

# MEDICINA STOMATOLOGICĂ

PUBLICAȚIE OFICIALĂ  
A ASOCIAȚIEI STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA (ASRM)  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”



## **Organizare și istorie**

*Asigurarea calității serviciilor  
stomatologice în sectorul privat  
urban*  
pag. 5-10

## **Odontologie — paradontologie**

*Metode directe și produse  
în modelarea tratamentului  
stomatologic*  
pag. 11-27

## **Chirurgie OMF și anestezie**

*Studiul anesteziei intraosoase  
consecințele inflamației  
sinusului maxilar*  
pag. 28-35

## **Protetică dentară**

*Construcția și principiile  
funcționării unui dispozitiv nou  
în ortopedie*  
pag. 36-38

## **Profilaxia OMF**

*Manifestările profilactice  
în tratamentul parotiditelor  
cronice la copii*  
pag. 39-40

## **Aniversări**

*Absolvenții promoției  
anului 1977 la 30 ani*  
pag. 41-42

# MEDICINA STOMATOLOGICĂ

PUBLICAȚIE OFICIALĂ  
A ASOCIAȚIEI STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU“  
(ASRM)

Nr. 2 (3) / 2007

S 11507

S11507

UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINA ȘI FARMACIE  
NICOLAE TESTEMIȚANU  
BIBLIOTECA

CHIȘINĂU — 2007

**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”

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. Chișinău, Republica Moldova.*  
*Tel.: 48-90-31, 069236830*

*Editura GRAFEMA LIBRIS S.R.L.*  
*str. București, 68, oficiul 313,*  
*mun. Chișinău, MD-2012, Republica Moldova.*  
*Tel.: 202 555, 202 553. Tel./fax: 22 37 86.*  
*E-mail: grafema@moldova.cc, grafema@yandex.ru*

**Adresa redacției:**

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

- © Text: ASRM, 2007, pentru prezenta ediție.
- © Prezentare grafică: **POLIDANUS**, pentru prezenta ediție.  
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialiști în domeniul respectiv.  
Autorii sunt responsabili de conținutul și redacția articolelor publicate

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

**Medicina stomatologică** : Publ. oficială a Asoc. Stomatologilor din  
Rep. Moldova (ASRM). — Ch.: Grafema Libris, 2007. — 44 p.  
ISSN 1857—1328  
400 ex.

616.31:061.231

Coli de tipar: 11

# MEDICINA STOMATOLOGICĂ

*publicație oficială a  
Asociației Stomatologilor din Republica Moldova*

## **CONDUCĂTORI:**

**Arsenie GUȚAN**

*Redactor-șef de onoare,  
Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Ion LUPAN**

*Redactor-șef,  
Doctor habilitat în medicină*

---

## **COLEGIUL DE REDACȚIE:**

**Pavel GODOROJA**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Norina FORNA (Iași, România)**

*Doctor în medicină, profesor universitar*

**Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)**

*Doctor în medicină, profesor universitar*

**Gheorghe NICOLAU**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Valeriu BURLACU**

*Doctor în medicină, profesor universitar*

**Corneliu AMARIEI (Constanța, România)**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Sofia SÎRBU**

*Doctor în medicină, profesor universitar*

**Dumitru ȘCERBATIUC**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Valentin TOPALO**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Ilarion POSTOLACHI**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Ion MUNTEANU**

*Doctor habilitat în medicină, profesor universitar*

**Alexandra BARANIUC**

*Doctor în medicină, conferențiar universitar*

---

## **GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:**

**Oleg SOLOMON**

*Coordonator ASRM, asistent universitar*

**Veronica MARCO**

*Secretar Referent ASRM*

**Tatiana CIOCOI**

*Redactor literar*

**Alexandru BOSTAN**

*Machetare computerizată*

## CUPRINS

<b>ORGANIZARE ŞI ISTORIE</b>	
Pancenco Anatolie, Munteanu Ion, Guţan Arsenie	
<b>UNELE PARTICULARITĂŢI SOCIAL-IGIENICE ALE PACIENŢILOR SOLICITANŢI DE SERVICII STOMATOLOGICE IN SECTORUL PRIVAT URBAN.....</b>	<b>5</b>
Pancenco Anatolie	
<b>DESPRE CALITATEA ASISTENŢEI MEDICALE STOMATOLOGICE PRESTATE POPULAŢIEI ÎN CONDIŢIILE STRUCTURILOR MEDICALE PRIVATE URBANE .....</b>	<b>8</b>

## ODONTOLOGIE — PARADONTOLOGIE

Постолаки Александр	
<b>ТЕХНИКА МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОСТОЯННЫХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ .....</b>	<b>11</b>
NICOLAICIUC Valentina	
<b>APLICAREA ANTISEPTICULUI „BETADINE“ ÎN TRATAMENTUL AFECŢIUNILOR STOMATOLOGICE .....</b>	<b>22</b>
Golomoz V.I., Gilca A.A.	
<b>УСИЛЕНИЕ РЕСТАВРАЦИИ БОКОВЫХ (ЖЕВАТЕЛЬНЫХ) ЗУБОВ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ АРМИРУЮЩЕЙ БАЛКИ.....</b>	<b>25</b>

## CHIRURGIE OMF ŞI ANESTEZIE

Ciurcanu Oana, Voroneanu Maria	
<b>LIMITELE TEHNICILOR DE ANESTEZIE LOCO-REGIONALA — ANESTEZIA INTRAOSOASA .....</b>	<b>28</b>
Hiţu Dumitru Ilie	
<b>DIAGNOSTICUL SINUSITEI ODONTOGENE.....</b>	<b>30</b>

## PROTETICĂ DENTARĂ

Вейс А. В.	
<b>ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА И ОТЛИВКИ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО МЕТОДУ А. В. ВЕЙСА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ .....</b>	<b>36</b>
Вейс А.В.	
<b>КОНСТРУКЦИЯ И ОПИСАНИЕ СТРОЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВОДА-ТРАНСФЕРА .....</b>	<b>38</b>

## PROFILAXIA OMF

Iluţa Ion, Godoroja Pavel	
<b>METODĂ NOUĂ DE PROFILAXIE A PAROTIDITELOR CRONICE PARENCHIMATOASE (RECIDIVANTE) LA COPII .....</b>	<b>39</b>

## ANIVERSĂRI

Pancenco Anatolie	
<b>PROMOŢIA ANULUI 1977 LA 30 ANI!.....</b>	<b>41</b>

## CONTENTS

<b>ORGANIZATION AND HISTORY</b>	
Pancenco Anatolie, Munteanu Ion, Guţan Arsenie	
<b>SOME SOCIAL-HYGIENE PECULIARITIES OF PATIENTS WHO REQUIRE DENTISTRY SERVICES IN PRIVAT AREA .....</b>	<b>5</b>
Pancenco Anatolie	
<b>THE ENSURANCE OF THE QUALITY OF THE STOMATOLOGICAL SERVICES PROVIDED TO THE POPULATION IN THE CONDITIONS OF PRIVATE URBAN STRUCTURES .....</b>	<b>8</b>

## ODONTOLOGY — PARADONTOLOGY

Postolachi Alexandru	
<b>DIRECT METHOD IN THE PERMANENT FIRST MOLARS OCCLUSAL SURFACES MODELING TECHNIQUE.....</b>	<b>11</b>
NICOLAICIUC Valentina	
<b>THE APPLICATION OF ANTISEPTIC SOLUTION „BETADINE” IN TREATMENT OF STOMATOLOGICAL AFFECTION .....</b>	<b>22</b>
Golomoz V. I., Gilca A. A	
<b>STRENGTHENING IN LATERAL TEETH RESTAURATION USING GIRDER EQUIPMENT .....</b>	<b>25</b>

## OMF SURGERY AND ANESTHESIA

Ciurcanu Oana, Voroneanu Maria	
<b>TECHNICAL LIMITS IN LOCO-REGIONAL ANESTHESIA— INTRA-BONY ANESTHESIA .....</b>	<b>28</b>
Hitu Dumitru Ilie	
<b>DIAGNOSTIC OF SINUS ODONTOGENUS .....</b>	<b>30</b>

## DENTAL PROTHETICS

Veis A.V.	
<b>NEW TECHNOLOGY IN TAKEN PRINT AND JAW FOUNDING MODELING BY VEIS METHOD USING IN IMPLANT OF RETAINERS TEETH .....</b>	<b>36</b>
Veis A. V.	
<b>CONSTRUCTION AND DESCRIPTION OF IMPLANT-TRANSFER DEVICE .....</b>	<b>38</b>

## OMF PROPHYLAXIS

Iluta Ion, Godoroja Pavel	
<b>NEW METHOD OF PREVENTION OF CHRONIC PARENCHYMATOUS (RECURIENT) PAROTIDIS AT CHILDREN .....</b>	<b>39</b>

## ANNIVERSARIES

Pancenco Anatolie	
<b>1977 YEAR GRADUATES AT 30<sup>NS</sup>! .....</b>	<b>41</b>

# UNELE PARTICULARITĂȚI SOCIAL-IGIENICE ALE PACIENȚILOR SOLICITANȚI DE SERVICII STOMATOLOGICE ÎN SECTORUL PRIVAT URBAN

## SUMMARY

Through a sample of 850 patients, it has been studied the level, morbidity structure and the necessity of stomatological assistance in the urban private medical institutions. The obtained data have shown veridical differences versus age and sex of the level and structure of stomatological morbidity of urban population.

Anatolie Pancenco,  
Ion Munteanu,  
Arsenie Guțan  
*Instituția Medico-  
Sanitară Publică  
Centrul Stomatologic  
Municipal Chișinău*

## ACTUALITATEA TEMEI

Pe parcursul ultimului deceniu în municipiul Chișinău s-a înregistrat o dezvoltare intensă a numeroaselor „clinici” stomatologice particulare, care aparțin unor medici, grupuri de fondatori, sau persoane juridice. Simultan au fost create numeroase societăți cu răspundere limitată, iar în cadrul clinicilor de stat s-a încetățenit practica de acordare a serviciilor stomatologice contra plată (1, 10, 11).

Structurile stomatologice private, care își propun drept obiectiv prestarea către populație a unui spectru larg de servicii stomatologice, au devenit o reală alternativă clinicilor de stat.

Indicii morbidității dento-orale dau o informație amplă referitor la sănătatea populației, dezvăluie particularitățile decurgerii maladiilor dento-orale în societate, caracterizează frecvența și gravitatea lor. În baza rezultatelor studiului morbidității dento-orale conform datelor adresabilității putem planifica serviciile stomatologice și elabora acțiunile de acordare a asistenței medicale stomatologice populației. Studiul dinamic al morbidității dento-orale permite de a evalua eficacitatea măsurilor întreprinse.

Structura și răspândirea maladiilor principale ale organelor cavității bucale ale pacienților, care solicită structurile stomatologice private, sunt un fundament inițial în determinarea cererii contingentului dat pentru forme diverse de ajutor stomatologic contra plată. Indicatorii principali ai morbidității stomatologice a populației sunt: răspândirea cariei, caracterul intensiv de creștere al acesteia, răspândirea bolilor parodontiului, a mucoasei cavității bucale, prezența anomaliilor și deformațiilor dento-maxilare.

Opinia populației despre calitatea serviciilor stomatologice în instituțiile private urbane a fost studiată prin intermediul unui sondaj, care reprezintă un ansamblu de operațiuni, având ca obiectiv studierea distribuției unor caracteristici în totalitatea unei populații, pornind de la observațiile efectuate pe un eșantion al acesteia (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16).

Rezultatele sondajului au furnizat informații suplimentare pentru elaborarea unor soluții optime vizând sporirea accesibilității populației la serviciile medicale stomatologice, modificarea sau menținerea structurii existente a serviciului stomatologic privat, sporirea calității asistenței medicale stomatologice acordate de către medicii stomatologi care activează în cadrul instituțiilor stomatologice private. În acest context a fost efectuat un studiu de opinie prin chestionarea anonimă a populației municipiului Chișinău, în funcție de sex, vârstă și grupuri sociale.

## SCOPUL STUDIULUI

A studia în dinamică nivelul și structura morbidității dento-orale conform adresabilității populației urbane a municipiului Chișinău în structurile stomatologice private și specificarea gradului de asigurare a populației cu servicii medicale stomatologice.

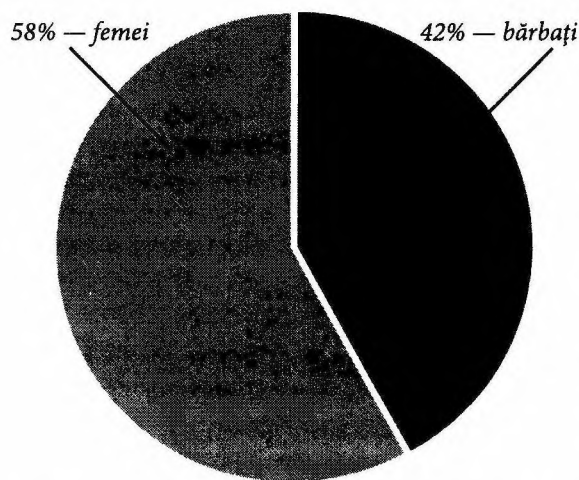
Materiale și metode. Metodica de studiere aplicată în această lucrare a fost structurată în corelație cu cerințele statistice moderne și experiența acumulată în cercetările de acest gen (3, 4, 5, 6, 7, 8, 12). Volumul eșantionului selectiv al populației, supusa studiului, a fost de 850 de locuitori ai municipiului Chișinău, selecția proporțional cu volumul populației (selecție tipică) din cele 5 sectoare administrative-teritoriale ale acestui teritoriu.

Datele au fost prelucrate statistic pentru fiecare sector separat și pentru întreg municipiul. În cadrul investigației au participat 354 -bărbați și 496-femei cu partiția procentuală respectivă de 41,6 % și 58,4%, care au solicitat asistența stomatologică în cadrul structurilor private.

Aceste date sunt prezentate în tabelul 1.

**Tabelul 1. Distribuția procentuală a populației urbane supuse studiului morbidității dentorale în funcție de sectoarele municipiului Chișinău comparativ cu estimările oficiale**

Nr. d/o	Sectorul	Nr. populației, estimări oficiale (date absolute)	Nr. populației estimări oficiale (în %)	Eșan-tion, date absolute	Eșan-tion, în %
1.	Botanica	179445	27,1	232	27,3
2.	Buiucani	124072	18,7	158	18,6
3.	Centru	103276	15,6	133	15,6
4.	Ciocana	110826	16,7	141	16,6
5.	Rîșcani	145588	21,9	186	21,9
<b>TOTAL</b>		<b>663217</b>	<b>100</b>	<b>850</b>	<b>100</b>



**Diagrama 1. Ponderele pacienților-bărbați și a pacienților-femei în instituțiile stomatologice private urbane**

Datele au fost prelucrate statistic pentru fiecare sector separat și pentru întreg municipiul. În cadrul investigației au participat 354 de pacienți-bărbați și 496 de pacienți-femei cu partiția procentuală respectivă de 41,6% și 58,4%, reflectată în diagrama 1.

Prin metoda de anchetă au fost studiate cauzele principale ce au condus la solicitarea asistenței medicale în cadrul acestor instituții, a fost efectuată o analiză minuțioasă, social-igienică a motivației pacienților (influențarea de către asemenea factori cum ar fi: vârsta, locul de muncă, nivelul de venit etc..).

S-a studiat, de asemenea, nivelul de solicitare a medicilor stomatologi, aprecierea de către pacienți a calității serviciilor medicale și gradul de influență a diferiților

factori (în special, nivelul de calificare al medicilor, vechimea în muncă a acestora, nivelul de asigurare cu echipament medical performant al instituțiilor respective ș.a..

Pe parcursul investigației au fost aplicate chestionare elaborate în acest scop de către specialiștii noștri: răspunsurile la întrebări ne-au oferit anumite informații despre pacienți, atitudinea acestora față de procesul de tratament, nivelul de satisfacție a asistenței stomatologice acordate, motivele solicitării serviciilor stomatologice ale unei instituții private etc..

Veridicitatea rezultatelor și reprezentativitatea selecției au fost confirmate prin aprecierea unor metode moderne de statistică variațională.

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

Programul de investigație a urmărit studierea minuțioasă a particularităților de organizare a asistenței stomatologice de profilaxie și tratament în instituțiile private. Au fost analizate în detalii principalele cauze ale solicitărilor, între care: necesitatea asanării planice a cavității bucale, tratamentul și obturarea la necesitatea danturii, dureri acute de dinți, curățarea dinților, extracția unor dinți și rădăcini de dinți, necesitatea aplicării unor proteze dentare etc.

Pornind de la datele obținute în cadrul investigației, cauzele adresărilor pacienților în structurile stomatologice private sunt diferite. S-a elucidat că adeseori (în 41,9% din cazuri) pacienții au solicitat tratamentul și obturarea unor dinți separați, de aproximativ 2 ori mai puțin (respectiv, 16,3% și 17,4%) — asistență în cazul unor dureri acute de dinți și de aplicare a protezelor dentare.

14,6% din pacienți au solicitat extracția unor dinți sau rădăcini dentare, iar 9,8% — asanarea cavității bucale, indicele de la urmă denotă, spre regret, o diminuare a volumului solicitărilor unor măsuri de profilaxie de către populația municipiului Chișinău.

De asemenea, informațiile obținute denotă elocvent o diversitate a scopurilor și solicitărilor primare și repetate ale serviciilor instituțiilor private. Astfel, printre scopurile atât ale solicitărilor primare, cât și ale celor repetate, potrivit frecvenței adresărilor înregistrate, primează tratamentul și obturarea dinților (39,9% și 32,8%), numărul adresărilor repetate în legătură cu durerile acute de dinți s-a redus de aproximativ trei ori față de cele primare (3,0% și 15,8 %), de asemenea s-a diminuat esențial numărul solicitărilor de asanare a cavității bucale (de la 7,3% până la 2,2%).

Totodată, printre solicitările repetate a sporit numărul cererilor de proteze dentare (12,4% și 16,0 %), precum și a celor de extracție a dinților și rădăcinilor de dinți (8,7% și 15,4 %). Merită să menționăm și asemenea fapte interesante, cum ar fi: pacienții cu solicitări primare și-au formulat mult mai explicit motivele adresării lor în clinica stomatologică respectivă — printre ei nu a figurat nici unul care să indice alte motive decât cele menționate de către el în cadrul sondajului, pe când printre cei cu solicitări repetate s-au evidențiat 41 (15,1%) din cele 271 de persoane.

Analizând eventualele cauze ale adresărilor pacienților în structurile stomatologice private, am pu-

tea presupune că, în pofida celor menționate mai sus, solicitările sunt determinate în special de nivelul de bunăstare al pacienților. Materialele investigației au confirmat pe deplin aceste presupuneri. Astfel, frecvența adresărilor primare la medicii stomatologi din instituțiile private a sporit odată cu majorarea nivelului mediu al veniturilor respondenților, această dependență evidențiindu-se mai pronunțat în cazul solicitărilor de protezelor dentare cu materiale performante costisitoare și mai puțin — asupra solicitărilor de tratament stomatologic.

Prezintă interes și faptul că în cazul solicitărilor de extracție a dinților nu se urmărește o asemenea corelație, ceea ce denotă caracterul necesității urgente, acute a solicitării unor asemenea tipuri de asistență stomatologică.

În funcție de vârsta pacienților, numărul adresărilor în clinicile stomatologice private, potrivit rezultatelor sondajului, a scos în evidență următoarele aspecte: pe motivul tratamentului de dinți medicii stomatologi au fost solicitați, cu precădere, de către persoane cu vârsta înaintată:

36–45 de ani — 22,5 %,  
46–55 de ani — 34,2 %.

Cota persoanelor cu vârsta înaintată (56 — 65 de ani și mai mult) a constituit doar 13,5 %. Cota persoanelor tinere a fost mult mai redusă:

până la 19 ani — 8,0 %,  
19–25 de ani — 10,3 %,  
26–35 de ani — 11,5 %.

Examinând motivele ce i-au determinat pe pacienți să apeleze la serviciile unei clinici stomatologice private, nu s-au depistat deosebiri esențiale. O parte anumită a pacienților au făcut această alegere la recomandarea rudelor și prietenilor care au frecventat instituțiile stomatologice respective, constituindu-se astfel așa-numita rețea „pacientul atrage un alt pacient” sau „cercul de solicitare a medicului”.

Calitatea serviciilor prestate de către medicii clinicilor stomatologice private a fost apreciată de către 8,1% din respondenți drept „foarte bine”, 51,1% — au dat calificativul de „bine”, iar 39,9% — de „satisfăcător”, 0,9% — de „nesatisfăcător”.

Analiza aprecierilor în funcție de calificarea medicului și relația sa cu pacientul a demonstrat că majoritatea medicilor clinicilor private își îndeplinesc conștiințios misiunea și se bucură de respectul și admirația pacienților săi. 60,5% din respondenți au apreciat nivelul profesional al medicilor din cabinetele stomatologice private drept „bine” și „foarte bine”, 39,0% — „satisfăcător”, iar 0,5% — „nesatisfăcător”.

Menționăm faptul, că majoritatea respondenților din cei intervievați (91,5%) au calificat gradul de atenție, atitudine, amabilitate și altele cu „bine” și „satisfăcător”, 7,6 la sută au dat aprecierea „foarte bine” și doar 0,9% au răspuns „nesatisfăcător”.

Concluzii: Investigația realizată a permis elucidarea unui șir de factori, care influențează direct sau indirect nivelul solicitării de către pacienți a structurilor stomatologice private. De asemenea au fost elucidate motivațiile pacienților care au preferat să se adreseze în aceste unități private, precum și aprecierea de către pacienți a activității medicilor stomatologi.

#### BIBLIOGRAFIE.

1. Burlacu V. Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale // În „Probleme actuale de stomatologie”. Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi, consacrat jubileului de 40 ani al facultății stomatologice a USMF „Nicolae Testemițanu”, 7 — 8 septembrie 1999, Chișinău, p. 11—14.
2. Bârșa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău: Știința, 1994, 397 p.
3. Cărăușu E. Evaluarea gradului de satisfacție a pacientului — indicator de monitorizare a calității serviciilor stomatologice // În supl. „Tehnici și metode în medicina stomatologică”. Medicina stomatologică, Iași, 1999, p. 203—214.
4. Cărăușu E., Duda R., Gîrlea A.M. Studiul satisfacției pacientului ca indicator de calitate a asistenței stomatologice în sistem public și privat // În „Sănătatea populației și reformele asistenței medicale în Republica Moldova”. Materialele Congresului II al specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Chișinău, 1999, p. 38—39.
5. Cărăușu E., Amariei C. Stomatologia românească în pragul mileniului III — anchetă de opinie privind reforma sistemului public de asistență stomatologică // În „Probleme actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale”. Chișinău, 2000, p. 43—45.
6. Marcu A., Marcu Gr.M., Vitcu L. et. al. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate // Institutul de Sănătate Publică. București, 2002, 299 p.
7. Munteanu I., Guțan A. Pregătirea psihologică a pacientului pentru intervenția de terapie tisulară prin grefa nervului cadaverit conservat. Symposia profesororum. Seria „Medicina”, ULIM, Chișinău. 1999, p. 120-121.
8. Mureșanu P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate // București: Ed. Medicală, 1989, 573 p.
9. Popușoi E., Lozan O., Ștefanț S., Berdaga V. Morbiditatea populației și accesibilitatea serviciilor medico — sanitare // În „Probleme actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale”. Chișinău, 2000, p. 25—27.
10. Postolachi I. Direcțiile principale de perfecționare a asistenței stomatologice ortopedice populației din Republica Moldova // În „Probleme actuale de stomatologie”. Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi, consacrat jubileului de 40 ani al facultății stomatologice a USMF „Nicolae Testemițanu”, 7—8 septembrie 1999, Chișinău, p. 141—142.
11. Postolachi I. Organizarea asistenței stomatologice ortopedice populației la etapa actuală // În „Probleme actuale de stomatologie”. Materialele Congresului XI național al medicilor stomatologi din Republica Moldova. 9—10 octombrie 2001. Chișinău. p. 66—67.
12. Postolachi I., Chiriac E., Bîrsa G. et. al. Protetica dentară. Chișinău: Știința, 1993, 446 p.
13. Rotaru A., Sirbu Cr., Cămpianu R., Munteanu I., Rotaru H.. Implicații multidisciplinare în durerea orală și cranio-facială. România, Cluj-Napoca. Chișinău, 2001, p. 620.
14. Savin V. Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane // Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale. Chișinău, 2003, 22 p.
15. Țîbîrnă Gh., Dării V., Gabunia M. Morbiditatea prin tumori maligne ale regiunii oro-maxilo-faciale în Republica Moldova // În „Principii și aspecte ale stomatologiei moderne”. Culegere de lucrări științifice, consacrată jubileului de 60 ani de la fondarea IMSP Centrul Stomatologic Municipal. Chișinău, 2005, p. 61—62.
16. Делендик А.И. Изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи по данным анкетирования // Стоматология, 2000, № 6, с.58-60.

Prezentat la 02.03.2007



# DESPRE CALITATEA ASISTENȚEI MEDICALE STOMATOLOGICE PRESTATE POPULAȚIEI ÎN CONDIȚIILE STRUCTURILOR MEDICALE PRIVATE URBANE

Anatolie Pancenco  
IMSP Centrul  
Stomatologic Municipal  
Chișinău

## SUMMARY

*The ensurance of the quality of the stomatological services provided to the population in the conditions of private urban structures*

Through a sample of 1074 patients, it has been investigated the opinion of urban population about the quality and level of stomatological services in the urban private medical institutions. The results of investigation show that 81% of interrogated persons appreciate the activity of private medical structures in rendering stomatological services.

## REZUMAT

Prin metoda chestionării cu selectarea a 1074 de pacienți, a fost supus studiului opinia populației urbane, referitor la calitatea și nivelul serviciilor stomatologice în instituțiile de profil private. Rezultatele chestionării denotă, că 81% de interogați apreciază înalt activitatea structurilor medicale private în acordarea serviciilor stomatologice.

## ÎNTRUDUCERE

În municipiul Chișinău asistența medicală stomatologică este prestată de o rețea largă de instituții medicale cu diferite forme de gestionare. Municipiul este administrativ repartizat în 5 sectoare, în fiecare din el fiind prezent serviciul stomatologic în componența asociațiilor medicale teritoriale. În afară de aceasta asistența medicală stomatologică populației este acordată de către instituțiile medico-sanitare publice: Centrul Stomatologic Municipal, Centrul Stomatologic Municipal de Copii, Policlinica Stomatologică Republicană, Clinica Stomatologică Universitară a USMF „Nicolae Testemițanu”, Serviciul Stomatologic al Cancelariei de Stat, cât și de către secțiile și cabinetele stomatologice ce fac parte din structura spitalelor și Centrelor Medicilor de Familie. Structura stomatologică a municipiului la fel este prezentată și de instituțiile stomatologice private cu diferite forme organizațional — juridice. La data 01.07.2006 în municipiul Chișinău funcționau 188 de structuri stomatologice private ce prestează asistență stomatologică de diferit profil.

Asigurarea calității asistenței medicale stomatologice este un proces complicat, deschis, cu aspect medico-social și economic, ce presupune concordanța normelor stabilite, regulilor, cerințelor către standardele tuturor elementelor ce intră în componență:

- baza normativ — legislativă;
- statutul organizațional — juridic;
- normele sanitaro-igienice prezentate către cabinetele cu diferit profil și capacitate;
- baza tehnico-materială;
- nivelul de pregătire a personalului și gradul de calificare;
- nivelul de diagnostic, tratament și profilaxie a maladiilor cavității orale;
- tehnologiile medicale aplicate;
- nivelul serviciului;
- programul de sporire a calității asistenței medicale stomatologice etc..

Este destul de dificil de analizat calitatea asistenței medicale stomatologice în instituțiile medicale private urbane, deoarece structura nu este apreciată organizațional stabil. Perfectarea organizării asistenței curativ — profilactice populației, sporirea calității a serviciilor prestate, elaborarea sistemului de expertiză a calității asistenței medicale stomatologice sunt obiectivele actuale ce stau la baza activității structurilor medicale private.

## SCOPUL LUCRĂRII

De a analiza calitatea serviciilor stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane.

## MATERIALE ȘI METODE

În studiul pentru concretizarea situației actuale ale problemei în cauză au fost supuse opinia a 1074 de respondenți (bărbați — 398, femei — 676)

cuprinși între vârste 19–66 ani și mai mult, ce și-au exprimat părerea despre calitatea asistenței medicale în structurile stomatologice private

Prin metoda anchetării au fost studiate cauzele principale a adresabilității la serviciile stomatologice, a fost supus analizei social-igienice motivația pacienților în asigurarea accesibilității asistenței stomatologice în structurile private, nivelul de calificare a medicilor — stomatologi, nivelul de servicii și alți indici. Au fost folosite anchete special elaborate cu acest scop; răspunsurile la întrebări au reflectat informația despre pacienți, despre atitudinea lor către tratament, satisfacția de asistență stomatologică primită etc..

Veridicitatea rezultatelor și selectarea reprezentată au fost confirmate cu ajutorul metodelor contemporane a statisticii variaționale.

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

Opinia pacientului despre calitatea asistenței stomatologice este expusă imediat după adresarea sa în instituția medicală în scopul primirii asistenței adecvate la medicul — stomatolog. Programa de studiu presupune analiza minuțioasă a particularităților organizării asistenței curative — profilactice în structurile stomatologice private.

Prima întrebare a chestionarului a fost dedicată nivelului de organizare a serviciului stomatologic în cadrul orașului Chișinău. Conform rezultatelor sondajului s-a constatat că majoritatea populației (81,7%) apreciază organizarea serviciului stomatologic „bine” și „foarte bine”, 17,2% apreciază „satisfăcător”. Cota răspunsurilor negative a fost de 1,1%

Preferința pentru structurile medicale private au manifestat 82,1 % de respondenți și 17,9 % de respondenți au dat prioritate instituțiilor stomatologice de stat.

Cu regret, pacienții nu întodeauna au primit asistența stomatologică solicitată în aceeași zi a adresării. Rezultatele studiului nostru denotă că în ziua adresării se pot înscri și primi asistența medicală stomatologică numai 82,1 % de pacienți. Un lot de respondenți (3,6 %) indică o perioadă de așteptare pentru a primi asistența în volum de 3 — 7 zile. O importanță mare la aprecierea calității asistenței stomatologice îl are timpul de așteptare planat a primirii medicului — stomatolog.

83,8% din respondenții eșantionului de opinii (care au răspuns la această întrebare) au indicat că perioada de așteptare în timpul unei vizite la medicul — stomatolog nu depășește 15 minute. În plan comparativ ponderea timpului de 6-15 minute este semnificativă (diagr.2).

Ne luând în considerație o apreciere mai respectabilă de către pacienți a structurilor stomatologice private, numai 43,0 % au numit asistența medicală stomatologică accesibilă. Argumentul principal în acest caz fiind costul major, ce acționează negativ asupra adresabilității în structurile stomatologice private pe parcurs. Practica ne arată, că unele particularități ale mentalității pacienților contemporani semnificativ împiedică aprecierea calității în acordarea asistenței stomatologice independente de cost. În așa mod 35,2 % de pacienți din structurile stomatologice private consideră că prețurile nu corespund (sunt majore) volumului și calității serviciilor acordate.

Condițiile prestării serviciilor medicale în structurile stomatologice private dictează necesitatea dialogului cu pacientul, analiza comună a planului de tratament, tehnologiilor aplicate, cât și costul lor. Medicul trebuie să demonstreze profesionalismul propriu, erudiția, atenția, amabilitatea și multe alte calități. Arta discuției cu pacientul în structurile stomatologice private se reflectă în volum adecvat la opinia lor despre nivelul calificării a medicului — stomatolog.

Menționăm faptul că, 91,5% de respondenți au calificat nivelul de atenție, atitudine, amabilitate și altele cu „bine” și „satisfăcător”, 7,6 % la sută au dat aprecierea „foarte bine” și numai 0,9 % au răspuns „nesatisfăcător”. La aprecierea duratei timpului de comunicare acordat pacientului de către medicul — stomatolog 94,0% din eșantionul de opinii, au indicat un timp suficient de comunicare a medicului — stomatolog cu pacienții. Doar 6,0% de respondenți nu au susținut această opinie.

Indicele integral de apreciere și asigurare a calității asistenței stomatologice acordate denotă că 60,5% de respondenți apreciază nivelul profesional de calificare al medicilor — stomatologi din structurile medicale private cu calificativele „foarte bine” și „bine”; 99,1% din respondenți apreciază calitatea (rezultatele) asistenței stomatologice acordate în instituțiile stomatologice private urbane cu calificativele „foarte bine”, „bine” și „satisfăcător”

Opinia pacienților despre calitatea asistenței stomatologice în structurile medicale private este destul de diversă. Așa că, 97,1 % din respondenți apreciază pozitiv calitatea serviciilor stomatologice private, în conformitate cu speranțele lor, iar 2,9% nu au susținut această opinie.

Nu fiecare vizitator a instituției stomatologice private este încrezut în inofensivitatea tratamentului acordat. Așa deci, numai 86,2 % de pacienți ce vizitează structurile stomatologice private sunt încrezuți în inofensivitatea tratamentului la medicul — stomatolog. Este important că 92,3% din respondenți acceptă acordarea asistenței stomatologice în cadrul instituțiilor stomatologice private urbane.

Indicele integral de apreciere a calității organizării tratamentului stomatologic denotă, că 99,9 % de respondenți ce s-au adresat în structurile stomatologice private le-au caracterizat pozitiv.

Mecanismul asigurării calității asistenței stomatologice acordate de către structurile private trebuie să evidențieze raționalitatea folosirii resurselor umane și material-tehnice, cât și folosirea tehnologiilor medicale moderne pentru obținerea rezultatelor adecvate în acordarea serviciilor stomatologice curativ profilactice și de diagnostic populației municipiului Chișinău. Nu trebuie de uitat, că scopul asigurării calității a asistenței medicale este asigurarea dreptului pacientului la primirea asistenței stomatologice calificate. Sistema de dirijare adecvată a calității asistenței medicale stomatologice trebuie nu atât să reacționeze la rezultatul final, cât efectiv să preîntâmpine urmările negative, ce pot eventual apărea în timpul activității medicale stomatologice.

## CONCLUZII

La baza analizei rezultatelor studiului opiniei populației referitor la calitatea serviciilor stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane putem concluziona că:

1. 62,9 % femei și 37,1 % bărbați apreciază pozitiv organizarea serviciului stomatologic în cadrul municipiului Chișinău;
2. Preferința pentru structurile medicale private au manifestat 82,1 % de respondenți;
3. Rezultatele studiului denotă, că în ziua adresării pot primi asistența stomatologică 82,1 % de pacienți;
4. 83,8 % din respondenți au indicat că perioada de așteptare în timpul unei vizite la medic — stomatolog nu depășește 15 min.;
5. 43,0 % de pacienți au numit asistența medicală stomatologică accesibilă;

6. 35,2 % de pacienți consideră că prețurile nu corespund volumului și calității serviciilor acordate;
7. 91,5 % de respondenți a calificat gradul de atenție, atitudine, amabilitatea și altele de către medicul-stomatolog ca „bine” și „satisfăcător”;
8. 60,5 % de respondenți apreciază nivelul profesional de calificare a medicilor — stomatologi cu calificativele „foarte bine” și „bine”;
9. 99,9 % din respondenți apreciază calitatea organizării tratamentului stomatologic pozitiv.

## BIBLIOGRAFIE

1. Burlacu V. Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale. // Probleme actuale de stomatologie. Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi consacrat jubileului de 40 ani al facultății stomatologice a USMF „Nicolae Testemițanu”, 7—8 septembrie 1999, Chișinău, p. 11—14.
2. Cărăușu E. Evaluarea gradului de satisfacție a pacientului — indicator de monitorizare a calității serviciilor stomatologice // În supl. „Tehnici și metode în medicina stomatologică”. Medicina stomatologică, Iași, 1999, p. 203—214.
3. Cărăușu E., Duda R., Girlea A.M. Studiul satisfacției pacientului ca indicator de calitate a asistenței stomatologice în sistem public și privat // În „Sănătatea populației și reformele asistenței medicale în Republica Moldova”. Materialele Congresului II al specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Chișinău, 1999, p. 38—39.
4. Șcerbatiuc D., Topalo V., Ouatu V., Popovici T., Socolov S. Organizarea asistenței de chirurgie oro-maxilo-facială în condiții actuale în Republica Moldova. // Probleme actuale de stomatologie, Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi consacrat jubileului de 40 ani al facultății stomatologice a USMF „Nicolae Testemițanu”, 7—8 septembrie 1999, Chișinău p. 84—86.
5. Кудрявцева Т.В., Орехова Л.Ю. Возможные механизмы и уровни контроля качества стоматологической помощи населению. Стоматология. 2000; 2:43—44

*Prezentat la 04.06.2007*

# ТЕХНИКА МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОСТОЯННЫХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ

## SUMMARY

### *DIRECT METHOD IN THE PERMANENT FIRST MOLARS OCCLUSAL SURFACES MODELING TECHNIQUE*

The work presents the contemporary aspects of restorative therapy of the first molars occlusal surfaces by direct method making use of composite materials and adhesive systems. It specifies that, under normal conditions, the lateral teeth interocclusal relationship is set up depending upon the peculiarities of the occlusal relief. A variant technique and an algorithm for modeling the first molars occlusal surfaces according to the «envelope» principle are proposed, these ensuring an optimal reconstruction of this structure architecture.

*Key-words:* permanent first molars, restorative therapy, composites

Постолаки Александр  
доктор медицины,  
ассистент кафедры  
терапевтической  
стоматологии  
ГУМиФ им.  
„Н.Тестемичану“

## РЕЗЮМЕ

### *ТЕХНИКА МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОСТОЯННЫХ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ*

В статье рассматриваются современные аспекты восстановительной терапии окклюзионной поверхности боковых зубов прямым методом композиционными пломбировочными материалами и адгезивными системами. Исследование основано на изучении особенностей структуры интактной окклюзионной поверхности постоянных первых моляров при ортогнатическом прикусе. Отмечено, что межзубные взаимоотношения в боковых участках зубных дуг устанавливаются с учетом особенностей их окклюзионного рельефа и в частности с их узором. Предложен вариант техники и алгоритм моделирования окклюзионной поверхности моляров по принципу «конверта», которые обеспечивают оптимальное воспроизведение архитектоники данной структуры.

*Ключевые слова:* постоянные первые моляры, реставрационная терапия, композиты

## REZUMAT

### *TEHNICA DE MODELARE PRIN METODA DIRECTĂ A SUPRAFETELOR OCLUZALE ALE PRIMILOR MOLARI PERMANENTE*

În lucrare se discută aspectele contemporane de terapie restaurativă a suprafeței ocluzale a primilor molari prin metoda directă cu materiale composite și sisteme adezive. Se menționează că în condiții de normă relațiile interocluzale între dinții laterali se instalează în dependență de particularitățile reliefului ocluzal. Se propune o variantă tehnică și un algoritm de modelare a suprafeței ocluzale a primilor molari după principiul «plicului», care asigură o refacere optimă a arhitectonicii acestei structuri.

*Cuvinte-cheie:* primii molari permanente, terapie restaurativă, compozite

## ВВЕДЕНИЕ

Последние поколения композитных реставрационных пломбировочных материалов и адгезивных систем, постоянно подтверждают свою высокую клиническую эффективность в применении при любых по площади и классам дефектов твердых тканей зубов. С их помощью возможно полностью

восстанавливать и на длительный срок сохранять форму, функцию и эстетические характеристики зубов, утраченные вследствие поражения твердых тканей патогенными факторами различной этиологии [1,2,3,4]. Благодаря своим уникальным свойствам такие материалы стали рассматривать как альтернативу традиционному протетическому методу лечения [5]. Но, являясь сегодня одним из самых массовых видов восстановительных материалов, практически ежедневно приходится сталкиваться с различными трудностями при восстановлении разрушенных или некачественно пломбированными боковыми зубами из-за неправильного выбора материала при обширных поражениях твердых тканей и участков зубов испытывающих большие окклюзионные нагрузки. По данным [6], такие пломбы уже в ранние сроки после лечения пораженных зубов становятся неполноценными, что подтверждается при клиническом обследовании — в 49,9% случаев, а при рентгенологическом — в 79,78%. При этом часто можно наблюдать, что проводится лишь «устранение» дефекта без признаков моделирования окклюзионного рельефа пораженного кариесом зуба. Как отмечает Боровский Е.В. (2001) в 45% случаев форма жевательной поверхности не восстанавливается и имеет плоскую поверхность (рис.1).



**Рис. 1** Зубы 25, 26 без признаков моделирования окклюзионного рельефа

Вследствие этого, с течением времени развивается морфологическая и функциональная патология: дентоальвеолярное удлинение, недогрузка жевательной мускулатуры, изменение окклюзионной поверхности. В дальнейшем, восстановление зубов с неполноценно воспроизведенной или даже полностью отсутствующей характерной для них морфологией представляет значительные трудности.

В научной литературе недостаточно полно освещены вопросы моделирования окклюзионной поверхности боковых зубов прямым методом и на практике часто проводится интуитивно, а предлагаемые методы отличаются своим клиническим подходом к решению данной проблемы и своей последовательностью. С этих позиций сохраняют свою актуальность представления о формообразовании зубов. Такие исследователи, как Кюкенталь (1891) и Резе (1892) предложили

так называемую «конкресцентную теорию» или «теорию слияния зубных зачатков», в которой рассматриваются закономерности формообразования зубов в процессе совершенствования зубочелюстной системы животных и человека. Развивая данную теорию Матвеев Б.С. (1962) выявил и охарактеризовал структурно-функциональную единицу зуба — одонтомер, который представляет собой гомолог простого конического зуба у рептилий и включает в своем строении коронку, корень и полость. Типичным структурным аналогом одонтомера является клык человека, и при слиянии нескольких одонтомеров формируются многобугорковые (многокорневые) зубы. С позиции гипотезы о морфогенетических полях Батлер (1939) и Дальберг (1945) объясняют закономерности в морфологии зубов, а также различия в строении между классами зубов и зубами в пределах класса присущие зубочелюстной системе человека. Согласно гипотезе, выделяют ряд полей воздействия генов обуславливающих морфологические признаки зубной системы в целом и особенности строения зубов отдельных классов. Из этого следует, что клык является «ключевым» и достаточно стабильным звеном с наиболее высоким уровнем дифференциации в зубочелюстной системе человека, так как находится на грани различных функционально-ориентированных групп зубов и содержит в себе признаки как резцов, так и коренных зубов. Исходя из этих теорий, [7] предлагают рассматривать клык как определенную единицу измерения для придания соразмерности зубу в целом и его частям. Применяя различные алгоритмы построения при использовании формы клыка, как модуля или частей его элементов, можно получать самые разнообразные и сложные вариации форм зубов, ориентированных на борозду I порядка. На ряду с этими теориями Ветчинкин А.В. (2001) предложил методику, которая опирается на основные законы бионики и представляет собой алгоритм построения системы координат анатомических точек и линий наполнения формы в пропорциях «золотого сечения», позволяющих более точно воссоздать структуру построения зубов в зубном ряду и обеспечить правильное окклюзионное соотношение верхней и нижней челюстей [8].

В связи со сложной морфологией строения боковых зубов, их расположением и анатомическими особенностями строения мягких тканей нижней трети лица, остаются актуальными различные аспекты прямого реставрирования окклюзионной поверхности современными пломбировочными материалами.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

На основании особенностей морфологического строения боковых зубов, разработать алгоритм моделирования прямым методом окклюзионной поверхности постоянных первых моляров.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили результаты клинического и параклинического обследования 12 пар отобранных диагностических моделей полученных у студентов в возрасте 18-24 лет (I группа) с интактными зубными рядами и окклюзионной поверхностью в ортогнатическом прикусе и 18 (7м., 11ж.) пациентов в возрасте 18-28 лет (II группа) с цельными зубными рядами при нормальном прикусе с наличием кариозного поражения окклюзионной поверхности и / или имеющие обширные пломбы или искусственные коронки без архитектоники характерной для боковых зубов. Параклиническое обследование включало: рентгенологический метод, регистрацию и анализ окклюзионных контактов при помощи окклюдзограмм, артикуляционной бумаги Бауша, биометрию диагностических моделей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ результатов клинического обследования, данных полученных при помощи окклюдзограмм и оценка биометрических параметров диагностических моделей у 10 человек (I группа) позволили установить ряд особенностей строения окклюзионного рельефа первых моляров, которые, как правило, имеют своеобразный, индивидуальный окклюзионный рельеф, позволяющий вступать им в оптимальный контакт со структурными элементами зубов антагонистов.

### ПЕРВЫЙ МОЛЯР ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В окклюзионной норме, коронка первого моляра верхней челюсти по форме приближается к ромбовидной или квадратной, в зависимости от ее высоты и размера в мезиально-дистальном направлении с хорошо выраженными четырьмя бугорками, которые разделены бороздами, характер рельефа которых варьирует (рис. 2).

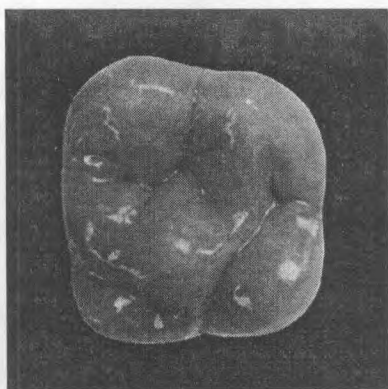


Рис. 2 Окклюзионный узор зуба 26

Наиболее изменчивым бугорком является дистальный язычный бугорок, расположенный в филогенетически наиболее молодой части коронки, так как мы встречали варианты зуба с частичной или полной редукцией данного бугорка, на что

указывают [9]. Одним из «ключевых» структурных элементов, который может являться определенным анатомическим ориентиром для правильного построения окклюзионной поверхности коронки моляра, по нашему мнению, является поперечный эмалевый валик («косой гребешок»), степень выраженности которого индивидуальна. Как отмечают [7], «косой гребешок» начинается в области вершины основного продольного гребешка вестибулярного дистального бугорка, соединяясь с основным продольным гребешком мезиального язычного бугорка, напоминая фигуру «песочных часов». В то же время [10] указывают, что «косой гребешок» представляет собой соединение дистальных треугольных гребешков вестибулярно-дистального и язычно-мезиального бугорков. Изучая диагностические модели, мы установили еще один вариант топографии «косого гребешка» — дистальный гребешок мезиального язычного бугорка образует соединение с основным продольным гребешком вестибулярного дистального бугорка. На жевательной поверхности коронки скаты бугорков расположены таким образом, что гребень одного продольного валика «вклинивается» между двумя соседними, что по нашему мнению, увеличивает площадь окклюзионной поверхности и обеспечивает дополнительную прочность такой биоконструкции под действием окклюзионной нагрузки. Известно, что под влиянием эволюционного развития и дифференцирования функций жевательный аппарат стал больше выполнять движения на сжатие, поэтому в строении зубочелюстной системы стали проявляться эффекты «клина» и «арки». В связи с этим жевательная поверхность зубов стала приобретать бугристую форму, а оси зубов — центрироваться в одной области головы.

При биометрии диагностических моделей, нами было установлено, что ширина «косого гребешка» в среднем составляет  $3 \pm 1$  мм, а в центральной части сужается к вершине гребня. Высота «косого гребешка» зависит от окклюзионного взаимоотношения между ним и вестибулярным дистальным (срединным) и дистальным (задним) бугорком, их высоты и глубины центральной ямки моляра-антагониста. Мезиальный вестибулярный бугорок располагается в мезиальной вестибулярной межбугорковой борозде первого нижнего моляра, дистальный — над дистальной вестибулярной бороздой, а межбугорковая вестибулярная борозда верхнего моляра проецируется на середину вестибулярного дистального бугорка нижнего моляра. «Косой гребешок» и вестибулярные дистальные бугорки могут образовывать между собой три основных типа окклюзионных контактов: 1) вестибулярный дистальный бугорок контактирует с передней центральной ямкой, а дистальный бугорок с задней центральной ямкой первого верхнего моляра. «Косой гребешок» проецируется на область вестибулярной дистальной

борозды моляра-антагониста. «Косой гребешок» выражен в центральной части и чаще не прерывается поперечной бороздой или она слабо выражена на мезиальном скате гребня. Соотношение межбугорковых борозд моляров-антагонистов сохраняется, как указано выше; 2) вестибулярный дистальный бугорок нижнего моляра образует окклюзионный контакт в центральной части «косоугольного гребешка». «Косой гребешок» не выражен в центральной части и может пересекаться поперечной бороздой или она слабо выражена на мезиальном скате гребня. Вестибулярная межбугорковая борозда верхнего моляра проецируется над мезиальной вестибулярной бороздой нижнего; 3) Дистальный бугорок нижнего моляра образует окклюзионный контакт с центральной частью «косоугольного гребешка», который слабо выражен и может пересекаться поперечной бороздой. Вестибулярная межбугорковая борозда верхнего моляра проецируется ближе к вестибулярной дистальной борозде нижнего моляра. При всех трех типах окклюзионных взаимоотношений первых моляров, во фронтальном участке в большинстве случаев наблюдается перекрытие нижних резцов верхними на 1/3 высоты коронки, но возможен контакт режущих краев или минимальное перекрытие верхними резцами. Данная закономерность учитывалась нами при моделировании архитектоники окклюзионной поверхности указанных зубов.

#### ПЕРВЫЙ МОЛЯР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Вокклюзионной норме, коронка первого моляра нижней челюсти по форме близка к прямоугольной или пятиугольной, в зависимости от количества и формы бугорков на жевательной поверхности с преобладанием мезиально-дистального размера над высотой коронки. Вестибулярная поверхность коронки рельефна за счет борозд, варьирующих по глубине и длине и выпукла, с наклоном у края жевательной поверхности в оральную сторону, а оральная сторона также выпукла, но меньше вестибулярной. Типичным является наличие пяти жевательных бугорков — трех вестибулярных и двух язычных, из которых наиболее крупным и высоким является вестибулярный мезиальный бугорок и наименее выраженный дистальный. Величина и взаимное расположение бугорков коррелирует с рельефом борозд, которые или крестообразны или несколько напоминают букву «Ж». Среди них выделяют борозды I-го, II-го и III-го порядка. Борозды I-го порядка — межбугорковые (наиболее глубокие). Борозды II-го порядка — менее глубокие, чем I-го порядка, разделяют гребешки в пределах бугорка, а борозды III-го порядка, отделяют дополнительные бугорки коронки. При этом борозды I-го порядка (мезиальная, дистальная, вестибулярная и язычная) могут формировать узоры различной формы, из которых наиболее часто встречаются три типа узоров борозд в виде «+» (плюса), «Y» (игрека) или «X» (икса):

1) «плюс «+»-узор» формируется при пересечении мезиально-дистальной и вестибулярно-язычной борозд с образованием одной центральной ямки или общей точки контакта между бугорками. (рис. 3).



Рис. 3 Окклюзионный узор «+» зуба 37

2) «игрек «Y»-узор» формируется при пересечении мезиальной и вестибулярной борозд, с образованием передней центральной ямки, от которой берет свое начало борозда и идет к точке пересечения дистальной и язычной борозды — задняя центральная ямка. По нашим наблюдениям такой узор образуется тогда, когда на язычном мезиальном бугорке имеется в разной степени выраженности продольный эмалевый валик, который соединяется через короткую борозду с вестибулярным дистальным бугорком (рис. 4).



Рис. 4 Окклюзионный узор «Y» зуба 36 зуба

3) «икс «X»-узор» формируется при пересечении мезиальной и язычной борозд с образованием передней центральной ямки, а при соединении вестибулярной и дистальной борозды — задняя центральная ямка. Между вестибулярным мезиальным бугорком и язычным дистальным может существовать прямой не разделенный бороздой контакт (рис. 5).

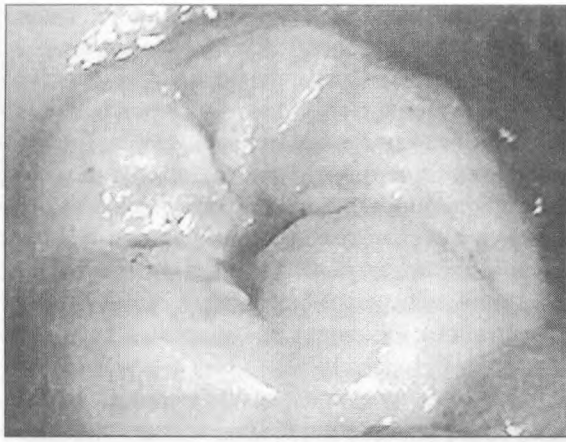


Рис. 5 Оклюзионный узор «Х» зуба 37

Дмитриенко С.В. и соавт. (2001) полагают, что варианты узоров борозд находятся в прямой зависимости от наиболее вариабельной дистальной части коронки, включающей вестибулярный дистальный бугорок, дистальный бугорок и язычный дистальный бугорок [9].

Таким образом, мы считаем, что топография «косого гребешка» первого верхнего моляра взаимосвязана с типами узора окклюзионного рельефа первого нижнего моляра, что обеспечивает при их взаимоотношении оптимальную окклюзию и, следовательно, это обстоятельство необходимо учитывать при моделировании.

Реставрация первых моляров при полном разрушении окклюзионной поверхности было проведено у 11 пациентов (5 моляров на в/ч и 7 моляров на н/ч). Этапы моделирования представлены на схеме (рис. 6; 7; 9) и клиническими случаями (рис. 8; 10), а при сохранении высоты хотя бы одного бугорка на моляре — у 9 пациентов (4 моляра на в/ч и 5 моляров на н/ч). При реставрациях применялись светоотверждаемые композиты «Filtek P-60», «Filtek Z-250» и «Filtek flow» (3М ESPE) с соблюдением инструкции по их применению.

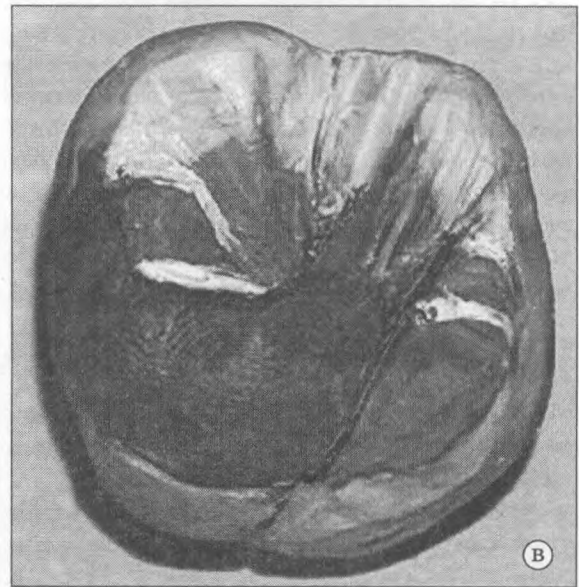
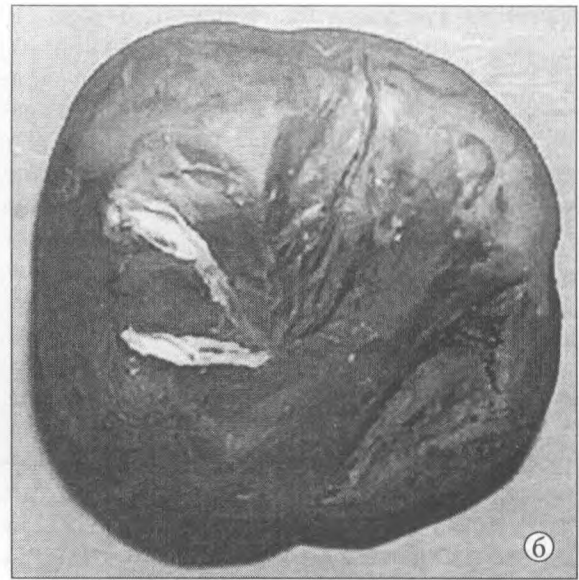
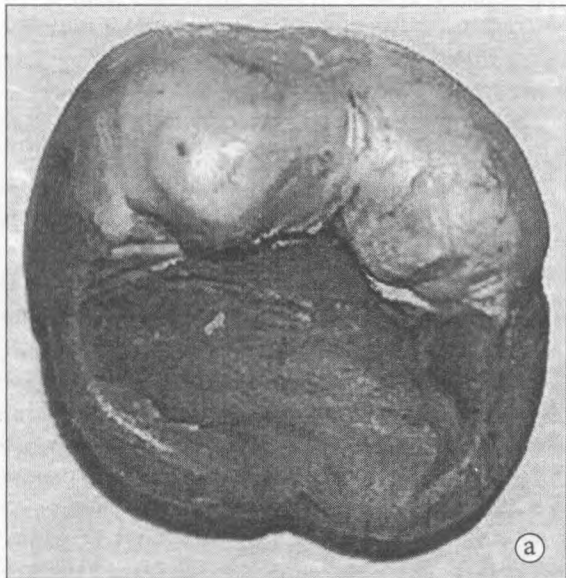


Рис. 6 Этапы моделирования окклюзионной поверхности коронки зуба 26 при полном разрушении высоты бугорков (схема): а) моделирование мезиального и дистального вестибулярного бугорка; б) моделирование мезиального язычного бугорка и формирование «косого гребешка»; в) моделирование окклюзионной поверхности мезиальной и дистальной части коронки зуба;

Этапы техники моделирования окклюзионной поверхности первого верхнего моляра при полном ее разрушении.

1) Изучение межокклюзионных взаимоотношений, рельефа и особенностей структуры «косого гребешка». Перед началом реставрации целесообразно получить оттиски и изготовить диагностические модели из высокопрочного гипса для определения индивидуальных особенностей ортогнатического прикуса, межокклюзи-



онных взаимоотношений в области боковых и фронтальных зубов, степень перекрытия нижних фронтальных зубов верхними, а также топографию окклюзионных контактов. Особое внимание уделяется изучению окклюзионного рельефа и строению «косого гребешка». При отсутствии возможности изготовления диагностических моделей, указанные выше критерии целесообразно определить в условиях полости рта. Топографию окклюзионных контактов определяют при помощи артикуляционной бумаги «Vausch» на не рационально восстановленной окклюзионной поверхности, а также наличие или отсутствие вертикальной миграции зубов. При полном разрушении окклюзионной поверхности необходимо определить проекцию вестибулярного дистального (срединного) бугорка первого нижнего моляра по отношению к разрушенной поверхности зуба-антагониста. С помощью функциональных тестов следует изучить степень дизокклюзии при выдвижении нижней челюсти в сагиттальной и трансверсальной плоскости, как ориентир определенной взаимосвязи между глубиной перекрытия зубов во фронтальном участке, высотой бугорков боковых зубов и окклюзионных кривых. Чем больше выражено фронтальное перекрытие зубов, тем больше выражена высота бугорков боковых зубов и тем резче выражены окклюзионные кривые. При обнаружении не функциональных окклюзионных контактов, перед началом лечения следует проводить их устранение путем избирательной шлифовки.

2) Определение цвета будущей реставрации при помощи шкалы цветовых оттенков данного композитного материала.

3) При наличии дефекта зуба, который не укладывается ни в один из классов по Блэку, мы следовали по предложенному Радлинским С.В. (1996, 1999, 2000) принципу, суть которого заключается в построении опорных частей коронки отдельными порциями реставрационного материала, названных «марками». Благодаря построению «марок», мы также последовательно переводим произвольный дефект коронки в дефект МОД — мезиально-окклюзионно-дистальный. Следовательно, «марками» будут являться вестибулярная и оральная поверхность боковых зубов. Затем дефект коронки из МОД переходит в дефект МО — мезиально-окклюзионный, с построением апроксимального дистального контакта, так как через свободное центральное пространство, незаполненное пломбирочным материалом, свет полимеризационной лампы легче проходит, что обеспечивает лучшую полимеризацию апроксимальных частей реставрации. Далее выполняется медиальный контактный пункт с переводом дефекта в О — окклюзионный.

4) Моделирование мезиального вестибулярного бугорка с предварительным определением его высоты по зубу с противоположной сторо-

ны зубной дуги или ориентирование на высоту коронки второго премоляра на рабочей стороне. При отсутствии сохраненной высоты бугорков с обеих сторон, восстановление проводится по средним значениям высоты одонтомера. Для правильного пространственного ориентирования при построении бугорков, моделирование проводится с учетом трех основных линий: 1) линия соединяющая верхушки вестибулярных бугорков; 2) линия центральной борозды окклюзионной поверхности; 3) линия соединяющая верхушки оральных бугорков [8].

5) Моделирование вестибулярного дистального бугорка и формирование вестибулярной борозды (границы одонтомеров) с переводом ее на окклюзионную поверхность к центру коронки.

6) Моделирование мезиального язычного бугорка и поперечного эмалевого валика — «косого гребешка». Мезиальный гребень бугорка плавно переводим в достаточно выраженный мезиальный краевой гребень, а дистальный — соединяется в центральной части жевательной поверхности с продольным гребнем вестибулярного дистального бугорка. Сформированный «краевой гребешок» разделяет окклюзионную поверхность коронки на две неравные половины. Далее моделируем окклюзионный рельеф мезиальной и дистальной части коронки зуба с учетом особенностей ее архитектоники. При значительном разрушении язычной поверхности коронки, бугорок Карабелли реставрируется отдельной порцией материала.

7) Моделирование окклюзионного рельефа мезиальной части коронки зуба с учетом особенностей ее архитектоники и формирование передней центральной (треугольной) ямки.

8) Моделирование дистального язычного бугорка и формирование задней центральной (треугольной) ямки с дистально-язычной бороздой.

9) Определение характера смыкания восстановленного зуба с зубами-антагонистами и топографии окклюзионных контактов при помощи артикуляционной бумаги «Vausch». Их коррекция в центральной и функциональной окклюзии.

10) Финишная обработка реставрации.

#### **Этапы техники моделирования окклюзионной поверхности первого верхнего моляра при сохранении высоты бугорков**

Принципы и последовательность моделирования в таких клинических ситуациях проводится по тем же правилам, как указывалось выше, с учетом количества сохранившихся бугорков и узора окклюзионной поверхности характерного для данного зуба (рис. 7). Если не предполагаются эндодонтические мероприятия, а также в том случае, когда плотные межзубные контакты не позволяют моментно изолировать несколько зубов в пределах квадранта, то коффердам рекомендуется наклады-

вать методом «slit-dam». Сущность этого метода состоит в том, что на коффердаме делают длинный разрез и целый квадрант изолируют одновременно без материала в межзубных промежутках.

Восстановление окклюзионной поверхности зуба 16 при сохранении высоты бугорков представлено на клиническом примере (рис. 8).

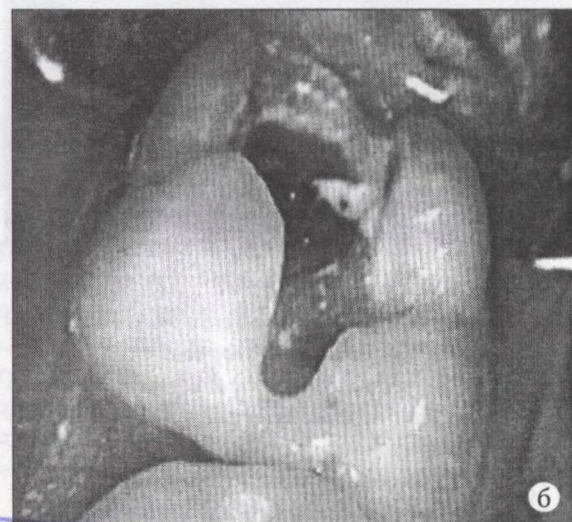
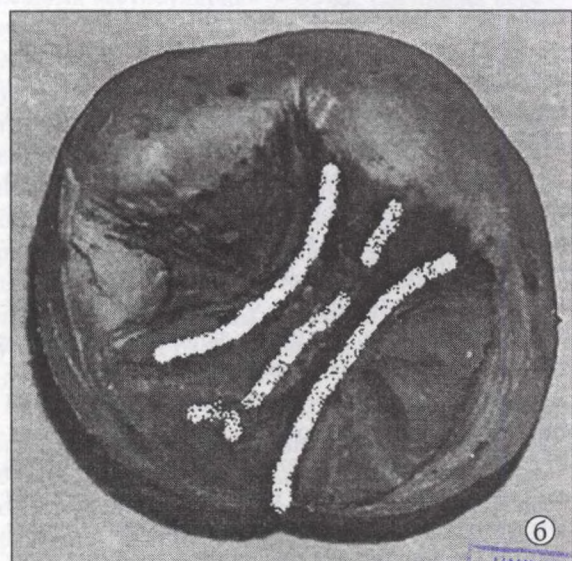
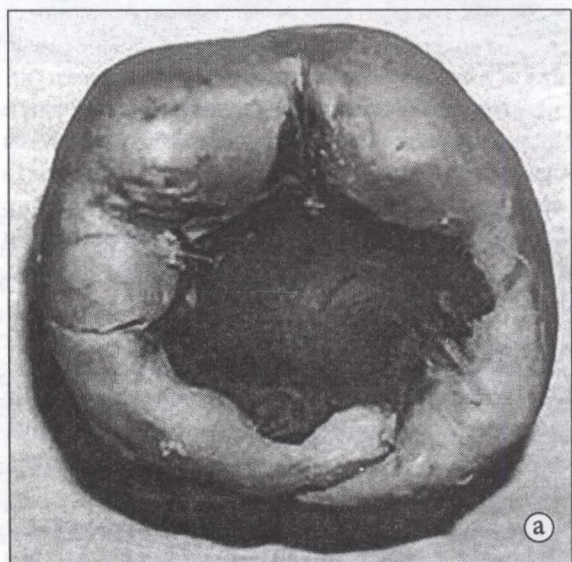
### Этапы моделирования первого нижнего моляра с учетом типа узора при полном разрушении окклюзионной поверхности

1) Изучение межокклюзионных взаимоотношений, рельефа и определение типа узора на первых нижних молярах. Перед началом реставрации, необходимо изучить окклюзионные взаимоотношения между зубными рядами и в частности между первыми молярами на стороне пораженного зуба (см. выше). При разрушенной, не рационально восстановленной окклюзионной поверхности симметричного зуба или его отсутствии, необходимо определить место проекции окклюзионного контакта мезиального язычного бугорка верхнего моляра антагониста. В таких случаях, мы рекомен-



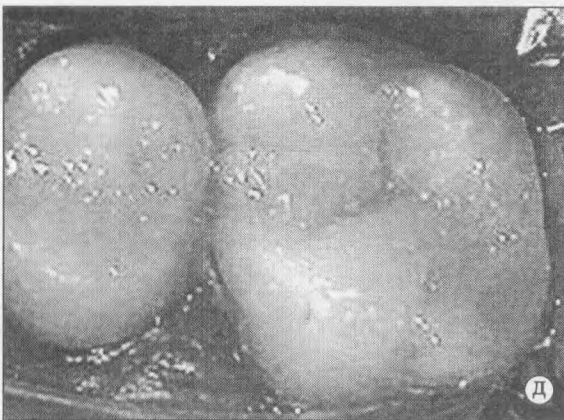
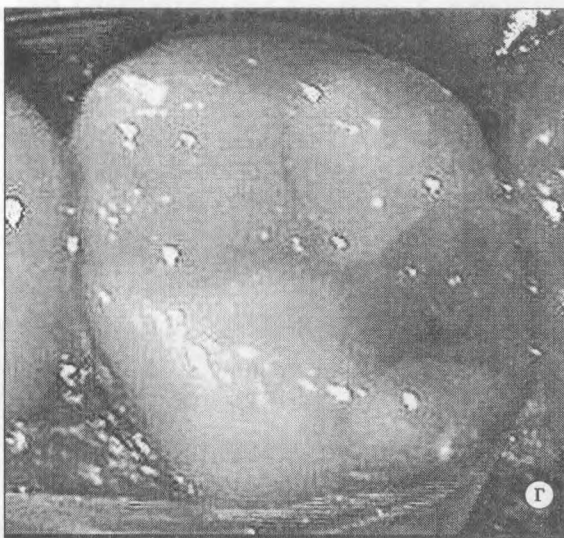
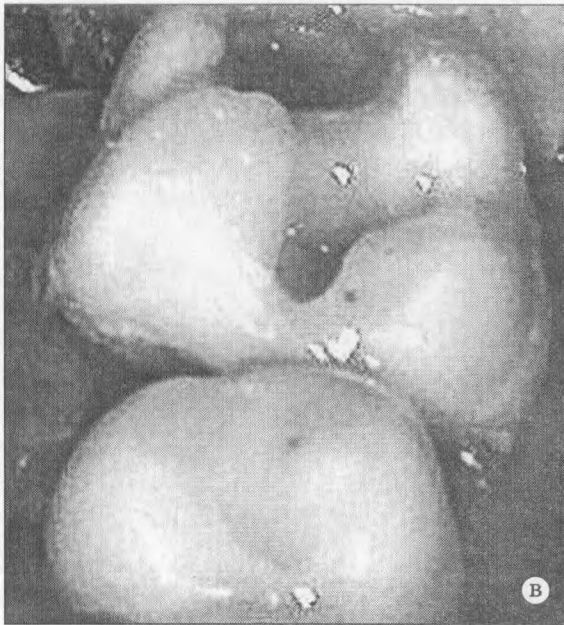
Рис. 7 Этапы моделирования окклюзионной поверхности зуба 26 при сохранении (частичном или полном) высоты бугорков (схема):

- а) разрушение центральной части окклюзионной поверхности коронки;
- б) моделирование мезиального язычного бугорка и формирование «косого гребешка»;
- в) моделирование окклюзионной поверхности, дополнительных бугорков и триангулярных ямок



S 11507

UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINA ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"  
BIBLIOTECA



**Рис. 8** Клинический пример восстановления окклюзионной поверхности зуба 16 при сохранении высоты бугорков:  
 а) регистрация окклюзионных контактов на боковых зубах перед началом препарирования;  
 б) сформированная полость;  
 в) формирование «косого гребешка»;

г) формирование окклюзионной поверхности мезиального вестибулярного бугорка;  
 д) формирование окклюзионной поверхности дистального небного бугорка

дуем проводить реконструкцию окклюзионной поверхности зуба «плюс «+» — узором», как наиболее простого. В норме, при «плюс «+» — узоре» характерно наличие одной центральной ямки, с которой в положении центральной окклюзии, мезиальный язычный бугорок верхнего моляра-антагониста образует окклюзионный контакт. При «игрек «Y» — узоре» и «икс «X» — узоре», характерно наличие мезиальной и дистальной центральной ямки. Мезиальный язычный бугорок образует при этих типах узора окклюзионный контакт в области дистальной центральной ямки. Из этого следует, что местоположение окклюзионного контакта образованного мезиальным язычным бугорком может служить ориентиром для более оптимального восстановления разрушенной жевательной поверхности первого нижнего моляра, которая могла быть до ее разрушения. Это позволит создавать более точные окклюзионные межбугорковые окклюзионные взаимоотношения и в каждом клиническом случае выбрать индивидуальный план восстановительного лечения. Таким образом, в зависимости от типа узора, мы будем учитывать их характерные особенности при моделировании. При биометрии моделей также определяли наличие или отсутствие миграции зубов и характер перекрытия нижних зубов верхними во фронтальном участке.

2) Определение цвета реставрации при помощи шкалы цветовых оттенков.

3) Построение опорных частей коронки отдельными порциями реставрационного материала и перевод дефекта в МОД — дефект (мезиально-окклюзионно-дистальный).

4) Перевод в дефект — МО (мезиально-окклюзионный). После установки секционной матрицы и клина, проводится восстановление апроксимальной дистальной стенки и контактного пункта.

5) Перевод в дефект — О (окклюзионный). Установка секционной матрицы и клина, с построением апроксимальной мезиальной стенки и контактного пункта.

6) На данном этапе, в независимости от типа узора, мы на основе принципов формообразования коронок зубов из модулей-одонтомеров предлагаемой Ломиашвили Л.М, Аюповой Л.Г. (2004), начинаем моделирование с вестибулярного дистального бугорка, который занимает центральное положение вестибулярной части моляра, с предварительным определением высоты коронки по симметрично расположенному зубу. При отсутствии сохраненной высоты бугорков с обеих сторон, восстановление проводится по средним значениям высоты одонтомера. Таким образом, мы одновременно устанавливаем границы трех

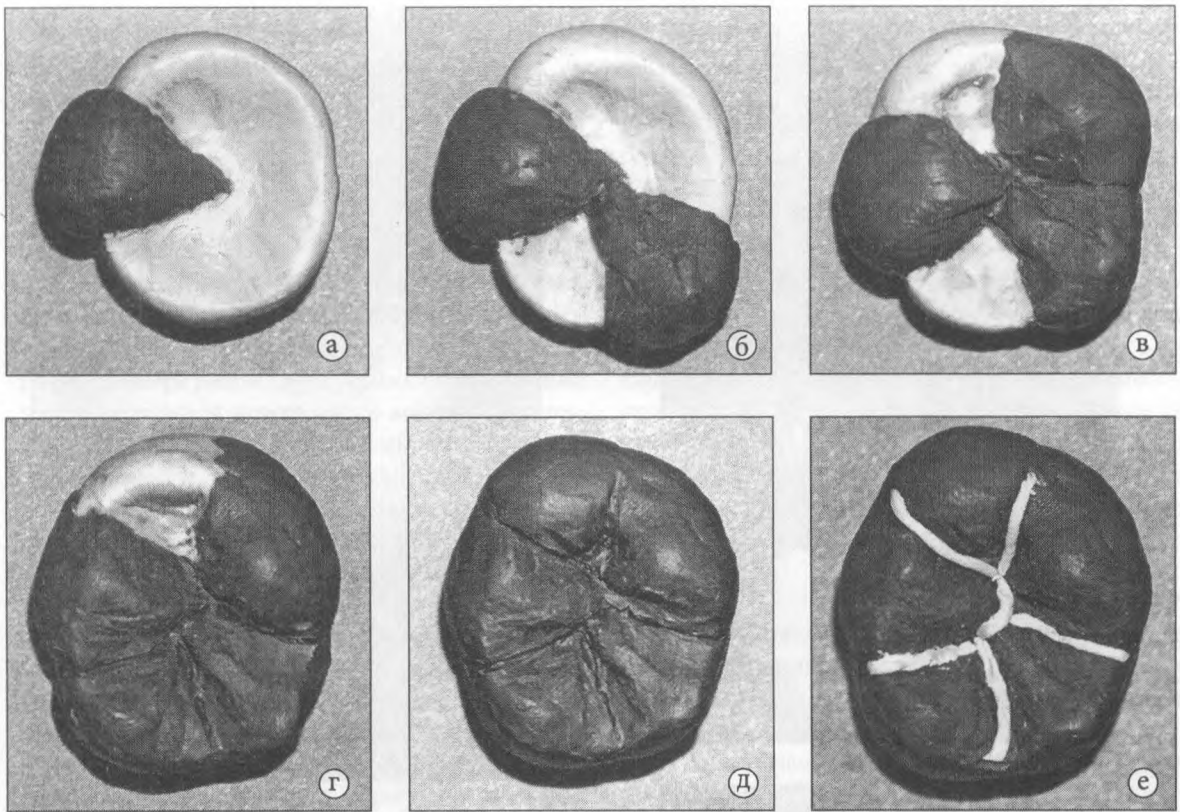


Рис. 9 Этапы моделирования окклюзионной поверхности зуба 46 при полном разрушении окклюзионной поверхности с формированием «игрек «Y» — узора» (схема)

вестибулярных бугорков и двух борозд, из которых мезиальная вестибулярная борозда несколько длиннее и более выражена, чем дистальная вестибулярная

7) В зависимости от типа узора проводится последовательное реставрирование окклюзионной поверхности:

а) при «плюс «+» — узоре» приступаем к моделированию язычного дистального бугорка. Этот бугорок реставрируется выше и острее дистального (заднего). Ориентиром для мезиальной границы бугорка (язычная борозда) является мезиальная вестибулярная борозда, где при их пересечении в центральной части коронки образуется центральная ямка или общая точка контакта между бугорками. Далее проводим последовательно отдельными порциями материала моделирование вестибулярного мезиального бугорка. Его моделирование, как более массивного проводим уже по имеющимся дополнительным анатомическим ориентирам — вестибулярному дистальному и мезиальному язычному бугорку. Между мезиальным вестибулярным и мезиальным язычным бугорком, часто расположен дополнительный бугорок.

б) при «икс «X» — узоре» проводится моделирование язычного дистального бугорка таким образом, чтобы продольный валик пересекал по диагонали центральную часть коронки в направлении вестибуло-мезиального бугорка. От-

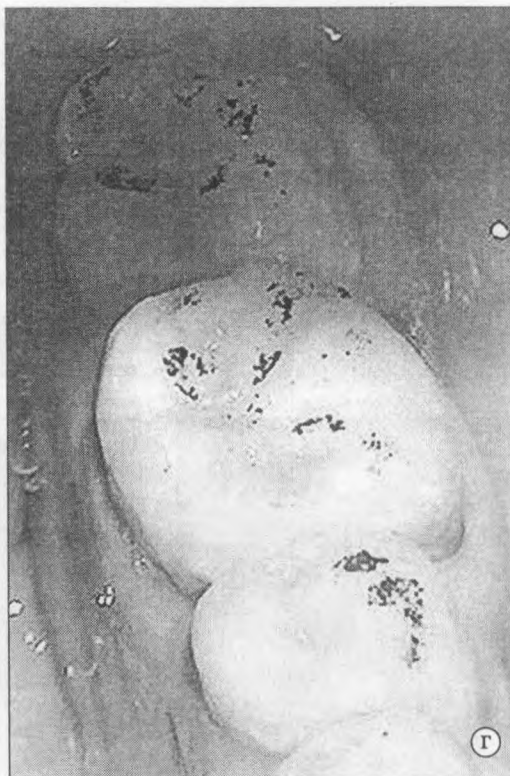
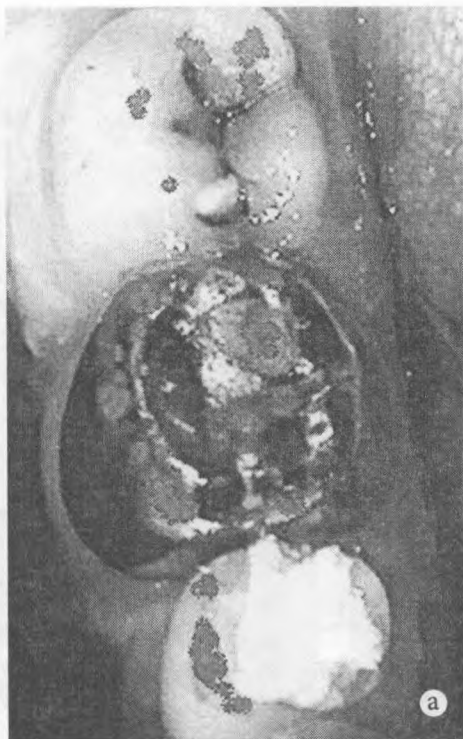
дельными порциями композита реставрируем вестибулярный мезиальный, вестибулярный дистальный (срединный) и язычный мезиальный бугорки.

в) при «игрек «Y»-узоре» проводится моделирование мезиального язычного бугорка, который своим выраженным продольным валиком соединяется через короткую борозду в центральной части коронки, с вестибулярным дистальным бугорком, разделяя окклюзионную поверхность на две части. Далее проводим последовательно построение отдельными порциями материала — язычного дистального и вестибулярного мезиального бугорка. После этого проводим моделирование язычного мезиального бугорка, который несколько выше и крупнее язычного дистального. Угол, образованный скатами бугорков, обращенными друг к другу, близок к прямому. Отдельной порцией материала формируем дополнительный мезиальный бугорок.

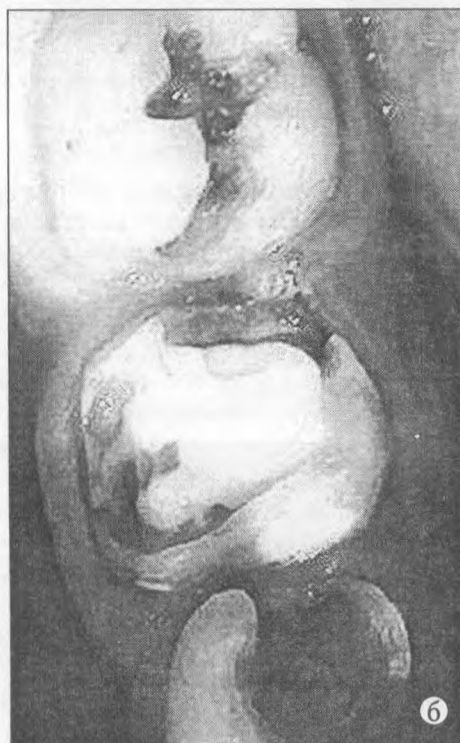
8) Моделирование дистального бугорка является финишным этапом в моделировании окклюзионной поверхности первого нижнего моляра для всех трех основных типов узора;

9) Определение характера смыкания восстановленного зуба с зубами-антагонистами, топографии окклюзионных контактов артикуляционной бумагой «Bausch», их коррекция в центральной и функциональной окклюзии.

10) Финишная обработка реставрации (рис. 8; 10).



**Рис. 10** Клинический пример реставрирования зубов 35, 36, 37 с определением окклюзионных контактов до и после лечения.



Этапы моделирования окклюзионной поверхности с учетом типа узора при сохранении (частичном или полном) высоты бугорков первого нижнего моляра.

В таких клинических ситуациях дефект коронки зуба можно описать, как МОД — дефект или МО — или ОД — дефект, который необходимо перевести в О — дефект. В дальнейшем, основные принципы и последовательность моделирования проводится по тем же правилам, как указывалось выше, с учетом количества сохранившихся бугорков и узора окклюзионной поверхности характерного для данного зуба (рис. 10).

#### **ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Анатомическая форма первых моляров по своему строению является одной из самых сложных в зубочелюстной системе и независимо от того, каким методом будет проводиться восстановление дефекта коронковой части зуба, ключевым моментом является моделирование рельефа окклюзионной поверхности. Для каждой структурной единицы природой предназначена своя функциональная роль, а особенности их морфологического строения определяют расположение окклюзионных контактов удерживающих высоту прикуса. Благодаря такой тонкой дифференциации значительным образом увеличивается рабочая площадь жевательной поверхности зубов, обеспечивая тем самым оптимальное выполне-

ние предназначенной им функции. На основании этого, был разработан вариант техники моделирования рельефа окклюзионной поверхности первых моляров по принципу «конверта», когда реконструкция проводится с последовательным восстановлением противоположащих бугорков. Как указывает [3], каждый бугорок жевательной поверхности по форме напоминает четырехгранную пирамиду, основание которой имеет форму неправильного четырехугольника и находится внутри зубной коронки, а треугольные грани образуют четыре ребра. Одно из них расположено на окклюзионной поверхности коронки и с точки зрения жевательной эффективности является самым важным, так как на расстоянии 1-2мм от вершины бугорков на них находятся окклюзионные контактные точки, которые являются дробителями пищи, а грани пирамиды обеспечивают устойчивость биоконструкции во время функции. Вероятно, такая форма бугорков обеспечивает не только функцию дробления пищи, но и позволяет равномерно распределять окклюзионное давление по ребрам бугорков к основанию пирамиды, уровень которой расположен в области экватора, тем самым предотвращая перегрузку опорных тканей пародонта по длинной оси зуба. Это предположение подтверждают исследования, которые провели Боянов Б., Райчев Л. (1981), что при нагрузке на зуб напряжение распространяется вдоль продольных осей или тангенциально — в контактных точках между зубами — антагонистами [10].

Предлагаемая нами техника моделирования опирается главным образом на анатомические особенности строения первых моляров, которые по нашему мнению являются определенными ориентирами при проведении реставрации и только дополняет известные методы. Например, Радлинский С.В. (1999) предлагает восстанавливать окклюзионную поверхность отдельными порциями реставрационного материала имитируя отдельные бугорки зуба, которые своими границами сформируют специфический рисунок фиссур характерный для данного зуба [2]. По мнению Новикова В. (2001), следует ориентироваться на сохраненные вершины бугров и основное формирование жевательной поверхности проводить после полимеризации реставрационного материала специальными алмазными борами различной зернистости на этапе финишной обработки реставрации [11]. Салова А.В., Рехачев В.М. (2004) на клиническом примере демонстрируют восстановление 46 зуба и рекомендуют реставрировать вначале щечные опорные бугры и затем язычные направляющие, а ослабленные бугры уменьшать на 2 мм по высоте и в дальнейшем перекрывать композитом [12].

Таким образом, знание анатоми-гистологического строения боковых зубов, теоретических положений о биомеханике зубочелюстной систе-

мы и физико-химических свойств пломбирочных материалов являются основополагающими факторами для достижения положительного результата лечения. Следует учитывать, что чем больше площадь разрушения окклюзионной поверхности тем сложнее добиться успеха без определенного алгоритма моделирования, который помогал бы более точному пространственному ориентированию в особенностях архитектоники. Нерационально проведенное восстановление окклюзионной поверхности нарушает максимальный межбугорковый контакт, что может способствовать развитию структурных изменений в тканях пародонта, вызвать хроническое нарушение активности жевательных мышц и привести к дисфункции височно-нижнечелюстных суставов.

### ВЫВОДЫ

1. При моделировании окклюзионного рельефа первых моляров, следует руководствоваться их индивидуальной архитектурой и в частности узорами рельефа;

2. Предложен метод моделирования окклюзионной поверхности первых моляров по принципу «конверта», который обеспечивает наиболее точное воспроизведение окклюзионного рельефа.

### БИБЛИОГРАФИЯ

1. Боровский Е.В. Кариевые зубы: препарирование и пломбирование / М.: — 2001. — 143 с.
2. Радлинский С.В. Реставрация боковых зубов: стратегия и принципы / ДентАрт. — 1999. - № 4. — с. 30—40.
3. Радлинский С.В. Реставрация боковых зубов: конструкции и классы / ДентАрт. — 2000. - № 1. — с. 31—40.
4. Burlacu V., Fala V., Cartaleanu A., Burlacu V., Stratu V., Vataman T. Aspecte de terapie restaurativă directă cu sisteme compoziționale moderne / Anale știin. USMF «Nicolae Testemițanu». Probleme actuale în medicina internă. Zilele Univer. cons. jub. 60 de ani ai învățăm. med. sup. din RM. Vol. III B, Ediția VI. Chișinău, 2005. — p. 449 — 452.
5. Wichman M. Расширение показаний к проведению терапевтического лечения как альтернативы ортопедическому вмешательству. / Квинтэссенция. — 1993. — № 4. — с. 4—6.
6. Рогожников Г.И., Логинов В.А., Асташина Н.Б. и др. Реставрация твердых тканей зубов вкладками / — М.: Из-во «Медицинская книга». — 2002. — 150 с.
7. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов / М.: Из-во «Медицинская книга». — 2004. — 252 с.
8. Ветчинкин А.В. Эстетические основы формообразования зубов / Стоматология для всех. — 2001. — № 1, (14). — с. 12—14.
9. Дмитриенко С.В., Иванов Л.П., Краюшкин А.И., Пожарницкая М.М. Практическое руководство по моделированию зубов / — М.: — 2001. — 240 с.
10. Боянов Б., Райчев Л. Моделно фотоеластично изследване на вътрешните напрежения при натоварване на зъбите / Стоматология (София). — 1980, 62, № 3. — с. 158—162 // М.Р.Ж., № 2, 1981.
11. Новиков В. Окклюзия в реставрации зубов / ДентАрт. — 2001, № 4. - с 35—40.
12. Салова А.В., Рехачев В.М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии: Практическое руководство / СПб.: Из-во «Человек». — 2004. — 160 с.

Prezentat la 20.04.2007

# APLICAREA ANTISEPTICULUI „BETADINE” ÎN TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR STOMATOLOGICE

Valentina NICOLAICIUC  
D.ș.m., Conf.  
Universitar, Clinica  
stomatologică USMF  
„N. Testemițanu”  
Catedra stomatologie  
terapeutică.

## SUMMARY

### THE APPLICATION OF ANTISEPTIC SOLUTION „BETADINE” IN TREATMENT OF STOMATOLOGICAL AFFECTION

The usage of „Betadine” to 310 patients (102 surgical patients, 208 — therapeutical patients, the age of 20-55 years old, 201 females, 109 — males) in stomatological practice permits on the obtained results to set out its efficacy, due to extensive antimicrobial spectrum of action. The lasting treatment with „Betadine” less than 30% doesn't produce any adverse reactions, it has a reasonable price and has a pleasant taste. Having based on clinical obtained results during 6 months, it can be recommended in stomatological practice in the treatment of marginal periodontal diseases, apical periodontitis and mucous lesions of the oral cavity.

## REZUMAT

Folosirea „Betadine” la 310 pacienți (102 pacienți — chirurgicali, 208 pacienți — terapeutici, în vârstă de la 20-55 ani, femei — 201, bărbați — 109), în practica stomatologică permite pe baza rezultatelor clinice de a trasa eficacitatea lui. Datorită spectrului larg de acțiune antimicrobiană. Durata tratamentului cu „Betadine” mai mică cu 30%, nu provoacă reacții adverse, este destul de eficientă, posedă un gust plăcut. Pe baza datelor clinice obținute în timp de 6 luni, îl recomandăm în practica stomatologică în tratamentul afecțiunilor parodontitelor marginale, periodontitelor apicale și leziunilor mucoasei cavității bucale.

## INTRODUCERE

Este cunoscut că în cavitatea bucală se găsesc mai mult de 200 de specii de germeni microbieni. Sunt prezenți aerobi și anaerobi, fungi, etc.

Concentrarea aerobilor și florei facultative într-un ml de salivă este de  $10^7$ , anaerobilor  $10^8$ . În permanență în cavitatea bucală predomină streptococi, neiserii, lactobacile, difteroiți, coci anaerobi (peptostreptococi, peptococi), veilonelle, fuzobacterii, leptotrihii, spirohete.

În leziunile parodontale predomină germeni Gram-negativi anaerobi, bacterioizi, fuzobacterii, spirohete, actinomicete, coci anaerobi.

Dezvoltarea proceselor patologice în parodontiu se petrece în următorul mod: agenții infecțioși elimină toxine bacteriene (lipopolizaharide, acid lipoteic, muramidipeptid, etc.), care activiază osteoclaștii. În focarul de inflamație se elimină prostoglandine, care activiază osteoclaștii. Procesele inflamatoare în parodontiu se determină de viteza de reproducere a populației de germeni în pungile parodontale, de agresivitatea lor, formarea fermentilor și toxinelor. Resorbția osului este la baza mecanismelor de dezvoltare a parodontitelor. Rolul favorizant în procesele distructive aparține complimentului, care este activat de complexul antigen — anticorp, ce provoacă sinteza prostoglandinei E și resorbția osului.

Tratamentul periodontitelor apicale cronice constituie una din problemele importante ale stomatologiei contemporane. Periodontitele și chisturile radiculare ocupă locul trei, după carie și pulpite [1]. Adresarea pacienților cu periodontite acute purulente este 32%, seroase 16,8%, cu periodontita cronică granuloasă 28,3%, granulomatoasă 13%, fibroasă 9,9%.

În periodontitele apicale predomină flora anaerobă (st. aureus, st. epidermidis, st. saprophyticus,  $\alpha$  și  $\beta$  streptococcus și microflora anaerobă (B. fragilis, B. melanogenicus, B. oralis, Veillonella, Actinomyces, Spirochetes, etc.). În caz de tratament neadecvat, sau necalitativ, al bolnavilor cu periodontite pot apărea procese inflamatorii odontogene, sensibilizarea organismului [2-5]. Se observă forme com-

plicate ale infecției odontogene, asociate cu distrucții masive ale țesutului osos adiacent, pe fundalul cărora poate apărea septicemie, meningită, sinustromboză, mediastinită etc.

Spre a evita asemenea stări, se cere asocierea metodelor contemporane endodontice noi cu antiseptice eficiente.

În ultimii ani clinicienții în diferite domenii ale medicinei cu succes aplică preparatul „Betadine“, care are o puternică acțiune dezinfectantă.

Spectrul de acțiune a „Betadine“.

**Tabelul 1**

Bacterii gramnegative	Bacterii grampozitive	Ciuperci	Virusuri
Aerobacter aerogenes	Bacillus	Aspergillus	Adenoviridae
Bacteroides spp.	Clostridium	Candida	Paramyxovirus
Citrobacter spp.	Corynebacterium	Cryptococcus	Rotavirus
Edwardsiella spp.	Diplococcus pneumoniae	neoformans	Papoviridae
Esherichia spp.	Diphteroides	Epidermophyton	Coxsackie virus
Haemphilus coli	Micrococcus flavus	floccosum	Poliovirus
Herellea spp.	Sarcinulutea	Microsporon audouini	Rhinovirus
Klebsiella spp.	Staphilococcus	Nocardia	Herpesviridae
Mimea polymorpha	Streptococcus	Penicillium	Rubivirus
Neisseria gonorrhoeae	Bacterii acido-rezistente	Pityrosporon ovale	Influenzavirus
Proteus spp.	Mycobacterium	Saccharomyces	HTLV-UI; HIV
Pseudomonas spp.	Treponeme	carlsbergensis	Protozoare
Salmonella spp	Treponema pallidum	Trichophyton	Entamoeba histolitica
Cardnerella vaginalis			Trichomonas vaginalis
Shigella spp.			
Serratia spp.			

În stomatologie timp îndelungat sa aplicat în tratamentul leziunilor stomatologice „Chlorhexidina“. Au fost obținute date despre proprietățile comparative ale „Betadine“ și „Chlorhexidina“.

**Tabelul 2**

Spectrul antimicrobian	Betadine	Chlorhexidină
Grampozitive	+++	+++
Gramnegative	+++	+
Ciuperci	+++	+
Virusuri	+++	—
Protozoare	+++	+
Spori	T°- normală	100°C
Viteza de apariție a efectului	< 30 sec, > FLR <sup>1</sup>	1 — 2 min, 5 FLR <sup>1</sup>
Rezistența	—	Proteus E. coli P. Acruginosa Serratia MRSA <sup>2</sup>

Comparația activității antimicrobiene:  
FLR<sup>1</sup> — Factorul logaritmic de reducere.  
MRSA<sup>2</sup> — Stafilococ metilicilinrezistent.

Au fost depistate proprietăți al „Betadine“.

**Tabelul 3**

Comparația altor proprietăți	Betadine	Chlorhexidină
Regenerarea plăgii	+	—
Dependența efectului de parametrii fizico-chimici ai mediului	—	+
Efecte adverse	+	++
Scopul întrebuițării		
Profilaxie	+	+
Tratament	+	+/-

Reeșind din aceea că majoritatea formelor clinice de boală parodontală, de periodontite apicale, pulpite, carie factorul determinant este microbial.

### SCOPUL LUCRĂRII

Aprecierea eficienței utilizării antisepticului „Betadine“ cu acțiune locală în tratamentul afecțiunilor stomatologice.

### MATERIAL ȘI METODĂ

Soluția „Betadine“ este produs al uzinei farmaceutice „EGIS“, Ungaria, se produce după licența firmei „Mundifarm“ A.O., Bazel, Elveția.

„Betadine“ este reprezentat al grupei „Halogeni“, o substanță activă la baza căreia este polividon iod, iod activ în concentrație 10 mg/ml. Se livrează în flacoane verzi de masă plastică câte 30 ml, 120 ml și 1000 ml. Are un spectru de acțiune larg asupra bacteriilor Gram-negative și Gram-pozitive, ciuperci, virusuri, treponeme, protozoare. Practic nu-i toxic și nu provoacă reacții adverse.



### Indicații pentru utilizarea soluției „Betadine“

- Pentru dezinfectia pielii și mucoasei în intervențiile chirurgicale (5% sol. 1:2).
- Înainte de manipulațiile invazive ca dezinfectant (injecții, puncții, biopsie, transfuzie, infuzie 5% sol. 1:2).
- Pentru prelucrarea plăgilor mici (10% sol. nedeluată).
- În chirurgie (intervenții invazive) 0,1—0,05%.
- În stomatite, manipulații stomatologice.
- Tratamentul dermatitelor bacteriene sau micotice (1% sol. 1:10).
- Tratamentul afecțiunilor virale (herpetice, papilome, afecțiune herpetică a ochilor (2,5—5% sol. 1:4—1:2).
- Prelucrarea cîmpului operator în chirurgie „Baie dezinfectantă“.
- Pentru prelucrare a căilor de naștere în obstetrică (sol. nedeluată).
- În urologie — instilații uretrale (1:30 și 1:50).

În Moldova soluția de „Betadine“ s-a utilizat în chirurgie, în tratamentul complex al sinusitelor [6], în arsuri profunde ale pielii (anul 2002), în traumatologie și ortopedie [7].

Reieșind din faptele sus nominalizate noi în secția terapeutică a clinicii stomatologice USMF „N. Testemițanu“, am luat decizia de a aplica soluția „Betadine“ în diferite concentrații, în dependență de leziunile stomatologice:

1. **Caria simplă** — pentru dezinfectarea cavităților carioase sol. de 5-10%.
2. **Caria complicată:**
  - a. Pulpită acută difuză și purulentă.
  - b. Pulpite cronice gangrenoase și fibroase.
  - c. Periodontite apicale acute (seroase și purulente).
  - d. Periodontite apicale cronice (granulate, granulomatoase, fibroase).În tratament s-a folosit soluția de „Betadine“ de 10%.
3. **Liziunile parodontiului marginal:**
  - a. Gingivite (catarală, ulcerosă, ulceronecrotică Vincent).
  - b. Parodontite cronice generalizate (forma incipientă, medie, gravă).Sau folosit instilații și aplicații cu soluție de „Betadine“ de 1%, 1:10.
4. **Liziunile mucoasei cavității bucale:**
  - a. Candidoza.
  - b. Stomatita ulceronecrotică Vincent.
  - c. Stomatita acută herpetică.
  - d. Stomatita aftoasă cronică recidivantă.
  - e. Ulcere decubitale.Aplicații „Betadine“ 1%, 1:10.
5. **În chirurgia stomatologică:**
  - a. Alveolite.
  - b. Pericoronarite.
  - c. Chisturi radiculare.
  - d. Abces parodontal.
  - e. Chist retențional.
  - f. Alveolotomie.

### Modul de administrare a „Betadine“ în stomatologie

„Betadine“ s-a dezolvat în apă caldă, imediat înainte de administrare. În dependență de patologie se folosea concentrația preparatului de 1%, 5%, 10%. Soluția de „Betadine“ 5% și 10% s-a folosit pentru sterilizarea cavităților carioase, cavităților dinților, canalelor radiculare. În caz când era necesar de efectuat terapia supraapicală (periodontite cronice granulomatoase, granulante) s-a aplicat concentrația „Betadine“ de 1% (1:10). În cavitățile carioase se aplicau tamponașe îmbibate cu soluție de 5% „Betadine“ pe 5 minute. În prelucrarea medicamentoasă a canalelor radiculare se folosea „Betadine“ de 10% nedezolvate, pe meșe sau pini de hârtie. În leziunile mucoasei și parodontiului marginal s-au folosit aplicații „Betadine“ de 1% pe 15 minute.

*Metoda de tratament cu soluție „Betadine“ în parodontite cronice generalizate:*

1. Detartraj (manual, cu scaler).
  2. Irigație cu antiseptice.
  3. Instilație și aplicație soluție 1% „Betadine“ pe 15 minute.
- Independență de rezultatele obținute cantitatea de vizite 5-7.
4. Aplicarea unguentului „Betadine“, sau „Jogel“, sau „Metragil Denta“ gel.

În cazuri complicate tratamentul se modifică cu o cură de injecții „BioR“ sau „Lincomicină“, sau „Gevorival“. Se pot administra în tratamentul complex și pastile de „Metranidazol“ („Trihopol“) 0,25 x 3 ori pe zi, timp de 10 zile.

*Tratamentul candidozei:*

- Aplicații cu soluție de 5% — 10% „Betadine“.
- Unguente și creme antimicotice (1% „Clotrimazol“, „Miconazol“ gel 2%).

*Aficiunile virale:*

- Aplicații cu soluție de 5% — 10% „Betadine“.
- Aplicații unguent „Betadine“.
- Unguent antiviral (cremă 5% „Aciclovir“).

*Ulcer decubital:*

- Înlăturarea factorului cauzant.
- Aplicarea soluției 1% (1:10) pe 15 minute.
- Aplicarea preparatelor cheratoplastice („Caratoline“, ulei de măcieși).

În clinica stomatologică în timp de 6 luni am tratat 310 pacienți (102 pacienți chirurgicali, 208 pacienți terapeutici, în vârstă de la 20 — 55 ani, femei — 201, bărbați — 109).

Tabelul 4

Denumirea leziunii	Cazuri
Periodontită cronică granulantă	44
Periodontită cronică granulomatoasă	37
Periodontită cronică fibroasă	12
Periodontită cronică exacerbată	26
Pulpită acută purulentă	15
Pulpită cronică gangrenoasă	22

Parodontită cronică generalizată (forma ușoară)	7
Parodontită cronică generalizată (forma medie)	52
Parodontită cronică generalizată (forma gravă)	13
Gingivite	26
Candidoză	4
Stomatită herpetică acută	3
Ulcer decubital	5
Herpes obișnuit (simplu)	3
Stomatită cronică aftoasă recidivantă	2
Alveolită	34
Pericoronarită	35
Chist radicular	7
Abces parodontal	2
Alveolotomie	6
Chist retenționat	1
Periostită	22

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

1. În timpul tratamentului pacienții erau satisfăcuți cu rezultatele tratamentului și nu s-au observat reacții adverse la „Betadine“.
2. Nu provoacă arsuri, usturime, nu schimbă dinții și mucoasa cavității bucale în culoare.
3. Acțiune antiinflamatorie pronunțată.
4. Durata tratamentului este mai mică (4-7 vizite) de cât în tratamentul cu „Stomatidină“, „Tantum Verde“, „Chlorhexidine“ (10 vizite).

Folosirea „Betadine“ în practica stomatologică permite de a trasa eficacitatea lui, este un preparat cu spectru larg de

ment cu 30%, nu provoacă reacții adverse, este destul de ieftin, are un gust plăcut. Pe baza datelor clinice obținute îl recomandăm pentru aplicarea în practica medicilor stomatologi din Republica Moldova.

## Concluzii

- Spectrul larg de acțiune.
- Eficacitate înaltă.
- Nu se dezvoltă toleranță la preparat.
- Inofensiv, nu provoacă senzație de arsură.
- Nu se dezvoltă rezistență microbiană.
- Este hidrosolubil, ușor se spală cu apă.
- Corelație ideală între preț și calitate.
- Nu schimbă culoarea mucoasei și dinților.
- De deluat înainte de folosire.
- Durata tratamentului cu „Betadine“ mai mică decât în tratamentul tradițional.
- „Betadine“ — este un antiseptic eficace pentru sterilizarea canalelor radiculare.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Бернадский Ю.И., Бернадская Г.П. и др. Некоторые итоги научной работы кафедры хирургической стоматологии Киевского медицинского института // 1й съезд стоматологов МССР, тез. докл., Кишинев, 1988, ч.1, -с.5—9.
2. Иванов А.С. Резекция верхушек корней корневых зубов как метод лечения хронических периапикальных процессов / Автореф. дис... к.м.н., Л., 1976, -15с.
3. Sandu A., Hodonoagă T., Melnic V. Remediul „Betadine“ în tratamentul complex al sinusitelor purulente acute și cronice în acutizare, Chișinău, 2005.
4. Таран А. Использование антимикробного средства Бетадин в хирургической клинике / Кишинев, Метод. рекомендация, 2002.
5. Топало В.М. Одонтогенные флегмоны подвисочной ямки // Актуальные вопросы стоматологии: Тез. докл. VII научно-практической конференции стоматологов МССР, Кишинев, 1981, — с. 63—65.
6. Топало В.М. Случай острого диффузного одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у больного гемофилией // Probleme actuale de stomatologie., Chișinău, 1995, -p.68—70.
7. Шаргородский А.Г. Пути предупреждения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // 1й съезд стоматологов МССР, тез. докл., Кишинев, 1988, ч.1, -с.158.

Prezentat la 29.05.2007

## УСИЛЕНИЕ РЕСТАВРАЦИИ БОКОВЫХ (ЖЕВАТЕЛЬНЫХ) ЗУБОВ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ АРМИРУЮЩЕЙ БАЛКИ.

### РЕЗЮМЕ

В статье приведены сведения наблюдений решения данной задачи учитывая физиологию зубочелюстной системы и новые методы адгезивной технологии восстановления зуба.

Нередко в работе практикующего стоматолога встречается клиническая картина, когда один из жевательных зубов частично разрушен 2/3, а корни сохранены. Существуют и множество методик для восстановления. Удаление с последующим применением мостовидной конструкции. Удаление— имплантация с последующим протезированием. При отсутствии противопоказаний оставшийся корень используется для изготовления штифтового

Голомоз В.И.  
Врач стоматолог  
терапевт цеха  
Здоровье САОЗТ ММЗ  
г. Рыбница  
Гылка А.А.  
Врач стоматолог  
терапевт г. Рыбница

зуба: с вкладкой, с наружным кольцом (Richmond), с керамической коронкой. Современная адгезивная техника благодаря микрогибридным композитам последнего поколения, позволяет восстанавливать зуб, даже в случаях значительной потери твердых тканей. Это, в свою очередь дает возможность добиться продления жизненного цикла поврежденных зубов. Теория артикуляционного равновесия (Godon) построена на том, что зубная система представляет собой единое целое. Стабильное существование этой системы возможно в том случае, когда непрерывность зубного ряда сохранена. При этом каждый отдельный зуб находится под влиянием замкнутой цепи сил, которые не только удерживают отдельные зубы в одном и том же положении, но и сохраняют зубные ряды. Для передачи нагрузки в мезиодистальном направлении формируют контактный пункт. Нагрузка при жевании в оральновестибулярном направлении может привести к вывиху и отлому реставраций. Для усиления искусственного зуба и при наличии кариозного процесса или пломба на апроксимальных поверхностях соседних зубов мы предлагаем использовать стекловолоконную или стальную балку, фиксируемую концами в кариозных полостях и проходящую через паз в штифте искусственного зуба. Эти консервативные решения позволяют достичь эстетических результатов, сравнимых с результатами протезирования не только во фронтальном участке зубной дуги.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На протяжении 3-х лет мы наблюдали данную методику, адгезивного восстановления зубного ряда, с применением армирующей балки, и реставрировали 19 зубов. 7 мужчин возраст от 22 до 48 лет. Трое с заболеванием пародонта. 12 женщин, возраст от 19 до 54 лет. Пять с заболеванием пародонта. Все работы производились на фоне рентген контроля. У 4-х пациентов наблюдали постпломбировочные боли. У 3-х пациентов боли прошли самостоятельно через 2-3 дня, у 1-го через 4-5 дней на фоне УВЧ терапии. У 5-х с заболеванием пародонта укрепились зубы, за счёт шинирования балкой. Незначительный скол материала 4-х. Отломов и разрушений балки не наблюдали.

Первым этапом является подготовка разрушенного зуба и его корней к восстановлению. Требования: на рентгенографии отсутствие воспалительного процесса и резорбции на корнях и в области бифуркации. Наличие плотного цельного дна, наличие ровного хорошо проходимого канала для фиксации в нём анкерного штифта, каналы должны быть запломбированы до физиологического апекса, стенка зуба возвышаться над десной на 1-2 мм.

Если каналы подлежат перепломбировке, то по одной из технологий (step-bask или crown-do-

wn или сбалансированных сил), расширить их на 4 номера от начального. Для расширения устья используем дрилы: Gates Glidden, Largo (Pesso). Для прохождения: K-reamer, K-flexoreamer, для расширения: K-file, K-file nitiflex, Hedstroem file. Запломбировать канал до физиологического апекса, методом латеральной конденсации гуттаперчей, для этого применяем: каналонаполнитель Lentulo, спредер, конденсатор. Наиболее прямой и проходимый канал расширяем, чтобы штифт входил на 2/3 длины. Фиксируем стеклономерным цементом (Core max -2 или Endo-jen).

Изготовление из ортодонтической проволоки (№-06) армирующей балки производится индивидуально и зависит от разновидности конструкции, но всегда подчиняется нескольким правилам.

- в опорных зубах опорные части балки располагаются в дентине,
- в искусственном зубе несущая часть располагается по центру коронки,
- несущая часть шире опорной настолько, что её части армируют вестибулярные и оральные бугры.

### ПОДГОТОВКА БАЛКИ:

- кислотное травление 3 минуты ортофосфорной кислотой 36% ;
- промывание водой 30 сек., сушка струёй воздуха до полного исчезновения влаги;
- наносим адгезивную систему (Прайм Андбонд) и сушим мягкой струёй, 10 сек.;
- полимеризуем опорные и несущие части балки по 10 сек. с двух сторон сверху и снизу.

Подготовка кариозных полостей производится по одной из методик: удаление размягченного, пигментированного дентина, старых пломб — шаровидным, алмазным бором, турбиной с охлаждением. Формирование угла 90 градусов между дном и стенкой на одном уровне для наибольшей площади прилегания балки — алмазным, фиссурным бором турбиной под охлаждением. Скол эмали под углом 45 градусов алмазным копьевидным, фиссурным бором турбиной под охлаждением. Протравка ортофосфорной кислотой 36 % дентин — 10 сек., эмаль — 30 сек. Промывание струёй воды в течение 20 сек. 2-а раза. Сушим полость струёй воздуха, отражённой от эмали — нельзя пересушивать дентин. На поверхности не должно быть свободных капель воды, но дентин должен быть чуть влажным, как бы искриться. Нанесение адгезивной системы PRIME & BOND на дентин и эмаль, сушим мягкой струёй воздуха, для выхода ингибированного кислорода, полимеризация.

Но прежде чем приступить к реставрации, нужно иметь или создать следующие условия работы в кабинете:

- 1) Работа в «четыре руки».
- 2) Использование слюноотсоса и пылесоса, а

в зависимости от вида реставрации ровер-дама.

- 3) Температурный режим 21-24С. С понижением температуры <21С уменьшается пластичность композита, а >24С повышается пластичность, что затрудняет работу (трудно удержать форму, тяжело вытеснить ингибированный кислородом слой, что нарушает адгезию).
- 4) Наличие безмаслянного компрессора или компрессора, оснащённого дополнительными фильтрами для улавливания капелек масла (Радлинский С.В., 2001).

Восстановление начинаем с разрушенного зуба, формируем дно, стенки и тело до уровня головки штифта. Вставляем армирующую балку в кариозные полости, чтобы она лежала в пазах анкерного штифта, и фиксируем 3 точки фотополимерным материалом.

Поэтапно, подобрав цвет, реставрируем зуб и восстанавливаем соседние, соблюдая все правила. И завершают реставрацию финишной обработкой и полировкой (полидент).

Использовали: набор стоматологических инструментов, проволока ортодонтическая №06, стеклоиномерный цемент для корневых каналов

JenDental, Coremax-2 (Япония), штифты внутриканальные анкерные Dental (Швейцария), каризма Глюма, гибридный композит (Германия).

## ВЫВОД

Описанная выше адгезивная технология является предметом выбора врача стоматолога в конкретной клинической ситуации. Применение этого способа позволяет в одно посещение при отсутствии лабораторных этапов с минимальным удалением зубных тканей, опорных зубов, достичь оптимального внешнего вида с восстановлением, как эстетической, так и функциональной целостности зубного ряда. Адгезивный путь возможен только при изоляции рабочего поля (кофердам) и выполнении всех технологических требований.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1) Курляндский В.Ю. 1969г. Основные формы поражения сформированной зубочелюстной системы. «Москва».
- 2) Радлинская В.Н. Радлинский С.В. Современные технологии реставрации зубов. «Полтава».
- 3) Вульффорд М. Клиническая техника эндодонтической подготовки к реставрации. Дент Арт, 1996 №4 ст.30—38.
- 4) Радлинский С.В. Пломба-реставрация-Художественная реставрация. Дент Арт, 2004 №3 ст33—40.

*Prezentat la 20.04.2007*

# LIMITELE TEHNICILOR DE ANESTEZIE LOCO-REGIONALA — ANESTEZIA INTRAOSOASA

**Oana Ciurcanu,**  
**Maria Voroneanu**  
*Departamentul de*  
*chirurgie orala și maxi-*  
*lo-faciala*  
*Catedra de Anesteziolo-*  
*gie, Sedare și Urgente în*  
*cabinetul de medicina*  
*dentara; Patologie*  
*speciala*

## INTRODUCERE

Anestezia în zilele noastre permite adaptarea metodelor și tehnicilor individualizate pentru fiecare pacient, astfel încât pacientul să beneficieze de o anestezie perfectă și cu cât mai puține riscuri folosind substanțe cât mai apropiate ca proprietati de „anestezic ideal”(1).

În acest studiu am încercat să demonstrez că anestezia intraosoasă, grație avantajelor pe care le oferă, atât clinicianului, cât și pacientului, este o metodă ce poate înlocui cu succes tehnicile convenționale, loco-regionale de anestezie, deși are anumite limite. De altfel, metoda anesteziei intraosoase nu este aplicată la scară largă în cabinetele stomatologice din țara noastră, deși această metodă de anestezie cunoaște o largă aplicabilitate în cabinetele de medicină dentară din S.U.A și Marea Britanie.

*Metode noi de anestezie loco-regională — anestezia intraosoasă:*

- Sistemul STABIDENT al firmei Fairfax Dental
- Sistemul X- TIP al firmei X-Tip Technologies
- Sistemul QUICKSLEEPER al firmei Dental HI TEC
- Sistemul INTRAFLOW al firmei INTRAVANTAGE
- Sistemul HYPO al firmei MPL Technologies

Principiul pe care se bazează sistemele de anestezie intraosoasă este comun și constă în depunerea soluției anestezice în osul spongios, periradicular, după prealabila perforare a corticalei osoase(3).

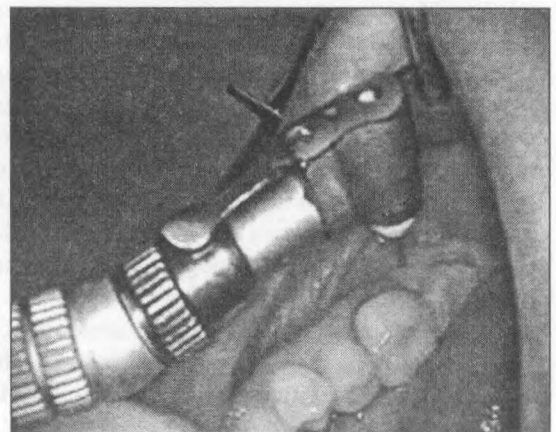
## MATERIAL ȘI METODĂ

Pentru a determina limitele acestei tehnici de anestezie am comparat tehnica de anestezie intraosoasă cu tehnicile de anestezie loco-regionale. În acest scop am efectuat anestezii la un lot de 130 pacienți. Pacienții au fost selectați din ambulatorul Clinicii de Chirurgie oro-maxilo-facială- Ambulator și dintr-un cabinet stomatologic cu practică privată din Iași, timp de 1 an.

Repartiția pacienților a fost după cum urmează: din cei 130 pacienți, 76 sunt bărbați, ceea ce reprezintă 58.77% din totalul pacienților, iar 54 sunt femei, adică 41.23%. Cei mai mulți pacienți (60%) aparțin grupei de vârstă 30-40 de ani. Majoritatea pacienților provin din mediul urban (107 pacienți față de 23 din mediul rural).

Pacienții s-au prezentat pentru patologii diverse: parodontită apicală acută supurată stadiul I și II, parodontită apicală acută supurată stadiul III și IV, pulpite acute și cronice, resturi radiculare nerecuperabile, granuloame periapicale și cu osteită cronică periapicală. Pacienților li s-au efectuat pulpectomii, extracții dentare, premolarizări, amputații radiculare și rezecții apicale, drenaj transmăxilar.

Pacienții au fost împărțiți aleator în două grupe : A și B. Cele două grupe au un număr egal de pacienți. De asemenea, fiecare grup a fost împărțit în 2 grupe egale: A1, A2, respectiv B1 și B2. Pacienții din grupele A1 și B1 au primit anestezii cu soluții anestezice ce conțin adrenalina ( Ubistesin forte 4%), iar pacienții din grupele A2 și B2 au primit anestezii cu soluții anestezice ce nu conțin substanțe vasoconstrictoare (Mepivastesin 3%).



Pacienții din prima grupă au beneficiat de anestezie prin tehnica anesteziei intraosoase, folosind sistemul **Stabident Alternativ**. Cea de-a doua grupă de pacienți au beneficiat de anestezie prin tehnicile convenționale de anestezie loco-regională: plexală și tronculară periferică, în funcție de situația clinică individuală.

## REZULTATE ȘI DISCUȚII

Pacienții din grupa A au beneficiat de anestezie prin tehnica anesteziei intraosoase, folosind sistemul **Stabident Alternativ**.

Cea de-a doua grupă B au beneficiat de anestezie prin tehnicile convenționale de anestezie loco-regională: plexală și tronculară periferică, în funcție de situația clinică individuală.

Ca soluții anestezice s-au folosit: Ubistesin forte și Mepivastesin.

— **Rata succesului** în cazul anesteziei intraosoase a fost de 96%, iar în cazul anesteziei loco-regională este de 85%.

— **Durerea a fost absentă** la majoritatea pacienților din grupa A. Un număr redus de pacienți din grupa A au descris dureri moderate în timpul anesteziei intraosoase. Marea majoritate din grupa B au descris dureri moderate

Au fost necesare cantități mici de soluții anestezice (maxim 0.5-0.9ml), în cazul pacienților din grupa A. La pacienții din grupa B, s-au folosit cantități mai mari de soluții anestezice ( câțiva ml ).

În 4% din cazurile clinice din grupa A, nu s-a putut realiza anestezia prin tehnica intraosoasă din cauza grosimii mai mari a corticalei osoase, dinții implicați fiind molari mandibulari.

În 2 cazuri din grupul A, s-au înregistrat complicații septice la locul de perforare. Aceste complicații nu au apărut la pacienții din grupul B. 5 pacienți din grupul A (4.38 %) au acuzat dureri postoperatorii la locul de perforare, iar examenul clinic al acestor pacienți a evidențiat o ușoară inflamație gingivală la locul de perforare. În 4 din cele 5 cazuri sunt implicați dinți mandibulari, iar restul de 2 dinți sunt plasați maxilar.

Total: 114 pacienți	complicații septice	dureri post- operatorii	inflamație gingivală
grupa A	2	5	5
grupa B	—	—	—

**Instalarea imediată**, în mai puțin de 1 minut, a anesteziei în cazul pacienților din grupa A. La pacienții din grupa B anestezia s-a instalat în câteva minute (în medie 4-5 minute).

Pacienții din grupa A nu au prezentat **senzația de amorțire a buzelor**, limbii și obrazilor. Pacienții din grupa B, care au primit anestezii tronculare periferice (la spina Spix, la gaura infraorbitară), au prezentat aceste senzații.

Avantaje ale anesteziei intraosoase:

— Rata succesului este de 96%;

- Timpul necesar este de 2 minute și 37 de secunde;
- Anestezierea imediată a unui număr de dinți (2-6) la maxilar sau mandibulă printr-o singură puncție anestezică, fără a fi nevoie de o injecție suplimentară palatinală sau linguală
- Anestezia intraosoasă face posibilă, pe de o parte reducerea cantității de anestezic injectată, iar pe de altă parte, anestezierea imediată a unui număr de 6 dinți printr-o singură puncție anestezică în care se injectează o carpulă de anestezic, adică 0,3 ml per dinte. Aceasta reprezintă o cale de a reduce toxicitatea procedurilor anestezice.
- Elimină senzația de amorțire a părților moi
- Reprezintă tehnica ce permite o anestezie imediată a dinților cu pulpită fără riscuri pentru parodontiu.

Se vor evita ca locuri de puncție regiunile corticale situate între incisivii centrali atât la maxilar cât și la mandibula datorită cantității reduse de țesut spongios.

La mandibula este de elecție puncția realizată distal în detrimentul celei meziale întrucât implică utilizarea unei cantități mai reduse de anestezic. La maxilar se va evita puncționarea sinusului maxilar. Nu se înregistrează efecte permanente asupra acestuia dar anestezia nu se instalează.

Limitele anesteziei intraosoase:

1. Timp scurt de lucru la pacient.
2. Acces dificil în zona distală a mandibulei.
3. Limitări anatomice: Spațiu osos insuficient între rădăcinile dentare, corticală osoasă prea groasă ce nu poate fi perforată, vecinătatea sinusului maxilar, a găurii mentoniere, prezența molarului 3 inclus în poziție orizontală.
4. Unii pacienți relatează prezența palpațiilor.
5. Această tehnică nu poate fi folosită în zone cu parodontopatie marginală cronică profundă.
6. Folosirea unui volum limitat de soluție anestezică, datorită vascularizării bogate a osului spongios. Se injectează maxim 1-2 carpule cu anestezic.
7. Nu poate fi folosită în cazul pacienților cu boli cardiace.

## ÎN CONCLUZIE:

anestezia intraosoasă se dorește a reprezenta o alternativă reală și viabilă și nu un substitut imperios necesar al tehnicilor clasice.

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Maria Voroneanu, Carmen Vicol, Dan Gogălniceanu, Mircea Barna — Chirurgie orală și maxilo-facială, vol I, ed. Cariatide, 1994;
2. Brown R — Intraosseous anaesthesia : a review. Oral Health (chapter on Pain Control), march, 2000;
3. Quarnstrom Fred Comparison of time to anesthesia for block, infiltration, and intraosseous local anesthetic injections: A clinical study. Dentistry Today February 2001;
4. Isen DA. Local Anaesthetic technique. Septodont. Available at: [www.septodont.ca/Septodont/english/other/cea\\_di01.html](http://www.septodont.ca/Septodont/english/other/cea_di01.html). Accessed April 5, 2004;
5. Nusstein JM, Beck M. Effectiveness of 20% benzocaine as a topical anesthetic for intraoral injections. Anesthesia Progress. 2003 ; 50(4): 159-63;

Prezentat la 27.01.2007

## DIAGNOSTICUL SINUSITEI ODONTOGENE

**Dumitru Ilie Hițu**  
Doctor în medicină.,  
conferențiar universitar,  
Catedra de chirurgie  
oro-maxilo-facială  
(șef. d. h. m., prof. univ.  
D. Șcerbatiuc)  
Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu“

### SUMMARY

Diagnostic of Sinus Odontogenus. There were treated 131 patients with inflammatory processes of the maxillary sinus during 2003—2006 years at the Republican Centre of oro-maxillo facial surgery department from Chisinau. 63 of them were women, the means are 68 from the total number of cases. Most of the patients were employed-58% were working. The majority of the patients were from Chisinau — 60%. The average age of those suffering of sinus inflammation was about 43 years old. 52 % of patients addressed by themselves at the ORO-MAXILLO-FACIAL DEPARTMENT during the first week, the rest were sent here by other medical institutions. There were registered oro-sinusal communications in 73 % of cases because of the anatomo-topographical peculiarities or nearby teeth extraction complications.

*Key-words:* Maxillary sinus, Sinusitis, Departament Oro-Sinusal Communication

### REZUMAT

Pe parcursul anilor 2003—2006 în clinica de Chirurgie OMF s-au tratat 131 de bolnavi cu procese inflamatorii ale sinusului maxilar, dintre care 68 bărbați și 63 femei. Marea majoritate a pacienților — 55% sunt încadrați în câmpul muncii, din municipiul Chișinău — 60%. Vârsta medie a pacienților care au prezentat inflamația sinusului maxilar este 43 de ani. O bună parte din pacienți s-au adresat desinestător la secția de chirurgie — 52%, ceea ce denotă un tablou clinic specific, ușor sesizat chiar și de către pacient, făcându-l să se adreseze la medic. Merită să menționăm faptul că în 73% cazuri s-a evidențiat perforația peretelui sinusal cu o ulterioară comunicare buco-sinusală.

### INTRODUCERE

Sinusita odontogenă aduce un prejudiciu nu numai prin deteriorarea sănătății pacientului, aflarea la tratament mult timp, suportul financiar suportat de societate, dar și prin complicațiile grave la care poate să ducă (1-5). „Sinusit“ -inflamația mucoasei sinusurilor paranazale. Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară. O parte importantă a patologiei sinusului maxilar este legată de afecțiunile periapicale a dinților, de manevrele de tratament endodontic a dinților arcadei superioare. Una din principalele cauze ale morbidității sinusului maxilar de origine odontogenă este traumatizarea fundului sinusului maxilar în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților arcadei superioare (6,8). Datorită particularităților anatomo-topografice a regiunii maxilo-faciale și otorinolaringologice această patologie este studiată de ambele specialități. Leziunile traumatiche și infecțioase de origine odontogenă sunt rezolvate de chirurg oro-maxilo-facial iar cele de origine rinogenă de otorinolaringolog. Sinusita odontogenă nu cu mult se deosebește de clinica sinusitei rinogene, în același timp au multe particularități diagnostice și de tratament. Din aceste considerente colaborarea între aceste două specialități este inevitabilă și recomandabilă. Prelegerea este organizată conform programului pentru publicații și este dedicată studenților.

### MATERIALE ȘI METODE

Pentru atingerea scopului scontat s-au studiat fișele medicale a 131 de bolnavi cu sinusită maxilară din cadrul arhivei Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență.

## REZULTATE OBTINUTE ȘI DISCUȚIILE LOR

Pe parcursul anilor 2003—2006 în clinica de Chirurgie OMF s-au tratat 131 de bolnavi cu procese inflamatorii ale sinusului maxilar, dintre care 68 bărbați și 63 femei. După datele Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, or. Chișinău media pe ultimii 4 ani nu diferă semnificativ. Pe parcursul a 4 ani se observă o scădere de la 38 la 26 pacienți. Din municipiul Chișinău au fost 60% de bolnavi și 40% din alte localități ale republicii. Vârsta medie a pacienților constituia 43 de ani. Conform statutului social, am devizat pacienții în următoarele grupe, prezentând și raportul procentual: muncitori 77%, șomeri 13% și pensionari 8%. O bună parte din pacienți s-au adresat desines-tător la secția de chirurgie — 52%, ceea ce denotă un tablou clinic specific, ușor sesizat chiar și de către pacient, făcându-l să se adreseze la medic; îndreptați de către alți medici 46%. Tratamentul prespitalicesc la bolnavii cu afecțiuni ale sinusului maxilar variază începând cu un diagnostic superficial, extracției dentare, periostotomii, puncții, suturarea comunicării oro-sinusale, indicarea tratamentului conservativ, lavaj. De asemenea a fost înregistrat un procentaj de 2 când pacienții au fost aduși de ambulanță. S-a înregistrat o prevalență marcată a adresărilor în cazul sinusitelor în faze avansate, depistându-se 25% din cazuri de sinusită maxilară acută seroasă, și 16% de sinusită acută purulentă. Însă în cazul sinusitelor cronice purulente și celor exacerbate s-au înregistrat 42% și respectiv 16% din cazuri. Merită să menționăm faptul că în 73% cazuri s-a evidențiat perforația peretelui sinusului cu o ulterioară comunicare buco-sinusală. Cauza cea mai frecventă de apariție a sinusitei este odontogenă 89%, un rol primordial revinându-i dintelui 6 cu 44%. Datorită particularităților anatomico-topografice de a erupe primul dintre dinții permanenți, mai des este afectat de carie și complicațiile ei și topografiei pe care o posedă față de sinusul maxilar. Locul doi fiind ocupat cu 18% de prezența corpilor străini în sinus, urmată de chisturile odontogene a maxilarului superior 10%. S-au determinat și câteva cazuri de tumori și prezența implanturilor în declanșarea sinusitei. De la primele manifestări ale patologiei timp de o săptămână, s-au adresat 69%, iar restul 31% s-au adresat după 7 zile. Scopul diagnosticului este de a determina focarul cauzal, determinarea răspândirii procesului infecțios, comunicarea oro-sinusală, diagnosticul diferenciat, diagnosticul definitiv.

### Etiologia sinusitelor

Factori favorizanți — polipi sinuzali, deviații de sept, granulații, hipertrofii de cornete, vegetații adenoidice, celulele agger nazale proeminente care provoacă obstrucția miatului mijlociu, obstrucția ostiului maxilar prin edem a mucoasei, conha buloza, proces uncinat hipoplastic, sinus maxilar hipoplastic, sinus sclerotic. Scăderea rezistenței organismului, gripa, infecții virotice acute, alergii, noxe chimice, diabet, surmenaj fizic și psihic, suprarăcirea și supraîncălzirea, maladii ale sângelui, stări decompensate,

pneumonii, alergii, dereglări metabolice, hiperplazia mucoasei.

Factori determinanți. Infecțioși-odontogeni și neodontogeni. Odontogeni: Pulpita. Parodontita apicală cronică. Periostita. Osteomieli. Dinte inclus și reținut, distopat. Parodontoza-pungi parodontale. Alveolita. Neodontogeni: Maladii specifice (mai ales actinomicotice). Renite. Dacriocistite. Etmoidite. Frontite. Tumori benigne: chist-radicular, folicular sau rezidual; granulom; odontom; holoastoma. Traumatici-tratamentul endodontic-cu împingerea țesutului infecțios dincolo de apex, extracția traumatică, chiuretajul exagerat, propulsarea materialului de obturare după apex, ruperea instrumentului în canal după apex. Corpuri străine în SM-rădăcini dentare, dinți, meșe de iodoform, drenajuri, material de obturare. Implantate, rezecții apicale, premolarizări, operații plastice, osteosinteze. Stenoze post-chirurgicale, stenoze post-traumatice (fracturi ale oaselor nazale, complexului zigomatic, maxilarului superior, și fracturi de bază de craniu). Mai des pot fi depistați următoarele culturi microbiene: Pneumococul, Haemophilus influenzae, S. Pneumoniae, S. Piogenes, colibacili, klebesielele, aerobateriile, proteus, piocianici.

### Anatomia patologică

Modificările patologice inițiale sunt localizate în vecinătatea dintelui cauzal, apoi se extinde. Sinuzita acută congestivă (catarală)-edem și congestie a mucoasei, infiltrat leucocitar, proces reversibil. Celulele și glandele mucoasei au o hiperfuncție secretorie. Mucoasa este îngroșată. Volumul SM e micșorat. Sinuzita acută purulentă-alterare a epiteliului ciliat, mucoasa îngroșată și congestionată, hiperplazia mucoasei, edemul închide ostiumul SM, secretul devine mucopurulent, infiltratul inflamator crește, se asociază microbii, se dereglează circulația, apar ulceratii și puroi. Sinuzita cronică: mucoasa prezintă un infiltrat inflamator limfoplasmocitar, apar procese de fibroză, polipi care pot proemina în alveolă sau în fosa nazală. Când orificiile de drenare se obturează secretele retenționate în SM determină apariția empiemului sinuzal și reactivarea proceselor inflamatorii. Fetiditatea secrețiilor este dată de prezența germenilor anaerobi. Schimbări au loc și în os. Pereții sinusului unde este procesul se micșorează în grosime ca rezultat al rezorbției cauzată de presiune. Lipsa osteoclaștilor. Au loc formarea sechestrelor (ca la osteomieli) poate apărea transformarea periostului în țesut cartilaginous.

Trebuie de accentuat un lucru că sinusita poate apărea (primar) și după o extracție blindă, fără chiuretaj exagerat sau propulsarea rădăcinii în sinus. Deoarece procesul periapical a dus la o distrugere a septului alveolosinusal cu implicarea mucoasei sinusale, extracția sau tratamentul endodontic servește ca un declanșator a infecției cronice din sinus, cel mai corect în cazurile acestea se stabilește diagnosticul de sinusită cronică odontogenă exacerbată. Bolnavul poate să spună că el nu a suferit de sinusită. În multe cazuri semnul Valsalva la extracție este negativ.



Conform datelor lui Малахова М. А., (2005) analizele microbiologice și patomorfologice la bolnavii cu perforația sinusului maxilar și prezența corpilor străini a sinusului în prima zi după odontectomie în 100% este infectat și un edem moderat a mucoasei sinusului maxilar fără infiltrat leucocitar.

*Căile de infectare:*

1. Directă.
2. Percontinuă.
3. Limfatică.
4. Vasculară.

### **Clasificarea**

Până la ora actuală nu a fost standardizată clasificarea sinuzitelor maxilare odontogene. Fiecare autor având criterii personale de clasificare, iar prezentarea lor n-ar face decât să încarce memoria cititorului. Din acest motiv, optăm pentru clasamente cât mai simple, care să vină în sprijinul raționamentului diagnostic, evolutiv și terapeutic.

După origine: odontogenă și neodontogenă; infecțioasă și traumatică,

rinogenă, alergică, specifică, hematogenă, neurovegetative. După clinică: Acută-congestivă și purulentă. Cronică (primară sau secundară) — catarală, purulentă, (hiperplastică), cazeoasă, necrotică, atrofică, cronică cu acutizare (exacerbată). Polipoase și nepolipoase. După suprafață: Limitată și difuză. Deschisă și închisă. Sinusită perforativă-acută și cronică. De obicei în diagnostic se include: etiologia, faza clinică, partea afectată. Întraoperator sau postoperator se depistează; limitată sau difuză, polipoasă sau nepolipoasă. Lucomschii a clasificat sinusitele în: septice și toxice. După timp: acută până la 4 săptămâni; subacută 4-8 săptămâni; cronică — de la 8 săptămâni până la 1 an; dacă timp de un an au fost 2-3 acutizări — exacerbată. După sediu: sinusita odontogenă, rinogenă, etmoidită, frontită. După localizare: drept, stâng. Sinusita cronică poate fi primară și secundară.

### **Sinusita acută odontogenă(SAO)**

Sinusită acută — inflamația acută a mucoasei sinusului maxilar. Sinusită odontogenă — inflamația mucoasei sinusului maxilar ca rezultat a pătrunderii infecției din focarul odontogen. Clinica sinusitei odontogene nu prezintă mari dificultăți, în general. Sinusita odontogenă puțin cu ce se deosebește de cea rinogenă. Acuzele sunt tipice dureri, eliminări nazale, senzații de tensiune, și altele. Un rol important are istoricul dezvoltării bolii la care medicul specialist trebuie să fie foarte atent. Bolnavul leagă debutul cu un tratament endodontic, extracție dentară, sau alte cauze.

1. Debutul acut cu dureri în dintele cauzal sau locul alveolei dintelui extras, care poate cuprinde întreg etajul mijlociu al feței, durerile iradiază în orbită, regiunea temporală, occipitală, se întetește (exacerbă) în poziția declivă a capului și la zdruncinături. Senzațiile de durere sunt legate de obturarea ostiumului maxilar(edem a mucoase) ce dereglează drenarea secretului. Poziționarea capului pe partea sanatoasă și

aplicarea capului anterior sporește drenarea din SM a secretului și micșorarea durerii. Cacosmie subiectivă și obiectivă. Obturarea fosei nazale unilaterale(rinogenă-bilateral). Dereglarea mirosului. Senzații de tensiune și plenitudine. Eliminări sero-purulente unilaterale din fosa nazală. 7. T=37,50- 380.

2. Exobucal: fața nemodificată, rar-edem și congestia tegumentelor unilaterale, se șterge relieful plicilor și șanțurilor. La palparea fosei canine uneori durere.

3. Endonazal prin rinoscopie anterioară sau inspecție vizuală, mucoasa edemată și congestionată, vegetații adenoidice, deviații de sept, secreții seroase și purulente. Presiunea digitală exercitată pe peretele sinuzal e dureroasă. Eliminări seroase sau sero-purulente din fosa nazală în deosebi în meatul nazal mijlociu și inferior. Simptomul Frankel-scurgerea puroiului la înclinarea capului, prin narina din partea afectată. Obturarea unilaterală a fosei nazale, dereglarea respirației și fonației, dereglarea mirosului-disosmii. Toate simptoamele sunt unilaterale, dar la renită bilaterale.

4. Endobucal-congestia și edemul mucoasei la nivelul vestibulului dintelui cauzal din partea afectată. Palparea fosei canine durere. Dintele cauzal modificat în culoare, cu defect de țesut, cu obturație, cu coroană, lipsește-alveola postextracțională acoperită cu depozit suriu, sau goală, resturi radiculare. În cazul comunicării oro-sinusale (COS) stilettele butonate pătrund în SM. Valsalva-pozitiv. Eliminări seroase sau sero-purulente din alveola care nu are tendința să se închidă. Percuția dinților din partea afectată doli.

5. Starea generale alterată — apatie, inapetență, cefalee, slăbiciuni, febră, insomnii. Durata sinusitei acute de obicei este de 2-3 săptămâni

### **Sinusita cronică**

Clinica poate fi și asimptomatică. Sinusită cronică — inflamația cronică a mucoasei sinusului maxilar. Sinusita cronică exacerbată — pe fonul inflamației cronice a mucoasei sinusului maxilar are loc reactivarea procesului cronic. Debutează lent, pe fonul inflamației acute ori comunicării oro-sinusale cu dureri în etajul mijlociu al feței mai rar, doar când se obturează drenarea secretului. Mai frecvent ca cea acută. Durerea-mai ales dimineața, se mărește la obturarea căilor de drenare, mai ales în poziția declivă a capului. Poate debuta inițial sub formă cronică sau survine ca o cronicizare a sinusitei acute (SA). Senzații de tensiune. Cacosmie subiectivă permanentă. Obturarea unilaterală a fosei nazale. Dereglarea respirației. Dereglarea mirosului. Obiectiv: Rinoscopia anterioară-eliminări sero-purulente unilaterale abundente, mucoasa edemată, hiperemiată, îngroșată, acoperită cu cruste, care dacă încercăm să le înlăturăm lasă ulceratii, polipi, uneori acoperiți cu cruste de puroi. Arcada dentară-alveola goală, rest radicular, polip, fistulă. Buretele lui Kauffman-proliferarea mucoasei sinuzale la nivelul meatului mijlociu (aspectul unui burete). Exobucal-poate fi ușor edem de partea afectată, relieful osos și a șanțurilor sau plicilor șters. Puncția sinusală-efec-

tuată la nivelul meatului inferior-puroi, îndreptat la antibioticogramă. Palparea peretelui sinusul-dureros. Endobucal-ușor edem și congestie pe vestibul din partea afectată. Dintele,cauzal sau COS-Valsalva pozitiv sau refluarea lichidului din cavitatea bucală prin nas. Starea generală rar afectată, dar poate fi stări subfebrile, apatii, astenici, indispoziție, oboseală.

### Diagnosticul

1. Inspecția vizuală a arcadei alveolare evidențiază: leziunile dento-parodontale, fistula oro-sinusală, alveola goală, granulații sau un polip.

2. Percuția — peretelui sinuzal afectat e mai sensibil la percuție, comparativ cu cel sănătos.

3. Puncția — puncția sinusală practică în meatul inferior sau peretele anterior a SM — puroi. Puncția diagnostică și curativă.

4. Valsalva-pacientul suflă nasul cu nările pensate de către medic, aerul din nas ajunge în SM, de unde prin fistul (alveolă) în cavitatea bucală, cu un sunet, eliminări purulente sau sangvine în cazul COS proaspăt diagnosticate.

5. Rinoscopia anterioară — se constată eliminarea secrețiilor mucopurulente unilaterale. Mucoasa nazală edemată, hiperemiată, acoperită cu cruste, în forma cronică se pot observa polipi sinuzali ce au proliferat prin ostium în meatul mijlociu, fosa nazală relativ micșorată în volum.

6. Suprapunerea scheletului facial și altor sinusuri paranazale peste porțiunea sinusului maxilar, face ca radiografiile convenționale să nu asigure acuratețea adecvată, ortopantomografiile oferă imagini distorsionate sau lărgite excesiv, pe când imaginile CT oferă, în plan, detalii de cea mai mare acuratețe pentru măsurători cantitativi. Perella și colab. (2003) consideră că reconstrucția 3D aduce cele mai precise detalii privind anatomia și patologia sinusului maxilar, erorile între examinatori fiind sub 2%, dar aceasta necesită o manipulare complexă a imaginii și un soft complex și costisitor(9). Examenul radiologic stabilește factorul etiologic odontogen-parodontita, chist, granulom, volum de lichid, periostita, osteomieliță; dinte inclus și reținut, distopat; rădăcini în SM, dinte în SM, material de obturare în SM, COS-prin lipsa țesutului osos, meșă iodoformată, corp străin-glonte, alice, freze, ace. R-gen-opacitate omogenă unilaterală a sinusului maxilar, mai accentuată la periferie. Acută-catarală-radiotransparența sinusului apare de obicei nemodificată. Empiem sinusal-radioopacitate uniformă, intensă, cu un nivel de lichid uneori. Sinusita acută purulentă-radioopacitate uniformă, omogenă, se poate evidenția opacitate mai intensă la periferie și în centru mai scăzută, de grosime variabilă datorită îngroșării mucoasei diferită în diferite sectoare.

Sinusita cronică pulipoasă-radioopacitate mai intensă marginal de-a lungul pereților sinusali, formând un chenar neregulat, uneori destul de gros, datorită îngroșării mucoasei neuniforme și prezenței polipilor. Micșorarea volumului SM, cu contrast se văd și polipii. Se poate determina forma SM.

— Dacă se introduce stiletul butonat în alveolă, radiografia arată prezența acestuia în cavitatea sinusului, lipsa țesutului osos ce separă SM de alveolă.

— Renthgen cu substanțe de contrast (iodolipol, diagnost, cardiostat, verografin).

— Ortopantomografia ne solicită informații despre starea țesuturilor periapicale. Radiologic chistul prezintă: opacitate omogenă, cu granițele bine delimitate, forma ovală, de obicei ocupă partea inferioară a sinusului. Dimensiunile ei, raportul rădăcinii cu cavitatea chistului și sinusului.

7. Diafanoscopia — semnul Heryng- transparență sczută a SM.

8. Tomografia computerizată-este metodă de investigație avansată, de elecție în stabilirea diagnosticului. Ea oferă informații despre dimensiuni, structură, localizarea, forma, extensia, studiul rapoartelor, a invaziei locale sau de vecinătate în cazul tumorilor, alegerea conduitei terapeutice, alegerea conduitei operatorii. De asemenea este importantă monitorizarea în dinamică postterapeutică și postchirurgicală a pacienților.

9. Rezonanța magnetică nucleară. Elaborarea acestei noi tehnici de investigare a

deschis perspective mari șanselor de vizualizare a deteriorărilor din substanță.

10. Scintigrafia — relevă schimbări morfo-funcționale ale mucoasei sinuzale, leziuni osoase, leziuni dento-parodontale.

11. Ultrasonografia — permite de a diagnostica schimbările mucoasei într-un timp scurt de la debutul bolii. Undele ultrasonore au proprietatea de a trece în interiorul obiectului studiat și de a reflecta de la pereții mediului de densitate diferită. Aerul este un obstacol absolut în calea undelor. În limitele normei undele nu pătrund în sinus. În cazul când mucoasa sinuzală este inflamată sau când în sinus este prezent un corp străin undele ultrasonore se propagă și se reflectă de formațiunile patologice. Permite de a scana sinusul la diferite nivele la o frecvență de 3,0 MNz.

Ecografia permite un examen indispensabil unui serviciu modern de chirurgie capabil să măsoare anumiți parametri necesari în clinică și chirurgie facială, să detecteze și să localizeze anumite procese patologice la față cu medii opace, să tranșeze un diagnostic diferențial sau să urmărească eficiența unei intervenții operatorii. Prin absența efectelor nocive asupra țesuturilor investigate, ea constituie o metodă neinvazivă valoroasă la care poate apela oricare clinician.

12. Semnul Davidson-lipsa de iluminare a papilei de partea afectată a SM.

13. Dacă vom aplica pe mucoasa foselor nazale vasoconstrictorii se vor elimina puroi mai abundent — test diagnostic.

14. Semnul Garel-bolnavul nu percepe lumina de partea afectată.

15. Endoscopia — vizualizarea sinusului maxilar cu ajutorul endoscopului optic are importanță diagnostică și cu scop terapeutic. Meritul îi aparține savantului W. Messerklinger în dezvoltarea endoscopiei nazale și

paranazale. Tehnologia endoscopică se folosește în diagnosticul și tratamentul nu numai a maladiilor sinusurilor paranazale dar și a altor maladii maxilo-faciale ca: maladii a articulației temporomandibulare, chisturilor maxilarelor, fracturi eschiloase ale complexului zigomatic, fractura procesului articular a mandibulei, tumori ale sinusului maxilarului superior, drenarea abcesului retrobulbar, biopsia tumorilor. Este superioară radiografiei și permite: depistarea secrețiilor sinusale, vizualizarea directă a stării țesuturilor moi, mai permite examenul bacteriologic, micotic, citologic, histologic, prezența corpilor străini și uneori înlăturarea lor. Sinusoscopia se efectuează de regulă prin fosa canină, meatul nazal inferior și mediu sau prin fistulă. Sinusoscopia maxilarelor este superioară radiografiei standard în depistarea secrețiilor, edem și îngroșarea mucoasei — este indispensabil pentru formularea diagnosticului diferențial. Sinusoscopia prin peretele lateral al miatul nazal inferior. Anestezie locală prin spray sau infiltrativă a lidocainei cu adrenalină. Cu specula se ridică capul cornetului inferior. Toracarul se poziționează la 1,5 cm posterior de capul cornetului inferior, cu vârful orientat spre peretele lateral. Se pătrunde în sinus, se aspiră secrețiile și se introduce endoscopul. Sinusoscopia prin fosa canină. Anestezie locală prin spray sau infiltrativă cu lidocaină și cu adrenalină. Vârful toracarului străbate mucoasa la nivelul superior a fosei canine, deasupra zonei dintre rădăcinile caninului și primului premolar, inferiolateral de foramenul infraorbital. Cu o mișcare de rotație, vârful străbate peretele anterior al sinusului maxilar, de grosime variabilă, până ce pătrunde în sinus. Prin canală se aspiră secrețiile și apoi se introduce endoscopul, se examinează sinusul maxilar. Rezultatul: Mucoasa-normală sau discret moderată, edem moderat sau însemnat, aspect polipoid și fungozități la suprafață. Cantitatea secrețiilor-absența secrețiilor, cantitate moderată, secreții abundente.

16. EOD — pentru a diferenția sinusitei odontogene de rinogene. În cazul sinuzitei odontogene receptivitatea pulpei dentre scade considerabil. Molari — 50-80 mA; premolari — 30-60 mA; caninii — 38-45mA. Antibioticograma-identificarea germenilor și testarea sensibilităților la antibiotici. Examenul histologic-biopsia-tot ce se înlătură de la bolnav e supus histologiei. Laborator-sângele, urina, masele fecale. Termometria-obligatorie la orice bolnav. Olfactometria. ECG și consultația internistului la pacienții după 40 de ani.

### Diagnosticul diferențiat

1. *Sinusita acută rinogenă* — debutează după o reinită acută, gripă, este bilaterală, se pot întâlni dureri dentare dar cauzate datorită difuzării infecției de la mucoasa SM spre dinți. Este bilaterală. Lipsește factorul etiologic dento-parodontal. Sunt prezente tulburări evidențiate în ventilarea sinusului.

2. *Sinusita cronică rinogenă*: survine după puseuri rinosinusale repetate acute, bilaterală, lipsește factorul etiologic odontogen,

3. *Celulita geniană odontogenă* — prezent factorul odontogen, tegumentele și mucoasele cu semne de inflamație, lipsește rinoree mucopurulentă.

4. *Osteomielită* — starea generală alterată, fenomene inflamatorii cutaneo-mucoase, mobilitate a dinților, eliminări purulente de sub gingie, procesul bilateral de procesul alveolar.

5. *Periostită acută purulentă (PAP)*: Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, regiunea temporală. Dureri la percuția dinților. Periostita de la incizivii centrali poate se fistualizeze în cavitatea nasului, cu eliminări purulente nazale. În cazul sinusitei acute purulente(SAP) eliminările purulente sunt din meatul nazal mijlociu, pe când în cazul periostitei eliminările purulente sunt de sub mucoasă. Puncția SM în SAP — puroi, pe când în PAP puncția fără eliminări purulente. Radiologic în SAP opacitate a SM, pe când în PAP opacitatea SM lipsește, dar se evidențiază leziuni dentoparodontale. Local în PAP — edem, hiperemie, bombarea, fluctuența sunt evidente, pe când în SAP abia vizibile. Drenarea în cazul PAP duce la vindecarea bolnavului ceea ce nu se poate spune în cazul sinusitei.

6. *Periodontită acută purulentă și acutizarea periodontitei cronice*

Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, temporală. Dureri la percuția dinților și compresia dintelui(dintele a crescut). În SAP apar cefalei, senzații de tensiune în regiunea infraorbitală, Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază în orbită, ureche, temporală. dureri la palparea regiunii infraorbitale, leziuni dentoparodontale lipsesc și opacitate a SM. În parodontita cronică sau acutizarea — semnele SAP lipsesc ca: senzații de tensiune în regiunea infraorbitală, obstrucție nazală unilaterală, eliminări purulente nazale unilaterale, dureri la palparea regiunii infraorbitale, leziuni dentoparodontale sunt prezente și opacitate a SM lipsește.

7. *Nevralgia nervului trigemen(NNT)*: Semnele comune a ambelor infecții: dureri spontane ce iradiază pe traiectul nervului trigemen — în orbită, ureche, regiunea temporală, dinți arcadei superioare. În SAO durerile sunt permanente și se acutizează la percuția dinților superior, pe când la Nevralgia nervului trigemen (NNT) durerile sunt spontane și nu se majorează la percuție. În SAP — eliminări purulente unilaterale, dereglarea sensibilității olfactive, eliminările purulente se majorează la aplecarea capului înainte. Edem, hiperemie și eliminări purulente unilaterale nazale, opacitate a SM — SAP. Deteriorarea stării generale în SAO — febră, cefalee, slăbiciuni, care nu-s în NNT. În NNT durerile apar sinestătător, nu-s legate de un oarecare proces patologic. Durerile în NNT — cu caracter de acces, pot părea la atingerea pielii, berberit, râs, vorbire, masticăție, spălătul feței, (la percuția dinților superiori durerile lipsesc), cum au apărut așa și dispar, de scurtă durată. În NNT lipsesc: edem, hiperemie și eliminări purulente unilaterale nazale, SM fără modificări patologice. În NNT febra lipsește.

Chisturi: (radiculare, foliculare, reziduală) — radiologic se prezintă o formațiune bine delimitată, rotundă, în vecinătatea sinusului, în grosimea procesului alveolar, dar pot se pătrundă și în sinus. Chist radicular — se dezvoltă ca rezultat a procesului infecțios a periodontitei în regiunea apicală, care trece prin mai multe faze: periodontita cronică, granulom, chistogranulom, care treptat se măresc în volum și se transformă în chist radicular. Ca rezultat a dezvoltării chistului țesutul din jur se atrofiază și rădăcina dintelui „cauzal” se găsește în cavitatea chistului și corona în afara cavității chistului. Cavitatea chistului e cu lichid gălbui, transparent, cu cristale de colesterol. În cazul inflamației chistului infecția se poate transmite și în sinusul maxilar cu apariția sinusitei odontogene. Simptomul divergenței coroanelor. Chistul folicular — în cavitatea chistică se găsesc mai mulți dinți sau rudimente dentare. Chistul crește încet. Ca rezultat a creșterii, presiunea atrofiază osul, care la rândul său se micșorează în volum. Penetreează în cavitatea sinusului. În așa cazuri apare simptomul „Dipiuitren”, ca căpacul de plasmă, jucării de la copii. Radiologic chistul folicular — coroana dintelui se află în cavitatea chistului, dar rădăcinile în afara cavității chistice. Chist odontogen: creștere lentă, ajungând la peretele inferior a sinusului începe a crește în sus. Inițial chistul este delimitat de sinus periost și os. Mai târziu sub presiunea din chist are loc rezorbția osului.

8. *Tumori chistice suprainfectate* — deformația există de multă vreme-determinat prin anamneză, radiologic imagine chistică radiculară sau foliculară.

9. *Chist intrasinusal (mucocele)* — lipsește facarul dentar, deseori asimptomatic sau cu dureri. Dureri de intensitate moderată, eliminări mucozale sau purulente unilaterale. Radiologic-opacitate parțială, omogenă, cu o convexitate superioară (soare care răsare), restul cavității SM are o transparență normală.

10. *Tumori chistice odontogene Epiteliom* — poate avea clinica sinuzitei, secreții nazale unilaterale însoțite de mici hemoragii, Cacosmie subiectivă și obiectivă. Radiologic modificări caracteristice caracteristice tumorilor.

11. *Sinuzitele specifice (tuberculoasă, leitică, actinomicotică)*: tuberculoza sinusului maxilar rar localizate, însoțită de fistule, adenopatii cervicale și focare pulmonare. Sifilisul sinusal mai frecvent terțiar localizat în bolta palatină, goma putând fistuliza în sinus. Sinuzita actinomicotică — este rară, caracterizată prin fistule cutanate și mucozale.

12. *Carcinomul de mezostructură* — secreții nazale unilaterale, mici hemoragii, cacosmie subiectivă și obiectivă, tulburări de sensibilitate pe traectul n. infraorbital, radiologic modificări ale oaselor.

13. *Sinusita alergică*: din anamneză se determină maladiei alergice — exeme, neurodermatite, conjunctivite alergice, edemul Kwinke, diateze exudative, diateze alimentare, intoleranță la medicamente. În cazul sinuzitei alergice nu există legătură cu factorul etiologic odontogen. Pentru sinuzita alergică este caracteristică acutizarea și remisiile dese, unele legate de anotimp.

Sinuzita alergică este însoțită de afectarea altor sinusuri paramaxilare — nazal, etmoidal, frontal. Clinica sinuzitei alergice este însoțită de: mucoasa foselor nazale este edemată intens, de o culoare vișinie, de o consistență dehidratată, uneori cu polipi, eliminări mucozale transparente abundente nazale bilaterale. Eozinofilele sunt majorate și dau reacții pozitive cu testele alergice. Lipsa efectului curativ în tratamentul sinusitei alergice cu vasoconstrictori. Sinuzita alergică are o incapacitate de muncă mai mare decât sinuzita odontogenă.

14. *Antrolit*: apare spontan pietre cum sunt și în alte organe. La baza mecanismului stă staza secretului, la care se mai adaugă fungii care în timp precipită se transformă în concrement.

15. *Tumoare a sinusului maxilar* — debutul asimptomatic, depistat radiologic întâmplător sau în timpul operației. Radiologic pe baza distrucției osoase și defectului fără graniță bine delimitate. Eliminările neînsemnate, uneori cu sânge.

16. *Osteom, odontom* — radiologic este caracteristic granițe bine delimitată și cavitatea tumorii, opacitate intensă, crește foarte încet, element ce amintește dintele. Histologic diagnosticul calitativ.

## CONCLUZII

1. Cei mai frecvent dinți cauzali implicați în declanșarea sinusitei sunt dinții 6.
2. Perforația sinusului maxilar s-a depistat în 73% cazuri.
3. Deschiderea sinusului în timpul extracției dentare și propulsarea rădăcinii în cavitatea sinusului, constituie o indicație urgentă către spitalizare.
4. Diagnosticul determină focarul etiologic, determinarea răspândirii procesului infecțios și permite planificarea tacticii de tratament.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ababii, I. Otorinolaringologie: (vadecum clinic) / V. Popa, I. Ababii. — Chișinău: CEP Medicina, 2002. — P.
2. Albu, S. Chirurgia funcțională a foselor nazale / S. Albu. — Cluj-Napoca, 2001. — P. 45-58.
3. Călin D., Antohe D., Varlam H., Moldovanu E. Încadrarea ariei periapicale dentare în organizarea sinusului maxilar. Medicina stomatologică. România, 2003, Suppl, pag. 318-325.
4. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea I, II, III, pag. 51-57.
5. Guțan A. Prelegerea pe tema „Sinuzita odontogenă” Chișinău, 1989, pag. 18.
6. Perrella A., Rocha S. S., Cavalcanti M. Quantitative analyses of maxillary sinus using computed tomograph. J Appl Oral Sci, 2003, 11 (3): 229-233.
7. Pălărie V. Sinuzitele maxilare odontogene de genăză posttraumatică. Teza de licență. Choșinău. 2002.
8. Kasabah S., Slezak R., Simunek A., Krug J., Lecaro M. Evaluation of the accuracy of panoramic radiograph in the definition of maxillary sinus septa. Acta Medica. 2002, 45(4):173-175.
9. Кручинский Г. В., В. И. Филиппенко. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Минск. «Высшая школа». 1991. 158 стр.
10. Муковозов Н. И. Дифференциальная диагностика ХЗЧЛО. Ленинград «Медицина». 1982. 105 — 112.

Prezentat la 29.06.07

# ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА И ОТЛИВКИ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО МЕТОДУ А. В. ВЕЙСА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

**А. В. Вейс**  
Директор  
частной академии  
инновационной  
денальной  
имплантологии при  
стоматологической  
клинике Франкфурт  
на Майне, Хехст,  
консультант  
Имплаза-Хехст в  
земле Гессен, ФРГ

Точность снятия оттиска и отливки моделей с внутрикостных имплантатов в верхней и нижней челюстях на этапах возведения супраконструкций — необходимое требование. Ошибки на этом этапе ортопедического лечения приводят к искажениям при изготовлении каркаса протеза и могут привести к его непригодности.

В связи с этим в традиционной технологии ортопедического лечения на денальных имплантатах весь процесс разбит на много этапов с обязательным лабораторным и клиническим контролем. Обычно для снятия оттисков с инфраструктур — аналогов имплантатов, атачментов и абатментов — изготавливают индивидуальные слепочные ложки. Особая точность должна соблюдаться при переводе трансфера с имплантата в оттиск челюсти. Аналог имплантата закрепляется на трансфере в оттиске и остается при отливке в гипсовой модели челюсти. Снять правильно оттиски при денальной имплантации иногда затруднительно при некоторых особенностях строения дистальных отделов челюстей, при затруднительном открывании полости рта, при выраженном рвотном рефлексе. Тем более затруднительно установить здесь трансфер с помощью ключей, ввести и вывести слепочную ложку с оттисковой массой. Уместно вспомнить проблемы височно-нижнечелюстных суставов таких больных в последующем. При приближении слепочной массы к носоглоточному кольцу у многих больных появляется нежелательный рвотный рефлекс. После преодоления этих проблем могут появиться затруднения при введении ключа для закрепления или откручивания винта трансфера. При вывинчивании винта в таких случаях возможна потеря его в полости рта с последующим проглатыванием или асфиксией.

При затруднениях выведения слепочной ложки с оттисковой массой из полости рта может нарушиться истинное положение трансфера.

С целью сокращения сроков, снижения травматичности и улучшения качества лечения больного, уменьшения и исключения затруднений в работе врача-ортопеда и зубного техника в нашей клинике разработан имплантатовод-трансфер (ИТ- для краткости) собственной конструкции (см. конструкция и описание).

Трансфер имеет подпружинивающие внутриимплантатные вилки, которые захватывают стенки имплантата изнутри, и с помощью выступов надежно фиксируются ниже внутренней резьбы имплантата. Средний отдел корпуса трансфера также имеет внутриимплантатный многогранник в виде наружного шестигранника, который конструктивно точно соответствует внутреннему шестиграннику имплантата и его аналога.

Во внеимплантатной части тела трансфера по наружной стороне имеются ретенционные выступы и углубления. Одна сторона уплощена, вершина имеет грибовидную форму для дополнительной фиксации трансфера в от-

тисковой массе. Это ведет к изменению технологии снятия оттиска для возведения супраструктур.

## ПРИМЕНЕНИЕ

Стерильный трансфер устанавливается внутриимплантатной частью в имплантат в полости рта пациента (Рис. 1).

Захваты имплантата вводятся в канал имплантата. При этом наружный

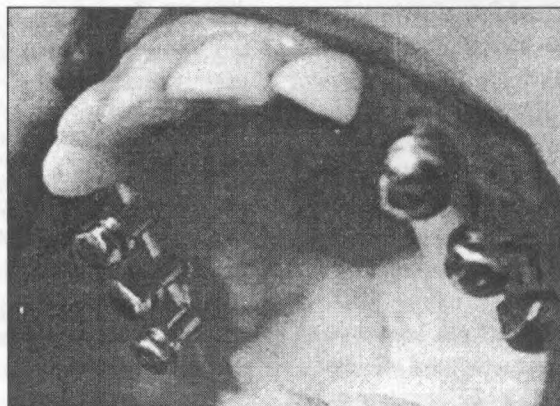


Рис. 1. Трансферы в имплантах в полости рта

шестигранник среднего отдела тела трансфера устанавливается во внутренний шестигранник имплантата. Пружинящие захваты трансфера фиксируются во внутреннем канале имплантата. Выступы верхушек захватов с легким щелчком заходят в витки резьбы во внутреннем канале имплантата. Извлекается ИТ также с легким щелчком уже с слепочной (оттисковой) массой. Так как длина ИТ — от 12 до 16 мм, а внеимплантатная часть составляет всего 6 мм и 10 мм, он легко устанавливается в имплантатах, расположенных в самых дистальных отделах альвеолярного отростка челюстей, при затрудненном открывании полости рта и выраженных рвотных рефлексах. Для его установки и извлечения не требуется вспомогательный инструмент. Для снятия оттиска применяются стандартные слепочные ложки с размерами, соответствующими челюсти больного.

Количество полиэфирной оттисковой массы стандартное. После полимеризации и отверждения оттиск вместе с ложкой и трансфером легко извлекается из полости рта (Рис. 2).

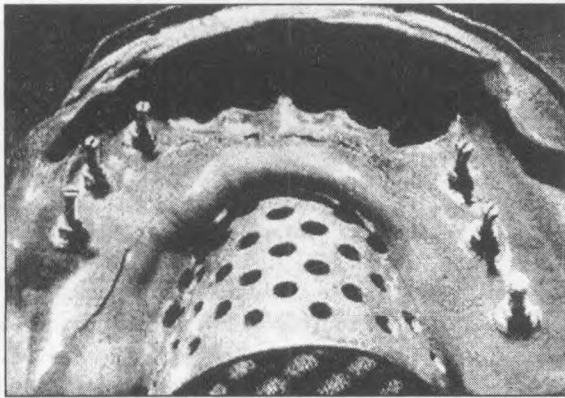


Рис. 2. ИТ в оттисковой массе

На имеющийся в слепке ИТ фиксируется аналог импланта и отливается зуботехническая модель. Отлитая и застывшая модель освобождается от ложки с оттисковой массой, включающей ИТ. Хорошо сохранившийся ИТ нашей конструкции может применяться неоднократно с учетом правил асептики и антисептики.

Дальнейшее протезирование производится как обычно (Рис. 3).

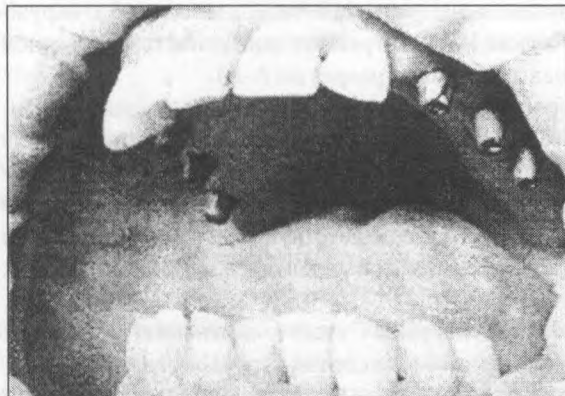


Рис. 3. Абатменты, закрепленные в имплантатах

После фиксации протезов на абатментах больному даются наставления по индивидуальной гигиене полости рта (Рис. 4).

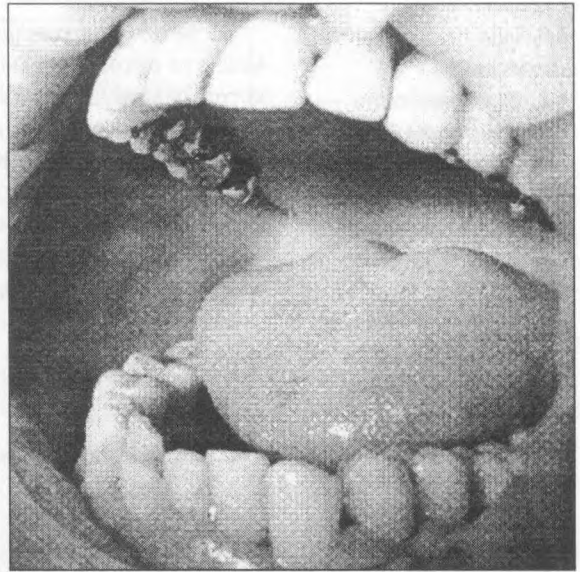


Рис. 4. Протезы, закрепленные на абатментах

#### ВЫВОДЫ:

Конструкция предлагаемого трансфера позволяет:

1. Сократить сроки ортопедического лечения.
2. Снизить его травматичность
3. Улучшить качество ортопедического лечения на всех этапах дентальной имплантации
4. Облегчить работу врача и зубного техника.
5. Упростить установку и извлечение трансфера в имплантат и его аналог в оттиске и модели
6. Облегчить снятие оттиска с установленным в имплантате трансфером.
7. Снять препятствия при введении и выведении оттисков из полости рта.
8. Упростить отливку моделей.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Пюнтер В.Э., Темерханов Ф.Т., Миргазизов М.З. и др. Исследование процессов прорастания костной ткани в поры имплантатов./ Сверхэластичные имплантаты с памятью формы в медицине/Томск, 1995.-288 с.
2. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты)/ Т.Г. Робустова.-М.: Медицина, 2003.-560 с.
3. Implantologie Hanbuch. Verlag Oemus media AG, Leipzig, 2005, 208 S.
4. Implants. International magazine of Oral Implantology — DG-ZJ, vol. 6.2/2006, Duesseldorf

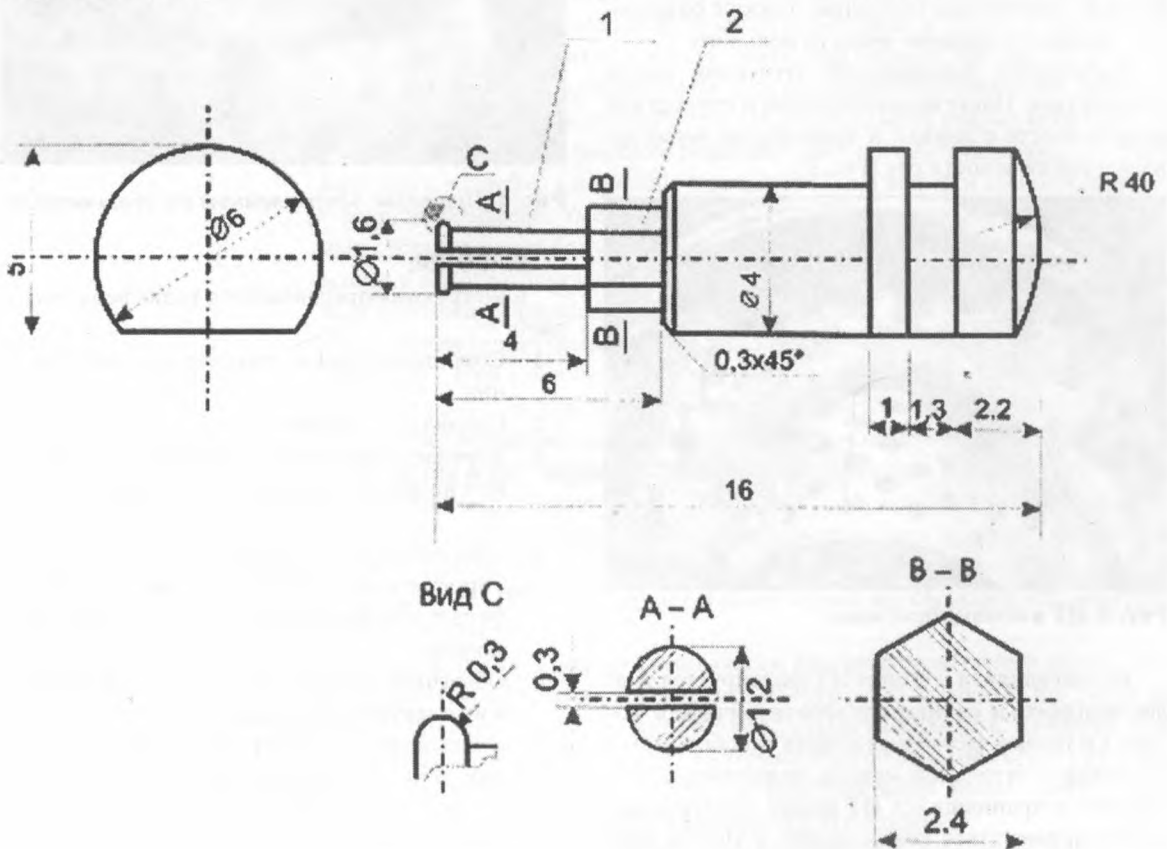
Prezenta la 18.04.2007

## КОНСТРУКЦИЯ И ОПИСАНИЕ СТРОЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВОДА-ТРАНСФЕРА

**А.В. Вейс**  
 Директор  
 частной академии  
 инновационной  
 дентальной  
 имплантологии при  
 стоматологической  
 клинике  
 Франкфурт-на-Майне  
 Хёхст, консультант  
 „Имплаза-Хёхст“ в  
 земле Гессен, ФРГ.

С целью сокращения сроков, снижения травматичности и улучшения качества ортопедического лечения больных, уменьшения и исключения некоторых затруднений в работе врача ортопеда и зубного техника на этапах дентальной имплантации, в нашей клинике разработан и внедрен имплантовод-трансфер (для краткости-ИТ) собственной конструкции (Рис1).

**Рис. 1.** Имплантовод-трансфер (ИТ) собственной конструкции: 1-2 внутриимплантатная часть с пружинными вилочками (1) и внеимплантатная — с наружным шестигранником (2)



Тело ИТ состоит из внеимплантатной и внутриимплантатной частей-1,2. Последняя содержит пружинные вилочки изготовленные заодно с наружным шестигранником-2 и телом ИТ. Внутренняя поверхность пружинной вилочки плоская, а наружная закруглена (разрез по А-А).

Конец вилки имеет полукруглое утолщение (вид С). Наружный шестигранник (разрез по В-В) ИТ соответствует внутреннему шестиграннику имплантата и его аналога. Внеимплантатная часть тела имеет ретенционное уплощение с одной стороны, выступы и углубления по окружности и закругление головки. Размеры на рис.1 соответствуют системе имплантатов фирмы „Implasa Hochst“ В других системах имплантатов нами применяются другие размеры.

Конструкция новой инфраструктуры ИТ ведёт к изменению технологии снятия оттиска и отливки моделей для возведения супраконструкций.

Prezentat la 18.04.2007

# METODĂ NOUĂ DE PROFILAXIE A PAROTIDITELOR CRONICE PARENHIMATOASE (RECIDIVANTE) LA COPII

## SUMMARY

### NEW METHOD OF PREVENTION OF CHRONIC PARENCHYMATOUS (RECURRENT) PAROTIDIS AT CHILDREN

The study is based on application of medications of BioR-gel and BioR-capsules in preventive treatment of recurrent chronic parenchymatous (recurrent) parotiditis at children.

The received results at patients included in treatment have shown significant preventive effect.

The treatment and prophylactic effect consists in anti-inflammatory, antibacterial, immune and regenerating action.

*Key-words:* prevention, parotiditis, medications BioR-gel, BioR-capsules, children.

## REZUMAT

Studiul se referă la folosirea preparatelor BioR -gel, BioR-capsule în tratamentul profilactic al parotiditelor cronice parenchimotoase (recidivante) la copii. Rezultatele obținute la bolnavii incluși în tratament au demonstrat efect evident profilactic. Efectul curativ-profilactic se manifestă prin acțiune antiinflamatorie, antimicrobiană, imună și generatorie.

*Cuvinte cheie:* profilaxie, parotidite, remedii BioR -gel, BioR- capsule, copii

## ÎNTRUDUCERE

Sialadenitele cronice parenchimotoase (recidivante) la copii se întâlnesc destul de frecvent comparativ cu alte procese inflamatorii ale glandelor salivare (parotidită interstițială, sialodochite). În ultimii ani (1) se observă o creștere vadiată a afecțiunilor inflamatorii ale glandelor salivare. Important este și faptul că procesele inflamatorii ale glandelor salivare evoluează primar-cronic și se localizează preponderent în glandele parotide (90%). Mulți autori (2,3) afirmă că sialadenitele cronice parenchimotoase sunt specifice pentru copii, iar după 15 ani pot dispărea complet, ceea ce provoacă suspiciuni.

Sunt cunoscute multiple metode de profilaxie a recidivelor parotiditelor cronice parenchimotoase (4,5): introducerea în glandă a uleiuri de cetină, măcieș, carotolină, retinol, ionoforeză cu Vit C, administrarea de preparate imune, au un efectul curativ nedurabil, perioada de remisie, de regulă, este neîndelungată.

Tratamentul parotiditei cronice parenchimotoase este axat pe lichidarea procesului inflamatoriu. În perioada de acutizare sunt în exces modificările morfologice în glandă, normalizarea secreției glandei este dificilă. Metodele de profilaxie constau în mărirea reactivității generale și locale a organismului, prelungirea perioadelor de remisie și prevenirea acutizării parotiditelor cronice parenchimotoase.

Scopul studiului a constat în utilizarea și aprecierea eficacității remediei BioR în profilaxia recidivelor parotiditelor cronice parenchimotoase, remediu fiind dotat cu numeroase substanțe de natură hormonală, vitamine, steroizi, enzime, antibiotice, microelemente ș.a.(6,7,8)

## MATERIALE ȘI METODE.

Studiul constituie un număr de 26 bolnavi cu vârsta cuprinsă între 1 și 14 ani, tratați pe o perioadă de 3,5 ani, în Clinica de Chirurgie maxilo-facială a Spitalului CR „E. Coțaga“, băieți — 22, fete -7. Debutul afecțiunii varia între 1,5 ani și 8 ani; perioada de supraveghere — 3,5 ani. Procesul era localizat mai frecvent unilateral —19, mai iar bilateral — 7..

Iluța Ion

Godoroja Pavel

Universitatea de Stat de

Medicină și Farmacie

„N. Testemițanu“

Catedra stomatologie

pediatrică



Investigația bolnavilor constă în examenul clinic, analiza sângelui, urinei, analiza biochimică a sângelui, sialografie (cu iodolipol). Controlul sialografic în dinamică a fost efectuat după 0,5—1 an după tratament, care urmărea scopul de a aprecia micșorarea sau mărirea numărului de cavități sau dispariția lor.

Apreciind eficacitatea măsurilor profilactice ale afecțiunii axată pe prelungirea perioadelor de remisie noi ne-am bazat pe faptul că activitatea evoluției parotiditei și frecvența agravării este majorată în sezonul de primăvară toamnă a anului. Această perioadă este marcată prin avitaminoză, hipodinamie, afecțiuni de origine suprarăcire, acutizarea diferitor afecțiuni cronice asociate, ca rezultat de diminuare a reactivității generale și locale a organismului.

Tratamentul parotiditei în faza de acutizare se efectua în staționar și consta din administrarea preparatelor antihistaminice, antipiretice, analgezice, BioR-capsule peroral, precum și medicație locală; aplicații (comprese) cu BioR-gel; instilații intracaniculare cu sol. antiseptice, BioR-gel; fizioterapie, masaj al glandei. După externare bolnavii erau luați la evidență și în decurs de 1,5—2 ani se efectua tratament profilactic sezonier. Tratamentul profilactic includea administrarea preparatului BioR-gel (în forme de comprese) 7-10 zile, BioR-capsule (per os), 1 capsulă în zi — 7-10 zile, masaj al glandei, stimularea salivăției.

### REZULTATE ȘI DISCUȚII

Analiza rezultatelor studiului au relevat că procesul de vindecare a bolnavilor decurge rapid. Edemația și infiltrația țesuturilor dispărea complet la a 4-5-a zi, eliminările de puroi din duct se lichidau la a 2-3-a zi. Starea generală se ameliora considerabil la a 2-3-a zi, t<sup>o</sup> se normaliza la a 2-a zi. Durata de tratament în staționar constituia 7-8 zile.

Analizând în dinamic (1-3,5 ani) rezultatele tratamentului profilactic, am constatat că la 24 bolnavi n-au apărut recidive ale afecțiunii. La 2 pacienți a fost

stabilită agravare ușoară a afecțiunii peste 2 ani de la tratament, cauza fiind utilizarea necompletă (BioR-capsule) de către bolnav în această perioadă.

Studiul sialogramelor în dinamică (0,5 -1 an) au demonstrat micșorarea în volum și număr, sau dispariția completă a cavităților evaluate.

Astfel, eficacitatea înaltă a metodei de tratament profilactic poate fi lămurită prin faptul măririi reactivității organismului către infecții, ameliorarea funcției secreției a glandelor salivare, majorarea regenerării învelișului epitelial al canaliculelor.

### CONCLUZIE

Tratamentul profilactic al sialadenitelor parenhimoase cronice efectuat cu preparate BioR a demonstrat eficacitate înaltă de vindecare și profilaxie. Remediile BioR sunt bine tolerate, reacții adverse nu provoacă. Metoda de tratament în formula nouă poate fi recomandată spre uz larg de implementare în practica medicală.

### BIBLIOGRAFIE

1. Щеллова А.П. — Первично -хронический паротит у детей. Стоматология N2, 1988, 64—65.
2. Dechaume M, Laudenbach P, Bonneau U, Payen J. Rev. Stomat (Paris) — 1959 -vol. 60, N6-p. 207 — 326
3. Conno A, Ito E Ann Otol. (St. Lounis) — 1979 -Suppl 63 — p. 1—20
4. Рыбалов О.В. Клиника, диагностика, лечение и профилактика сialоденитов у детей. Автореф дис...дакт мед. наук-М, 1987
5. Рыбалов О.В. Лечебно-профилактический комплекс в терпии хронического паренхиматозного паротита у детей. Стоматология М, 1989, N3, 59-60
6. Rudic V, Gudumac V, Brevet de invenție MD 545, G2, 1995 Chișinău. Preparat medicamentos
7. Rudic V, Gudumac V, Popovici M, Fotobiologic-realizări noi în boimecanică. Editura Cuant, Chișinău 1995,
8. Rudic V, Godoroja P, Remediul medicamentos antiinflamator și antimicrobian sub formă de gel. Brevet de invenție 2003 N 2016 AGEPI Chișinău.

Prezentat la 13.06.2007

## PROMOȚIA ANULUI 1977 LA 30 ANI!



La 26 mai 2007 în incinta Clinicii Stomatologice Universitare a USMF „Nicolae Testemițanu“ a avut loc întâlnirea cu absolvenții promoției XIV anii 1972—1977, a facultății de stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“ (Institutul de Stat de Medicină în acea perioadă).

30 de ani în urmă tinerii doctori plini de entuziasm și gânduri mărețe au depus jurământul lui Hipocrate și s-au avîntat în diferite colțuri ale Republicii Moldova pentru a se încadra în rândurile celor ce stau la starja sănătății oamenilor. A fost destul de interesant să analizezi cum acești oameni solizi, cu părul cărunt, cu riduri pe față și oboseală de muncă, mulți din ei chiar devenind bunici și străbunici, se veseleau cu glume și hohote studențești, ca niște copii... !!!

Duhul studențesc s-a coborît iarăși în acel moment în acea sală festivă.

Dar și mai deosebit am constatat că „pecetea“ timpului i-a evitat cumva misterios pe scumpii și dragii noștri profesori, ca buni părinți și adevărați titani ai științei stomatologice din Republica Moldova.

Cu zîmbete pe față și îmbrățișări calde ne-au întâlnit dascălii noștri — decanul nostru, Ilarion Postolachi, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, „Om emerit“; Pavel Godoroja actualul decan al facultății doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Membru de Onoare a Academiei de Medicină din România; Gheorghe Nicolau doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șeful Catedrei Stomatologie Terapeutice; Valentin Topalo doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șeful Catedrei Chirurgie oro-maxilo-facială și Stomatologie Ortopedică FPM; Dumitru Șcerbatiuc doctor habilitat în medicină, profesor universitar, academician de onoare a Academiei de Științe din România; Ion Munteanu doctor habilitat în medicină, profesor universitar; Anatolii Cușnir doctor în medicină, conferențiar universitar; Ana Eni doctor în medicină, conferențiar universitar; Vasile Cojocari asistent universitar. Noi ne mîndrim și ne închinăm în fața Domniilor Voastre.

Decanul facultății Pavel Godoroja în discursul său de felicitare a relatat performanțele nivelului contemporan atât a pregătirii științifico-didactice a cadrelor, cât și dotarea cu tehnică și utilaj modern a facultății de stomatologie, ce a evaluat vertiginos pe parcursul ultimilor 3 decenii. Aceasta este și firesc, deoarece este bine cunoscut faptul, că stomatologia moldavă este bine apreciată nu numai în spațiul CSI ci și în Europa, ba și în lume. Astfel, după cum ne-a informat Domnia sa facultatea de stomatologie din Republica Moldova ocupă un loc de prestigiu în reestrul tuturor facultăților de stomatologie din lume, după nivelul de pregătire a cadrelor de profil.

Noi, reprezentanții promoției XIV a facultății de stomatologie, la fel ne-am deschis sufletul în fața tuturor celor prezenți, povestind cum ne-a fost de ușor sau greu să ne afirmăm pe parcurs ca specialiști, întâlnind adeseori obstacole și încercări la care ne impune viața, de fiecare dată amintindu-ne cu gingășie de acele povețe și sfaturi care le-am primit la început de cale în Alma-Mater — USMF „Nicolae Testemițanu“.

Dorim, tindem și ferm suntem convinși, că vom prelungi să promovăm în continuare falnicul titlu de medic-stomatolog, exercitându-ne nobila cauză — straja sănătății orale a pacienților, urmînd postulatul veșnic „Lucendo allis ego ipse ardeo“.

*Din numele absolvenților promoției XIV  
Anatolie Pancenco*

## **MULT STIMAȚI ABSOLVENȚII PROMOȚIEI XIV !**

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova Vă felicită cordial cu aniversarea 30 ani de la absolvirea facultății stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“.

Bucură faptul, că Dumneavoastră ați preluat cu demnitate stafeta de la înaintași și munciți cu dăruire de sine în vederea ameliorării permanente a asistenței medicale stomatologice, acordare populației Republicii Moldova.

Din numele conducerii Asociației Stomatologilor din Republica Moldova Vă dorim multă sănătate, realizări remarcabile și prosperare în continuare, succese în plan profesional.

Dumnezeu să Vă ajute !

*Ion Lupan, doctor habilitat în medicină,  
Președintele Asociației Stomatologilor din  
Republica Moldova.  
26 mai 2007*

# 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, 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. 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) până la 150-200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 până la 6.
- introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- bibliografia — la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. Treatment of Malocclusion of the Teeth (ed 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru 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.

# 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-pa-rodontologie, Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, 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. 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 corespunda, 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.*



***Funzol***  
***antimicotic modern în tratamentul afecțiunilor***  
***micotice orofaringiene***

***Infecții provocate de Candida și alți fungi:***

*Candidoza mucoaselor: orofaringiană, bronhopulmonară neinvazivă, esofagiană, cutaneomucoasă, candidoză cronică orală atrofică (La pacienții cu proteze dentare)*

*doza recomandată pentru adulți este de 50 100 mg o dată pe zi (în dependență de severitatea infecției)*

*durata tratamentului candidozei orofaringiene 7-14 zile  
terapia candidozei orale atrofice asociată protezelor dentare 50 mg o dată pe zi, timp de 14 zile, concomitent cu măsuri de antisepsie ale protezei dentare*

*pentru copii este recomandată doza zilnică de 3mg/kg, în prima zi de tratament se poate administra doza de atac 6mg/kg, care ar permite obținerea mai rapidă a nivelurilor serice stabile*



**BOSNALIJEK**