирование адгезивных поверхностей гелем фосфорной кислоты, а на рис. 23 — готовая герметизированная адгезивная поверхность. Сначала, используя «технику кончиков пальцев», эмалевой массой TN проводили восстановление палатинальной поверхности вплоть до участка режущего края (рис. 24) [21]. Это соответствует методике, которая использует палатинальный силиконовый ключ [20], только с той разницей, что функцию силиконовой формы берут на себя кончики пальцев. На втором этапе массой TN восстанавливали также аппроксимальный эмалевый участок. Наконец можно было приступить к восстановлению опакового ядра с помощью массы O3. Эту опаковую массу наносили лабиально вплоть до границы препарирования. Только в режущей четверти эмалевую массу TN еще раз использовали на лабиальной поверхности. На рис. 25 изображена готовая реставрация класса IV [12]. С помощью этой методики достигается необходимый эффект прозрачности режущего края.



Рис. 25. Полная реставрация класса IV (Amaris O3, TN).

Клинический случай 6

Следующий клинический случай, собственно говоря, не относится к тематическому комплексу «Эстетические реставрации передних зубов». Пациент 86-ти лет ввиду ограничения нагрузки хотел только заменить поврежденную пломбу на 11-ом зубе. Несмотря на то, что даже на рис. 26 видна вполне функциональная и эстетическая потребность в лечении, согласно желанию пациента провели лечение только 11-го зуба. Даже если эстетика смежных зубов далеко не привлекательна, то для повторно леченого зуба необходимо «выжать» эстетический оптимум. Поэтому данный зуб, как и зубы в предыдущих клинических случаях, восстанавливали техникой нанесения слоев с использованием системы «Amaris», даже если общее впечатление успеха лечения было едва заметно.

Учитывая общее состояние пациента, от применения коффердама отказались, поскольку такая методика лечения ему была неизвестна. Таким образом, препарируемую поверхность изолировали от контаминаций только относительным просу-



Рис. 26. Дефектная пломба на 11-ом зубе. Несмотря на дальнейшую функциональную и эстетическую необходимость лечения, пациент пожелал заменить пломбу только на этом зубе.

шиванием. В таких случаях для удерживания губы всегда целесообразно использовать пластмассовый держатель щек (фирма «Hager & Werken», Германия). После препарирования, предварительного адгезивного лечения и, наконец, изоляции смежного зуба действовали, как в клиническом случае 5: эмалевую массу (здесь TD) при поддержке кончиков пальцев накладывали палатинально, моделировали и полимеризовали, начиная с восстановления мезиальной аппроксимальной поверхности из массы TD (рис. 27). В образованный таким образом лопатовидный желоб можно затем просто в моделировать выбранную опакующую массу O4. Формирование мамелонеров четко различается и резко контрастирует с находящейся позади эмалевой



Рис. 27. При поддержке кончиков пальцев эмалевую массу TD накладывали палатинально, моделировали и полимеризовали, начиная с восстановления мезиальной аппроксимальной поверхности.



Рис. 28. Моделирование выбранной опакующей массой O4 в лопатообразный желоб.



Рис. 29. Окончательный вид готовой реставрации класса IV. На рисунке можно различить еще некоторые следы прессования бондинга.

массой [21]. На рис. 21 изображен выбор размеров опакующего ядра, которое впоследствии покрывали следующим тонким слоем массы TD (рис. 29). На последнем снимке все еще видны стыки прессования бондинга. Сначала они были клинически неразличимы, но на следующий день после чистки зубов они сами по себе растворились. Результат можно рассматривать как значительное улучшение эстетического вида 11-го зуба, но, как уже раньше отмечали, не в контексте окончательных реставраций. Пациенту следует тщательно взвесить возможность нагрузки на этот зуб и безотлагательно решиться на лечение смежных зубов.

ВЫВОДЫ

На рынке опять появился новый композит? Да, но очень удачный, который приближается к цели простого проведения эстетических реставраций. Разработчикам удалось добиться красивой цветовой насыщенности опакующей массы, отличающейся такой же опакующей, как у Filtek Supreme XT, чтобы не просвечивала темная полость рта, но, с другой стороны, она не настолько опакующая, чтобы материал казался оптически «мертвым». Приветствуется простота системы оттенков в том отношении, то только один оттенок выпускается пяти различных степеней яркости. Пожалуй, не в каждом клиническом случае можно провести реставрацию с использованием предлагаемого цветового спектра; но в 95 % традиционной повседневной стоматологической практики это должно быть возможным. Как показано в клиническом случае 4, необходима дальнейшая дифференциация яркости опакующих масс. Несомненно, желательна яркость O3,5, хотя это без нужды опять расширило бы общую систему. В клиническом случае 4 реставрацию с позиций оттенка и яркости и, наконец, удовлетворения пациента также можно было провести перекрытием обеими опакующими массами O3 и O4. Здесь требуется врач-стоматолог, который мог бы предложить и внедрить собственную концепцию нанесения слоев. О физических свойствах материала, кроме данных изготовителя, независимых публикаций еще нет. Поскольку речь идет о традиционном микрогибридном композите, следует ожидать, что такие физические свойства материала, как усадка, прочность при изгибе, абразия и т. п., будут соответствовать уровню надежных гибридных композитов.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

А.С.Кушнир, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко,
А.Г.Ожован

Кафедры
терапевтической
стоматологии ФУВ

Rezumat

AFECTAREA ORGANELOR BUCALE DE LUPUS ERYTHEMATOSUS

In practica medicului–stomatolog se intilnesc cazuri de afectare a organelor cavitatii bucale cu lupus erythematosus. Diagnosticul acestei boli este destul de complicat, mai ales cind este insotita de candidoza. In lucrare sunt descrise 14 cazuri a lupus erythematosus cu afectarea organelor bucale. Sunt prezentate diagnosticul si diagnosticul diferential a manifestarii lupus erythematosus.

Summary

THE AFFECTION OF MEMBERS OF MOUTH CAVITY WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS

There're many cases of affection of members of mouth cavity in dentist's practice. The diagnostics of this disease is rather difficult especially when it's accompanied by candidiasis. In this work there're described 14 cases of lupus erythematosus with affection of members of mouth cavity. Here is diagnostics and differential diagnostics of lupus erythematosus' presentation.

Красная волчанка представляет собой хронически прогрессирующую болезнь, которая встречается у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин (Ю.Р.Скрипкин, Т.Д.Селицкий, С.М.Федоров, Ф.В.Хубиева, 2003). Этиология болезни пока не выяснена. Причиной красной волчанки может стать вирусная инфекция, нарушение выработки половых гормонов, психологический стресс, внешние факторы (ультрафиолетовое излучение, несбалансированное питание, курение), генетическая предрасположенность.

Некоторые ученые считают, что красная волчанка имеет аутоиммунный характер, то–есть спровоцирована аллергическими процессами особого типа, при которых в организме пациента синтезируются антитела к собственным тканям. Повреждаются фагоциты и из них выделяются нуклеопротеины, которые в плазме крови претерпевают особые изменения. Они поглощаются оставшимися лейкоцитами, изменяют их свойства, превращая в так называемые LE–клетки (lupus erythematosus) (Т.Л.Тлевинская, 1999; И.В.Халиганова, 1999).

Феномен LE впервые был обнаружен в 1948 году Харгрейвсом в виде нуклеофагоцитоза в костном мозге больных красной волчанкой.

Название болезнь получила из–за своего характерного признака — сыпи на переносице и щеках (пораженный участок по форме напоминает бабочку), которая, как считали в средние века, напоминает волчьих укусы.

Цель исследования и задачи. Диагностика красной волчанки в полости рта весьма трудная задача для практических врачей — стоматологов. В связи с этим цель настоящего исследования облегчить диагностику при одновременном поражении органов полости рта красной волчанкой и кандидозом.

Материал, методика и обсуждение. Нами изучено состояние органов полости рта у 14 больных красной волчанкой, из них мужчин–3, женщин–11 человек. Возраст больных был от 30 до 50 лет. У всех больных была дисконидная красная волчанка. Проявления болезни были в области щёк по линии смыкания зубов у 9 больных и у 5–в области красной каймы нижней губы. Поражения на коже мочки уха было у 3 человек, на лице у 8, что значительно облегчало диагностику. Одновременные поражения красной волчанкой и кандидозом было у 7 больных, при этом у 2 из них проявления на коже не было обнаружено.

Начало болезни напоминало ревматоидный артрит. Больные жаловались на повышение температуры, слабость, недомогание, быструю утомляемость, головную боль, боли в мышцах, кожные высыпания, быструю потерю веса. Наиболее часто поражались суставы кистей рук, лучезапястные и голеностопные суставы. Они припухали, были болезненные при пальпации, отмечалась скованность и деформация суставов кистей и стоп. Известно, что артропатия при красной волчанке не разрушает костную ткань, но деформирует суставы, чем отличается от ревматоидного артрита, который сопровождается значительным разрушением костной ткани суставов. Поражение суставов отмечалось у всех больных.

Красная волчанка возникает нередко после пребывания на солнце, на открытых участках тела. Для дискоидной красной волчанки характерна триада: эритема, гиперкератоз, атрофия. Первичным признаком является эритема с четкими границами. На эритематозных участках образуются бляшки, покрытые плотно сидящими чешуйками. Удаление их сопровождается болью (симптом Бенье–Мещерского). После стихания воспаления в центре очага формируется атрофия. По периферии обнаруживаются телеангиэктазии, зоны пигментации и депигментации (Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Эллинг, 1999).

На красной кайме губ появляются резко ограниченные воспалительные, слегка инфильтрированные очаги с запавшим атрофическим центром. По периферии отмечается ороговение в виде белых полосок с опаловыми перламутровыми наслоениями, а на красной кайме губ образуются язвы и эрозии. На слизистой оболочке щёк по линии смыкания зубов на фоне гиперемизированных участков образуются болезненные язвы, кровоточащие при дотрагивании, при приёме пищи. Процесс обостряется под воздействием гальванического тока, который возникает при протезировании разноимёнными металлами (Данилевский А.Ф. и соавт., 1998; Потекаев Н. С., 2004).

Красную волчанку слизистой полости рта и красной каймы губ необходимо дифференцировать от лейкоплакии, красного плоского лишая, сифилитических папул, многоформной экссудативной эритемы, туберкулёзной волчанки и кандидоза и псориаза.

Красная волчанка при локализации на красной кайме губ относится к факультативным предраковым состояниям.

Клиническими признаками начинающегося озлокачествления красной волчанки на красной кайме губ является возникновение уплотнения в основании очага или на одном его участке, усиление процессов ороговения проявляющееся увеличением количества плотно сидящих чешуек. Всегда должны настораживать врача внезапное появление новых эрозий. Появляется кровоточивость эрозий при легкой травме. Однако бы-

вают случаи когда у некоторых больных с озлокачествлением волчаночного процесса все эти симптомы отсутствуют, а раковое перерождение обнаруживается случайно при гистологическом исследовании. Отсутствие клинических признаков озлокачествления можно объяснить тем, что трансформация процесса в рак возникает не сразу на всем протяжении очага поражения, а только в одном участке. За тем постепенно этот процесс распространяется горизонтально, а уже позднее вертикально. Предполагается, что лишь при определенной степени трансформации появляются клинические признаки озлокачествления волчаночного очага поражения, а до этого клиническая диагностика начинающего озлокачествления во многих случаях невозможно. В связи с этим при отсутствии улучшения у больных красной волчанкой на красной кайме губ после 2—3 недель лечения, для исключения начинающегося озлокачествления, необходимо проводить гистологическое исследования уплотненных участков поражения.

Папулезные сифилиды имеют вид возвышающихся серо-белых образований округлой или овальной формы разного размера. Белый налет на поверхности папул при поскабливании снимается, в результате чего образуются четкие округлые эрозии. Белые сифилиды и эрозии окружены узким венчиком гиперемии, другие участки слизистой оболочки не изменены. Для сифилиса характерна «штампованность» элементов, типичная локализация поражения в зеве, где определяется картина папулезной ангины. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации, могут быть высыпания на коже туловища, ладоней, подошв, волосистой части головы, очаговое выпадение волос, осиплость голоса. Процесс всегда рецидивирует. В соскобе обнаруживают бледные спирохеты. Серологические реакции на сифилис положительные.

Лейкоплакия (истинная) травматическая встречается преимущественно у лиц, злоупотребляющих курением или в ответ на хроническую травму. Очаги лейкоплакии располагаются на неизменной слизистой оболочке имеют вид булыжной мостовой. Чаще всего локализуется на слизистой оболочке полости рта, дорзальной поверхности языка, твердого неба, дна полости рта. В анамнезе отсутствуют указания на тяжелые заболевания, прием антибиотиков и кортикостероидов. У больных СПИДом описана новая нозологическая форма лейкоплакией– волосатая. Она характеризуется шероховатыми участками белого цвета, которые возвышаются над окружающими тканями и располагаются на боковых поверхностях языка. Она похожа как на истинную так и на кандидозную лейкоплакию. Однако при волосатой лейкоплакии устранение травмирующих факторов и антикандидозная терапия не дают эффекта. Волосатую лейкоплакию рассматривают как

вирусный процесс, индуцированный вирусами герпеса и человеческой папилломы на фоне приобретенного иммунного дефицита.

В лучах Вуда участки кератоза светятся мутно-белым цветом, при эритематозной форме отмечаются коричневое окрашивание эрозий и язв.

При красном плоском лишае больные жалуются на чувства стянутости, иногда боль, жжение кровоточивость которая усиливается во время еды. В анамнезе отмечаются нервно-психические перегрузки, стрессовые ситуации.

На фоне гиперемии видны слегка возвышающиеся мелкие, беловатого цвета папулы, которые сливаются и образуют сетчатый узор (сетка Уикхема). Бляшки или сплошной очаг поражения располагаются преимущественно в задних отделах щек, на боковой поверхности языка и под ним. Поражения слизистой оболочки полости рта как правило симметричны. Иногда наряду с папулезными высыпаниями возникает выраженная гиперемия слизистой оболочки (экссудативно-гиперемическая форма красного плоского лишая). В других случаях появляются эрозии и язвы (эрозивно-язвенная форма) или возникают пузырьки с толстой оболочкой (буллезная форма). Однако при всех формах красного плоского лишая по периферии участков поражения можно обнаружить полигональные папулы, характерные для этого заболевания.

На коже появляются красно-розовые папулы с восковидным центром, которые часто локализуются на внутренней поверхности предплечий, голеней, иногда на гениталии, такие высыпания особого дискомфорта не вызывают.

При освещении люминесцентной лампой участки гиперкератоза дают беловато-голубое свечение.

При многоформной экссудативной эритеме больные жалуются на головную боль, недомогания, плохой сон, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышенную температуру. Отмечается резкая болезненность во рту в связи с появлением язв на слизистой оболочке полости рта, губ. Иногда появляется резь в глазах и при мочеиспускании. В анамнезе могут быть прием барбитуратов, сульфаниламидов, употребление алкоголя, курение, переохлаждение организма. На слизистой оболочке полости рта видны обширные эрозии, покрытые белесоватой корочкой, пленкой или кровянистой корочкой в сочетании с эритематозными пятнами. Поражаются передние участки полости рта, губы, щеки, язык, дно полости рта.

Стоматит может сочетаться с кожным поражением в виде синюшно-красных пятен (симптом кокарды). Чаще всего поражается кожа разгибательных поверхностей конечностей, больше всего на кистях, иногда на коже лица.

Многоформная экссудативная эритема в основном притекает остро и длится 2—3 недели. Боли в суставах не сопровождаются деформацией.

Псориаз обычно протекает бессимптомно, отмечается синхронность появления высыпания на коже и слизистой оболочки полости рта. Болезнь связана с наследственностью, с состоянием центральной нервной системой, иммунным дефицитом. Вульгарный псориаз проявляется на щеках, губах, языке серовато-белыми папулами, бляшками окруженными гиперемизированным ободком, резко ограниченный от окружающей тканей, слегка выступают над уровнем слизистой оболочки. Могут быть покрыты рыхлым серебристо-белым налетом (чешуйки), легко снимающиеся, после чего образуется ярко-красная поверхность с явлением точечного кровоизлияния— симптом «кровавой россы».

На коже образуются резко ограниченные розовые бляшки, покрытые наслоением серебристо-белых чешуек, локализирующихся на туловище, голове, разгибательных поверхностях конечностей, локтевых и коленных суставах, которые периодически исчезают и появляются вновь.

Туберкулёзная волчанка отличается от красной волчанки тем, что для неё характерны симптомы яблочного желе и проба с зондом (симптом Поспелова). При наложении предметного стекла на участок поражений красной каймы губ видны некротические ткани в виде жёлто-коричневых узелков, что напоминает яблочное желе. При надавливании пуговчатым зондом на бугорок зонд проваливается в люпому — (симптом Поспелова). Регионарные лимфоузлы при туберкулёзной волчанке увеличены, спаяны, болезненные при пальпации. Всего этого нет при красной волчанке.

Кандидоз отличается от красной волчанки тем, что налёт снимается, под ним отмечаются эритема и эрозия, которые кровоточат. При микробиологическом исследовании обнаруживаются клетки грибка *Candida* и псевдомицелий. В анамнезе больных кандидозом полости рта отмечается приём антибиотиков, снижена сопротивляемость организма, поражение органов полости рта более обширно, захватывают слизистую щёк, твёрдого и мягкого нёба, языка, поражаются слизистые носоглотки. Однако в последнее время отмечаются одновременные поражения слизистой оболочки полости рта красной волчанкой и кандидозом. Такое сочетанное поражение затрудняют не только диагностику, но и лечение. В клинике сочетанного поражения органов полости рта красной волчанкой и кандидозом в начале преобладают жалобы на сухость, жжение, боли, а позже отмечаются жалобы на сильнейшие боли в полости рта, образование обширных эрозий и язв. Клиническая картина болезни ещё больше усугубляется при наличии в полости рта кариозных зубов, травмы слизистой острыми краями зубов, наличие гальваноза.

Заключение и выводы.

Таким образом, диагностика поражения органов полости рта и красной каймы губ красной

волчанкой является весьма трудной задачей и требует от врача большого внимания, знаний клиники других сходных заболеваний. При одновременном поражении органов полости рта красной волчанкой и кандидозом, диагностику и лечение следует начать с последнего.

Литература:

1. Главинская Г.А. «Особенности клиники генеза и терапии красной волчанки.» Вестн. дерм. 1999. №5, с. 6–7
2. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. «Заболевания

слизистой оболочки полости рта». Киев, «Здоров'я» 1998. 406 стр.

3. Потекаев Н.С. «Дерматовенерология — синтез науки и практики. Избранные труды.» М. 2004. 559 стр.
4. Скрипкин Ю.К., Селицкий Т.Д., Фёдоров С.М., Хубиева Ф.В. «Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путём.» Справочник. М. 2003. 542с.
5. Хамаганова И.В. «Применение мометазона фууроата (элокома) в комплексном лечении красной волчанки.» Вестн. дермотол. 1999. №5, с. 44–45.
6. Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Эллинг. «Секреты дерматологии» М. 1999. 511 стр.

UNELE ASPECTE DE DIAGNOZĂ, TRATAMENT ȘI PROFILAXIE ALE EROZIUNILOR DENTARE

Rezumat

Depistarea precoce, înlăturarea cauzei și profilaxia eroziunilor dentare ar trebui să formeze un sistem de menținere al integrității dentare. Cunoașterea și respectarea unor particularități ale igienei orale ar contribui semnificativ la micșorarea numărului afecțiunilor erozive, iar tratamentul lor ar putea fi efectuat în stadiile incipiente, cu evitarea distrucțiilor majore.

Summary

SOME ASPECTS OF THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF THE DENTAL EROSION.

Early revealing, causes removal and prophylaxis of the dental erosion which should form a maintenance system of the dental integrity. The knowledge and the observing of some peculiarities of the oral hygiene could significantly contribute to the number decrease of the erosive affection, but their treatment could be accomplished at the incipient stage avoiding major destruction.

Actualitatea temei

Pierderea țesutului dentar dur poate fi consecința afecțiunilor dentare carioase, cât și a distrofiilor dentare. Determinarea corectă a diagnozei poate contribui la evitarea expunerii factorilor cauzali, iar controlul lor permanent ar menține stabilitatea sistemului dento-maxilar.

Din cauza mecanismului de dezvoltare, diagnosticul, tratamentul și profilaxia distrofiilor dentare prezintă unele dificultăți. O anamneză bine studiată și sistematizată este cheia confirmării acestor afecțiuni.

Managementul eroziunilor dentare constă din două componente esențiale: prevenirea și tratamentul. Păstrarea integrității dintelui de distrucții ireversibile, ce survin în rezultatul factorilor etiologici, trebuie să fie punctul primordial în menținerea bunăstării cavității bucale.

Scopul lucrării

Țesuturile dentare dure, incluzând smalțul, dentina și cementul, sunt importante pentru integritatea dintelui, iar pierderea acestor țesuturi pot avea consecințe neplăcute pentru dantură. Aspectul clinic al eroziunilor dentare include concavități întinse pe suprafața netedă a smalțului și transparență incizală mărită, ce pot avea implicații estetice nedorite. Mai mult decât atât, pierderea smalțului poate duce la expunerea dentinei și la hipersensibilitate dentară, iar în cazuri extreme, progresând chiar până la dezgolire pulpară.

Adriana Vasiłașcu
*Catedra stomatologie
terapeutică FPM*

Sursa acizilor poate fi extrinsecă, în cazul când ei pătrund prin cavitatea bucală, sau intrinsecă, prin intermediul acidului gastric. Efectul acizilor va depinde de volumul, tipul și concentrația lor; de durata ce a fost în contact cu suprafața dintelui; de cantitatea și calitatea salivei și de rezistența dintelui.

Obiectivul acestei analize este de a preveni apariția eroziunilor dentare prin formularea corectă a diagnozei, pentru a exclude și a micșora factorii cauzali.

În așa distrofii dentare deja se observă o creștere potențială a eroziunilor dentare la diferite grupe de vârstă.

Eroziunea dentară se caracterizează prin evoluția sa cronică și se diferențiază 2 stadii:

- Activă
- Stabilă

Stadia activă decurge progresiv, prin distrucția țesutului dur, dispăre luciul, iar dimensiunea defectului se mărește timp de 1,5—2 luni. Forma stabilă se caracterizează prin evoluție lentă și se menține luciul pe sectorul afectat. Schimbarea mărimii decurge 9—11 luni.

Diagnoza uzurii dentare, în general, și a eroziunii, în particular, este formată din caracteristicile ei, din rezultatele analizei nutriționale, medicale, habituale și ocupaționale.

Este cunoscut faptul că există legături strânse între starea dinților și funcția glandei salivare. Orice schimbare a calității și cantității salivei acționează asupra structurilor dentare și organelor cavității orale.

Saliva lichidă, puțin vâscoasă, însoțește așa afecțiuni distrofice ca eroziunea dentară, defectul cuneiform, abraziunea dentară patologică, pe când, la persoanele ce prezintă un indice înalt de afectare cu carie dentară, paralel cu predispunere înaltă de formare a depunerilor dentare și a tartrului dentar, se depistază o salivă mai vâscoasă. Proteinele salivei, în special, mucina, permit repartizarea întregului volum de salivă, iar ca rezultat, saliva se restructurizează, obținând o vâscozitate mai mare. Aceste proprietăți ale salivei asigură starea normală a smalțului, determinând trecerea ionilor din salivă în structurile dentare (fosfor, calciu, fluor). Nerespectarea acestor calități ale salivei se poate explica prin micșorarea vâscozității ei și se observă la multe distrofii dentare.

Un agent distructiv, la fel, este și acidul gastric. Persoanele cu bulimie sau reflux gastric deseori prezintă cavități erozive pe suprafața linguală, atât a dinților superiori, cât și a celor inferiori.

Compoziția dintelui e cunoscută a fi înalt variabilă și respectă concentrarea unor elemente. Forma și proeminența conturului dintelui sunt factori ce pot modifica procesul eroziv. Smalțul erodat de acizi e considerat mai susceptibil la abraziune, iar ocluzia dentară pare a avea un rol important în manifestarea uzurii dentare. Tot uzura dentară, primar cauzată de obiceiurile parafuncționale, așa ca bruxismul, va accelera, în prezența provocării erozive, modificări în structura dentară.

Procesul de diagnosticare este un concept teoretic condus după semne și simptome cu aplicarea criteriilor

de analiză. Concluziile obținute din tot acest proces și formează diagnoza.

Este important de a deosebi eroziunea dentară de caria dentară. Deși, deseori, rezultatele sunt similare, aceste două patologii, rar, dar pot surveni simultan pe aceeași parte. În cazul eroziunii, smalțul este demineralizat prin contactul direct cu acizii, pe când caria este o afecțiune ce survine prin acțiunea plăcii bacteriene cu microorganisme.

Igiena orală este și ea implicată în uzura dentară. Multe studii au demonstrat că pierderea substanței dentare după expunerea la citruși sau sucuri este accelerată de periaj. Demineralizarea suprastructurii dentare poate fi considerată reversibilă în stadiile incipiente, deoarece poate fi reparată de salivă. Oricum, periajul dentar imediat după un factor acid înlătură parțial suprafața dentară demineralizată înainte ca saliva să-l rapare, aceasta rezultând pierderi ireversibile de structură dentară.

Material și metode

Observările efectuate pe cei 14 pacienți cu vârstă cuprinsă între 83 și 15 ani, dintre care 10 din Chișinău, iar 4 din raioanele Republicii Moldova au arătat că din cei 62 de dinți supuși studiului, 60 erau afectați vestibular, iar 2 (1.1 și 2.1) — și vestibular, și ocluzal.

Principala acuză a pacienților era sensibilitatea dinților la consumarea alimentelor și băuturilor acide, reci, fierbinți; sensibilitate la periajul dentar și la inspirarea aerului rece. Nu în ultimul rând, paralel cu hipersensibilitatea, apar incomodități legate de aspectul defectului estetic cu modificarea culorii structurii dentare.

Deși eroziunea dentară a fost depistată la mai mulți, cu părere de rău, nu toți pacienții au acceptat tratamentul, motivând refuzul prin lipsă de timp și finanțe. Suplinirea lipsei țesutului dentar, prin redarea integrității dintelui, este indicație pentru a urma un tratament restaurativ.

Efectuând tratamentul acestor dinți, unii pacienți aveau deja restaurați și alți dinți, prezentând anterior diagnoza de eroziune dentară.

Defectele dentare au fost situate în limita smalțului și a dentinei. Chiar dacă unele cavități erau profunde am păstrat pulpa dintelui intactă.

Au fost respectate următoarele etape:

- detartrajul (în caz de necesitate) și periajul dentar
- anestezie topică și infiltrativă
- prepararea cavităților erozive
- aplicarea firului de retracție
- aplicarea coferdamului
- restaurarea propriu-zisă
- șlefuirea și lustruirea

În unele cazuri am apelat la metode fizioterapeutice (electroforeza cu calciu).

Am explicat pacienților că curățarea dinților după consumul alimentelor și băuturilor acide doar favorizează activitatea acizilor în țesutul dentar dur.

Rezultatele obținute sunt acelea că am readus integritatea dinților și am înlăturat sensibilitatea lor.

Nu este exclus faptul că eroziunea dentară poate reapărea. Însă pentru a menține o stare bună a cavității bucale este necesară nu doar intervenția medicului stomatolog, dar și de susținere din partea pacientului prin respectarea igienei orale, a unor particularități alimentare și prezentarea periodică pentru un control profilactic.

Concluzii

În mod normal, doar o discuție detaliată va clarifica etiologia eroziunilor dentare. Pacienților cu risc mărit li s-ar specifica să acorde mai multă atenție următoarelor aspecte:

- regimului alimentar
- afecțiunilor gastro-intestinale
- influenței medicamentelor
- disfuncției glandelor salivare
- expunerii mediului acid
- igienei orale.

Medicii stomatologi ar trebui să informeze și să educe pacienții cum să evite distrucțiile erozive. În cazul pacienților cu risc înalt de eroziune dentară sau care prezintă semne precoce, ar fi necesar de identificat factorii cauzali, iar pacienții să fie instruiți cum să-și modifice obiceiurile, cu scopul de a le proteja dantura.

Alt aspect important în tratamentul eroziunilor dentare este cel restaurativ. Restaurarea leziunilor este efectivă în soluționarea problemelor, incluzând sensibilitatea și aspectul estetic, dar fără eliminarea factorului cauzal, procesul distructiv va continua.

Câteva reguli simple de întreținere a igienei orale și controlul periodic la medicul stomatolog ar putea micșora riscul apariției eroziunilor dentare și ar stabili un echilibru între alimentație și țesuturile dentare dure.

Bibliografie:

1. K., Ho R., Kemmerling M. Diagnosis, risk factors and management of dental erosion: an evidence based report.// Faculty of Dentistry University of Toronto, 2009.
2. Featherstone JD (2006) Understanding the chemistry of dental erosion. *Monogr Oral Sci* 20:66-76.
3. Gandara B., Truelove E. Diagnosis and management of dental erosion. // *Journal of Contemporary Dental Practice*, 1999, 1 (1), p. 1-17.
4. Ganss C (2006) Definition of erosion and links to tooth wear. *Monogr Oral Sci* 20:9-16.
5. Moss S.J. Dental erosion.// *International Dental Journal*, 1998, nr.48, p.529-539.
6. Nunn JH, Gordon PH, Morris AJ, Pine CM, Walker A (2003) Dental erosion-changing Prevalence. A review of British National childrens' surveys. *Int J Paediatr Dent* 13:98-105.
7. Öhrn R, Enzell K, Angmar-Månsson B (1999) Oral status of 81 subjects with eating disorders. *Eur J Oral Sci* 107:157-163.

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА МОЛЯРАХ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КАРИЕСА И ТАКТИКА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРЯМОГО РЕСТАВРИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ

АЛЕКСАНДР ПОСТОЛАКИ

*Доктор медицины
Кафедра зубного
протезирования и
ортодонтии
ГУМиФ им. Н. А.
Тестемицану*

Rezumat

TEHNICĂ DE ACCES OPERATIV LA MOLARI CU CARIE COMPLICATĂ PROXIMALĂ ȘI TACTICA DE TRATAMENT ENDODONTIC ȘI RESTAURARE DIRECTĂ A SUPRAFEȚEI OCLUZALE

Rezultatele examenului complex a 15 (8 b., 7 f.) pacienți cu carie proximală complicată a molarilor cu suprafață ocluzală integră a determinat tactica intervenției miniinvazive.

La baza tratamentului endodontic a fost pus principiul proiecției anatomice a cavității dintelui pe suprafață ocluzală. Aceasta a permis de a efectua trepanația suprafeții ocluzale întregă în raport cu topografia orificiilor canalelor radiculare, păstrând maximal arhitectonica ocluzală.

Observațiile clinice în procesul tratamentului și după restabilirea reliefului ocluzal la distanța 3, 6, 12 luni au confirmat eficiența tratamentului prin prezența contactelor ocluzale funcționale.

Cuvinte-cheie: molari, tratament endodontic, restaurare directă, ocluzia

Summary

THE TECHNIQUE OF OPERATIVE ACCESS IN MOLARS AFFECTED BY COMPLICATED PROXIMAL CARIES AND TACTICS OF ENDODONTIC TREATMENT AND DIRECT RESTORATION OCCLUSION SURFACE

The complex examination results of 15 (8 men, 7 women) patients with complicated proximal caries in molars with integral occlusal surfaces have determined the tactics of miniinvasive intervention.

The endodontic treatment was based on the principle of tooth cavity anatomical projection upon the occlusal surface. This allowed to perform the integral occlusal surface trepanation in accord with topography of the radicular canal orifices, maximally preserving the occlusal architecture.

Clinical observations during the treatment and after restoring the occlusal relief (at a distance of 3, 6 and 12 months) confirmed the efficiency of treatment by the presence of functional occlusal contacts.

Key-words: molars, endodontic treatment, direct restoration, occlusion

Введение

Известно, что наиболее частой локализацией кариеса зубов являются области повышенной ретенции пищевых остатков (фиссуры, слепые ямки, интерпроксимальные пространства). Наряду с этим, причины развития проксимального кариеса во многом обусловлены особенностями строения эмали зубов. Наиболее высокий уровень растворимости эмали наблюдается в пришеечной области и на контактных поверхностях зубов, особенно дистальных. Как следует из результатов исследований Е. В. Боровского, В. К. Леонтьева (1991), это явление обусловлено неоднородностью минерализации, структурными особенностями, а также от количественного содержания белка и его взаимоотношения с минеральным компонентом, что вероятно находится в определенной зависимости от условий внешней среды, состава пищи и воды. Важной причиной, обуславливающей определенный уровень растворимости эмали, авторы считают наследственный фактор, на что указывают В. Г. Сунцов и соавт. (1988), которые установили, что структура и свойства поверхностного слоя эмали временных и постоянных зубов зависят от особенно-

стей закладки зубов, их развития и всех факторов, влияющих на онтогенез (цит. по Е. В. Боровскому, В. К. Леонтьеву, 1991) [1]. В то же время Е. В. Боровский (2001) отмечает, что из-за невнимательного осмотра контактных поверхностей премоляров и моляров кариозные поражения нередко выявляются с опозданием и в результате с течением времени происходит значительное разрушение тканей зуба, частым исходом которого является возникновение осложнения кариеса. После пломбирования боковых зубов, особенно полостей II класса по Блеку, часто наблюдается рецидив кариеса, когда измененный дентин не удален в глубине полости на проксимальной поверхности.

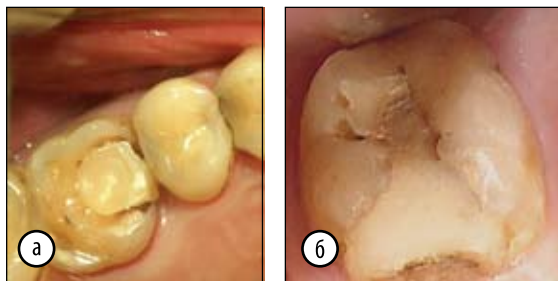


Рис. 1. Обширные «плоские» композитные пломбы на молярах в полостях II класса по Блеку с признаками вторичного кариеса и без признаков моделирования особенностей окклюзионного рельефа.

Проведенное автором исследование показало, что через 3 года после пломбирования зубов, доля осложнений в виде пульпитов и периодонтитов составляла 52,6%, а в 6,8% случаев зубы удалялись. Как отмечает А. И. Николаев, Л. М. Цепов (1999), если на острые формы пульпита приходится 38% случаев обращаемости, то на хронические формы – 62%, которые выявляются в большинстве случаев при профилактических осмотрах (рис. 1) [2].

Основным этапом оперативного лечения при пульпитах и периодонтитах является трепанирование жевательной поверхности коронки зуба, даже в тех клинических ситуациях, когда она абсолютно интактна или основная ее площадь сохранена. В результате рекомендуемого широкого раскрытия полости зуба, для лучшего инструментального доступа к устьям корневых каналов, в большом количестве иссекаются и здоровые зубные ткани [3]. В результате препарирования основной кариозной полости, часто труднодоступной для осмотра, особенно на молярах верхней челюсти, полностью разрушается архитектура окклюзионного рельефа и остаются ослабленными тонкие стенки сохранившиеся по периметру зуба. После завершения эндодонтического лечения практические врачи часто сталкиваются со сложностями по ее реставрированию и нередко жевательная поверхность зуба имеет плоскую поверхность, что в свою очередь приводит к нарушению окклюзионных взаимоотношений между девитализированным зубом и зубами – антагонистами (рис. 2).



Рис. 2. «Плоские» композитные пломбы на 26, 46 зубах с признаками вторичного кариеса

Таким образом, как подчеркивают V. Burlacu, V. Fala (2007), при трепанировании коронки зуба необходимо придерживаться «золотого» правила эндодонтии, которое гласит, что «пульповая камера не расширяется и не углубляется» (рис. 3) [4].

В результате значительного удаления интактных зубных тканей на окклюзионной поверхности моляров и часто неадекватного в последующем ее восстановления происходят изменения морфологического характера в тканях пародонта не только данного зуба, но и зубов-антагонистов, височно-нижнечелюстных суставов, что говорит о распространении патологического процесса на различные уровни зубочелюстной системы.

Цель исследования

Усовершенствовать технику трепанирования жевательной поверхности моляров при минимальном вмешательстве в архитектуру окклюзионного рельефа при осложненном проксимальном кариесе на молярах и разработать алгоритм максимальных лечебных мероприятий в одно посещение.

Материал и методика

Материалом исследования послужили результаты клинического и параклинического обследования 15 (8 м., 7 ж.) пациентов в возрасте 30–54 лет с диагнозом: хронический фиброзный пульпит и хронический фиброзный пульпит в стадии обострения.

У 4 пациентов пульпиты являлись результатом осложнения кариеса проксимальной поверхности моляров, а у 11 пациентов из-за развития рецидивирующего кариеса после пломбирования и наличия микроподтекания в придесневой области. Клиническое обследование включало: сбор анамнеза, инструментальное исследование пораженных зубов, термометрия, регистрация и анализ окклюзионных контактов при помощи артикуляционной бумаги «Bausch». Из параклинических – рентгенологический метод (ортопантограмма, близфокусная контактная рентгенография). В основу хирургического метода лечения пульпита

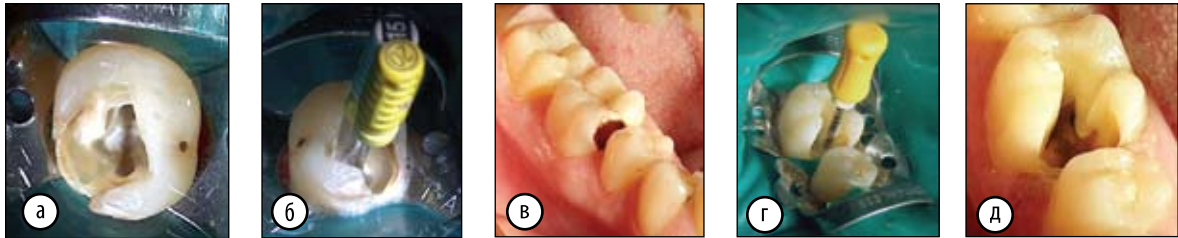


Рис. 3. Этапы эндодонтического лечения 47 зуба с двумя корневыми каналами (мезиальный и дистальный) – (а, б) и 46 зуба (три корневых канала) с максимальным сохранением окклюзионного рельефа и высоты бугорков при формировании полости в виде буквы «Т» – (в, г, д).

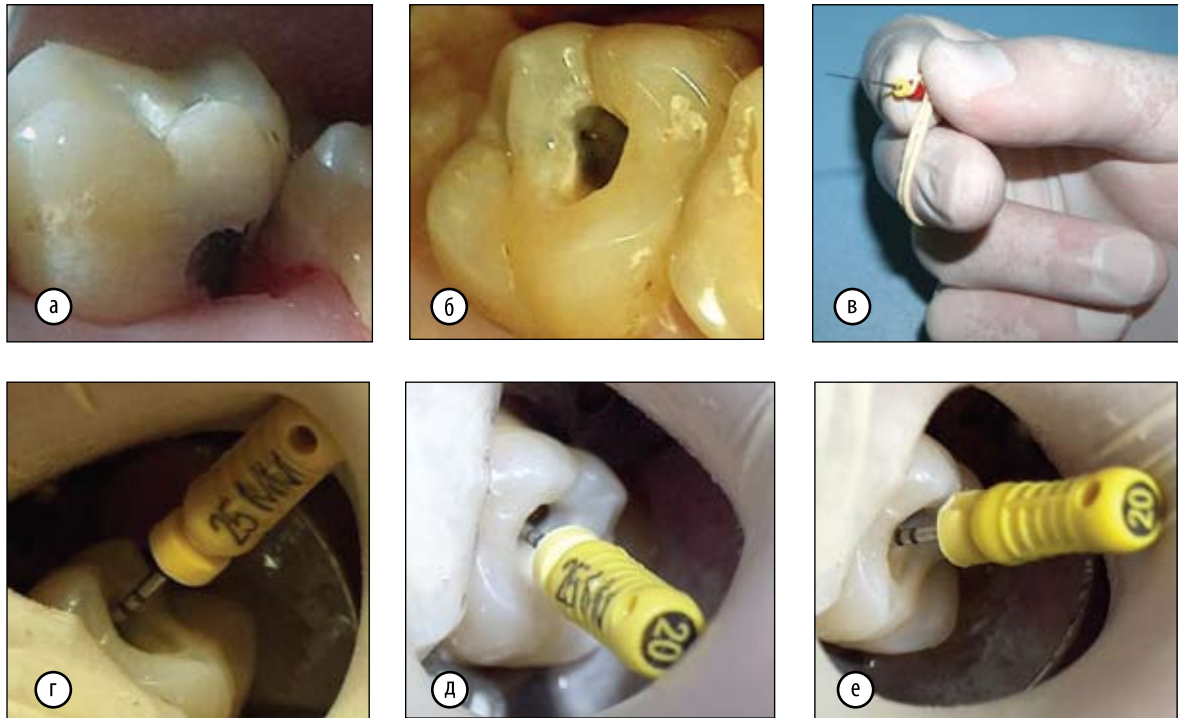


Рис. 4. Этапы эндодонтического лечения 27 зуба: а) глубокая кариозная полость на вестибулярно–дистальной поверхности коронки зуба; б) трепанационное отверстие в области передней мезиальной ямки; в) резиновый корд как страховочный элемент для эндодонтических инструментов; г) Н–файл № 25 в мезиальном щечном канале; д) Н–файл № 20 в дистальном щечном канале; е) Н–файл № 20 в канале небного корня.

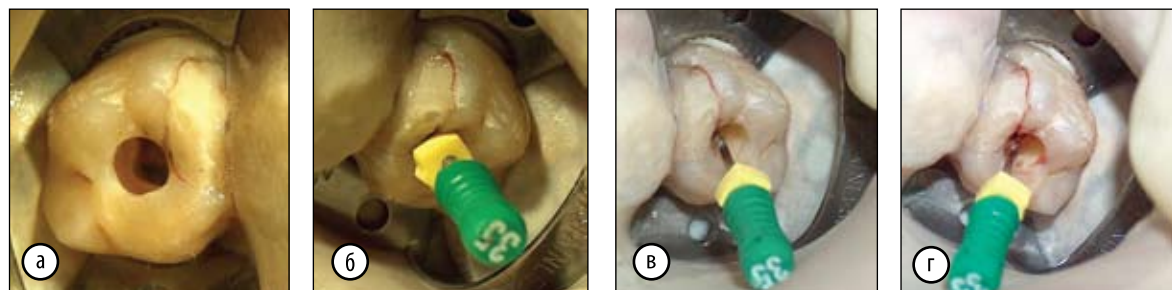


Рис. 5. Этапы эндодонтического лечения 26 зуба с диагнозом: хронический фиброзный пульпит вследствие осложнения вторичного кариеса на мезиальной проксимальной поверхности коронки зуба: а) трепанация окклюзионной поверхности в области передней мезиальной ямки; б) Н–файл № 35 в небном корневом канале; в) Н–файл № 35 в мезиальном щечном канале; г) Н–файл № 35 в дистальном щечном канале; д) расширение дистальной границы внутренней полости коронки зуба с целью оптимального доступа к устью мезиального щечного канала. Данная вынужденная манипуляция по расширению границы не влияла на инструментальный (К–риммер, Н–файл) доступ к устьям дистального щечного и небного корневых каналов.

был положен принцип анатомической проекции полости коронковой пульпы зуба на жевательную поверхность с учетом особенностей архитектуры окклюзионного рельефа. На верхних молярах трепанирование проводилось в области передней мезиальной ямки, а на нижних молярах в зависимости от особенностей окклюзионного рельефа (“+” (плюс), “X” (икс) или “Y” (игрек) узоры) данной группы зубов [5]. Препарирование и формирование полости осуществляли под проводниковой анестезией 4% раствором «Убистезина» 1:100 000 алмазными шаровидными борами среднего диаметра в сочетании с водяным охлаждением. Контуры трепанированной полости не превышали середину продольных окклюзионных валиков мезиального вестибулярного и мезиального язычного бугров, а дистальная стенка соответствовала мезиальному скату поперечного эмалевого валика – «косого гребешка», который соединяет скаты вестибулярного дистального и мезиального язычного (небного) бугров (рис. 4, 5).

В норме, форма дна коронковой полости на верхних молярах приближается к треугольной, а у нижних моляров имеет очертания близкие к прямоугольной, что учитывалось нами при формировании внешних и внутренних контуров трепанационного отверстия. Во время лечения обязательным условием было применение коффердама, что обеспечивало более качественное выполнение всех необходимых этапов работы (рис. 4).

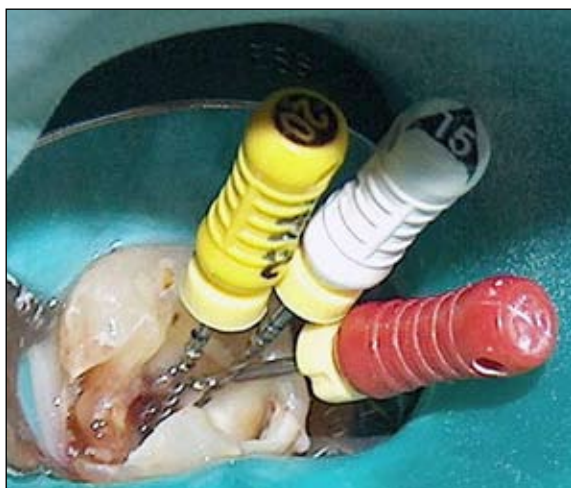


Рис. 6. Эндодонтическое лечение 47 зуба а) Н-файл № 25 (красный) в наиболее широком дистальном корневом канале; Н-файл № 20 (желтый) в мезиальном щечном корневом канале; К-файл № 15 (белый) в наиболее узком мезиальном язычном корневом канале.

В некоторых клинических ситуациях, до установки коффердама на зуб подлежащий лечению, мы применяли резиновый корд от обычных латексных перчаток как страховочный элемент для дополнительной фиксации римеров и файлов. За основу нами был заимствован инструмент, который представляет собой кольцо со страховочной

нитью для защиты врача и больного от возможных несчастных случаев – проглатывания инструмента или попадания его в дыхательные пути [6].

Суть нашего предложения заключается в том, что на резиновом корде кольцевидной формы образуют две петли – одну для указательного пальца и вторую для инструмента, например римера, которая фиксируется между стопорным кольцом и рукояткой. Во время работы для лучшего удержания инструмента корд обгибают вокруг фаланги среднего пальца и удерживают его тремя пальцами (рис. 2 в). После инструментальной и антисептической обработки корневых каналов

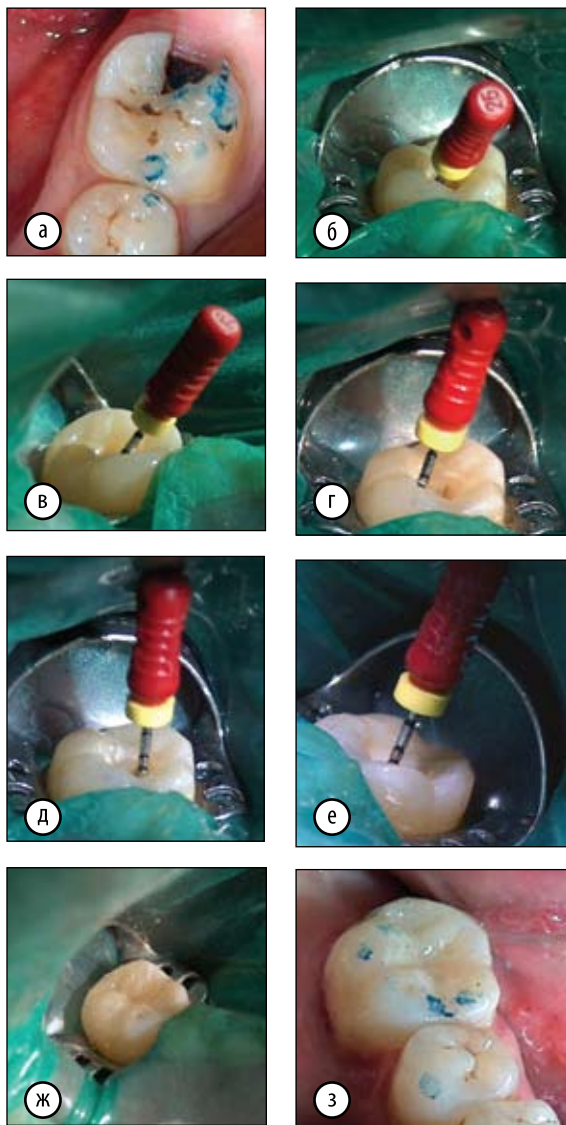


Рис. 7. Этапы эндодонтического лечения и реставрации 46 зуба: а) окклюзионные контакты на жевательной поверхности 44, 45, 46 зубов (зеркальное отображение); б) Н-файл № 25 в дистальном канале (вид спереди); в) Н-файл № 25 в дистальном канале (вид с вестибулярной поверхности); г) Н-файл № 25 в медиальном щечном канале; д) Н-файл № 25 в мезиальном язычном канале (вид спереди); е) Н-файл № 25 в мезиальном язычном канале (вид с язычной поверхности); ж) общий вид 46 зуба после завершения реставрации; з) окклюзионные контакты на жевательной поверхности 44, 45, 46 зубов после финишной обработки реставрации.

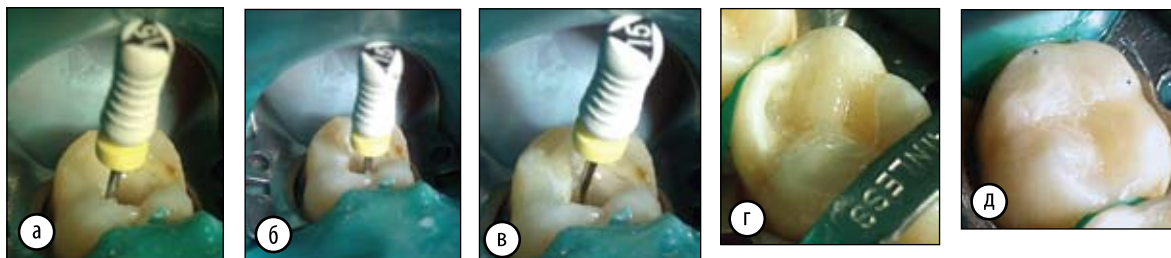


Рис. 8. Этапы эндодонтического лечения и реставрации 47 зуба: а) К-ример № 15 в щечном канале мезиального корня; б) К-ример № 15 в язычном канале мезиального корня; в) К-ример № 15 в канале дистального корня; г) этап реставрирования окклюзионной поверхности скатов бугров моляра; д) общий вид 47 зуба после завершения реставрации.

3% раствором “Белодез” (Владмива) в сочетании с препаратом ЭДТА “Glyde” (Dentsplay), их пломбирование проводили при помощи “Фосфадент-Био” (ВладМиВа), “Endospad” (SPAD), “Endofill” (PD) с рентгенологическим контролем качества заполнения каналов.

В следующее посещение проводилось препарирование основной кариозной полости. При наличии интактного поперечного эмалевого валика (косого гребешка), обязательным условием было его сохранение, так как данный структурный элемент на окклюзионной поверхности способствует укреплению стенок коронки зуба под влиянием жевательного давления, а при разрушении реставрировали отдельными порциями микрогибридного композита светового отверждения, например “Point 4” (Kerr). После изоляции оперативного поля коффердамом, светоотверждаемым композитом восстанавливали дистальную стенку и межзубной контактный пункт. При поддесневом расположении кариозной полости, труднодоступной для световой полимеризации композита, мы применяли методику «открытого сэндвича» с использованием самоотверждающегося стеклоиономерного цемента Fuji II (фирма GC) и композита “Point 4” (Kerr) в соответствии с особенностями архитектуры окклюзионной поверхности моляра.

Следует отметить, что при расположении кариозной полости на дистальной проксимальной стенке поиск устья дистального щечного корневого канала, а соответственно механическая и медикаментозная его обработка с последующим пломбированием, следуя классическим принципам эндодонтического лечения, была затруднительна в связи с особенностями топографии корневых каналов у моляров, в оперативном доступе и осмотре. Учитывая данное обстоятельство, эндодонтический этап работы мы сочетали с реставрационным.

Суть предложенной нами методики состоит в том, что после трепанирования, экстирпации коронковой и корневой пульпы, с предварительной инструментальной (римеры, Н-файлы) и антисептической обработки корневых каналов, устанавливали изолирующую систему коффердамом и проводили восстановление светлым оттенком светоотверждаемого композита, например А1 или

А2, внутренней дистальной стенки трепанированной полости зуба, из-за ее сообщения с кариозной полостью, а затем и внешней (проксимальной) при помощи матричной системы, после ее препарирования (некрэктомии) и формирования. После реставрационной подготовки и ограничения площади внутрикоронкового дефекта, мы проводили окончательную обработку корневых каналов, их пломбирование, закрытие трепанированной полости «дентин-пастой» и рентгенологический контроль качества эндодонтического лечения. Во второе посещение удаляли временную повязку, устанавливали коффердамы и также реставрировали внутреннюю часть и окклюзионную поверхность верхних моляров светлыми оттенками светоотверждаемого композита для более уверенного контроля качества полимеризации.

Основные этапы предложенного нами алгоритма комбинированного метода лечения моляров при осложненном проксимальном кариесе (эндодонтическое + реставрационное) мы применяли и на молярах нижней челюсти, но с учетом анатомических особенностей их строения (рис. 6, 7, 8).

Результаты и обсуждения

В связи с высокой степенью поражаемости зубов кариесом среди населения многих стран мира, в стоматологии были разработаны методы его ранней диагностики. К ним относятся: 1) метод визуального обследования с использованием стоматологического зонда; 2) витальное окрашивание тканей зуба; 3) рентгенологический метод; 4) компьютерная радиография; 5) трансиллюминационный метод; 6) метод лазерной диагностики; 7) электроодонтодиагностика – метод определения электрического сопротивления тканей зуба. В настоящее время среди параклинических методов исследования наиболее широкое применение получил рентгенологический метод, который является достаточно эффективным в случаях диагностики скрытых полостей в зонах сложных для визуального обследования, например, кариозных полостей II класса по Блэку.

При клиническом и рентгенологическом обследовании пациентов нами были отмечены два типа кариозных полостей проксимальных поверхностей боковых зубов: 1) без разрушения контактного пункта; 2) с разрушением контактного пункта.

Кариозные полости в основном определялись на дистальной проксимальной поверхности верхних моляров и реже на мезиальной. Такое разделение обусловлено определением тактики реставрирования разрушенной проксимальной поверхности, так как восстановление межзубного контактного пункта считается одним из самых сложных и ответственных этапов лечения [2,6,7]. С другой стороны, как отмечает Е. В. Боровский (2006), формирование полости предусматривает создание резистентной и ретенционной форм. Резистентность достигается максимальным сохранением интактных тканей, особенно бугров и краевого гребня окклюзионной поверхности зуба [2].

Таким образом, мы предлагаем при разрушении кариесом проксимальной стенки, но с сохранением краевого гребня на молярах верхней челюсти, проводить расширение кариозной полости и удаление размягченного дентина крупным алмазным шаровидным бором с удлинённой шейкой, после формированием дополнительной полости в пришеечной 1/3 коронки зуба, на вестибулярной или язычной ее поверхности, для более эффективной некрэктомии.

Исходя из особенностей анатомической формы и топографии внутреннего пространства коронки зуба на окклюзионную поверхность, мы установили, что наименьшему травмированию при оперативном вмешательстве подвергаются твердые ткани моляров верхней челюсти с наличием кариозной полости на мезиальной проксимальной поверхности.

В отношении верхних моляров следует отметить некоторые особенности в топографии дна пульпарной полости. Основным правилом является полное обнажение дна и точное ориентирование в расположении устьев каналов. Обычно устья – два вестибулярных (щечных) и одно небное – составляют как вершины углов равнобедренного треугольника. В учебных пособиях указывается, что наиболее переменное расположение бывает у вестибулярного дистального устья, которое часто определяется больше кзади и к небу, так как коронка большего коренного зуба (особенно второго) имеет форму близкую к ромбовидной. В этом зубе устья вестибулярных каналов расположены так, что вместе с устьем небного канала образуют тупой угол обращенный вершиной дистально. Иногда все устья расположены почти на одной линии в щечно-небном направлении, как в премоляре. Наши наблюдения показали, что не всегда такое описание топографии устья вестибулярного дистального канала соответствует действительности, что по нашему мнению, во многом нередко затрудняет его нахождение и «провоцирует» врача на более обширное удаление твердых зубных тканей и расширение внутрикоронковой полости зуба. В доступной литературе мы не встретили каких-либо рекомендаций облегчающие обнаружение устьев корневых

каналов с учетом внешних анатомических ориентиров на поверхности коронки моляра и в первую очередь наиболее вариативного дистального вестибулярного канала. При изучении цифровых фотографий верхних моляров подвергшихся трепанации мы установили, что для более легкого обнаружения дистального вестибулярного канала следует ориентироваться на вестибулярную межбугорковую фиссуру. Условная линия продолженная от данной фиссуры чаще всего точно указывает направление расположение устья корневого канала, которое, как уже отмечалось выше, может находиться, как на дистально-вестибулярной границе дна внутрикоронковой полости, так и мезиальнее, смещаясь к ее центру.

В расположении устьев корневых каналов верхнего третьего моляра наблюдаются разные вариации, но наиболее редкий вариант, по нашим наблюдениям, является тот, когда дно пульпарной полости имеет коническую форму с одним широким устьем, ведущим в один канал (рис. 9 д) [7].

По данным литературы в первом верхнем моляре в среднем в 57% случаев встречается 4 канала (из них в мезиально-щечном корне: в 41% – 1 канал и в 59% – 2 канала), в 41% – 3 канала и в 2% – 5 каналов. Во втором верхнем моляре в среднем в 57% случаев – 3 канала, в 40% – 4 канала (из них в мезиально-щечном корне: в 63% – 1 канал и в 37% – 2 канала), в 2% – 2 канала и в 1% – 1 канал [8].

Что касается нижних моляров, то чаще на дне пульпарной полости, которая расположена ближе к вестибулярной поверхности, имеются два устья, расположенные мезиально, ведущие в два канала мезиального корня, и одно устье – дистальное, ведущее в дистальный канал. Устья расположены как бы в углах равнобедренного треугольника, вершина которого представляет устье дистального канала. Они расположены более закономерно и правильно, чем в молярах верхней челюсти [7].

Средние показатели количества корневых каналов у первого нижнего моляра составляют в 64% случаев – 3 канала, в 29% – 4 канала (из них в дистальном корне: в 71% – 1 канал и в 29% – 2 канала) и в 7% – 2 канала. У второго нижнего моляра в 77% случаев – 3 канала, в 13% – 2 канала, в 7% – 4 канала (из них в дистальном корне: в 92% – 1 канал и в 8% – 2 канала, а в мезиальном корне в 87% – 2 канала и в 13% – 1 канал) [8].

Необходимо иметь в виду, что у многокорневых зубов на дне пульпарной полости, между устьями каналов, выступает в виде выпуклой складки межкорневая спайка. При инструментальной обработке дна полости бором следует щадить область спайки во избежание перфорации и разъединения корней.

Антисептический кальций-фосфатный стоматологический цемент «Фосфадент-Био» (Влад-МиВа) предназначен для эндодонтического лечения инфицированных каналов как постоянных, так и временных зубов, зубов со сложной анато-

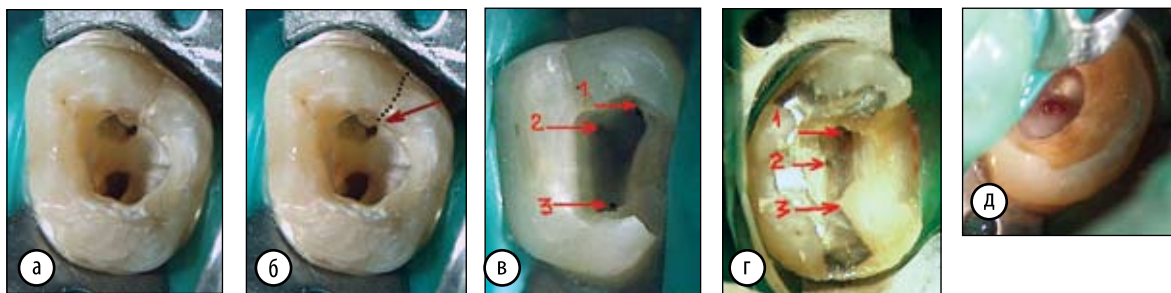


Рис. 9. Топография устьев корневых каналов постоянных верхних моляров. а) Избыточное расширение границ полости не повлияло на более эффективный инструментальный (К–риммер, Н–файл) доступ к устьям корневых каналов; б) Условная линия проведенная от вестибулярной межбугорковой фиссуры чаще всего точно указывает направление расположение устья дистального вестибулярного корневого канала; в) Дно пульпарной полости 16 зуба: устье мезиального вестибулярного корневого канала (1), устье дистального вестибулярного корневого канала (2), устье небного корневого канала (3) образуют треугольник вершиной обращенной орально; г) Дно пульпарной полости 17 зуба, где устья корневых каналов (от 1 до 3) расположены дугообразно; д) Коническая форма дна пульпарной полости 28 зуба с одним широким устьем, ведущим в один канал.

мической формой корневых каналов, а также для использования в качестве силлера при пломбировании каналов гуттаперчевыми штифтами.

«Фосфадент–Био» выпускается комплектом порошок / жидкость, где жидкость представлена в виде водного раствора пластификатора. В состав порошка входит оксид, гидроксид кальция и рентгеноконтрастный наполнитель. Оксид кальция сочетает уникальный набор свойств, необходимых для успешного проведения эндодонтического лечения: 1) связывает остаточную влагу на стенках корневого канала и углекислый газ; 2) образует гидроокись и карбонат кальция, герметизирующие микро – и макроканалы; 3) поглощая воду, значительно (почти вдвое) увеличивается в объеме, уплотняется и герметично obturiрует канал; 4) позволяет добиться стерильности корневых каналов и снизить степень их инфицирования, обеспечивая длительное время щелочную среду (рН 12,8); 5) стимулирует репаративную регенерацию околокорневых тканей; 6) Минерализующая способность оксида кальция выше, чем других кальцийсодержащих соединений.

Препараты кальция применяют в медицине исходя из их действия на нервную, сердечно-сосудистую, мышечную системы, свертываемость крови и как кровоостанавливающее средство при кровотечениях, проницаемости, всвязи с его уплотняющим влиянием на коллоиды, отчего уменьшается проницаемость сосудов, тканей, клеточных мембран, а также на обмен веществ. Широко известны противовоспалительные и десенсибилизирующие свойства кальция.

Одним из серьезных препятствий при инструментальной и медикаментозной подготовке корневых каналов к пломбированию является появление в них капиллярного кровотечения, которое рассматривается как осложнение при лечении пульпита. Если канал пломбируют, не остановив тщательно кровотечение, то возможно образование гематомы в периодонте, что вызовет длительные постпломбировочные боли, а введенная паста в канал может рассасываться. Кровотечение

из канала возникает при неполной экстирпации пульпы, травме периодонта эндодонтическим инструментом, у больных с гипертонической болезнью или плохой свертываемостью крови, а также после анестезии, так как вазоконстриктор вначале вызывает резкое сужение капилляров, а затем их расширение. В этих случаях обязательно повторное проведение ревизии каналов и, если кровотечение не остановилось, подвести к верхушке корня турунду с 3% раствором перекиси водорода, капрофером, капромином, 10% раствором глюконата кальция, тромбином или с 5% ε-аминокапроновой кислотой на несколько минут. Можно туго затампонировать канал сухой стерильной турундой или бумажным штифтом на несколько минут, либо применить 10% раствор хлористого кальция методом тугой тампонады канала ватной турундой. Эффективна диатермокоагуляция (2–3 секунды, не доводя электрод 1 мм до верхушки, чтобы не было ожога периодонта). При необходимости внутривенно вводят 1% раствор викасола (витамин К) или 10% раствор хлористого кальция [9].

В своей практической деятельности мы сталкивались с такими клиническими ситуациями, когда применение местных гемостатических средств не давало долговременного эффекта и нередко кровотечение возобновлялось вновь, что отражалось на увеличении времени проведения эндодонтических мероприятий, снижения концентрации внимания, нарастания психологического и физического напряжения, как врача, так и пациента. Исходя из многообразия специфических свойств «Фосфадент–Био», мы его решили применить как гемостатическое средство и во всех случаях сопровождающихся кровотечениями из корневых каналов, чаще резцов, клыков и премоляров и реже моляров, данный пломбировочный материал давал быстрый, надежный и долговременный эффект. После остановки кровотечения корневые каналы высушивались ватной турундой на К–файле и корневой игле Миллера и после этого проводили их повторное заполнение

«Фосфадент–Био» с рентгенологическим контролем качества пломбирования.

При использовании методики «открытого сэндвича», в случаях расположении кариозной полости на уровне или ниже десневого края, мы исходили из известных преимуществ стеклоиономерных цементах перед другими видами пломбировочных материалов. Они состоят в следующем: 1) хорошая химическая адгезия к эмали и дентину, а также к различным пломбировочным материалам; 2) нетоксичность и высокая биологическая совместимость с тканями зуба; 3) противокариозное действие вследствие продолжительного (до трех лет) диффузного выщелачивания из цемента фтора; 4) высокая прочность на сжатие; 5) коэффициент теплового расширения близкий к значениям эмали и дентина; 6) устойчивость к воздействию кислот; 7) низкий модуль упругости; 8) низкая полимеризационная усадка. В участках недоступных для проникновения света фотополимеризационной лампы, мы, как и другие авторы [10], рекомендуем применять гибридный стеклоиономерный цемент тройного отверждения Vitremer разработанный фирмой 3М в 1994 году. В нем кроме классической кислотно-щелочной реакции отверждения и фотополимеризации свободных радикалов полимера, при участии активированной светом фотоиницирующей системы, протекает и третья – самополимеризация свободных метакриловых радикалов без воздействия света.

Предложенный нами способ трепанирования окклюзионной поверхности моляров с максимальным сохранением архитектоники интактных зубных тканей, позволяет создавать оптимальный доступ для инструментария к устьям корневых каналов, что наглядно демонстрируют представленные фотографии клинического случая. Мы считаем, что миниинвазивное трепанирование интактной окклюзионной поверхности моляров, особенно верхней челюсти, обеспечивает более быстрое определение устьев корневых каналов, чем при широком раскрытии полости, которое, по нашему мнению, необходимо проводить только в случае обширного поражения жевательной поверхности кариозным процессом. В результате ограниченного обзора оперативного поля, осо-

бенно на боковых зубах, врач во время работы в основном ориентируется на знание топографии устьев корневых каналов и свои тактильные ощущения. При значительном кариозном разрушении внутренней части коронки зуба или при избыточном инструментальном ее расширении утрачиваются анатомические ориентиры и поиск устьев в таких клинических ситуациях затрудняется.

Выводы

Анализ полученных результатов позволил нам сделать вывод, что расширение трепанационного отверстия с учетом особенностей архитектоники окклюзионной поверхности, в границах соответствующих полости зуба, сокращает не только продолжительность эндодонтического вмешательства, но и в меньшей степени снижает психологическое и физическое напряжение врача и пациента, что, несомненно, во многом предопределяет возможность успешного восстановления морфологических особенностей зуба, окклюзионной архитектоники и его нормального физиологического функционирования, тем самым сохраняя целостность зубных рядов, что является одним из определяющих факторов стоматологического здоровья.

Библиография

1. Боровский Е. В., Леонтьев В. К. Биология полости рта. – 1991. – 297 с.
2. Боровский Е. В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – 2001. – 143 с.
3. Burlacu V., Fala V. Secretele endodontologiei clinice. Ghid practic. Chişinău, 2007. – ССRE „PRESA”. – р. 62.
4. Магид Е. А., Михин Н. А. Фантомный курс терапевтической стоматологии. Атлас. – 1987. – 302 с.
5. Дмитриенко С. В., Иванов Л. П., Краюшкин А. И. и др. Практическое руководство по моделированию зубов. – 2001. – 240 с.
6. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. – 2001. – 390 с.
7. Гутнер Я. И. Практикум по терапевтической стоматологии. – М.: Изд-во «Медицина». – 1964. – с. 187 – 190.
8. Хоменко Л. А., Биденко Н. В. Практическая эндодонтия. – К.: Изд-во «Книга плюс». – 2002. – с. 20 – 21.
9. Лукиных Л. М., Шестопалова Л. В. Пульпит (клиника, диагностика, лечение). Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии. – 1999. – с. 59, 78.
10. Иощенко Е. С., Гусев В. Ю., Глотова О. Н. Стеклоиономерные цементы. – 2003. – 85 с.

NANOCOMPOZIT CU POTENȚIAL CREATIV A STOMATOLOGIEI MODERNE

Teslaru Lilia,
medic stomatolog
IMSP a Spitalului
Raional Ialoveni

Rezumat

Calitatea tratamentului, rezultatele și efectele imediate sau tardive sînt condiționate, într-o mare măsură, de alegerea corectă a compozitului.

În lucrare este prezentă selectarea, examinarea complexă și tratarea prin tehnica refacerii directe a 32 de pacienți, în vîrsta de 32-40 de ani, pe parcurs doi ani cu leziuni odontale coronare, atît a dinților frontali cît și a celor laterali de origine carioasă.

Summary

The quality of the treatment, the results and the immediate or late effects are caused in a great measure by the right choice of the medicine (substance).

In this work there are presented the choice, the complex examination and the treatment through the technic of direct recovery of thirty two patients, of 32-40 years, during 2 years, with tooth crown injuries, both of the front teeth and the lateral teeth, the injuries being of carious origin.

În momentul de față se pune problema realizării unor obturații cît mai estetice, cu o cromatică similară cu cea dinților naturali. Cerința va fi mai menținută la dinților laterali, și mai ales, la nivelul celor frontali, unde acest lucru este esențial. Pentru obținerea unor efecte cromatice identice cu cele ale dinților naturale, utilizez în activitate materialele compozite de restaurare de ultimă generație. La nivelul dinților frontali, cît și laterali utilizez PremiseR (KerrR) un compozit care combină în mod ideal caracteristicile estetice cu cele de rezistență.

Prin utilizarea a trei tipuri de umplutură: de $0,02\mu\text{m}$, $0,4\mu\text{m}$ și a particulelor prepolimerizate, Premise a fost conceput pentru a oferi o rezistență mecanică crescută, o constrîngere de priză redusă, o manevrabilitate ușoară, o adeziune excelentă la structura dentară și un grad înalt de lustruire. Premise oferă o estetică excelentă datorită efectului camelionic real care se explică prin faptul că particulele de umplutură au diametrul mai mic decît lungimea de undă a luminei vizibile, ceea ce permite obținerea unei restaurări ale cărei margini "se pierd" la joncțiunea cu dintele în vederea integrării perfecte în cadrul dentiției adiacente.

Este un nanocompozit universal, cu rezistență mecanică ridicată pretîndu-se tuturor tipurilor de restaurări, atît în zona interioară, cît și în zona posterioară.

Compozitul este disponibil în toate nuanțele VITA de smalț și dentină, patru nuanțe translucite (Amber, Grey, Clear, Super Clear), două nuanțe foarte deschise (XL1, XL2 — pentru dinții albi și cei deciduali) și Paskable (înlocuitor de amalgamă). Paskable are o viscozitate mai mare pentru a face față cu succes restaurărilor în zonele laterale fiind un excelent înlocuitor de amalgam de culoare albă. Deși ele au incorporate aceleași tehnologie trimodală ca și celelalte nuanțe, concentrație de umplutură anorganică este mai mare, fapt care asigură reducerea timpului de lucru și permite o condensare efectivă a materialului în cavitate.

Kit-ul mai conține sisteme adezive OptiBond Solo Plus, OptiBond Solo Self-Etch, Gel etchant și o cheie de culori. Premise este prima trusă de compozit care conține și un sistem complet de finisare format din discuri și polipanturi de diferite granulații pentru atingerea excelenței artistice. Întrebarea de a grava sau a nu grava cu acid își gasește răspunsul în noua tehnologie patentată de Firma Kerr sub numele de OptiBond Solo Plus Self-Etch — sistemul adeziv autodemineralizant. Acesta din urmă constituie o alternativă atragătoare pentru gravarea acidă totală, avînd o compoziție pe bază de etanol cu umplutură anorganică, dovedindu-și astfel eficiența în protecția împotriva apariției microspațiilor.

Sistemele adezive autodemineralizante gravează acid și condiționează țesuturile dentare dure, modificând simultan stratul „Smear layer” și conducând la obținerea unui strat hibrid. Folosind această metodă canaliculele nu sînt nici o dată expuse riscului apariției sensibilității posoperatorii.

Trusa Premise mai conține un accesoriu de o mare importanță: OpriGuard- care este un sigilant pentru compozitul utilizat ca strat final în reconstituiri, pentru a preveni apariția microfisurilor de suprafață de după procesul de finisare, care pot duce la uzura prematură a suprafeței compozitului cît și la apariția fisurilor în profunzimea masei restaurative. Aplicarea de OptiGuard pe suprafața compozitului contribuie la creșterea rezistenței, a durabilității reconstituirii, și mai ales la menținerea nealterată a culorii și luciului suprafeței restaurării.

Material și metode

Pe parcursul a doi ani au fost selectați, examinași complex și tratați prin tehnica refacerii directe a 32 de pacienți a 46 de dinți în vîrsta de 23—40 ani cu leziuni odontale carioase coronare, atît a dinților frontali, cît și laterali. În cazul cariei medii am aplicat izolare cu Ionosid, iar în cazul cariei profunde am aplicat “Ultra-Blend-Plus cu hidroxid de calciu, dupa care am aplicat Premise.

În 10 cazuri de restaurări coronare cu bonduri în prezența tratamentului endodontic corect și a lipsei modificărilor periapicale, confirmate cu filme radiografice am dezobturat 2/3 din canal, am reconstituit bontul, folosind pivotul radicular metalic și Premise. Rezultatele tratamentului au fost evaluate imediat dupa tratament, peste 12 și 24 de luni. Dupa criteriile morfofuncționale în dinamica sa determinat că nici una din restaurările efectuate nu au manifestat schimbare. Nici o restaurare dentară nu și-a pierdut luciul și culoarea inițială.

Analiza și Concluzii

Rezultatul activității cu masa Premise, reprezentanța unei noi ere în producerea compozitelor, permite de a menționa că stomatologii din Republica Moldova au primit un material restaurativ modern, capabil, în mîinile dibace de profesionist, sa devină o adevărată artă estetică.

Materialul Premise se prezintă ca o masa „de sculptură” care nu se lipește de instrumentele de administrare și nu se scurge, momente care permit stomatologului să restaureze corect forma anatomică a dintelui cu mișcări de lipire și nu de repartizare.

Bibliografie:

1. www.Premise.com
2. Revista Focus 2006

UTILIZAREA METRONIDAZOLULUI ÎN TRATAMENTUL ALVEOLITELOR

Actualitatea temei

Problema tratamentului alveolitelor postextractionale rămîne actuală și în prezent în practica stomatologică. În structura morbidității, conform datelor literaturii, alveolita postextractională este frecvent întîlnită, de la 0,22% până la 5,7% din pacienți, în deosebi la pacienții cu diabet zaharat, cu imunitatea general și locală scăzută, frecvența ei fiind de 0,5%-28%. Mai des întîlnită la femei (2,77%) decît la bărbați (0,70%), pe maxilarul superior (34,06%), pe maxilarul inferior (65,94%) [1, 2, 3, 4, 5].

Obiectivele lucrării

Scopul lucrării a fost studierea clinică a eficacității metronidazolului în tratamentul alveolitei postextractionale.

Material și metode

Sub supraveghere în decurs de 8 ani (1982—2000) au fost 16332 pacienți (9979 bărbați și 6653 femei) în vîrstă de 18—70 ani. Din 16632 pacienți s-au întîlnit 2044 cazuri de alveolită. Din ele cu forma moderată și severă s-au adresat la medic pentru acordarea ajutorului medical 544 pacienți.

Sub acțiunea anesteziei loco-regională s-a efectuat prelucrarea plăgii postextractionale prin irigare cu soluție antiseptică (sol. furacilini 1:5000, sol. chlorhexidini bicarbonati 0,005%). Intraalveolar s-a introdus conținutul unei pastile de metronidazol 0,25 cu un termen de 30-40 minute. Aplicațiile se efectuează zilnic: durata unei cure fiind de 1-2, maximum 3 aplicații locale. Plaga alveolară fiind protejată cu următorul conținut: ceara de albine 350 gr., fiartă pe baia de apă, se filtrează, adăugându-se 100 gr. ulei floarea soarelui rafinat (sau ulei din măsline), iar filtrat și adăugându-se 40 gr. sol. fenol.

Ciobanu Anatolie,
medic stomatolog,
categoria superioară
C.I.I. „I. Cheptea”
Dentaurum, mun. Bălți

Rezultatele obținute

Criteriile clinice ale eficacității tratamentului au fost dispariția durerii, stimularea regenerării tisulare și reducerea termenului de tratament comparativ cu metodele tradiționale. Observațiile a 544 de pacienți, au demonstrat că metronidazolul 0,25% si-a dovedit eficacitatea în tratamentul alveolitelor. Din toate formele clinice ale alveolitei, ce au fost supuse acestui tratament, rezultate semnificative au fost obținute, în-deosebi în formele severe și moderate, transformând starea patologică a alveolitei în stare fiziologică de regenerare a plăgii osoase postextractionale.

Concluzii

Utilizarea metronidazolului în tratamentul local al alveolitelor, în-deosebi a formelor severe și moderate,

asigură rezultate semnificative în comparație cu metodele tradiționale.

BIBLIOGRAGIE

1. Бахмутов Б.П., Частота и динамика развития альвеолита в течение года, *Стоматология*, № 3-6, Москва, 1992, с. 37-38.
2. Бернадский Ю.И., Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, Белмедкнига, Витебск, 1998, с. 64-67.
3. Бойко Б.З., Опыт дифференцированной профилактики в лечении альвеолита, *Стоматология*, № 1, Москва, 1993, с. 80-81.
4. Павлов Б.Л., Гапаненко Т.Г., Частота альвеолита после операции удаления зуба, *Стоматология*, № 5, Москва, 1990, с. 80-81.
5. Попович Т.В., Осложнения операции удаления зуба, Альвеолит (причины, диагностика, лечение и профилактика), *Стоматология*, № 4, Москва, 1989, с. 81-82.

ADRESABILITATEA LA MEDICUL STOMATOLOG A ELEVILOR ȘCOLILOR PROFESIONALE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Zepca Victor,
conf. univ., dr.,

Iziumov Nina,
drd.,

Ciobanu Anatolii,
*medic stomatolog
categoria superioară,*

Baroncea Angela,
profesor

*Institutul de Neurologie
și Neurochirurgie,
Centrul Național
Științifico-Practic de
Medicină Preventivă,
C.Î.I. „I. Cheptea“
Dentaurum, mun. Bălți,
Colegiul Național de
Medicină și Farmacie*

Introducere

Prezentarea regulată la medicul stomatolog în lipsa unei boli aparente asigură depistarea precoce a bolilor cavității bucale și evitarea posibilităților complicații. Scopul cercetării a fost de a studia adresabilitatea la medicul stomatolog pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice a elevilor din instituțiile de învățământ profesional secundar din Republica Moldova.

Material și metodă

Utilizând metoda chestionarului, pe un lot de 762 persoane (fete — 343, băieți — 419) din 14 școli profesionale cu termenul de instruire 3 ani din mun. Chișinău și raioanele Republicii Moldova, s-au cules informații despre adresabilitatea la medici specialiști, inclusiv la stomatolog.

Rezultate

Din rezultatele chestionării elevilor școlilor profesionale rezultă că nu s-au adresat medicului stomatolog pentru o verificare, detartraj sau alte tratamente stomatologice 40,3% elevi; cu mai mult de 24 luni în urmă s-au adresat 15,0%; între 12 și 24 luni — 13,1% și în ultimele 12 luni — 31,6%. Adresarea precoce la medicul stomatolog este diferită în lotul de fete și băieți: în ultimele 12 luni, ce au precedat chestionarea, au apelat la medicul stomatolog 35,3% fete și 28,6% băieți. Specialitatea medicului, la care au apelat ultima dată elevii din școlile profesionale este nominalizată stomatologul în 4,4% cazuri de către fete și 1,9% de către băieți.

Concluzii:

- Adresabilitatea elevilor școlilor profesionale la medicul stomatolog este joasă;
- Fetele manifestă, comparativ cu băieții, o prezență la medicul stomatolog mai frecventă și mai precoce.

Recomandări:

- Este necesar de a forma la copii și adolescenți practica de a face controlul regulat la medicul stomatolog cu scopul de menținere a sănătății cavității bucale. Rolul primordial în această activitate le revine instituțiilor de învățământ preșcolar și preuniversitar sub controlul specialiștilor din domeniu.

REFERINȚĂ

D-lui Mihai BURCOVSCHI,
fost medic șef adjunct a policlinicii
stomatologice, anul nașterii 1941,
moldovean, studii superioare,
medic stomatolog.



Dl **Mihai Alexei BURCOVSCHI** născut în satul Sauca, raionul Ocnița a absolvit facultatea stomatologică a Institutului de Stat de Medicină din or. Chișinău în anul 1964.

Din decembrie anul 1964 a lucrat la policlinica stomatologică din or. Bălți.

Din anul 1966 pînă în anul 1975 a lucrat în funcție de medic șef adjunct, dar din octombrie 1975 pînă în iulie anul 1994 a îndeplinit funcția de medic șef al policlinicii stomatologice.

Pînă în prezent a ocupat postul de medic șef adjunct al policlinicii și a lucrat ca medic stomatolog terapeut.

Mihai Alexei BURCOVSCHI s-a atîrnat față de îndeplinirea obligațiilor funcționale cu simț de răspundere, atent față de pacienți și colaboratori.

Țîmp de ani îndelungați a dat dovadă de un lucrător disciplinat, onest și corect în acțiuni.

A fost principial, exigent față de sine și subordonați, teoretic și practic a fost bine pregătit iar nivelul cunoștințelor după specialitate și organizare a fost înalt.

A avut atitudini serioase față de lucru, s-a bucurat de o mare autoritate și respect din partea colectivului și pacienților. A fost competent, capabil de a controla și analiza lucrul subalternilor.

Permanent și-a ridicat nivelul de calificare profesională.

A fost un medic de categorie superioară de calificare.

A participat activ în viața obștească a policlinicii, a luat parte în lucrări conferențiare și Congrese Republicane.

Pentru merite obținute pe tărîmul muncii și participare activă în viața obștească de nenumărate ori a fost menționat de către Secția Ocrotirii Sănătății și Ministerul Sănătății.

A fost decorat cu medalia „Pentru merite deosebite în muncă“, insigna „Eminent al Ocrotirii Sănătății“.

Mult regretatul **Mihai Alexei BURCOVSCHI** după o boală îndelungată s-a stins din viață la **13 iulie 2009**.

Nu vom da uitării niciodată contribuția adusă de către **DI Mihai Alexei BURCOVSCHI** policlinicii stomatologice din mun. Bălți și în întreaga comunitate stomatologică.

Colectivul stomatologic din mun. Bălți și Asociația Stomatologilor din Republica Moldova aduc sincere condoleanțe familiei **D-lui Mihai Alexei BURCOVSCHI**.



M. GĂINĂ

*Medic șef a policlinicii
stomatologice din mun. Bălți*

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, Susțineri de teze, Avize și recenzii.

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 1.5 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autori 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 trezorerului ASRM, asistent universitar Dr. Oleg Solomon 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) pînă la 150—200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 pînă 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 o 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 lucrărilor de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru veridicitatea materialelor publicate.

Informații suplimentare la tel: +373 22/205-259, fax: +373 22/243-549,
e_mail: asrm_md@yahoo.com, www.asrm.md