

ны, о чем свидетельствовали значения индексов кровоточивости десневой борозды SBI, которые во всех группах к концу исследований были достоверно ниже исходных ($p < 0,001$) (таб. 2).

Таблица 2 Изменение показателей индекса кровоточивости десневой борозды SBI в динамике лечебно-профилактических мероприятий

| Группы обследованных | Сроки обследования | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| | до лечения | через 2 недели | $P_{до} <$ | через 4 недели | $P_{до} <$ | через 6 недель | $P_{до} <$ | через 8 недель | $P_{до} <$ |
| Группа 1 (n=16) | 49,5 ± 0,95 | 11,0 ± 0,32 | 0,001 | 9,2 ± 0,29 | 0,001 | 8,5 ± 0,23 | 0,001 | 8,9 ± 0,21 | 0,001 |
| Группа 2 (n=21) | 45,7 ± 1,00 | 12,5 ± 0,34 | 0,001 | 10,3 ± 0,33 | 0,001 | 9,4 ± 0,20 | 0,001 | 9,8 ± 0,26 | 0,001 |
| Группа 3 (n=19) | 42,3 ± 0,89 | 25,5 ± 0,61 | 0,001 | 24,8 ± 0,56 | 0,001 | 23,4 ± 0,52 | 0,001 | 23,8 ± 0,57 | 0,001 |

Согласно полученным результатам, наиболее выраженная противовоспалительная эффективность выявлялась в I и во II группах, где больным назначался растительный препарат «Stomasol», содержащий биологически активные компоненты, и антисептик хлоргексидин биглюконата — 0,05%. Так показатели индекса SBI на восьмой неделе исследований снизились в основной группе с $49,5 \pm 0,95\%$ до $8,9 \pm 0,21\%$, а в группе сравнения с $45,7 \pm 1,0\%$ до $9,8 \pm 0,26\%$. У всех пациентов контрольной группы при осмотре полости рта была выявлена незначительная кровоточивость десны, а средние показатели индекса SBI были достоверно выше, чем в профилактических группах ($p < 0,001$).

Заклучение

Таким образом, применение растительных препаратов, содержащих биологически активные компоненты, повышало лечебно-профилактическую эффективность комплекса мероприятий при лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, пользующихся несъемными ортодонтическими аппаратами. Препарат «Stomasol» способствует снижению активности патологических процессов в тканях гингивы при экспериментальном пародонтите, улучшению гигиены полости рта, снижению микробной обсемененности зубов. Клинический осмотр, проведенный на последнем этапе исследований, выявил стабильность показателей индексов SBI, PHP и удовлетворительный уровень гигиены полости рта у ортодонтических больных первой и второй групп.

Литература

- 1 Колобова Е.Б. Оценка влияния ортодонтической аппаратуры на состояние органов полости рта. Меры профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2001, 25с.
- 2 Денисова Ю.Л. Периодонтальный статус у больных с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в период ортодонтического лечения современной несъемной техникой // Стоматология детского возраста и профилактика, 2004, № 1–2, с.55–57.
- 3 Sliwowska B., Gassmann G., Grimm W.D. Efficacy of ultrasonic powered toothbrush in an adult orthodontic population // J. Dental Res., 2001, v.80, p.672.
- 4 Gopalakrishman N.S., Sheiham A. Effect of frequency of brushing on calculus: simulating randomized control trial using propensity scores // J. Dental Res. 2001, v.80, № 4, p. 1161.
- 5 Cha J.D., Kimi H.K., Jeong M.R., et al. Antimicrobial activity of extracts of several plants against some pathogenic oral microorganisms // J.Dental Res., 2002, v.81, № 6, p. 237–241.

TRATAMENTUL PROFILACTIC ȘI INTERCEPRIV AL ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE

Șef lucrări Dr. Alexandrina Muntean,
Prof. Dr. Michaela Mesaroș,
Anca Mesaroș,
doctorand

Departamentul de
Medicină Dentară
Pediatică, Facultatea
de Medicină Dentară,
UMF „Iuliu Hațieganu”,
Cluj Napoca, România

Rezumat

Anomaliile dento-maxilare sunt considerate ca abateri în dezvoltarea normală a aparatului dento-maxilar. Procesele de creștere sunt dirijate de un complex factorial în care ereditatea, sistemul neuro-endocrin, metabolismul și funcția musculară ocupă roluri principale. Activitatea funcțională se implică frecvent în etiologia anomaliilor dento-maxilare care debutează în denția temporară și sunt preluate ca atare sau agravate în denția mixtă.

Identificarea factorului disfuncțional permite înțelegerea mecanismului de acțiune, a semnelor clinice asociate și în final alegerea adecvată a mijloacelor terapeutice.

Lucrarea de față și-a propus să analizeze parafuncțiile care se regăsesc cu o frecvență mai mare la copii, deoarece deconșionarea parafuncției în denția temporară și mixtă incipientă se poate face cu metode și mijloace relativ simple ceea ce va reduce durata tratamentului în denția permanentă și va asigura o stabilitate mare în timp a rezultatelor obținute. Obținerea unor rezultate adecvate necesită implicarea activă a pacientului și familiei în respectarea recomandărilor medicului ortodont.

Cuvinte cheie: factori disfuncționali, motivație.

Summary:

PROPHYLACTIC AND INTERCEPT TREATMENT OF THE DENTO-MAXILLARY ABNORMALITIES

Dental-maxillary anomalies are considered as deviation in the normal development of dental maxillary complex. Growth processes are controlled by a complex factorial design in which heredity; neuro-endocrine system, metabolism and muscular function compete leading roles. Functional activity is frequently involved in dental maxillary anomalies etiology, started in temporary dentition and continuing in mixed dentition. Identification of dysfunctional factors allows understanding the mechanism of actions, associated clinical signs and finally choosing the appropriate therapeutic means.

The aim of this paper is to capture the relationship between dysfunction and anomaly in temporary and early mixed dentition because using simply means we can re-establish muscular equilibrium. In this way we reduce the treatment interval in permanent dentition and ensure greater stability of results. This goal imposes active involvement of patient and family as an additional element of orthodontic treatment.

Keywords: dysfunctional factors, motivation.

Introducere

Frumusețea reprezintă o caracteristică individuală asociată în societatea contemporană cu acceptabilitatea socială și succesul. Anomaliile dento-maxilare sunt considerate ca abateri în dezvoltarea normală a aparatului dento-maxilar, în etiologia cărora se implică frecvent un comportament muscular atipic (1). Copilăria este o etapă în care se desfășoară procese active de creștere și dezvoltare a căror perturbare prin disfuncții și parafuncții se concretizează în tablouri clinice complexe și variate (2). Diagnosticarea și deconținerea cât mai timpurie a acestor parafuncții permite asigurarea unei dezvoltări normale a tuturor elementelor aparatului dento-maxilar.

Scopul

Scopul acestei lucrări a fost să identifice parafuncțiile care se regăsesc cu o frecvență mai mare la copii în perioada dentației temporare și în prima etapă a dentației mixte, deoarece reeducarea funcțională în aceste etape de dezvoltare se poate face cu metode și mijloace accesibile și va simplifica măsurile ce se vor impune în dentația permanentă.

Materiale și metode

Evaluarea prin intermediul documentației ortodontice complete a 85 cazuri care au solicitat consultație și tratament de specialitate în Departamentul de Medicină Dentară Pediatrică în perioada 2007—2010.

Criteriile evaluate au fost: vârsta și sexul pacienților, disfuncțiile și parafuncțiile observate, mijloacele terapeutice aplicate, rezultatele obținute. Datele obținute au fost sistematizate în tabele, prelucrate statistic și prezentate sub formă de grafice.

Rezultate și discuții

Repartiția pe vârstă în lotul studiat a relevat o cerere mai mare pentru consultație și tratament în prima etapă a dentației mixte (tabel I).

Tabel I. Repartiția numerică a pacienților în lotul studiat.

| Vârsta (ani) | Repartiția numerică |
|--------------|---------------------|
| 4-6 ani | 35 pacienți |
| 6-9 ani | 50 pacienți |

În grupul studiat a fost observată o pondere mai mare a fetelor comparativ cu băieții, pentru ambele categorii de vârstă analizate (Fig.1, 2).

**Repartiția pe sexe
grup 4-6 ani**

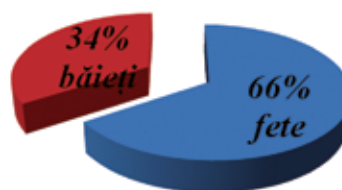


Fig.1. Repartiția pacienților în funcție de sex.

**Repartiția pe sexe
grup 6-9 ani**

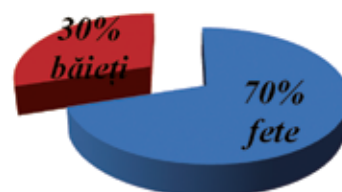


Fig.2. Repartiția pacienților în funcție de sex.

Pentru grupa de vârstă 4-6 ani parafuncțiile identificate au fost: subțolul degetului, respirația orală, degluțiția infantilă, interpunerea sau aspirarea buzei inferioare ca elemente disfuncționale unice sau asociate (Fig.3).

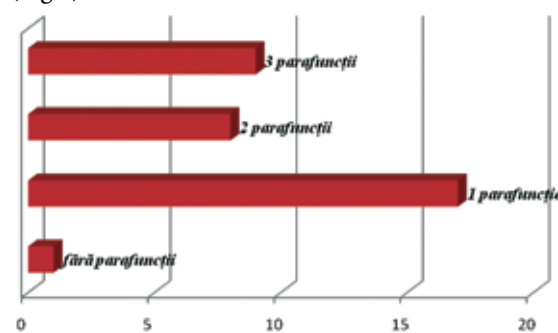


Fig.3. Asocierea parafuncțiilor în lotul studiat-grupa de vârstă 4-6 ani.

Parafuncțiile observate în lotul studiat au fost asociate în variate moduri:

- 17 cazuri au prezentat o singură parafuncție: interpunerea sau aspirarea buzei inferioare, subțul degetului respectiv respirația orală;
- 8 cazuri au prezentat două parafuncții după cum urmează: parafuncția buzei inferioare și respirația orală, parafuncția buzei inferioare și subțul degetului, parafuncția limbii cu interpunerea buzei inferioare;
- 9 cazuri au prezentat trei parafuncții asociate astfel: parafuncția buzei inferioare, respirația orală și subțul degetului.

Pentru grupa de vârstă 6-9 ani parafuncțiile identificate au fost: respirația orală, deglutiția infantilă, interpunerea sau aspirarea buzei inferioare ca elemente disfuncționale unice (Fig.4).

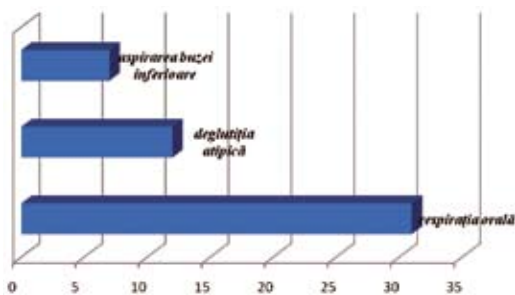


Fig.4. Asocierea parafuncțiilor în lotul studiat-grupa de vârstă 6-9 ani.

Mijloacele de abordare terapeutică selectate pentru pacienții aflați în perioada dentației temporare au fost exercițiile de miogimnastică (25 cazuri) și aparatele funcționale (plăcuțele vestibulare, aparatele miofuncționale-9 cazuri) (Fig.5).

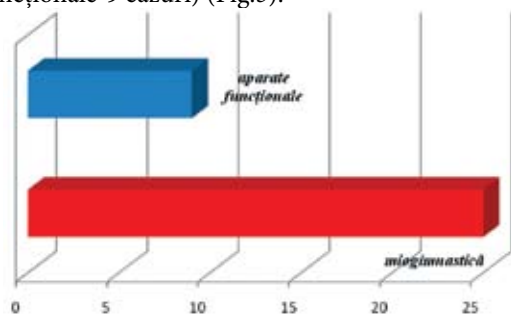


Fig.5. Mijloace de tratament recomandate-grupul de vârstă 4-6 ani.

Mijloacele de abordare terapeutică selectate pentru pacienții aflați în prima etapă a dentației mixte au fost aparatele funcționale (21cazuri) respectiv aparatele biomecanice mobilizabile (28 cazuri) (Fig.6).

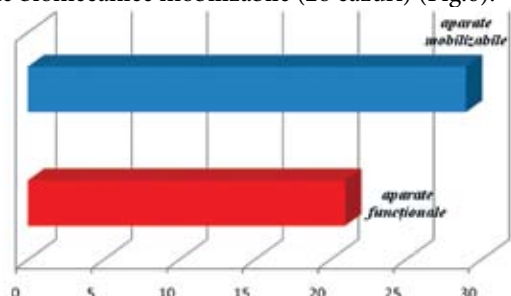


Fig.6. Mijloace de tratament recomandate-grupul de vârstă 6-9 ani.

Pentru pacienții aflați în prima etapă a dentației mixte starea dinților din zona de sprijin a reprezentat un element de selecție pentru modalitatea de abordare terapeutică (Fig.7).

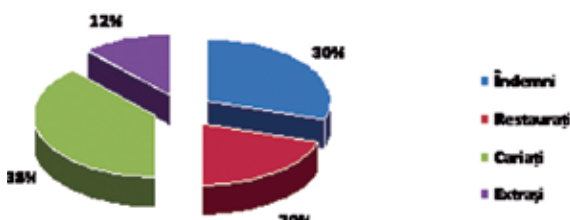


Fig.7. Starea dinților din zona de sprijin-grupul 6-9 ani.

Evaluarea progresiei tratamentului în grupul analizat a relevat o pondere importantă a cazurilor care au abandonat terapia recomandată (Fig.8).

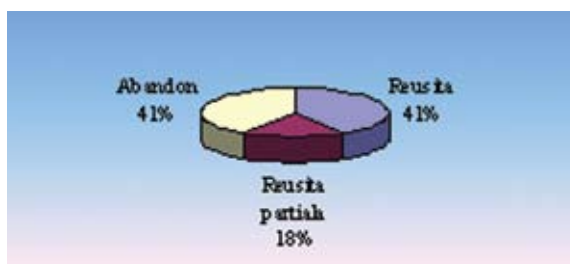


Fig. 8. Progresia tratamentului în grupul studiat

Tratamentul interceptiv presupune surprinderea unui fenomen și modificarea cursului său evolutiv pentru a asigura creșterea și dezvoltarea armonioasă a maxilarelor, împiedicând apariția unor anomalii dento-maxilare sau agravarea unor entități deja constituite (1, 2). Musculatura prin inserțiile ei va modifica suportul osos, aflat într-o permanentă remaniere în perioada copilăriei, interval de timp în care evoluția dinților, maxilarelor și relațiilor de ocluzie se află într-o continuă schimbare și modelare (1, 2).

Adresabilitate mai mare pentru tratament din partea fetelor demonstrează consecințele estetice pe care le determină aceste parafuncții. Perioada copilăriei caracterizată printr-o sinceritate brutală poate determina tulburări de comportament sau probleme de integrare sau acceptabilitate socială, în cazul în care nu se restabilește echilibrul musculaturii intra și extra-orale (1, 2, 3). Dacă estetica facială nu este perturbată în perioada dentației temporare, în prima etapă a dentației mixte malpozițiile localizate în zona anterioară a arcadelor dentare vor atrage atenția asupra unor parafuncții. Nu sunt puține cazurile în care se observă înlocuirea unei parafuncții din dentația temporară, care atrăgea atenția părinților, cu o alta care aparent nu se manifestă (2, 3).

Perioada în care acești factori acționează cu preponderență este aceea a dentației temporare și mixte, când creșterea arcadelor se face mai ales în sens sagital și vertical, determinând apariția unor anomalii dento-maxilare variate (2,3,4).

Respirația orală habituală sau consecutivă unei obstrucții a căilor aeriene superioare poate determina

apariția anomaliilor dento-maxilare ca urmare a dez-echilibrului sever al grupelor musculare peri-orale: hipotonia orbicularului buzei superioare, hipertonia musculaturii obrazilor, hiperfuncția mușchilor peristafilini externi și interni și hipofuncția mușchilor palatogloși și palatofaringieni (1, 3). Toate modificările sunt mai puțin accentuate la nivelul mandibulei comparativ cu maxilarul superior, fapt ce ne permite să presupunem că structura mandibulei este mai rezistentă la acțiunea factorilor disfuncționali (2).

Deglutiția infantilă este fiziologică pentru perioada de sugar dar persistența acestui tipar după erupția dinților temporari și trecerea la o alimentație consistentă este anormală și perturbă echilibrul culoarului dentar, cu repercusiuni asupra poziției dinților, formei arcadelor și structurii pardonțiului marginal (1, 3, 4, 5).

Parafuncția buzei inferioare poate fi o manifestare singulară, asociată sau de substituție a altor obiceiuri vicioase, determinând modificări de poziție variate la nivelul dinților frontali precum și accentuarea șanțului mentonier (1, 2, 5).

Miogimnastica a reprezentat modalitatea de tratament recomandată în dentația temporară ca urmare a efectelor rapide pe care le poate determina, în condițiile unei plasticități crescute a țesutului osos (1, 2, 3, 4). Pentru a obține rezultate adecvate se impune implicarea activă a părinților și a micilor pacienți, ceea ce se concretizează într-o provocare pentru această grupă de vârstă. Pentru prima etapă a dentației mixte aparatele funcționale sau mobilizabile au reprezentat mijloacele de tratament recomandate ca urmare a acțiunii sinergice ortodontice și ortopedice (3,4).

Starea dinților din zona de sprijin se concretizează într-un element care asigură funcționalitatea normală a elementelor aparatului dento-maxilar și selectarea tipului de aparat ortodontic. Profilaxia cariei dentare și tratamentul leziunilor odontale ale dinților tempo-

rari pot fi considerate mijloace prin care se poate preveni instalarea și evoluția unei parafuncții(1, 6, 7).

Respectarea rigorilor impuse de un program riguros de exerciții sau purtarea adecvată a aparatelor funcționale necesită preocuparea permanentă a părinților și solicită răbdarea micilor pacienți ceea ce, în lipsa unei motivări adecvate s-a concretizat în grupul studiat într-o proporție mare a cazurilor care au abandonat tratamentul s-au au întrerupt purtarea aparatului atunci când standardele estetice individuale au fost atinse.

Concluzii

Parafuncțiile unice sau multiple sunt frecvente în cazul pacienților care solicită tratament ortodontic în perioada dentației temporare și mixte.

Deconținerea parafuncțiilor în dentația temporară și mixtă incipientă se poate face cu metode și mijloace relativ simple, dar necesită un efort susținut din partea medicului și a familiei.

Dacă reeducarea funcțională nu este realizată stabilitatea tratamentului ortodontic este precară, iar posibilitățile de recidivă amplificate.

Bibliografie

1. Cocârlă, E. Stomatologie Pediatrică. Ed.Med.Univ. Iuliu Hațieganu; Cluj-Napoca: 2000; 280-289,330-373.
2. McDonald RE , Avery DR , Dean JA. Dentistry for the child and adolescent Eight edition . Mosby Inc:2004 525-613.
3. Welbury, RR. Paediatric Dentistry.Oxford Univesity press:1997, 1-17, 279-317.
4. H.A.S. Indications de l'orthopedie dento-faciale et dento maxillo faciale chez l'enfant et l'adolescent. Juin 2002;3-9.
5. Șerbănescu, A. Posibilități de apreciere a deficitului de spațiu în anomaliile dento maxilare. Ed.Risoprint Cluj-Napoca:2001;11-31.
6. Mesaroș, M. Leziunile odontale la copii și tineri. Aspecte clinice și terapeutice. Ed.Quo Vadis Cluj-Napoca:1998;136-142.
7. Rodd H, Wray A. Treatment planning for the developing dentition. Quintessence Publishing Co. Ltd.:2006 23-45.