

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 4 (37) / 2015

CHIȘINĂU — 2015

POLIDANUS S.R.L.
str. Mircea cel Bătrîn, 22/1, ap. 53,
mun. Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: 48-90-31, 069236830
polidanus@mail.md

Adresa redacţiei:

Mihai Viteazu 1A, et. 2, bir.206
Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: (+373 22) 243-549
Fax: (+373 22) 243-549

- © Text: ASRM, 2015, pentru prezenta ediţie.
- © Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

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

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

a fost înregistrată la Ministerul de Justiție
al Republicii Moldova la 13.12.2005,
Certificat de înregistrare nr. 199

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „N. Testemițanu”

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste.

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

«MEDICINA STOMATOLOGICĂ» — это периодическое издание с научно-дидактическим профилем, в котором могут быть опубликованы научные статьи с фундаментальным и практическим значением в сфере стоматологии от отечественных и иностранных авторов, информация о самых свежих новинках в научной и практической стоматологии, изобретение и патенты, защиты диссертации, исследование клинических случаев, объявление и рецензий к книгам и журналам.

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

MEDICINA STOMATOLOGICĂ — is a periodical edition with scientific-didactical profile, in which can be published scientific articles with a fundamental and applicative value in dentistry, of local and abroad authors, scientific and practical dentistry newsletter, obtained inventions and patents, upheld thesis, clinical cases, summaries and reviews to books and journals.

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Certificat de înregistrare nr. 61 din 30.04.2009
Accreditată de Consiliul Național de Accreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „B”.

Ion LUPAN

Redactor-șef,
Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABII

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Maxim ADAM (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Vasile NICOLAE (Sibiu, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris TOPOR

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBĂȚIU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Alexandru BUCUR (București, România)

profesor universitar

Galina PANCU

doctor în medicină, asistent universitar

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Tel Aviv, Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. GNOISKI (Zurich, Elveția)

Doctor în medicină

Nicolae CHELE

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Tatiana CIOCI

Doctor habilitat în filologie, conferențiar universitar
Redactor literar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, doctor în medicină, conferențiar
universitar

Elena BISTRIȚCHI

Secretar Referent ASRM

SUMAR

Centrul Stomatologic Municipal Chișinău — 70 de ani

Valeriu Gobjila, Aurelia Morcheli

**CENTRUL STOMATOLOGIC MUNICIPAL
CHIȘINĂU — ISTORIE DE SUCCES ÎN 70 DE
ANI DE ACTIVITATE..... 7**

Organizare și istorie

Zinaida Gurev, Valeriu Gobjila, Elena Tintiuc

**ASIGURAREA CALITĂȚII ÎN PRESTAREA
DE SERVICII STOMATOLOGICE 18**

Zinaida Gurev, Elena Tintiuc, Galina Spînu,
Elena Balan, Ștefan Vlas, Vladimir Siric

**DEZVOLTAREA ASISTENȚEI
STOMATOLOGICE DE SECTOR
ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU 21**

Elena Tintiuc, Valeriu Gobjila, Zinaida Gurev
**ANSAMBLUL DE ACTIVITĂȚI
DIRECȚIONATE SPRE ASIGURAREA
POPULAȚIEI CU SERVICII STOMATOLOGICE
DE AMBULATOR CALITATIVE..... 24**

Dumitru Zabolotnîi

**EVOLUȚIA TEHNICILOR ANALGEZICE
ÎN STOMATOLOGIE 28**

Teorie și experiment

Tudor Costru, Valeriu Burlacu

**PERSPECTIVELE DE TRECERE A
SERVICIULUI STOMATOLOGIC LA
AUTOGESTIUNE.....32**

Victor Burlacu, Valeriu Burlacu, Valeriu Fala,
Valeriu Rudic, Valentina Fala, Gheorghe
Bordeniuc

**REMIEDIU BIOLOGIC DE PREVENȚIE
STOMATOLOGICĂ.....33**

Tatiana Porosencova, Valeriu Burlacu

**SONDAREA PARODONTALĂ. STUDIU
COMPARATIV35**

CONTENTS

Chisinau Municipal Dental Center — 70 years

Valeriu Gobjila, Aurelia Morcheli

**CHISINAU MUNICIPAL DENTAL CENTER —
A SUCCESS STORY 70 YEARS
OF ACTIVITY 7**

Organization and history

Zinaida Gurev, Valeriu Gobjila, Elena Tintiuc

**QUALITY ASSURANCE IN THE PROVISION
OF DENTAL SERVICES 18**

Zinaida Gurev, Elena Tintiuc, Galina Spînu,
Elena Balan, Ștefan Vlas, Vladimir Siric

**DEVELOPMENT OF SECTOR DENTAL
ASSISTANCE IN
CHIȘINĂU..... 21**

Elena Tintiuc, Valeriu Gobjila, Zinaida Gurev
**THE SET OF ACTIVITIES DIRECTED TO
ENSURE THE POPULATION OUTPATIENT
QUALITY DENTAL
SERVICES 24**

Dumitru Zabolotnîi

**EVOLUTION OF ANALGESIC TECHNIQUES
IN DENTISTRY..... 28**

Theory and experiment

Tudor Costru, Valeriu Burlacu

**PERSPECTIVES OF TRANSITION TO SELF-
MANAGEMENT OF THE STOMATOLOGICAL
SERVICE.....32**

Victor Burlacu, Valeriu Burlacu, Valeriu Fala,
Valeriu Rudic, Valentina Fala, Gheorghe
Bordeniuc

**BIOLOGICAL REMEDY OF PREVENTIVE
STOMATOLOGY33**

Tatiana Porosencova, Valeriu Burlacu

**PERIODONTAL PROBING. COMPARATIVE
STUDY35**

Victor Burlacu
**UNELE TENDINȚE DE PREVENȚIE
ÎN STOMATOLOGIE38**

Chirurgie OMF

Egor Porosencov, Tatiana Porosencova,
Roman Lupan
**STATUSUL PARODONTAL LA PACIENȚI CU
DESPICĂTURI LABIO-MAXILO-PALATINE40**

Ilie Hîțu, Dumitru Hîțu, Pancenco Anatolie,
Vasile Vlas, Constantin Bicer, Afanasie Hâțu,
Tatiana Strelțova
**EVOLUȚIA LEZIUNILOR SINUSALE
PERFORATIVE 42**

Ион Мунтяну
**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С
НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА . .46**

Traumatologie generală

Filip Gornea, Vitalie Chirilă, Vasile Starțun,
Grigore Dogaru, Sergiu Ciobanu, Marina Nistor
**MANAGEMENTUL FRACTURILOR
DIAFIZARE ALE HUMERUSULUI 49**

Filip Gornea, Vitalie Chirilă, Vasile Starțun,
Grigore Dogaru, Sergiu Ciobanu, Serghei Ratcov
**PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI
ÎN FRACTURILE MASIVULUI
TROHANTERIAN 53**

Teze

Olga Dadu, Lilia Cubari
**TRATAMENTUL PE ETAPE A PERIODONTI-
TELOR ACUTE ȘI CRONICE, UTILIZAREA
PASTEI „ABCESS REMEDY” 58**

Ольга Сухарева, Снежана Данильченко
**ОЦЕНКА ПОСТОПЕРАТИВНОЙ ЧУВСТВИ-
ТЕЛЬНОСТИ ОТРЕСТАВРИРОВАННЫХ ЗУ-
БОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИТ-
НОГО МАТЕРИАЛА SDR 59**

Cercetări studentești

Cătălina Ciuclea, Gheorghe Nicolau
**DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL
PARODONTITEI MARGINALE CRONICE
FORMA MEDIE 61**

Victor Burlacu
**PREVENTION TENDENCIES
IN DENTISTRY38**

OMF Surgery

Egor Porosencov, Tatiana Porosencova,
Roman Lupan
**PERIODONTAL STATUS IN CLEFT LIP
AND PALATE PATIENTS 40**

Ilie Hîțu, Dumitru Hîțu, Pancenco Anatolie,
Vasile Vlas, Constantin Bicer, Afanasie Hâțu,
Tatiana Strelțova
**EVOLUTION OF SINUS PERFORATING
INJURIES 42**

Ион Мунтяну
**ORAL HEALTH FOR PATIENTS WITH
TRIGEMINAL NEURALGIA 46**

General trauma

Filip Gornea, Vitalie Chirilă, Vasile Starțun,
Grigore Dogaru, Sergiu Ciobanu, Marina Nistor
**MANAGEMENT OF HUMERAL SHAFT
FRACTURES..... 49**

Filip Gornea, Vitalie Chirilă, Vasile Starțun,
Grigore Dogaru, Sergiu Ciobanu, Serghei Ratcov
**SURGICAL TREATMENT PECULARITIES
IN TROCHANTERIC
FRACTURES..... 53**

Theses

Olga Dadu, Lilia Cubari
**TREATMENT OF CRONIC APICAL PERIO-
DONTITIS IN TWO VISITS, USING „ABCESS
REMEDY” TOOTHPASTE 58**

Ольга Сухарева, Снежана Данильченко
**EVALUATION OF POSTOPERATIVE SENSITIVITY RESTORED TEETH
USING COMPOSITE
SDR 59**

Student research

Cătălina Ciuclea, Gheorghe Nicolau
**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS
AVERAGE FORM..... 61**

CENTRUL STOMATOLOGIC MUNICIPAL CHIȘINĂU — ISTORIE DE SUCCES ÎN 70 DE ANI DE ACTIVITATE

Rezumat

Istoria fondării Centrului Stomatologic Municipal Chișinău se încununază în acest an cu marcarea Jubileului de 70 ani de activitate profesională, iar realizările și evenimentele desfășurate pe parcurs la diferite etape de afirmare instituțională în structura Sistemului municipal de sănătate, și-au lăsat amprenta și au condiționat nemijlocit aprecierea vectorului de dezvoltare a întreg Serviciului Stomatologic din Republica Moldova.

Cuvinte-cheie: *Centrul stomatologic, istorie, activitate, aniversare.*

Summary

CHISINAU MUNICIPAL DENTAL CENTER — A SUCCESS STORY 70 YEARS OF ACTIVITY

History founding Dental Center Municipal Chisinau crowns this year marking the Jubilee of 70 years of professional activity and achievements and events held during the various stages of affirmation institutional structure of the municipal health and have left their mark and conditioning directly appreciation of the whole array of dental services development in Moldova.

Key words: *Dental center, history, activity, anniversary.*

Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău (ÎM CSMC) este o instituție medicală specializată de ambulator, cu o istorie marcantă de succes, meritând pe deplin două calificative ce o determină cu adevărat: 1- cea mai „tînără” instituție medicală din sistemul de sănătate municipal, și 2 — una din cele mai „experimentate” instituții medicale din sistemul de sănătate din municipiu?! Ambele aprecieri sunt pe bună dreptate corecte, mai mult ca atât, anul 2015 rămîne să fie istoric prin dubla sa semnificație: inițierea reformelor în stomatologia municipală, și marcarea unui Jubileu onorabil și reprezentativ de 70 ani! Dacă la prima vedere pare paradoxală această afirmație, privind peste ani în urmă, e de menționat că adevărata istorie de înființare a acestei instituții din componența Sistemului de sănătate municipal, datează cu o paletă bogată de evenimente remarcabile și o experiență profesională. Anume șapte decenii de activitate prodigioasă la straja sănătății orale a populației municipiului Chișinău, justifică cu adevărat necesitatea păstrării și fortificării acestui serviciu, motivînd autoritățile locale de a iniția și realiza reforme în acest domeniu.

Astfel, prin Decizia nr. 1/25 din 19 martie 2015 a Consiliului Municipal Chișinău, a fost fondată o instituție medicală de profil stomatologic în componența căreia s-a regăsit integral, tot serviciul stomatologic de stat pentru persoanele adulte din mun. Chișinău, la baza căreia au fost puse speranțe în dezvoltare și prosperitate continuă pentru viitor. Această cale lungă încununată cu un jubileu remarcabil în acest an, își ia începutul în prima jumătate a secolului trecut. Prin ordinul nr.31 a Secției Ocrotirii Sănătății a Comitetului Executiv al or. Chișinău la 15 martie 1945, a fost fondată prima Policlinica Dentară, cu destinația de satisfacere a necesităților și soluționare a problemelor de profil stomatologic pentru populația orașului Chișinău și suburbiilor sale.

E de menționat că pînă în anul 1945, în Republica Moldova, inclusiv orașul Chișinău, asistența medicală dentară nu era organizată sistemic, fiind acordată sporadic de medici-dentiști particulari de ocazie. În acea perioadă dificilă, marcată de consecințele războiului devastator, autoritățile locale încearcă să reanimeze sistemul de sănătate ruinat, refăcînd serviciile medicale de primă necesitate, printre care se regăsesc și serviciile stomatologice. În acest scop Policlinicii Dentare nou formate, i-a fost destinat un sediu ocolit de bombardamentele infernale ale

Valeriu Gobjila,
director

Aurelia Morcheli,
vicedirector

ÎM CSM Chișinău

războiului, situat pe strada „Cupecescaia 48”, (actualmente intersecția străzilor Hîncești și București), care fiind reparat într-un timp scurt, a fost amenajat pentru funcționare. În funcție de prim conducător a fost numit medicul Efim Levinson (1945—1950). Grație eforturilor și implicării nemijlocite atât a autorităților, cât și a colaboratorilor Policlinicii în organizarea activității, începând cu luna octombrie 1945, Policlinica dentară Centrală și-a deschis ușile, inițiind primirea pacienților, cu de 5 locuri de muncă pentru tratament terapeutic și 3 locuri pentru protezare dentară. În statele de funcții figurau: 2 medici stomatologi, 8 medici dentiști, 4 asistente medicale, 5 tehnicieni dentari, 2 registriatori medicali, 3 infermiere, 1 contabil, 1 șef de gospodărie, și 1 statistician medical. Astfel, cei 27 de angajați, urmau să asigure asistența medicală dentară celor 120 000 de locuitori ai orașului Chișinău și comunelor adiacente: Băcioi, Buiucani, Sculeni, Muncești, Stăuceni și altor localități. Treptat au început căutările de aplicare în practică a noilor metode și forme moderne de diagnostic, tratament și profilaxie a bolilor stomatologice, impunându-se necesitatea perfecționării continue a calității serviciilor medicale stomatologice prestate. O deosebită atenție se acorda fortificării bazei tehnico-materiale. Deoarece sediul clădirii vechi, nu mai răspundea așteptărilor și cerințelor populației deservite, în anul 1949, conform Hotărîrii Guvernului URSS nr.5036, din 31.10.49, Policlinica Dentară este redenumită în Policlinică Stomatologică, în fruntea căreia este numit conducător Avramenco N.M. (1950—1951). La acea etapă, odată cu construcția unei clădiri noi cu destinație pentru Magazinul Universal Orășnesc, 2 etaje ale acestui edificiu amplasat pe bd. Negruzzi 3, au fost atribuite Policlinicii Dentare (actualmente sediul IMSP Centrul Stomatologic Municipal pentru Copii).

Transferul Policlinicii în clădirea nouă, cu un număr extins de cabinete specializate, a permis acordarea asistenței medicale stomatologice unui număr mai mare de populație și acoperirea cu servicii de profil, conform necesităților, în deosebi o grijă sporită fiind acordată generației în creștere. Astfel, sub conducerea medicului șef Ovcearuc O.A.(1951—1957), în acea perioadă, începe reorganizarea asistenței medicale stomatologice, inclusiv fiind revăzută metoda organizării asanării cavității bucale planificate copiilor, formarea brigăzilor mobile specializate pentru asanarea stomatologică a elevilor din școli. Totodată în această perioadă, începe să se contureze o specialitate nouă pentru RM, apar primii medici stomatologi-ortodonți. Ulterior, la etapa cînd instituția era condusă de către medicul șef, Teliciarov D.I. (1957—1964), la insistența conducerii și peotriva așteptărilor, au fost procurate primele instalații stomatologice de producere de import, 11 state de personal pentru asistența medicală stomatologică pentru maturi, fiind reprofileate cu destinație pentru copii. Prin urmare în premieră, în anul 1960, în Republica Moldova, se deschide și începe activitatea, prima secție stomatologică pentru

copii, care pe parcurs dezvoltîndu-se, a devenit baza principală pentru stomatologia pediatrică din țară. Specificul activității secției stomatologice pentru copii a fost și persistă în continuare — activitatea în instituțiile preșcolare și școlare.

Șirul de evenimente importante pe parcurs, se completează cu o gamă vastă de realizări în aa.60. Practic concomitent, au loc două evenimente marcante, care prin semnificația sa au apreciat vectorul de dezvoltare a stomatologiei autohtone. În anul 1959 au loc, deschiderea Secției medico-dentare la Școala Medicală din Chișinău și a Facultății de stomatologie a Institutului de Medicină (actualmente „USMF N.Testemițanu”). Medicul șef care își desfășura activitatea în acea perioadă Țivțivadze N.V. (1964—1975), depune eforturi considerabile ca Policlinica Stomatologică Orășnească, să devină baza principală — practică, de pregătire a medicilor stomatologici, tehnicienilor dentari,și asistentelor medicale de profil din Republică.

Un rol deosebit în dezvoltarea și afirmarea acestei instituții specializate de ambulator, în revine medicului-șef V.N. Sîtnic. Actualul edificiu în care este amplasată instituția, a fost construit, dat în exploatare și dotat cu utilaj de performanță pentru perioada respectivă, cu nemijlocita participare a Domniei sale. Astfel, odată cu sporirea economiei, dar și cu apariția unor noi standarde și normative în domeniul stomatologiei autohtone, în anul 1977, Guvernul Republicii Moldova, emite Hotărîrea de a construi o Policlinică Stomatologică tip, în acest scop fiind elaborat și aprobat un proiect individual. Astfel, în anul 1981, sub conducerea medicului șef Sîtnic V. N (1975—1986) își începe activitatea cea mai mare Policlinică Stomatologică din republică.

Pe parcursul anilor, dintr-o policlinică cu o capacitate de muncă redusă, prin implicarea directă a autorităților publice de nivel local și central, se transformă într-o Instituție de avangardă în domeniul stomatologiei, fiind denumită Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul Stomatologic Municipal (anul 2003). Un aport semnificativ în menținerea nivelului de profesionalism și implementare a tehnologiilor moderne în activitatea acestei instituții, l-a exercitat medical șef, Pancenco A.M. (1986 — 2014). Pentru merite deosebite, Dl A.M.Pancenco, a fost menționat de către autoritățile statului, cu titlul onorific “ Om Emerit “ și Ordinul „Gloria Muncii “

Grație dirijării chibzuite și profesionalismului foștilor conducători ai Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Stomatologic Municipal, actualmente Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău, este pe deplin succesoare de drept și continuator al tradițiilor cimentate de decenii. După statut și atribuții, fiind o instituție organizator-metodică de anvergură în domeniul stomatologiei autohtone, în incinta acestui lăcaș, cu multă dăruire de sine, se îmbină armonios trecutul, prezentul și viitorul, se petrece o activitate permanentă de perfecționare a metodelor de organizare a asistenței medicale

stomatologice și a calității serviciilor prestate, având ca scop ajustarea standardelor de calitate la normele europene. Cu deosebită mândrie constatăm că pe parcursul a șapte decenii de activitate, aici s-au regăsit la diferite etape ale activității, personalități marcante din domeniul stomatologiei ca: profesorii universitari, dd. A.E. Guțan, M.G.Bușan, S.V. Sirbu, V.R.Ocușco, I.G.Lupan, conferențiarilor universitari, dd.E.L.Chiriac, M.P.Cojocar, V.S.Oaineagră și alții.

Actualmente în cadrul instituției activează cu succes profesorul universitar, I.F.Munteanu, deținător al titlului onorific „Om Emerit” și a medaliilor „Veteran al Muncii” și „Nicolae Testemițanu”, conferențiarilor universitari dd. D.I.Hițu, A.M.Pancenco, A.I.Gumeniuc și alții. La această bază științifico-practică au fost susținute pe parcurs, 6 teze de doctor în medicină și 1 teză de doctor habilitat. E de menționat ca la moment instituția este baza clinică unde își desfășoară activitatea două Catedre a USMF „N. Testemițanu” (Catedra Stomatologiei Ortopedice „Ilarion Postolache” și Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială și Implantologie Orală „Arsenie Guțan”). Această colaborare contribuie implicit la pregătirea și perfecționarea anuală a circa 500 de specialiști din domeniu, ceea ce influențează considerabil perfecționarea calității serviciilor medicale stomatologice prestate populației prin implementarea metodelor moderne de diagnostic și tratament.

Cu mult drag și dăruire de sine Colectivul instituției, la diferite etape de dezvoltare, concomitent cu activitatea de bază, s-a încadrat cu succes în diverse manifestații culturale și de divertisment, organizate de organele Administrației publice locale, dar și în evenimentele sportive-culturale sub egida Sindicatelor de ramură. Pe parcurs a devenit o bună tradiție pentru instituția noastră, ocuparea locurilor I și II la Sparta-chiadele Lucrătorilor din domeniul Ocrotirii Sănătății din mun.Chișinău și Republicane. Cu adevărată mândrie pot fi menționate numele celor ce prin participare la diferite competiții sportive, au dus faima instituției noastre. Așa personalități ca: S.Paholco, V.Smetanca, S.Smetanca, G.Faigenblat, A.Bilevschii, D.Iaroțchii, I.Ceglei, D.Pungă, G.Balaniuc, I.Erhan, M.Iaroțcaia, A.Varzari, V.Novojilov, V.Surdu, T.Condratiuc și alții, vor rămâne cu litere de aur înscrise în istoria realizărilor sportive ale instituției noastre. Și desigur, pentru întreg colectivul instituției este o deosebită plăcere de menționat aportul incontestabil adus de către foștii și prezenții colaboratori, adevărați veterani ai muncii, care și-au consacrat cunoștințele și abilitățile profesionale, pentru ameliorarea sănătății orale a populației. Merită deplina recunoștința a Sistemului de sănătate: dd. S.Paholco, V.Gorencu, P.Borș, M.Criucichevici, D.Ciobanu, I.Cosic, D.Iaroțchii, N.Trofim, V.Șincarenco, V.Boțolina, E.Perde, V.Dumbravă, A.Ciochină, L.Lapti, L.Lazări, L.Iașenco, Z.Gricolovscaia, M.Lisovscaia, S.Barcovscaia, N.Umanschii, S.Smetanca, L.Dorul, A.Gorscaia, E.Sicorscaia, N.Cantemir, V.Raileanu, E.Fedîșina, N.Grosu, A.Dimitrache, G.Pietremari, T.Postolache,

E.Balan, G.Bosii, E.Scobioală, M.Baranova, F.Coțaga, M.Coșina, O.Panina și alții.

Șirul realizărilor, își regăsește continuitatea prin reformele actuale în domeniul stomatologiei municipale. Astfel la inițiativa Direcției Sănătății al Consiliului Municipal Chișinău și în scopul organizării controlului activității de prestatat a serviciilor medicale stomatologice calitative populației din municipiu, Consiliul Municipal Chișinău prin deciziile nr.1/25, 1/26, 1/27 din 19 martie 2015 și 3/15 din 19.05.2015 crează Întreprinderea Municipală „Centrul Stomatologic Municipal Chișinău”, conducător și director fiind numit V.S.Gobjila.

Actualmente, Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Chișinău este o instituție specializată complexă, prestatoare de servicii medicale stomatologice multiprofil, și cuprinde mai multe secții, care sînt amplasate în incintele Instituțiilor Medico-Sanitare Publice, Asociațiile Medicale Teritoriale, iar Sediul Central — în edificiul fostei Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Stomatologic Municipal.

În prezent, în Întreprinderea Municipală Centrul Stomatologic Municipal Chișinău activează peste 317 angajați, dintre care 150 medici și 114 specialiști cu studii medicale medii, care acordă asistență medicală stomatologică de profil curativ-profilactic, terapeutic, chirurgical, protetică dentară și imagistică dentară. Avînd în dotare un așa potențial de resurse umane și bază tehnico-materială respectivă, Întreprinderea dispune la moment, de o capacitate de circa 115 000 vizite pe an, iar fiind completată în abilități și competențe de către sectorul privat, în totalitate corespunde necesităților populației mature din mun.Chișinău și suburbiilor sale.

Anual, personalul medical își perfectează cunoștințele atât în țară, cît și peste hotarele ei. După nivelul pregătirii profesionale în Centrul Stomatologic pentru maturi activează 66% colaboratori cu categorie superioară, 9,3% categoria I, și 13,3% categoria II de calificare.

Toți medicii stomatologi ai Întreprinderii Municipale sînt membri ai Asociației Stomatologilor din Republica Moldova, cu care instituția colaborează, continuu contribuind la ameliorarea sănătății populației și la sporirea calității asistenței medicale stomatologice.

Un impact incontestabil în menținerea sănătății populației, l-a avut implementarea Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală în RM, care prin realizarea măsurilor profilactice, sporirea responsabilității personalului medical, utilizarea rațională a resurselor disponibile și stimularea materială a colaboratorilor, a contribuit nemijlocit la fortificarea potențialului uman, însușind încredere în Sistemul Național de Sănătate. Grație Fondatorului și Direcției Sănătate, pe parcursul ultimilor ani Instituția a reușit să fie dotată cu utilaj, instrumentariu și materiale de înaltă performanță, ce asigură cu succes condițiile pentru realizarea sarcinilor puse de către stomatologia contemporană. Actualmente, în subdiviziuni, se aplică pentru

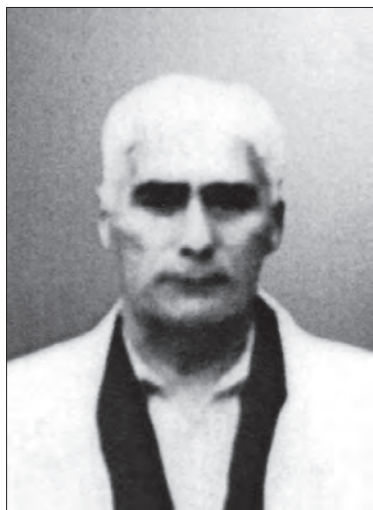
tratament tehnici, tehnologii, remedii și materiale de obturație moderne. În terapia stomatologică restaurativă se utilizează materiale compozite chimice și fotopolimerizabile, o diversitate de preparate pentru obturarea pe canal și pentru tratamentul țesuturilor parodontale și a afecțiunilor mucoasei cavități bucale. În cabinetul chirurgical se folosesc un șir de substanțe anestezice de ultimă generație, ce permit concomitent cu intervențiile chirurgicale stomatologice în condiții de ambulatoriu, efectuarea unor operații. Recent a fost deschis și funcționează cu succes cabinetul de implantologie orală. În proiect de perspectivă, sunt deschiderea unui cabinet specializat de tratament endodontic de performanță, deschiderea unui cabinet de tratamente parodontale specializate, e.t.c. Actualmente, prin o abordare complexă, în Instituția noastră tratamentul protetic este privit atât prin prisma restabilirii funcționale, cât și ținând cont de parametrii estetici ai unui zimbet perfect. Ne mândrim nespus cu faptul, că noi suntem acei care respectăm și continuăm tradițiile bune, lucrurile frumoase, lăsate de predecesorii noștri — bunătatea și competența profesională.

E de menționat rolul deosebit și importanța ce îi revine Direcției Sănătate a Consiliului Municipal Chișinău în ameliorarea sănătății orale a populației

din municipiu, și în special a păturilor social-vulnerabile. Prin urmare, în conformitate cu Programul municipal, aprobat prin decizia Consiliului municipal nr.28/6 din 04.08.2005 „Cu privire protezarea dentară gratuită a populației din categoriile social-dezavantajate și măsurile de ameliorare“, anual circa 500 de locuitori ai municipiului ce se regăsesc în categoriile sus numite, beneficiază de asistență medicală stomatologică gratuită, prioritar fiind protezarea dentară.

La marcarea acestui Jubileu onorabil de 70 ani, aducem sincere felicitări tuturor colaboratorilor și cu încredere în viitor, menționăm ferm convinși, că colectivul Intreprinderii Municipale Centrul Stomatologic Municipal împreună cu administrația, vor depune eforturi maxime în vederea sporirii profesionale și a modernizării instituției. Datorită progreselor rapide și tehnologiilor avansate în domeniu, aplicării noilor modele și tehnici manageriale în gestionarea acestui serviciu specializat de ambulator, accentele urmează a fi puse pe priorități, iar profesionalismul specialiștilor, valorificat cu maximă implicare în procesele curativ-profilactice, urmează să dea roade valoroase atât pentru instituție, cât și pentru întreg sistemul municipal de sănătate din mun.Chișinău.

EI NE-AU REPREZENTAT PE PARCURSUL A 70 ANI



Levinzon E.A.
(1945—1950)



Avramenco N.M.
(1950—1951)



Ovcearuc O.A.
(1951—1957)



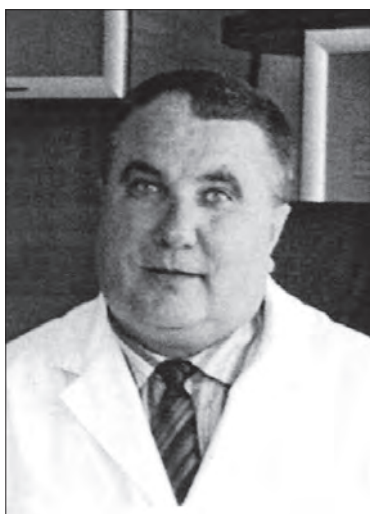
Teliciarov D.I.
(1957—1964)



Țițivadze N.V.
(1964—1975)



Sîtnic V.N.
(1975—1986)



Pancenco A.M.
(1986—2015)



Gobjila V. Ș.
(2015—prezent)

EVENIMENTE MARCANTE DIN ISTORIA ÎN „CENTRUL STOMATOLOGIC MUNICIPAL CHIȘINĂU”

- 15 MARTIE 1945** — Fondarea policlinicii dentare și din octombrie 1945 își începe primirea primilor pacienți în clădirea reparată pe str. Cupecescaia 48;
- 1950** — În scopul profilaxiei cariei dentare s-a efectuat aplicarea pastei de Fluor 75 % la toți elevii școlilor din or. Chișinău ce aveau dentiția permanentă;
- 1951** — În conformitate cu Hotărîrea Guvernului URSS Nr. 5036 din 31.10.1949 „Policlinica dentară” a fost numită „Policlinica Stomatologică”;
- 1951** — Începe asanarea stomatologică a elevilor în școli prin organizarea brigăzilor mobile specializate pentru copii;
- 1959** — Policlinica Stomatologică este transferată și amenajată în clădirea pe bd. Negruzzi nr. 3;
- 1960** — A fost deschisă secția stomatologică pentru copii;
- 1977** — Se pune piatra de temelie pentru construcția Policlinicii Stomatologie tip;
- 1977** — Pentru succesele obținute în activitatea colectivului Policlinicii Stomatologice or. Chișinău se decernează Diploma de Onoare a Ministerului Ocrotirii Sănătății din Republica Moldova și Diploma Ministerul Ocrotirii Sănătății a URSS;
- 1979** — A fost deschisă secția de stomatologie preventivă;
- 1981** — A fost dată în exploatare și începe activitatea cea mai mare Policlinică Stomatologică din țară;
- 1983** — Pentru participarea activă și succesele obținute în activitate colectivul Policlinicii Stomatologice or. Chișinău se decernează cu Diploma de Onoare a Colegiului Ministerului Sănătății URSS;
- 1985** — Pentru succesele obținute colectivul Policlinicii Stomatologice orășenești i se conferă Drapelul Roșu transmisibil;
- 1999** — Centrul Stomatologic Municipal este transferat la cont special;
- 2002** — Pentru merite deosebite în activitate colectivul Centrului Stomatologic Municipal se menționează cu Diplomă de Onoare a Preturii sectorului Centru;
- 2003** — Fondarea Instituției Medico/Sanitare Publice Centrul Stomatologic Municipal;
- 2004** — Acreditarea de către Consiliul de Evaluare și Acreditare în Sănătate al Ministerului Sănătății Republicii Moldova;
- 2015** — Fondarea Întreprinderii Municipale Centrul Stomatologic Municipal Chișinău, în componența căreia au fost incluse secțiile stomatologie din sectoarele Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana, Rîșcani al municipiului Chișinău.

Stimați colegi,

Am deosebită plăcere și nobila misiune de a aduce sincere felicitări din partea Ministerului Sănătății unui colectiv frumos al ÎM CSMC, care își serbează astăzi 70 de ani de la fondare. O vîrstă cu un istoric robust al evenimentului instituțional vizavi de o vîrstă fragedă a unui colectiv tînăr, plin de speranțe, dornic de noi realizări performante. Cei 70 de ani pe care i-ați adunat de-a lungul anilor în cununa letopisețului instituțional.

Astăzi se încununează într-un buchet frumos al realizărilor și împlinirilor. An de an ați reușit să aduceți prin munca dumneavoastră asiduă, prin munca plină de abnegații, prodigioasă să faceți un univers întreg al reformelor instituționale, să obțineți realizări, să valorificați la justa valoare potențialul uman, intelectual și profesional. Ați introdus noi metode de tratament, noi metode de diagnostic, v-ați impus pe piața autohtonă prin realizările dumneavoastră într-o perioadă dificilă a economiei de piață dictate de reformele în sănătate. Plinitatea vieții acestui colectiv se conturează prin implicația desăvîrșită a fiecărui angajat al instituției în frunte cu directorul acestei instituții. Prin empatie, prin devotament, prin profesionalism înalt, dedicație, și toate acestea le-ați încununat frumos în realizări și performanțe.

Stimați colegi, dumneavoastră nu sunteți doar cei care stați la straja sănătății, sunteți cei care faceți viața mai luminoasă, prin radierea zîmbetului sincer și sănătos. Și este cunoscut faptul că oamenii care zîmbesc sunt mai buni și emană multă căldură, de aceea sănătatea, buna dispoziție, bunătatea oamenilor este doar în mîinile dumneavoastră.

Dragi colegi în această zi frumoasă cînd celebrați un jubileu frumos, rafinate gînduri alese, considerațiuni și multă grațitudine pentru tot ceea ce faceți. Pentru tot devotamentul dumneavoastră tradiționalul. La mulți ani, la noi realizări, la noi performanțe și fie ca rodul muncii dumneavoastră să se regăsească în recunoștința și satisfacția pacienților.

Aliona SERBULENCO
Viceministrul al Sănătății din Republica Moldova



*Stimate Domnule Director,
Dragi colegi,*

Comunitatea Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova Vă adresează cordiale felicitări cu prilejul celei de-a 70-a aniversări de la fondarea Centrului Stomatologic Municipal Chișinău.

Pe parcursul anilor, instituția Dumneavoastră reușește să-și exercite cu dedicare misiunea de a menține și a îmbunătăți continuu starea sănătății orale a populației din municipiul Chișinău. Este de remarcat conlucrarea activă, prin diverse parteneriate, în vederea sporirii calității serviciilor medicale stomatologice prestate pacienților și promovarea principiilor de îmbunătățire continuă a acestora. Un rol aparte le revine, aici, eforturilor depuse de echipa de medici stomatologi, care, zi de zi, contribuie la realizarea obiectivelor strategice ale Centrului.

Odată cu deschiderea Secției medico-dentare la Școala Medicală din Chișinău (astăzi, Colegiul Național de Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”) și a Facultății de Stomatologie în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (în prezent, USMF „Nicolae Testemițanu”), instituția dumneavoastră a devenit baza principală de pregătire a peste 6 mii de medici de profil stomatologic, tehnicieni dentari și asistente medicale pentru instituțiile stomatologice din republică.

Actualmente, Centrul Stomatologic Municipal Chișinău se face remarcat prin ridicarea calității asistenței medicale stomatologice, modernizarea bazei tehnico-materiale a instituției, sporirea nivelului de calificare profesională a specialiștilor, aplicarea în practică a metodelor contemporane de diagnostic, tratament, profilaxie și protetică dentară. Totodată, prin intermediul acțiunilor de informare și a celor educaționale, contribuiți la promovarea modului de viață sănătos.

Ținem să Vă mulțumim pentru frumoasa colaborare care leagă instituțiile noastre de-a lungul timpului. Vă suntem recunoscători pentru suportul oferit în desfășurarea procesului didactic în conformitate cu standardele educaționale și exigențele naționale și internaționale, care are drept scop instruirea și formarea unor specialiști de valoare.

În această zi memorabilă, Vă adresăm urările noastre de sănătate, prosperitate, energie creatoare și inspirație. Vă dorim să aveți parte de noi proiecte și realizări frumoase în activitate. Vom continua să Vă fim alături în inițiativele Dumneavoastră de modernizare și dezvoltare, astfel încât să deveniți, cu fiecare zi, mai buni și mai competitivi.

Cu deosebită considerație,

Ion ABABII,

Rector USMF „Nicolae Testemițanu”,

profesor universitar, dr. hab. șt. med., academician al AȘM



Mulți Stimați colegi!

Asociația Medicilor Stomatologi din Republica Moldova
Vă felicită cordial cu aniversarea jubileului — 70 ani ai ÎM CSMC.

Instituția Dumneavoastră este una din cele mai renumite de profil stomatologic din republică. Pe parcursul celor 70 de ani de existență Centrul Stomatologic Municipal a devenit o instituție medicală modernă avînd în componența sa toate subdiviziunile necesare pentru acordarea asistenței stomatologice la cel mai înalt nivel. În practica cotidiană a Centrului sunt implementate noi metode de profilaxie, diagnostic, tratament și procedee organizatorice în serviciul stomatologic, dintre care o bună parte sunt autohtone.

Centrul a dus un lucru enorm în organizarea asistenței medicale stomatologice pentru tot municipiul Chișinău, pentru toate categoriile de vîrstă și societate.

Cea mai mare bogăție de care dispune instituția Dumneavoastră este colectivul, alcătuit din medici profesioniști, de o măiestrie înaltă, tehnicieni dentari iscusiți și asistente medicale sîngincioase. Prin munca cu abnegație, zi de zi ați contribuit atît la crearea autorității instituției, cât și la serviciului stomatologic din Republica Moldova.

Colectivul ÎM CSM în permanență a participat și participă activ la forumurile republicane și internaționale a Asociației Stomatologilor. Conducerea de vîrf a Centrului, fructuos și cu o responsabilitate deosebită activează în Cîrmuirea Asociației Stomatologilor din țara noastră.

Astăzi colectivul Dumneavoastră ca și întreaga societate, participă activ în munca de reformare a serviciului stomatologic. Suntem siguri că veți găsi o cale dreaptă în acest lucru nobil.

Din numele Cîrmuirii Asociației Stomatologilor din Republica Moldova, Vă dorim multă sănătate, realizări remarcabile și prospere în continuare.

Ion LUPAN

Doctor habilitat, profesor universitar, Președintele Asociației Stomatologilor din Republica Moldova



Stimați colegi,

Cu ocazia jubileului de 70 de ani de la fondarea Serviciului stomatologic municipal am onoarea de a Vă adresa sincere felicitări, însoțite de urări de sănătate, abnegație, împliniri pe plan profesional și personal.

Înaltul profesionalism, principialitatea și devotamentul cauzei sunt acele calități profesionale care le întrunesc lucrătorii medicali ai Întreprinderii Municipale „Centrul stomatologic municipal Chișinău“, executându-și atribuțiile în scopul asigurării sănătății cetățenilor.

Perioada de reformare pe care ați parcurs-o cu brio a demonstrat unitatea și spiritul de echipă al colectivului întreprinderii, responsabilitatea față de pacienți și direcționarea realizărilor individuale a tuturor lucrătorilor medicali spre atingerea obiectivelor organizaționale.

Concurența accentuată cu instituțiile private impune dezvoltarea activităților de instruire a personalului medical, perfecționarea și modernizarea bazei tehnico-materiale cu implementarea metodelor performante de diagnostic și tratament ale afecțiunilor stomatologice.

Vă doresc succese, prosperitate și realizări prodigioase în continuare.

Cu respect,

Mihai MOLDOVANU

Șef al Direcției Sănătății



Dragi colegi,

Acum 70 de ani și-a început activitatea primul serviciu stomatologic din orașul Chișinău: Policlinica Dentară Orașenească, care pe parcurs a avansat ca Policlinica Stomatologică a orașului Chișinău, Centrul Stomatologic Municipal Chișinău, IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău, azi ÎM Centrul Stomatologic Municipal Chișinău.

Am activat în cadrul Centrului Stomatologic 38 de ani, dintre care 34 de ani în funcția de conducător a instituției. Pe parcursul acestei perioade atmosfera din colectiv a fost una înțelegătoare și prietenoasă. Fiecare angajat se cuvenea să posede trei calități primordiale: inteligența, profesionalismul și colegialitatea. Îmi amintesc bine de căldura cu care erau primiți la lucru tinerii specialiști, de stima și de respectul pe care-l acordam angajaților în etate, cu experiență, adică dascălilor noștri. Medicii cu multă practică în domeniu niciodată nu se eschivau de a întinde o mână de ajutor tinerilor angajați sau aceluia cu o experiență mai mică de activitate în stomatologie. Tinerii specialiști, la fel, rămâneau recunoscători înaintașilor din policlinică.

Un scop primordial pe care-l urmăream în acea perioadă, cu tot colectivul, era de a aplica metode avansate de diagnostică, tratament și profilaxie a afecțiunilor stomatologice. Nu ne-a fost străină nici ideea de a aproviziona Centrul nostru cu aparatură, instalații stomatologice și tehnică modernă, de a introduce tehnologii noi de tratament.

Colectivul nostru participa activ la diferite congrese, conferințe, întruniri, seminare, nu lipsea de la cele mai prestigioase competiții sportive municipale și republicane, lucru pe care îl demonstrează și numeroasele trofee pe care le-am câștigat pe parcursul a mai multor decenii.

Nu voi uita niciodată de întâlnirile calde pe care le aveam în colectiv de sărbători, la zilele de naștere și la întâlnirile pe care le făceam cu familiile noastre în natură, la diferite muzee și monumenste de istorie și cultură din țară. Dacă cineva dintre colegi era apăsător de vreo nevoie sau o tragedie, neapărat întregul colectiv îi aducea compasiunile sale, susținându-l moral și, în caz de necesitate și material.

Eu sunt sigur că tradițiile noastre frumoase de altădată se vor păstra și mâine, și poimâine, și de-a lungul anilor, atâta timp cât va exista acest Centru Stomatologic.

În încheiere, țin să vă mulțumesc și să vă rămân recunoscător tuturor celor cu care am activat cota la cota vreme, pentru buna colegialitate și înțelegere.

Vă doresc multă sănătate, profesionalism, căldură în familie și în suflet, și indulgență cu toată lumea.

Anatolie PANCENCO

Om Emerit, d.m., conferențiar universitar



ASIGURAREA CALITĂȚII ÎN PRESTAREA DE SERVICII STOMATOLOGICE

Zinaida Gurev¹,
medic stomatolog

Valeriu Gobjila²,
medic stomatolog

Elena Tintiu³,
conferențiar universitar

^{1,2} ÎM CSM Chișinău

³ Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Asigurarea calității este un proces sistematic, orientat spre îmbunătățirea continuă a performanțelor serviciilor stomatologice, care reprezintă punctul de plecare în procesul de îmbunătățire a sănătății orale pentru întreaga populație. Managementul calității, prin mecanismele de organizare, vizează îmbunătățirea continuă a serviciilor de sănătate, ținând cont de resursele disponibile și utilizarea eficientă a acestora.

Cuvinte cheie: calitate, performanță, mecanisme.

Summary

QUALITY ASSURANCE IN THE PROVISION OF DENTAL SERVICES

Quality assurance is a systematic process aimed at continuous improvement of dental care performance, which is the starting point in improving oral health for the entire population. Quality management through the mechanisms of the organization is aimed at continuous improvement of health services, given the available resources and their efficient use.

Key words: quality, performance, mechanisms.

Introducere

Inițierea reformelor pentru modernizarea sistemului medical, venite să amelioreze accesul calității serviciilor prestate, crescând eficiența și performanțele sistemului medical general, cât și cel stomatologic datează încă din secolul trecut. Prioritar, accentul este pe asistența medicală primară, care se completează cu reformarea sistemului de finanțare, prin implementarea asigurărilor obligatorii continuându-se cu fortificarea programelor de combatere a maladiilor prioritare în raport direct cu politicile și strategiile promovate de Organizația Mondială a Sănătății [1,5,6,8]. Astfel, sînt elaborate și inițiate reformele de gestiune a calității prin constituirea Consiliilor Calității în instituțiile medicale, care au misiunea de a asigura prestarea serviciilor medicale de înaltă performanță, cât și în creșterea prestigiului instituției stomatologice.

Calitatea serviciilor stomatologice reprezintă punctul de plecare în procesul de îmbunătățire a sănătății orale și a întregului organism uman [3]. În Republica Moldova, reforma sistemului sanitar a condus la un proces de promovare a calității în cadrul sistemului stomatologic cu scopul de a atinge standardele europene. Managementul calității vizează îmbunătățirea continuă a serviciilor de sănătate ținând cont de resursele disponibile și utilizarea eficientă a acestora, luând în calcul nevoile pacienților [2,4,5,7,9].

Serviciul stomatologic municipal, prin mecanismul de activitate, are scopul de a menține și a îmbunătăți în continuu sănătatea cavității orale a populației, cât și protejarea de riscurile financiare a instituției, prin înlăturarea inechităților în procesul de prestare a serviciilor medicale stomatologice calitative. [8,15].

Materiale și metode

Prezenta lucrare și-a tras drept obiectiv evaluarea accesibilității populației la serviciile stomatologice calitative și implicarea personalului medical ca factor organizațional în vederea planificării și implementării unui proces de îmbunătățire continuă a calității ce depășește așteptările clienților la nivel de oraș și sate, aflate pe teritoriul din municipiului Chișinău.

Aspectele rezultatelor cercetării au fost scoase în evidență în urma studiului și analizei literaturii de specialitate din țară, accesibile din internet, a unor acte legislative și instructiv — metodice, utilizînd metoda istorică, statistică și de analiză comparativă.

Rezultate

Analizând activitatea serviciului stomatologic municipal se constată că la nivel de oraș reformele din sistemul medical general conduc la un proces de promovare a calității serviciilor stomatologice cu scopul de a atinge standardele europene, ceea ce nu s-a putut constata la unele cabinete la nivel de municipiu Chișinău, unde atât calitatea, cât și serviciul stomatologic la general, ocupă un loc marginal.

Realizarea prevederilor ordinului Ministerului Sănătății al RM nr. 139 din 03.03.2010 „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare” și în scopul asigurării și îmbogățirii conținutului a calității asistenței medicale acordate populației, evaluării și estimării sistemice a serviciilor prestate, toate Asociațiile Medicale Teritoriale, satele Durlești, Grățiești, Bubuieci prezintă un Plan de Control al Calității, unde prin Componenta nominală a Consiliului Calității sunt prezenți și membrii din serviciul stomatologic, care prin Raportul de activitate al Consiliului Calității sunt prezentate problemele prioritare și soluționarea acestora inclusiv, în serviciile stomatologice. Mai dificil stau lucrurile la acest capitol în unele sate din municipiu, unde colaboratorii din serviciul stomatologic nu cunosc că există un organ intern de consultanță, creat în scopul consolidării procesului de îmbunătățire a calității asistenței medicale.

Asistența medicală stomatologică furnizează îngrijiri de specialitate având în vedere implementarea standardelor de calitate cu scopul de a menține starea de sănătate orală a populației. [9,11,14,15]. În vederea asigurării unui standard de calitate a actului medical, conform ordinului Ministerului Sănătății al RM nr. 1594 din 31.12.2013 „Cu privire la implementarea în practica medicală a Standardelor medicale de diagnostic și tratament” cât și a Protocoloalelor clinice pentru toți medicii stomatologi din cadrul instituțiilor de stat, la nivel de oraș, au fost tipărite și distribuite la locurile de lucru, sub semnătură personală. În urma studierii problemei abordate s-a constatat, că în secțiile stomatologice la nivel de oraș, personalul

implicat în asigurarea unui standard de calitate a actului medical, organizează ședințe medicale privind conținutul și utilizarea protocoalelor clinice și standardele medicale, ceea ce nu putem spune la nivel de municipiu.

Atât cabinetele medicale din municipiu, cât și secțiile stomatologice sunt aprovizionate cu trusele medicale necesare pentru acordarea primului ajutor și truse anti-șoc. La fel toate cabinetele și secțiile stomatologice au frigidere, unde sunt păstrate medicamente termolabile, conform standardelor.

Ordinul MS nr. 20 din 12.01.2006 “ Cu privire la monitorizarea reacțiilor adverse ale medicamentelor și altor produse farmaceutice în RM”, fișa — comunicare despre reacțiile adverse ale medicamentelor și a produselor farmaceutice dispun toți medicii, fie centralizat în Centrele de Sănătate, fie cu dirijare în subdiviziunile Instituțiilor Medico-Sanitare Publice.

Toate formularele privind respectarea prevederilor actelor normative ce vizează supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale conform ordinului MS nr. 51 din 16.02.2009 „Cu privire la supraveghere și control”, Registrul de evidență a bolilor infecțioase nr.060/e, formular aprobat de către Ministerul Sănătății prin ordinul nr 828 din 31.10.2011, Ghidurile de control în infecțiile nosocomiale, ediția I și II, Registrele de evidență în caz de expunere accidentală la locul de lucru nr. 366-1/e, formular aprobat de către Ministerul Sănătății prin ordinul nr 828 din 31.10.2011 sunt prezente în toate subdiviziunile, cu excepția cabinetelor din raza orașului, unde evidența se duce centralizat (Grățiești, Bubuieci, Sângera, Dobruja, Băcioi, Trușeni, Durlești, Stăuceni). Toate instituțiile, dispun de „Regulament privind gestionarea deșeurilor medicale”, aprobat prin Hotărârea Consiliului MS a RM nr. 06.8.31.45 din 10.12.2001, pe baza căreia sunt aprobate ordine interne “ Cu privire la valorificarea deșeurilor medicale și menajere de ameliorare a stării în subdiviziuni”, prezentând colaboratori din secțiile stomatologice, comparativ cu suburbiile, unde

Tabelul.1. Agenda managementului calității

		sector Rîșcani	sector Ciocana	sector Botanica	sector Buiucaeni	Sector Centru	satul Grățiești	satul Ciorăscu	satul Stăuceni	satul Cricova	satul Bubuieci	satul Singera	satul Dobruja	satul Băcioi	satul Trușeni	satul Durlești
1	Plan de Control al Calității în serviciul stomatologic	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+
2	Prezența protocoalelor și standardelor în serviciul stomatologic	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Dotarea cabinetelor medicale cu truse medicale necesare în acordarea primului ajutor	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4	Managementul reacțiilor adverse ale medicamentelor și materialelor utilizate în serviciul stomatologic	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5	Acte normative ce vizează supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale în serviciul stomatologic	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+

în nici-un „Plan de gestionare“ din satele verificate nu s-a regăsit nici o persoană responsabilă din activitatea stomatologică.

În scopul unificării evidenței și asigurării depline a informațiilor colectate de la pacient, a fost studiat gradul de completare și veridicitatea datelor incluse în documentația medicală. La completarea fișelor medicale sectorul Botanica ocupă un loc de frunte, unde în urma verificării s-a constatat, că formularele 043/e sunt îndeplinite mai aproape de cerințe, după care urmează serviciul stomatologic din sectorul Buiucani, Centru, Râșcani, Ciocana, satele din sectorul Râșcani — Grătiești, Ciorăscu, Stăuceni, Cricova; satele din sectorul Botanica — Sângera, Dobruja, Băcioi; satele din sectorul Buiucani — Trușeni, Durllești. Totodată, avem carențe în completarea documentației medicale, în unele sate din municipiu, unde fișele medicale (F-043/e) nu se perfectează în volum deplin (nu sunt indicate bolile antecedente și concomitente, lipsește îndeplinirea formulei dentare, semnăturile medicilor sunt prescurtate, lipsește argumentarea diagnosticului). În unele din sate a fost înregistrată evidența fișelor medicale forma 043-y a SSR din 04.10.1980 (N1030), sau lipsa totală a documentației medicale stomatologice.

Calitatea este greu de definit, ea trebuie percepută atât pe baza procesului de prestare a serviciului medical stomatologic, cât și a rezultatelor propriuzise, exprimate prin gradul de satisfacție a pacientului, care este determinat de mai mulți factori: actul medical, cunoștințele personalului, calificarea și atitudinea personalului medical. Accesul populației la serviciile stomatologice calitative, cât și eficacitatea sistemului de sănătate la general, se efectuează prin intermediul performanțelor cadrelor medicale, mecanismele și modul de dirijare ale acestora. Toate sugestiile și reclamațiile sînt exprimate și înscrise de către pacienți în anexele la „Regulamentul cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamații“, aprobate prin Hotărîrea Guvernului nr.1141 din 04.10.2006, care se află la loc vizibil și înmînat pacienților la cerință.

Calitatea serviciilor stomatologice reprezintă un aspect de o importanță majoră atât pentru pacient, cât și pentru instituția medicală. Realizarea unui management unificat este esențial în furnizarea unor servicii de calitate [7,10,13].

În scopul sporirii eficacității incluzînd implimentarea politicilor de gestionare a calității, dar și în condițiile unei concurențe severe, în serviciul stomatologic municipal a fost necesară continuarea reformelor inițiate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova cu trecerea la o nouă formă de activitate, axată pe modificări structurale.

Propuneri:

1. Alipirea cabinetelor sectorial, unde prin lucrul metodic centralizat se va obține asigurarea unui

standard de calitate a actului medical.

2. Prin unificarea serviciului stomatologic, activitatea Consiliului Calității va include membrii din serviciul stomatologic, astfel, asigurarea, evaluarea și estimarea serviciilor vor atinge standarde de performanță.
3. Asigurarea stomatologică bine organizată prin consultanța stomatologică obligatorie, cu introducerea sistemului informațional și optimizarea metodelor de programare a pacienților.

Concluzii

1. Impunerea de protocoale și standarde se efectuează mai anevoios, datorită faptului că, conducerea Centrelor de Sănătate nu sunt din domeniul stomatologic.
2. Deși în toate IMSP AMT sunt prezente planurile de Control al Calității, nu la toate Comitetele nominale a Consiliilor Calității includ un reprezentant din serviciul stomatologic.
3. Diferențele urban — rural sunt serioase în ceea ce privește infrastructura. Dincolo de drepturile statutare legislativ, personalul medical are obligația de a garanta calitatea și siguranța actului medical.

Bibliografie

1. Ababii I., Golovin B., Buga M., ș.a. *Strategia de dezvoltarea sistemului de sănătate*. Revista „Sănătate publică, Economie și Management în Medicină.“ Chișinău, 2007, nr.6 (21), p.21-27.
 2. Badri, M., Attia, S., & Ustadi, A. (2009). Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International journal of health care quality assurance*, 22, 15-20/ Redactor responsabil Tintiuc D., Chisinau, 2007.
 3. Badri, M., Attia, S., & Ustadi, A. (2009). Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International journal of health care quality assurance*, 22, 15-20.
 4. Ețco C., Ciocanu M., Calitatea serviciilor medicale. Bazele teoretico-metodice de determinare a calității, în *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, 2006.
 5. Ețco C., Buga M., Ciobanu M., Damașcan G., Ursu P., „Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective“ Chișinău 2011, p.11-19.
 6. *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală* nr. 1585-XIII din 27.02.1998, p.292
 7. Tintiuc D., Grossu Iu., Grăjdianu T., Spinei L., Ș.A. *Sănătate Publică și Management* (manual). Chișinău, 2007, p.232-259.
 8. *Politica națională de sanătate*. Ministerul Sanatatii si Protectiei Sociale, Chisinau, 2006.
 9. Wayne, R. (2009). In search of quality. *British Dental Journal*, 207, 189.
- Surse on-line:
10. <http://www.referate.com/referate/medicină/online/influența-procesului-de-îngrijire-medicală-asuprasatisfacției-pacientului-referatele-com.php>. consultat la 09.09.2015.
 11. [Http://www.ms.gov.md](http://www.ms.gov.md), consultat la 14.08.2015.
 12. <http://www.cnam.md/>, consultat la 02.02.2015.
 13. <http://www.public-health.md/>, consultat la 09.11.2015.
 14. http://old.ms.md/ru/ministry/press_service/archive/communique, consultat la 12.11.2015.
 15. <http://ru.scribd.com/doc/50712789/Manag-calitatii#scribd>, consultat la 03.11.2015.

Data prezentării: 16.11.2015

Recenzent: Oleg Solomon

DEZVOLTAREA ASISTENȚEI STOMATOLOGICE DE SECTOR ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Rezumat

În articol se face o incursiune istorică ce ține de fondarea și dezvoltarea serviciului stomatologic în cele cinci sectoare ale orașului Chișinău: Botanica, Centru, Ciocana, Buiucani, Râșcani. În fiecare sector sunt accentuate realizările și evaluările cadrelor medicale, care au constituit valoarea activității serviciului stomatologic în necesitatea păstrării acestui serviciu, după principiul teritorial.

Cuvinte cheie: *Istorie, stomatologie, serviciu.*

Summary

DEVELOPMENT OF SECTOR DENTAL ASSISTANCE IN CHIȘINĂU

The article makes a historical incursion through the foundation and development of dental service appearance in those five sectors of Chișinău: Botanica, Centru, Ciocana, Buiucani, Râșcani. In each sector there are emphasized the medical staff's successes and assessments, that have made the value in the dental service activity in necessity to maintain this service, according to the territorial principle.

Key words: *History, dentistry, activity.*

Zinaida Gurev¹,
vicedirector

Elena Tintiu²,
conferențiar universitar

Galina Spînu³,
șef secție sector Centru

Elena Balan⁴,
șef secție sector Buiucani

Ștefan Vlas⁵,
șef secție sector Râșcani

Vladimir Siric⁶,
șef secție sector Ciocana

¹ ÎM CSM Chișinău

² Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Serviciului stomatologic din municipiul Chișinău i-au fost atribuite sarcinile de a menține și îmbunătăți în continu sănătatea orală, pentru populația municipală deservită. Inițierea reformelor pentru modernizarea serviciului stomatologic cu extinderea serviciilor medicale teritoriale a fost și motivul pentru facilitare accesului populației la serviciile stomatologice calitative.

Studierea activității istoricului fondării și dezvoltării, serviciului stomatologic teritorial, a demonstrat necesitatea păstrării asistenței stomatologice după principiul teritorial pe parcursul anilor până în prezent.

După darea în exploatare a policlinicii stomatologice din bd. Negruzzi 3, necesitatea de asistență stomatologică face ca să fie deschis și la nivel sectorial: Buiucani, Râșcani, Centru, Botanica, iar mai târziu și în sectorul Ciocana. Odată ce este pus accentul pe accesul populației municipiului Chișinău bazat pe structură teritorială sunt create secții stomatologice pentru maturi, care intrau în componența policlinicilor, spitalelor, Asociațiilor Medicale Teritoriale (AMT) din municipiul în diferite perioade.

Prima activitate stomatologică în **sectorul Buiucani** a fost deschisă în anul 1963. Pentru satisfacerea cerințelor în prestarea de servicii stomatologice în sector, a fost necesar ca în anul 1970, să fie deschise două secții stomatologice, unde activau medici stomatologi terapeuți, ortopezi și chirurghi. Atât secția stomatologică nr. 1 din str. Corobceanu, cât și secția stomatologică nr. 2 din str. Paris 52/2, au fost parte componentă a spitalului clinic orașenesc nr. 4. În fruntea activității stomatologice a fost numit dnul Arcadie Maiorov (1970—1989), fiind urmat de dna Elena Balan care activează până în prezent.

Odată cu darea în exploatare a policlinicii nr. 12, astăzi Centrul Consultativ Diagnostic, Asociația Medical Teritorială Buiucani, de pe str. Caragiale 2, Policlinica Stomatologică a fost transferată în acest sediu din 12 mai 1980, ocupând etajul 5 cu secția curativă și etajul 6 — protetica dentară, laboratorul tehnicienilor dentari și cabinetul radiologic. Pe parcursul activității ca șefi ai activității stomatologice terapeutice au fost Eva Sargoroțcaia și Liubovi Sergheeva, iar șef pentru asistența medicală ortopedică Liviu Bologan urmat de Ion Mîndru, tehnician superior Leonid Eșanu.

În Policlinica Stomatologică activau în perioada menționată 18 terapeuți, 3 chirurghi, 8 ortopezi, care deserveau și întreprinderile din sectorul Buiucani — uzina „Alfa“, fabrica de mobilă „Stejaur“, „Pielart“, uzina de tractoare și altele.

În **sectorul Râșcani**, în anul 1973 a fost dată în exploatare Policlinica nr. 6 construită pe strada Fedico 11, care era parte componentă a spitalului clinic nr.3, unde medic-șef al spitalului este numit Pinschii Leonid (1973), iar secția stomatologică era dirijată de Cuciuc Nichita (1973—1992), asistentă superioară a Policlinicii Stomatologice a fost numită Mîndru Nadejda, care activează și în prezent.

Insuficiența de asistență stomatologică la nivel teritorial face ca în 1976 în incinta Policlinicii nr.2, care era parte componentă a spitalului nr.2, din str. Pavlov 30, să se înființeze secția stomatologică nr.2, șef secție dl. Repeșco Mihail (1977—1990), succesorul dl. Ștefan Vlas (1990—2015) iar mai târziu în policlinica nr. 14 apare cea de-a treia secție stomatologică, șef de secție fiind numit dl. Margarint Serghei, Cușcenco Angela, urmat de dl. Leahu Vitalie.

În conformitate cu cerințele ordinului nr. 150 din 30.12.1994 al Direcției Sănătății „Despre modificarea structurii ocrotirii sănătății în orașul Chișinău” și formarea Asociațiilor Medicale Teritoriale, toate cele trei secții formează Policlinica stomatologică sectorială sub conducerea medicului șef dna Dimitrache Ana (1992—2002), preluată apoi de dnul Cecal R. (2002—2006), iar mai târziu la inițiativa colectivului stomatologic este numită în funcție dna Gurev Zinaida (2006—2015).

În cea mai mare Policlinică Stomatologică teritorială Râșcani din orașul Chișinău activau peste 130 persoane, dintre care 8 medici ortopezi și 16 tehnicieni dentari, 4 chirurgi și 34 medici stomatologi terapeuți. Secțiile de profilaxie a afecțiunilor stomatologice numărau 35 puncte medicale profilactice în școli, grădinițe și întreprinderi.

Serviciul stomatologic în **sectorul Botanica** a fost fondat în luna aprilie anul 1977. Fondatorul și primul șef al secției stomatologie a fost stomatologul principal al orașului Chișinău dnul V.Bejan (1977—1987), conducerea fiind preluată de dna Lidia Duminiță (1987—1999), iar mai apoi de dna Elena Tintuc, d.ș.m., conferențiar universitar (1999—prezent). Cadrele medicale au fost selectate conform necesităților de organizare a serviciului stomatologic, orientat prioritar spre asigurarea accesului întregii populații la asistența medicală stomatologică. Serviciul stomatologic de atunci constituia: secția de tratament (terapie, chirurgie și parodontologie), secția de ortopedie cu cel mai modern laborator și secție pentru copii.

Merită o deosebită stimă și respect pentru munca lor asiduă în fondarea și dezvoltarea serviciului stomatologic medici: V. Bejan, I. Diatlov, I. Năstase, Gh. Burcă, Z. Bologa, O. Calin, L. Duminița, S. Ciumac, A. Scobioală, etc., tehnicieni dentari V. Volcovschi, V. Timciuc, A. Climenco, asistentele medicale superioare T. Plugari, N. Mandric.

De menționat, că în sectorul Botanica a fost fondată prima Asociație Medicală Teritorială în anul 1990, iar serviciul stomatologic a fost parte componentă a asociației, activitate de sector integrată, pen-

tru asigurarea populației cu servicii profesionale de calitate.

La etapa actuală, prin activitatea sa contribuie esențial la asigurarea continuității în dezvoltarea și asigurarea asistenței stomatologice de calitate următorii medici: M. Baranova, E.Climenco, V. Rusu, F. Coțaga.

Secția stomatologie din **sectorul Centru** a fost fondată în anul 1987 la 1 ianuarie în cadrul Policlinicii consultative orășenești nr 1. În funcție de șef a secției a fost numită doamna Grebonos Nadejda (1987—1997). Printre primii medici care au activat în secție din ziua fondării au fost: Grebonos N., Răileanu N., Kit Polina, Caldărari St., Grinștein B, Guțul M., Scobioală E., Draganiuc T., Reu Irina. Medicii Draganiuc T, Guțul M., care activează în secție până în prezent, fiind prestate servicii terapie și chirurgie stomatologică.

Ca rezultat al modificării structurii ocrotirii sănătății (1995), Policlinica consultativă orășenească nr. 1 a fost reorganizată în Asociație Medicală Teritorială Centru, iar în rezultat au fost formate două secții stomatologie: în cadrul Centrului Consultativ Diagnostic și în incinta policlinicii nr.8, cu șefi de secție Galina Spănu (1997—2010) și Virginia Lozovschi (1995—2010). Noua etapă în organizarea instituțiilor a permis unirea celor două secții, în cadrul căreia a fost numită conducător dna Galina Spănu (2010—prezent).

Istoricul activității stomatologice din **sectorul Ciocana** începe cu anul 1989, unde, în incinta policlinicii nr.10 a fost deschisă activitatea stomatologică terapeutică, în frunte cu dna Marina Șnaidman și activitatea de protetică dentară — șef domnul Ilie Gorea.

Din anul 1990, șeful secției terapie a fost numită doamna Serafima Botgros, iar a secției protetică dentară — dnul Anatol Revenco. În această perioadă în cadrul secției terapie stomatologică activau 14 medici stomatologi terapeuți și 2 medici chirurgi. În secția protetică dentară activau 4 medici stomatologi ortopezi și 10 tehnicieni dentari. Tehnician superior a fost numit Nicolae Iațco, care activează până în prezent. În anul 2004 activitatea terapie stomatologică și protetică dentară au fost comasate, cu numirea în calitate de șef de secție a dnei Svetlana Ianev, (2004—2012), iar mai târziu șef de secție este numit domnul Vladimir Siric, (2012-prezent).

E nespun de prețios aportul veteranilor noștri medici și asistenți medicali, care demonstrează adevărate exemple de comportament și etică profesională de-a lungul timpului: Cozina Marina, Panina Olga, Glădun Ala, Hibuha Iurie, Colecichina Marina, Rudenciuc Ludmila, Arpentie Vera, tehnicianul dentar Iațco Nicolae.

Toate secțiile stomatologice, din momentul fondării, sunt baze clinice a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Activitatea secțiilor contribuie la formarea și dezvoltarea capacităților profesionale în cadrul programului de pregăti-

re universitară și postuniversitară a medicilor stomatologi.

Din 02.01.1995 prin ordinul Direcției Sănătății al Consiliului Municipal Chișinău au fost fondate Asociațiile Medicale Teritoriale, unde serviciul stomatologic rămâne parte componentă a acestora, iar cabinetele care funcționau în afara secțiilor stomatologice au fost transmise în gestiunea întreprinderilor.

Întreg serviciul stomatologic teritorial de stat, pe parcursul anilor a suportat modificări, prin care mai mult sau mai puțin a fost afectat. Dezvoltarea economiei de piață, necesitatea reorganizării sistemului ocrotirii sănătății, în scopul supraviețuirii în perioadele bugetelor austere din aceste timpuri, au condus la implementarea unor serii de reforme în sănătate, menite să sporească calitatea asistenței medicale stomatologice. Astfel, luând în considerație reducerea finanțării ocrotirii sănătății pentru anul 1999 și în scopul optimizării cheltuielilor financiare bugetare, prin ordinul Direcției Sănătății a Consiliului Municipal nr.3 din 14.01.1999 „Despre trecerea serviciului stomatologic municipal la activitatea după principiul autogestione parțială”, iar mai târziu prin Hotărârea Guvernului nr. 672 din 21.07.1999 „Cu privire la trecerea instituțiilor stomatologice la autofinanțare” întreg serviciul stomatologic este trecut la autogestione, iar colaboratorii serviciului stomatologic încep prestarea de servicii contra plată, unde, cheltuielile pentru întreținerea serviciului stomatologic, se efectuează din contul mijloacelor financiare acumulate. Aceste reforme au avut drept obiectiv crearea condițiilor pentru dezvoltarea durabilă a serviciului stomatologic, cu regret, nu s-a ținut cont de faptul că circa 90% din populație avea un nivel de trai sub limita sărăciei, motiv pentru care benefice au fost sumele alocate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Odată cu implementarea Asigurărilor Obligatorii de sănătate din anul 2004 serviciul stomatologic a trecut la activitatea după principiul autogestione integrală. Asistența medicală stomatologică acordată în cadrul Programului unic acoperă un număr amplu de servicii medicale stomatologice de urgență care, este orientată spre asigurarea necesităților păturilor social-dezavantajate și a persoanelor care necesită asistență medicală de urgență, precum și posibilitățile de finanțare suplimentară a serviciului stomatologic.

Mai mult ca atât, un rol important în ameliorarea asistenței medicale stomatologice, cât și contribuția financiară pentru serviciul stomatologic din municipiul Chișinău, îi revine Primăriei, care prin Programul municipal „Antisărăcie”, aprobat prin decizia Consiliului municipal nr. 28/6 din 04.08.2005 „Cu privire la protezarea dentară gratuită a populației din categoriile social-dezavantajate și măsurile de ameliorare”, populația beneficiază de asistență stomatologică gratuită.

O nouă etapă în dezvoltarea serviciului stomatologic de stat este implementarea Deciziei Consiliului Municipal Chișinău, nr. 1/25 din 19 martie 2015“ Cu privire la fondarea Întreprinderii Municipale a Cen-

trului Municipal Stomatologic”, care are scopul gestiunii mai eficiente, organizarea și controlul activității de prestare a serviciilor stomatologice. Astfel, patrimoniul secțiilor de profil din sectoare a fost transmis Centrului nou format cu păstrarea cadrelor medicale și a spațiilor destinate pentru amplasarea secțiilor stomatologice teritoriale din cadrul IMSP AMT: Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana și Râșcani.

Prin reușita acestor reforme, prioritar pentru noi este să depunem eforturi sporite în perfecționarea calității serviciilor stomatologice, modernizarea bazei tehnico-materiale a instituției, cât și a perfecționării profesionalismului în scopul prestării de servicii calitative de lungă durată. De aceea, noii forme de activitate, care a fost axată pe modificări structurale, cu modificarea actorilor, cu acest prilej, le dorim ca spiritul de echipă să fie menținut pe toată perioada de activitate prin dorința de prosperare și realizări fructuoase.

Concluzii:

1. Fondarea secțiilor stomatologice teritoriale a contribuit și contribuie esențial la asigurarea accesului populației cu servicii stomatologice calitative.
2. Acoperirea integrală a populației mature cu servicii stomatologice de ambulatoriu și majorarea în continuu a volumului financiar în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii continuare este o problemă majoră de stat.
3. Noua formă de activitate, prin consolidare, va permite stabilirea metodelor de prestare a serviciilor în condițiile economiei de piață, utilizarea resurselor disponibile de către prestatorii de servicii medicale stomatologice și a fondului de dezvoltare în contextul modernizării serviciului de stat din municipiul Chișinău.

Bibliografie:

1. *Anuar statistic al Centrului Național de Management în Sănătate*, Chișinău, pe anii 2010—2012. www.cnms.md.
2. Burlacu V. „Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale”.
3. Duda Rene. *Sănătatea Publică și Management*. Iași: Moldtip, 1996.
4. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.672 din 27.07.1999 cu privire la trecerea instituțiilor stomatologice la autogestione. Publicat:29.07.1999 în Monitorul oficial nr.080.
5. *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală* nr. 1585-XIII din 27.02.1998.
6. Tintiuc D, Grossu Iu, Grăjdianu T, Spinei L.Ș.A. *Sănătate Publică și Management* (manual). Chișinău, 2007.
7. Tintiuc E, Pancenco A, Burlacu V, Munteanu I. *Managementul asistenței stomatologice de ambulatoriu*. Chișinău 2009.
8. Tintiuc E. *Managementul stomatologic . Recomandări metodice*. Chișinău. 2012.

Surse on-line

- <http://www.ms.gov.md>, consultat la 14.11.2015.
- <http://www.cnam.md/>, consultat la 09.10.2015.
- <http://www.public-health.md/>, consultat la 23.11.2015.
- <http://www.chisinau.md-primaria/>, consultat la 11.11.2015.
- <http://www.cnms.md>, consultat la 19.3.11.2015.

Data prezentării: 26.11.2015
Recenzent: Oleg Solomon

ANSAMBLUL DE ACTIVITĂȚI DIRECȚIONATE SPRE ASIGURAREA POPULAȚIEI CU SERVICII STOMATOLOGICE DE AMBULATOR CALITATIVE

Elena Tintiuc¹,
conferențiar universitar

Valeriu Gobjila²,
medic stomatolog

Zinaida Gurev³,
medic stomatolog

¹Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

^{2,3}ÎM CSM Chișinău

Rezumat

Una din problemele fundamentale în domeniul stomatologiei la etapa actuală este implementarea unui sistem de organizare a serviciilor în condiții de interese politice și economice cu mai multe puncte de vedere și discuții. În acest context discuțiile de regulă sunt orientate spre crearea unei strategii bazată pe analiza posibilităților existente, preveziunea schimbărilor și lichidarea barierelor în activitatea instituțiilor stomatologice de ambulator. Se confirmă faptul că pentru stabilirea și realizarea obiectivelor instituției stomatologice medicul este responsabil pentru performanțele serviciilor acordate populației bazate pe cunoștințe și competențe manageriale, cât și pentru succesul activităților care asigură tuturor pacienților acces la asistența stomatologică de calitate.

Cuvinte cheie: Stomatologie, performanță, indicatori, organizare, activitate.

Summary

THE SET OF ACTIVITIES DIRECTED TO ENSURE THE POPULATION OUTPATIENT QUALITY DENTAL SERVICES

At the present moment, one of the fundamental problems in the field of dentistry, is the implementation of a system of service organization in the terms of political and economical interest, with more points of view and discussions. Within this context, the debates have usually been oriented towards originating a strategy based on the analysis of the existing possibilities, the forecast of changes and the abolishment of barriers in the activity of ambulatory dentist care institutions.

The fact is confirmed that in order to establish and achieve the purposes of the dental care institutions, the dentist is responsible for the performances of the medical services granted to the population based on managerial knowledge and competence, as well as for assuring the success of the activities that give access to all the patients to qualitative dental care assistance.

Key words: Dentistry, performance, indicators, organization, activity.

Introducere

Dinamica creșterii maladiilor cavității bucale, care sunt cauza formării diferitor procese patologice ce influențează în ansamblu starea sănătății populației este o problemă prioritară în asigurarea pacienților cu servicii medicale de calitate. Nivelul înalt al morbidității stomatologice și factorii ce o influențează necesită o atenție deosebită de a elabora metode contemporane moderne capabile să asigure un ansamblu de activități în acordarea serviciilor stomatologice de performanță.

În aceste condiții medicul stomatolog este specialistul responsabil de serviciile de performanță acordate, bazate pe cunoștințe clinice și manageriale în activitatea profesională.

În condițiile de reformă a sistemului sănătății se creează mai multe soluții posibile, orientate spre oferirea pacienților servicii stomatologice de calitate cu garanții și prețuri avantajoase, asigurarea instituțiilor stomatologice cu aparatură de ultima generație și cu materiale de calitate, micșorarea costurilor și majorarea spectrului serviciilor medicale asigurate populației, inclusiv și a populației social-vulnerabile. Astfel reforma în sistemul sănătății este o strategie care include analiza posibilităților existente, prognoza posibilităților riscurilor și a consecințelor în condițiile de realizare a scopurilor și obiectivelor luând în considerație limitările financiare, schimbările politice, satisfacția prestatorilor și a beneficiarilor de servicii medica-

le, precum și a responsabilităților manageriale pentru performanțele în sistemul de sănătate.

Reforma în sistemul sănătății implementată în practică întruchipează mai multe sfere de activități cum ar fi economice, financiare, umane necesită efectuarea cercetărilor științifice, rezultatele cărora pot servi pentru îmbunătățirea activității lucrătorilor medicali și asigurarea performanței serviciilor medicale acordate. În domeniul stomatologiei pentru argumentarea schimbărilor în condițiile existente și de perspectivă un rol important îl are efectuarea analizei indicatorilor de activitate în instituțiile de profil pentru elaborarea măsurilor de îmbunătățire continuă a performanțelor și creșterea satisfacției pacienților.

Analiza datelor de literatură în stomatologie indică faptul, că actualmente datele accesibile în acest domeniu sunt insuficiente pentru a elucida problemele de importanță strategică privind aspectele ce țin de reforma serviciului stomatologic de ambulator în condițiile social-economice noi de dezvoltare. Așa dar studierea aprofundată și caracteristica indicatorilor de activitate în acordarea serviciilor stomatologice reprezintă la etapa actuală una din problemele prioritare în sistemul de sănătate. De aceea rezultatele obținute conform evaluării indicatorilor în stomatologie pot servi ca bază pentru elaborarea căilor de perfecționare a serviciilor acordate populației cu afecțiuni a cavității bucale. Pentru realizarea studiului s-a efectuat caracteristica proceselor de colectare și prelucrare a datelor statistice privind activitatea medicilor stomatologi; evaluarea indicilor de bază a activității secțiilor stomatologice a Asociațiilor Medicale Teritoriale; analiza responsabilității medicilor pentru indicatorii de performanță în domeniul profilaxiei, diagnosticului și tratamentului pacienților cu afecțiuni stomatologice.

Materiale și metode

S-a efectuat un studiu de amploare a serviciului stomatologic de stat pentru adulți din municipiul Chișinău. Evaluarea indicatorilor de activitate sa realizat în secțiile stomatologice din Asociațiile Medicale Teritoriale — sectorul Centru, Botanica, Buiucani, Ciocana, Rîșcani, precum și în cabinetele stomatologice rurale pe parcursul anilor 2011—2013. Componentele de bază a cercetării au fost determinarea procedurilor de bază pentru colectarea și prelucrarea datelor statistice; documentarea activităților secțiilor stomatologice, conform nomenclatorului; analiza indicilor de bază în activitatea secțiilor, inclusiv a serviciului radiologic; evaluarea indicatorilor de performanță în procesul de profilaxie, diagnosticare și tratament a maladiilor stomatologice.

În calitate de indicatori pentru evaluarea activității secțiilor stomatologice au servit dinamica vizitelor la medici, dinamica și cota vizitelor primare, controlul profilactic stomatologic al gravidelor, indicatorii serviciului radiologic etc. Metodele de cercetare utilizate în studiul efectuat au permis de a prezenta în baza rezultatelor obținute concluzii și recomandări practice argumentate, privind activitatea secțiilor stomatologi-

ce și prioritățile de dezvoltare a serviciului stomatologic de ambulator pentru adulți.

Rezultatele obținute conform ordinului Nr.135 din 23.09.2014 a Direcției Sănătății a Consiliului Municipal Chișinău „Cu privire la constituirea comisiei pentru elaborarea conceptului de reorganizare a serviciului stomatologic municipal“ în vederea executării ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova Nr.244 din 13.03.2013 „Cu privire la trecerea la autogestiune a serviciului stomatologic“ a fost organizată o comisie a Departamentului Sănătății de evaluare a serviciului stomatologic de stat pentru adulți din municipiul Chișinău în perioada 01-24.10.2014 pe mai multe compartimente, inclusiv și indicatorii de activitate a serviciului stomatologic în cadrul Asociației Medicale Teritoriale.

Colectarea datelor statistice s-a efectuat în secțiile stomatologice lunar, trimestrial și anual de la fiecare medic conform documentației medicale, aprobată de către Ministerul Sănătății, conform ordinului nr. 828 din 31.10.2011 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară“ și ordinul nr. 1235 din 05.12.2012 „Cu privire la modificarea și completarea ordinului nr. 828 din 31.10.2011 „Cu privire la aprobarea și modificarea formularelor de evidență medicală primară“. Datele colectate în secțiile stomatologice s-au analizat și în baza lor s-au elaborat rapoarte de activitate, care se prezintă în secția de statistică și la Departamentul Sănătății. Analogic, procedura de colectare a datelor statistice, analiza acestora și elaborarea rapoartelor de activitate în cabinetele stomatologice a Centrelor de Sănătate se efectuează conform metodologiei descrise mai sus.

Rezultate

Analiza efectuată permite de a concluziona că în toate secțiile stomatologice documentația se păstrează în mape speciale conform nomenclatorului instituției, cu excepția cabinetelor stomatologice din Centrele de Sănătate care păstrează toată informația în instituția de referință, conform nomenclaturii acesteia.

În fiecare secție stomatologică funcționează registratura unde se păstrează documentația pe fiecare pacient, care s-a adresat pentru acordarea asistenței stomatologice. Pacientul primar este îndreptat de către registratorul medical de serviciu, care după investigațiile paraclinice, trimite pacientul la medicul specialist — terapeut, chirurg, parodontolog, protetician etc. În cazul cabinetelor stomatologice adiacente, pacienții primari sunt îndreptați de la registratura generală a Centrului de Sănătate.

Serviciile stomatologice acordate populației în cadrul instituțiilor publice la etapa actuală sunt apreciate ca prioritate în ameliorarea și menținerea sănătății orale în condițiile urbane și rurale. În acest context, studierea și analiza complexă a rezultatelor activității instituțiilor medicale stomatologice de stat prezintă interes pentru aprecierea posibilităților în acordarea asistenței stomatologice calitative, utilizarea rațională a resurselor și adaptarea lor la principiile noi ale eco-

nomiei de piață, precum și a cerințelor pentru activitatea în condiții de autonomie. Aplicarea în practică a problemelor enumerate necesită studii special de evaluare a indicatorilor de bază a serviciilor stomatologice la diferite erape, în special în condițiile urbane și rurale.

În calitate de indici de bază folosiți în evaluarea activității stomatologice în instituțiile publice a fost evaluată dinamica vizitelor la medicii stomatologi (tabelul 1), dinamica și cota vizitelor primare, controlul profilactic stomatologic al gravidelor, indicatorii cantitativi și calitativi ai serviciilor stomatologice, inclusiv ai serviciului radiologic în stomatologie.

Tabelul 1. Dinamica vizitelor la medicii stomatologi în secțiile Asociațiilor Medicale Teritoriale din mun. Chișinău, aa. 2011—2013

	Secțiile stomatologice	Anii/Nr de vizite			Media vizite la 1 medic
		2011	2012	2013	
1.	Centru	15.450	14.875	13.471	912
2.	Buiucani	9.226	9.063	9.312	766
3.	Ciocana	13.618	13.857	13.416	801
4.	Botanica	16.697	18.447	17.953	1.041
5.	Rîșcani	34.137	32.792	29.903	978
	Media				899,6

Datele prezentate în tabelul 1 determină numărul total și mediu de vizite anuale la un medic stomatolog în secțiile AMT, care constituie 899,6 vizite. Acest indice variază de la 766 vizite în AMT Buiucani până la 1.041 vizite care revin unui medic anual în cadrul AMT Botanica. Este important de menționat faptul că în dinamică se observă și o scădere nesemnificativă a vizitelor la medicii stomatologi practic în toate secțiile stomatologice, care se caracterizează în primul rând prin activitatea multor cabinete private în teritorii, amplasate neargumentat din punct de vedere a principiilor teritorial și instituțional în acordarea asistenței stomatologice de calitate populației.

Prezintă interes analiza comparativă a vizitelor în dinamică a populației la medicii stomatologi în condițiile urbane și rurale. Datele obținute au evidențiat numărul de vizite anual la un medic stomatolog din localitățile rurale fiind de circa 945 vizite sau cu 46 vizite mai mult decât în condițiile urbane 899,6 vizite. În cabinetele stomatologice rurale, ca și în secțiile stomatologice ale AMT, se înregistrează o diferență bine determinată a numărului de vizite la un medic stomatolog. Acest indice în condițiile rurale diferă de la 503 vizite la un medic stomatolog în centrul de sănătate Ciorăscu (AMT Rîșcani) până la 1.398 vizite în centrul de sănătate Cricova (AMT Rîșcani). Pentru a determina cauzele acestui fenomen sunt necesare studii speciale.

Unul din indicatorii ce caracterizează activitatea secțiilor stomatologice este dinamica și cota vizitelor primare la medicii stomatologi (Tabelul 2.), aa. 2011—2013.

Tabelul 2. Dinamica și cota vizitelor primare la medicii stomatologi, % aa.2011—2013

	Secțiile stomatologice	Nr.de vizite și anii			Media vizite la 1 medic
		2011	2012	2013	
1.	Centru	39,1	33,7	61,1	403
2.	Buiucani	76,8	71,7	70,7	560
3.	Ciocana	23,3	23,0	23,7	187
4.	Botanica	50,6	47,0	50,6	513
5.	Rîșcani	39,4	37,6	39,3	379
	Media				408

Rezultatele analizei prezentate în tabelul 2 au permis de a determina numărul vizitelor primare la un medic stomatolog, care constituie 408 vizite în condițiile urbane.

În condițiile rurale acest indice alcătuiește 593 vizite. Astfel diferența în numărul de vizite primare la medicii stomatologi din secțiile stomatologice a AMT și cabinetele stomatologice în centrele de sănătate constituie 185 vizite primare anual. În condițiile rurale se observă o stabilitate în dinamica vizitelor primare la medicii stomatologi. Totodată se evidențiază diferențe esențiale a cotei vizitelor primare: în localitățile urbane de la 23,0% (AMT Ciocana) până la 76,8% (AMT Buiucani); în localitățile rurale de la 37,2% (CS Bacioi) până la 99,3% (CS Trușeni).

Indicatorii ce caracterizează activitatea serviciului radiologic în serviciul stomatologic sunt prezentați în tabelul 3.

Tabelul 3. Indicatorii de activitate a serviciului radiologic în serviciul stomatologic, aa. 2011—2013

	Secțiile stomatologice	Nr.de vizite și anii			Media vizite la 1 medic
		2011	2012	2013	
1.	Centru	5.209	4.411	3.791	27,2
2.	Buiucani	3.560	3.613	2.163	39,3
3.	Ciocana	3.801	3.563	1.698	55,3
4.	Botanica	3.131	2.895	2.295	26,7
5.	Rîșcani	7.968	7.564	7.270	8,76
	Media				31,5

Datele din tabelul 3 demonstrează o scădere semnificativă a investigațiilor radiologice pe parcursul anilor 2011—2013. Comparativ cu anul 2011 numărul investigațiilor radiologice în anul 2013 a scăzut în AMT Centru cu 55,3%, Ciocana — 39,3%, Botanica — 27,2%, Buiucani — 26,7%, Rîșcani — 8,76%. Această situație în secțiile stomatologice se caracterizează prin lipsa specialiștilor, tehnicii de performanță a materialelor radiologice, aparataj învechit etc. În Asociația Medicală Teritorială Rîșcani indicele investigațiilor radiologice este mai favorabil, deoarece în cadrul acestui serviciu permanent activează 3 medici radiologi.

Lipsa posibilităților de a efectua investigații radiologice în condițiile secțiilor stomatologice reieșind din necesități influențează negativ asupra menținerii volumului de lucru necesar accesului, precum și a calității serviciilor stomatologice acordate populației. În condițiile rurale cabinetele stomatologice nu sunt asigurate local cu servicii radiologice. În caz de necesitate, pacienților li se propune altă instituție, inclusiv și privată.

O parte componentă importantă în activitatea serviciilor stomatologice o constituie controlul profilactic, diagnosticul și tratamentul profesional al gravidelor (Tabelul 4).

- De îmbunătățit indicatorii de performanță în contextul procesului asigurării profilaxiei maladiilor stomatologice în teritorii;
- Implementarea Managementului calității ISO 2001-2008 pentru întreaga gamă de servicii stomatologice.
- De majorat cota de finanțare a serviciilor stomatologice, reeșind din necesitățile argumentate.

Concluzii

- În majoritatea secțiilor stomatologice din Chișinău și cabinetelor stomatologice rurale, indicii ce caracterizează activitatea medicilor stomatologi

Tabelul 4. Controlul profilactic în stomatologie al gravidelor, aa.2011—2013 %

	Secțiile	Nr. gravidelor și anii								
		2011			2012			2013		
		Exami- nate	Ne- cesită asanare	Asanate	Exami- nate	Ne- cesită asanare	Asanate	Exami- nate	Ne- cesită asanare	Asanate
1.	Centru	4.262	448	269-67%	3.742	678	496-73%	3.393	443	341-77%
2.	Buiuca	3.010	1.292	1.092-84%	2.620	1.898	1.364-72%	2.666	1.900	1.346-70%
3.	Ciocana	-	-	-	4.079	933	0%	3.951	1.100	380-35%
4.	Botanica	4.443	1.681	1.200-71,4%	4.794	1.575	1.072-68,1%	5.122	1.508	1.123-75%
5.	Rișcani	2.686	1.215	1.100-90,5%	3.008	1.300	1.150-88,4%	3.156	1.567	1.115-71%

În tabelul 4 sunt prezentate date ce caracterizează numărul gravidelor care au fost examinate stomatologic, care necesitau asanare și care au fost asanate. Numărul gravidelor asanate din totalul care necesitau variază în secțiile stomatologice de la 35,0 % (AMT Ciocana) până la 90,5 % (AMT Rișcani). Media pe secții stomatologice a acestui indice în mun. Chișinău constituie 65,6 % în anul 2013.

În localitățile rurale indicele controlului profilactic a gravidelor, în majoritatea CS, are tendință pozitivă în anii 2011—2013.

Numărul gravidelor în anul 2013 a constituit CS Sîngera — 94,0 %, Bacioi — 93,0 %, Trușeni — 78,9%, Grătieți — 75,0 %, Stăuceni — 77,8 %, Bubuieci — 53,9 %, Ciorescu — 44,4 %. În CS Cricova lipsesc datele. Media pe localitățile rurale alcătuiește 63,4 %.

Pentru o analiză mai complexă a activității serviciului stomatologic este important prezentarea indicilor de performanță.

Conform rezultatelor analizei indicilor putem concludiona că în mun. Chișinău aceștia au o tendință pozitivă stabilă, apreciați în conformitate cu normativele existente. Totodată este necesar de menționat că acești indici în cabinetele stomatologice a Centrelor de Sănătate adiacente nu sunt analizați și de aceea informația lipsește.

Recomandări

- De asigurat serviciile stomatologice cu tehnologii avansate și de a îmbunătăți baza tehnico-materială a secțiilor și a cabinetelor stomatologice;
- De perfecționat serviciul radiologic în instituțiile stomatologice;
- De elaborat măsuri de integrare a activităților serviciilor stomatologice de stat și private, bazate pe principiile parteneriatului public-privat;

au tendință pozitivă. Această situație este caracterizată de posibilitățile de implementare a tehnologiilor avansate și a formelor de administrare instituțională și financiară etc., ce influențează accesul și calitatea serviciilor stomatologice acordate populației, în special celor nevoiașe.

- Rezultatele analizei activității serviciilor stomatologice au demonstrat posibilități limitate în asigurarea secțiilor stomatologice cu servicii radiologice. În cabinetele stomatologice rurale lipsesc serviciile radiologice. Situația creată influențează calitatea serviciilor stomatologice acordate populației.
- Datele obținute au evidențiat tendința de micșorare a numărului de vizite în dinamică la medicii stomatologi. Această situație este caracterizată de mai mulți factori, cum ar fi: prezența în teritoriu a unui număr mare de cabinete stomatologice private, micșorarea numărului populației în zona de deservire, situația economico-financiară, etc.

Bibliografie

- E.Tintiuc, A.Pancenco, V.Burlacu, I.Munteanu. Managementul asistenței stomatologice de ambulatoriu. Chișinău, 2009. 180p.
- D.Tintiuc, I.Lupan, A.Pancenco, E.Tintiuc, M.Cumpăna. Rolul acreditării în asigurarea managementului calității serviciilor stomatologice. Chișinău. 2012, p.10-15.
- Societatea Română de Ergonomie Dentară, București, 2015, www.medcaree.umfiiasi.ro.
- Elena Cărăușu. Eficiența medicală și economică a CMD — proiect. București, 2013.
- Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Foae de parcurs 2012—2014. Accelerarea reformelor: abordarea necesităților din domeniul sănătății prin politici investiționale. Chișinău, 2012.
- Studiu privind ergonomia, prevenirea și managementul în stomatologie. www.asktrading.ro. București, 2013.
- Aptitudini necesare managerilor de succes. www.rft.forter.ro. 2009.

Data prezentării: 16.11.2015
Recenzent: Ion Lupan

EVOLUȚIA TEHNICILOR ANALGEZICE ÎN STOMATOLOGIE

Dumitru Zabolotnii,
doctorand

Catedra Chirurgie OMF,
Implantologie Orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Excluderea durerii în timpul tratamentului stomatologic mereu a impus medicilor să găsească metodele cele mai eficiente. Evoluția preparatelor și tehnicilor analgezice este în continuă ascensiune, iar diversificarea lor oferă posibilitatea individualizării pentru fiecare pacient.

Cuvinte cheie: durere, analgezie, sedare, siguranță.

Summary

EVOLUTION OF ANALGESIC TECHNIQUES IN DENTISTRY

Exclusion of pain during dental treatment has always required doctors to find the most effective methods. The evolution of analgesics and techniques is continuously growing and their diversification offers the opportunity of individualization for each patient.

Key words: pain, analgesia, sedation, safety.

Introducere

Eficacitatea și siguranța tratamentului în mare parte depinde de lipsa durerii în timpul procedurii, iar analgezia în stomatologie trebuie să fie adaptată la felul și durata intervenției, starea generală și particularitățile bolnavului, precum și posibilitățile tehnice ale clinicii. Suprimarea durerii în tratarea afecțiunilor a reprezentat din cele mai vechi timpuri deziderate majore ale practicii medicale în care se include și stomatologia.

Scopul

Analiza evoluției tehnicilor analgezice pe parcursul istoriei și familiarizarea cu metodele moderne de analgezie în stomatologie.

Rezultate și discuții

Sunt cunoscute o serie de metode analgezice descrise încă din antichitate care foloseau proprietățile deosebite ale alcoolului sau a diverselor decocturi de plante cu acțiune analgetică sau sedativă. În secolul al XVI-lea, Ambroise Paré utilizează principiul presiunii pentru analgezia bolnavilor pe care îi opera. În 1540, Cordius descoperă eterul, substanță cu proprietăți anestezice care a fost folosită ulterior în chirurgie și stomatologie. La mijlocul secolului al XVII-lea, Thomas Bartholinus utilizează gheața și zăpada ca anestezici locali, metode cunoscute deja din antichitate. Joseph Priestley și Karl Scheele (1771) descoperă oxigenul, pentru ca, în 1773, să se determine protoxidul de azot (N_2O), gaz cu deosebite calități anestezice, același principiu este reluat de James Moore în 1784, la Spitalul St. George's din Londra. Inițial, N_2O a fost folosit ca „gaz ilariant“ la spectacole. Spre sfârșitul secolului al XVIII-lea, chimistul englez Humprey Davy (1799) sugerează utilizarea protoxidului de azot pentru combaterea durerilor în cursul manoperelor chirurgicale, acesta îl descrie ca fiind eficient și în sfera durerilor de origine dentară. Implementarea în practică a acestor substanțe se situează aproximativ în deceniul cinci al secolului al XIX-lea, astfel, în 1842, un medic de țară, William Crawford, din statul Georgia, aplică eter pe tegumente pentru a extirpa fără durere mici tumorete. Ca debut a utilizării analgezicelor inhalatorii în stomatologie poate fi considerat anul 1844 când lui Horace Wells, dentist din Hartford (Connecticut), i sa practicat o extracție de molar, inhalând în scop anestezic protoxid de azot. În 1846 William Morton, dentist din Boston, administrează vapori de eter unui bolnav pentru extirparea tumorii mandibulei, efectuată de către chirurgul John C. Warren la Spitalul General din Massachusetts. În aceeași perioadă, Thomas Jackson (1805—1880) pune la punct tehnica narcozei cu eter, iar în 1866, Richardson aplică în practică analgezia prin vaporizare. Câțiva ani mai târziu, Rottenstein utilizează clorura de etil în practica anestezică, iar în 1869 Potain folosește apa ca agent analgezic, în tra-

tamentul nevralgiei de trigemen. În 1885, dr. Halsted a demonstrat, în „New York Medical Journal“ din 19 septembrie, că a folosit apă în loc de cocaină în operațiile mici care necesitau incizie cutanată. În 1868, dr. Edmund W. Andrews, chirurg din Chicago, emite ipoteza utilizării în scop anestezic a unui amestec format din 20% N₂O și O₂, concepție de altfel perfect valabilă și astăzi, după 141 de ani. N₂O sub formă lichidă devine accesibil în medicină, și implicit în stomatologie, ceva mai târziu, în 1872, în Anglia. În 1880 Anrep V.C. descoperă efectul anestezic al cocainei; demonstrând că la introducerea se pierde sensibilitatea reversibilă a tegumentelor pe 20-25 min.

În 1887, Sir Frederick Hewit pune la punct primul aparat pentru administrarea N₂O în amestec cu O₂ în proporție fixă. Descoperirea și utilizarea eterului, cloroformului și protoxidului de azot în practica medicală au satisfăcut pentru o perioadă necesitatea abolirii durerii. Spre sfârșitul secolului al XIX-lea, din cauza impurității gazelor ce conduceau la efecte secundare ca greață, vomă și excitabilitate neuro-vegetativă s-a remarcat o tendință de reducere a utilizării lor în stomatologie. La începutul secolului al XX-lea, dr. McKesson experimentează primul circuit anestezic ce putea administra controlat și intermitent N₂O și O₂, devenind astfel părintele anesteziei moderne, susținut fiind de lucrări și articole medical-științifice, conferințe și demonstrații practice. După 1920 încep să apară substanțe mai bine tolerate pentru anestezia generală inhalatorie; printre acestea se numără ciclopropanul, care, având o solubilitate mai bună în sânge, intră în 1930 în practica medicală curentă, înlocuind eterul și cloroformul. În 1937, dr. John Lundy introduce tiopentalul în anestezia i/v. În anul 1939, prof. dr. Dan Theodorescu publică *Anestezia în stomatologie*, una dintre primele cărți din lume despre anestezia în această specialitate și care, în mare parte, își păstrează valabilitatea și astăzi. Scopul principal al utilizării N₂O era eliminarea anxietății, obținerea unei bune relaxări a pacientului și deci a unei cooperări eficiente medic-pacient. Hary Seldin în 1947 publică un manual de anestezie în care descrie utilizarea N₂O în amestec cu O₂ în diverse proporții pentru obținerea analgeziei și a inhalosedării. Astfel, în Marea Britanie, unde administrarea peroxidului de azot pentru anestezia generală în stomatologie cunoaște o lungă tradiție, tehnica analgeziei relative cu protoxid de azot-oxigen e utilizată pentru sedarea conștientă a pacienților la care se efectuează tratamente stomatologice sub anestezie loco-regională. Până în 1950 toate anestezicele aveau unul din cele două defecte majore: toxicitate pentru bolnav și erau explozive în prezența oxigenului. În deceniul 1950—1960, popularitatea N₂O crește impresionant, fiind din ce în ce mai mult utilizat în stomatologie pentru tratarea stărilor de anxietate. În aceeași perioadă se introduc pentru studenți cursuri teoretice și practice de inhalosedare la facultățile de stomatologie din S.U.A. și nu numai, legiferându-se organizarea de cursuri pentru medicii stomatologi sub egida asociațiilor stomatologice din țările respective. Se

pun la punct atât metode, cât și mijloace eficiente de administrare a amestecului N₂O și O₂, devenind disponibile aparate moderne, simple și sigure, a căror principală caracteristică este prevenirea absolută a administrării de N₂O 100%, evitându-se astfel pericolele hipoxiei pacientului din cauza utilizării concentrației de O₂ sub cea atmosferică (21%). De asemenea, s-au pus la punct mijloace de prevenire a inhalării gazelor de către personalul medical care le utilizează (sisteme speciale de evacuare a gazelor) [2,14].

Deși descoperirea anesteziei generale se datorește celor doi dentiști H.Wells și W.Morton, totuși stomatologia nu a beneficiat în prea mare măsură de acest tip de anestezie, care nu a putut fi introdusă în practica curentă din cauza dificultăților de administrare ca și accidentelor la care expunea. Stomatologia și îndeosebi chirurgia stomatologică au beneficiat însă din plin de introducerea în practică a anesteziei locale și regionale. Apariția anesteziei locale este legată de descoperirea în 1879 de către V.Anrep a efectului anestezic local al cocainei, care începând cu anul 1884 a început a fi utilizată în clinici. Toxicitatea preparatului și posibilitatea apariției dependenței medicamentoase au împiedicat utilizarea lui pe larg în practica medicală. În 1905 e descoperită Novocaina de către Einhorn și e pusă în practică de către Braun. Metoda de infiltrare a țesuturilor a dus la o răspândire largă a anesteziei locale, ea fiind legată de numele lui Schleich și Vișnevschi.

Progresele considerabile realizate în ultimele decenii în anestezologie au fost posibile datorită cercetărilor experimentale farmacologice, fiziopatologice și clinice, care au permis sintetizarea de noi substanțe bine individualizate, cu eficiență și toxicitate redusă [2,10].

Utilizare largă și accesibilă a căpătat tehnica de administrare a anesteziei locale prin injectarea soluției. Farmacocinetica anestezicelor locale depinde de calea de administrare, vârsta și starea somatică a pacientului. Ea poate să se modifice semnificativ în cazul dereglărilor hepatice, renale. Metabolismul anestezicelor amide locale are loc de regulă în ficat, iar procesul de biotransformare a lor este mai dificil și concentrația de substanță anestezică nemodificată în urină poate fi mai mare (până la 10% la Lidocaină și până la 16% la Bupivacaină). Aceste particularități a excreției anestezicelor locale trebuie luate în considerație la pacienții cu dereglări renale semnificative. Majoritatea anestezicelor locale sunt vasodilatante, iar pentru micșorarea vitezei de absorbție, mărirea și prolongarea acțiunii locale al substanței anestezice se adaugă vasoconstrictor (adrenalină, noradrenalină, epinefrină 1:50.000, 1:100.000 sau 1:200.000; norepinefrină 1:200.000, efedrină 1:20.000). Anestezicele locale manifestă un oarecare efect cardiodepresiv, deoarece în cantități obișnuite slăbește automatismul fibrelor Purkinje, în cazul introducerii unor cantități mari e posibilă micșorarea minut-volumului inimii. Menționăm mai multe generații de substanțe anestezice: de generația III- Lidocaină, Trimecaină; IV-

Mepivcaină, Crilocaină; V — Ultracaină, Ubistezină, Alphacaină. Alphacaină prezintă contraindicații: la pacienții cu astm bronșic, tahicardie paroxistică, glaucom cu unghi închis. La supradozare se dereglează funcția SNC (agitație, amnezie, insomnie, tremor, convulsie, insuficiență respiratorie). În comparație cu Novocaina, Lidocaina este de 4 ori mai puternică și de 2 ori mai toxică. Ultracaina (artiacaina) este de 5 ori mai puternică și de 1,5 ori mai toxică decât Novocaina [9,11,12,13].



Fig. 1 Seringa carpulară



Fig. 2 Seringa cu dozator

Evoluția tehnicilor de inhalosedare pentru un tratament indolor oferă medicului practician metode alternative tehnicii anestezice injectabile. Utilizarea Protoxidului de azot impune dotarea clinicii cu utilaj special (figura 3) și personal specializat [2].



Fig. 3 Utilaj pentru administrarea Protoxidului de azot



Fig. 4 Tehnica de administrare a Protoxidului de azot

Necesitatea utilajului costisitor și a condițiilor speciale de administrare a determinat utilizarea tehnicilor mai accesibile și comode. Methoxifluranul este un compus volatil, non opioid care asigură o analgezie rapidă de scurtă durată cu păstrarea conștiinței, constituie baza preparatului Pentrox[®], face parte din familia analgezicelor inhalatorii, previne durerea, fără ca să provoace anestezie. Cu excepția protoxidului de azot, methoxifluranul este singurul analgezic inhalator disponibil în prezent în afara sălii de operații [3,4]. A fost pentru prima dată utilizat ca anestezic inhalator volatil de către Joseph F. Artusio în 1960, în aspect cronologic pentru stomatologie relatează Dragon A, Goldstein I. (1967), iar Josephson CA, Schwartz W 1974 [1,3]. Administrarea preparatului (figura 5) se face cu inhalator de unică folosință Pentrox[®] (figura 6) sub supravegherea medicului.



Fig. 5 Modul de administrare a analgezicului inhalator



Fig. 6 Inhalatorul Pentrox[®]

Analgezicul poate fi administrat și copiilor de la 5 ani, pacienților hemodinamic stabili și fără afecțiuni grave. Alinarea durerii începe după 6-8 inspirații și continuă câteva minute după încetarea inhalării. Utilizarea în continuu a unei doze de methoxyfluran asigură analgezie de 25-30 minute, la o necesitate de analgezie de 1 oră, doza poate fi dublată [Methoxyflurane; Farn; Medical Developments] [6,7,8].

Concluzii

Majoritatea intervențiilor stomatologice sunt însoțite de sindromul algic, astfel, necesitatea de a oferi comoditate în timpul tratamentului mereu a impus găsirea celor mai bune mijloace de suprimare a durerii. Evoluția tehnicilor analgezice în stomatologie a atins un nivel înalt din punct de vedere farmacologic, cât și al dispozitivelor utilizate, iar gama de preparate disponibile la ora actuală oferă medicilor multiple metode de a oferi un tratament indolor cu posibilitatea de a alege tehnica de analgezie individual pentru fiecare în dependență de starea generală, emoțională,

diagnoză. Iscușința medicului de a administra preparatul analgezic potrivit este cheia succesului în excluderea iatrofobiei și face ca să crească încrederea pacienților în procedura fără durere.

Bibliografie

1. Dragon A, Goldstein I (1967). „Methoxyflurane: preliminary report on analgesic and mood modifying properties in dentistry (subscription required)”. *Journal of the American Dental Association* 75 (5): 1176-81. PMID 5233333
1. Gănuță N., Canavea I.; „Anestezia în stomatologie și chirurgia maxilo-facială”, București 2010 p. 19-33, 229-249
2. Ghidirim Gh., Ghereg A., Belev N., Bour A., Danilov R.: „Utilizarea analgezicului inhalator Pentrox® pentru anxioză și calmarea durerii în colonoscopii” (Ghid practic), Chișinău 2010
3. Ghidirim, Gudumac, Groppa; “ Utilizarea analgezicului inhalator Methoxifluran (Pentrox®) pentru calmarea durerii acute” (recomandare metodică). Chișinău, 2010.
2. Josephson CA, Schwartz W (1974). „The Cardiff Inhaler and Penthrane. A method of sedation analgesia in routine dentistry (subscription required)”. *Journal of the Dental Association of South Africa* 29 (2): 77-80. PMID 4534883.
3. Office of Product Review, Therapeutic Goods Administration, Australian Government Department of Health and Ageing. Adverse drug reaction reports, methoxyflurane. (Personal Communication). 2010.
4. Medical Developments International Ltd. Pentrox (methoxyflurane) inhalation. Product information, May 2009.
5. Methoxyflurane. [Revised September 2007]. In: eTG complete [CD-ROM]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Ltd, March 2010.
6. Voroneanu M., Vicol C., Ștefănescu O.; „Actualități privind algoritmul profilactic și therapeutic al urgențelor medicale în cabinetul de medicină dentară și chirurgie orală de ambulator”, *Medicina Stomatologică, Chișinău*, ianuarie 2007. P.14
7. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В., Рабинович С.А., „Обезболивание в условиях стоматологической клиники” ГОУ ВУМНЦ МЗ РФ, 2002.-144 с.
8. Гранье Ж., „Альфакаин-эффективный и безопасный анестетик для местного обезболивания”, *ДентАрт* № 3. 1999
9. Николайчук В.В., Терехов А.Б., Нэстасе К.И., „Эндодонтия” практическое пособие, изд. Вектор, Кишинёв 2009.
10. Скрипникова Т.; „Причины малоэффективного местного обезболивания”, *ДентАрт* №1. 2001
11. Тимофеев А.Ф.; „Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии” Киев 2012, с.101.

Data prezentării: 26.11.2015

Recenzent: Valeriu Burlacu

PERSPECTIVELE DE TRECERE A SERVICIULUI STOMATOLOGIC LA AUTOGESTIUNE

Tudor Costru,
conferențiar universitar

Valeriu Burlacu,
profesor universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutica, USMF
„Nicolae Testemitanu“

Rezumat

Considerăm, că odată cu trecerea la autogestiune a serviciului stomatologic vor apărea oportunități mai eficiente și cu un randament mai înalt de gestionare a surselor financiare acumulate din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cât și celor parvenite din prestările serviciilor medicale contra plată. Astfel se vor crea condițiile favorabile de acumulare a surselor financiare din an în an, ce vor permite efectuarea reparațiilor capitale a edficiilor stomatologice, a procurărilor de utilaj medical contemporan.

În urma lărgirii posibilităților financiare se prevede o evoluție de sporire a competențelor angajaților în domeniu prin ridicarea nivelului profesional prin specializări și perfecționări atât la nivel național, cât și după hotare.

Realizarea acestor activități, vor crea premisele necesare de sporire a accesului populației, inclusive celor socialmente vulnerabile la asistență medicală stomatologică specializată, atât la nivel urban, cât și rural.

Ca urmare a tuturor măsurilor întreprinse, vectorul indicatorului de sănătate stomatologică a populației va avea o tendință ascendentă.

Cuvinte cheie: autogestiune, serviciu stomatologic, posibilitati financiare.

Summary

PERSPECTIVES OF TRANSITION TO SELF-MANAGEMENT OF THE STOMATOLOGICAL SERVICE

The transition to self-management of the stomatological service could bring new and more effective opportunities, with a higher performance of financial resources management accumulated both from the National Insurance Company and from the paid services. Therefore, each year, it will be possible to cumulate financial resources that could be used for the overhauls of stomatological buildings, for buying modern technique, resulting with a well consolidated material and technical basis of the institution.

The enrichment of financial possibilities could later on favor the evolution of competences in this field of the medical services by increasing the professional level (specializations in the country and abroad).

The realization of these changes in the stomatological service will optimize the access of the population (including socially vulnerable) to specialized, qualitative stomatological assistance, both in urban and rural areas.

Given all above mentioned improvements, the stomatological health indicators of the population will present an ascending pathway.

Key words: self-management, stomatological service, financial possibilities.

Urmind prevederile Legii ocrotirii sănătății din martie 1995, cu complectările și modificările ulterioare [1], altor acte normative[2,3] urmează ca serviciului stomatologic să activeze în condiții noi de finanțare și respectiv să beneficieze de noi relații financiare în raport cu asiguratorul și beneficiarul final.

Astfel, odată cu trecerea la autogestiune a serviciului stomatologic se prevede apariția de noi oportunități de gestionare a surselor financiare acumulate din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cât și celor parvenite din urma prestării serviciilor medicale contra plată ce vor permite utilizarea mai eficientă a acestora, inclusiv efectuarea reparațiilor capitale a edficiilor stomatologice, a posibilităților de procurare a utilajului medical contemporan. Deci, se vor crea condițiile favorabile de acumulare a surselor financiare din an în an și cu un randament mai înalt de utilizare.

În urma lărgirii posibilităților financiare se prevede o evoluție de sporire a competențelor specialiștilor în domeniul de activitate prin extinderea posibilităților de ridicare a nivelului profesional ce vor putea utiliza toate oportunitățile de educație continuă, atât la nivel național, cât și peste hotarele țării.

Kuraray Noritake Dental este considerată compania care a făcut istorie pe plan mondial.

A fost înființată în 1926 și activitatea acesteia a pornit de la producția fibrelor sintetice fără viscoză. Treptat, datorită perseverenței, noilor experiențe și a tehnologiilor avansate, aceasta și-a făcut apariția și pe piața stomatologică, în anul 1973. În 1978 inventează primul sistem de adeziune din lume **Clearfil Bond System F**, acesta fiind considerat un simbol al începutului erei adezivilor în stomatologie. După mai mult de un sfert de secol, compania Kuraray continuă să se dezvolte și să producă doar acele produse, care îndeplinesc în totalitate necesitățile consumatorilor. Are o gamă largă de produse, printre care se numără: *Clearfil AP-X Esthetics*, *Clearfil AP-X*, *Clearfil AP-X Flow*, *Panavia F2.0*, *Clearfil Tri-S bond*, *Clearfil SE Bond*, *Clearfil Photo Core* ș.a. Printre cele mai inovatoare produse se regăsesc: **Clearfil Liner Bond F** și **Clearfil AP-X Esthetics**.

CLEARFIL™ LINER BOND F (adeziv autogravant) –

este sistem de adeziune alcătuit din 2 componente, într-o variantă mai performantă și mai reușită ca la Clearfil SE Bond. Ambele componente conțin o concentrație mare de fluor ce se elimină continuu și noul monomer patentat de Kuraray, MDP. Datorită acestuia sensibilitatea post-operatorie este practic exclusă, precum și calitățile antibacteriale îi oferă o siguranță sporită la adeziune.

Conform mai multor studii, acest sistem de adeziune este printre unicii din lume care formează un strat de super-dentină (nou termen în stomatologia modernă) pe lângă stratul hibrid de adeziv. Acesta protejează dinții de sensibilitate, stres ocluzal și îi oferă rezistență maximală obturației dentare. Principalele direcții de utilizare a acestui adeziv sunt: reparația intraorală a metaloceramicii, ceramicii pure sau hibride din compozit, tratamentul suprafețelor afectate și deschise, tratamentul hipersensibilității canalelor radiculare, cât și sigilarea în întregime a dinților sensibili direct pe suprafețele de enamel.



CLEARFIL™ AP-X Esthetics Flow – cel mai avansat compozit fluid pentru toate clasele de restaurări.

Este cel mai nou compozit fluid lansat de **Kuraray Noritake** în clasa sa. În Japonia și Coreea de Sud restaurările sunt făcute preponderent cu compozite fluide, în proporții de 80%. Este noua generație de compozit fluid, succesorul lui *CLEARFIL AP-X Flow* care a fost lansat în anul 2007. Este excepțional în lustuit, cu retenție de șlefuire minimală. Are proprietatea de difuzie a luminii datorită particulelor nano din compoziția sa. Viscositatea joasă a compozitului permite o manevrare eficientă a compozitului, astfel încât acesta să fie potrivit pentru efectuarea oricăror tipuri de restaurări. În poziție verticală pe un oarecare suport, compozitul își păstrează în totalitate integritatea. Datorită concentrației mare de ceramică plastică în mărime de 75%, luciul restaurării este excelent. Durețea compozitului este de 152 mPa, mai mare chiar ca și la alte compozite solide, fiind utilizat practic în toate cazurile de restaurări de clasele I-V. Se evidențiază și prin multitudinea nuanțelor disponibile (12 culori): A1, A2, A3, A3.5, A4, KA6 (Cervical), B1, B2, XW, W, A2D, A3D.



Compania Sirona Dental Systems (vechea companie SIEMENS care 1997 se redenumesc în SIRONA), a fost inventatorul multor echipamente dentare pentru prima dată în istoria dezvoltării stomatologiei. Compania a fost fondată în anul 1880 și a început prin producerea primelor echipamente electromedicale dentare de frezare.

Mai jos vă oferim să mergeți puțin prin istoricul invențiilor Sirona care le-a avut pe parcursul activității sale din 1880 până în prezent:

1905

- Primul unit radiologic dentar **REKORD**.

1934

- Apare cel mai mic aparat radiologic intraoral din lume.

1951

- Inventează primul cel mai performant unit pentru timpurile respective - **ADJUTOR**.

1955

- Introduc seria echipamentelor radiologice intraorale **HELIODENT**.

1956

- Produc primul unit dentar cu fotoliu electric sub denumirea **Siemens Sirona**.

1958

- Introduc primele turbine stomatologice ce ating 300.000 turații/minut.

1965

- Primul micromotor în lume care are turații variabile între 600-120.000 turații/minut.

1983

- Sirona M1 - este considerat cel mai reușit și bine vândut unit din lume, fiind vândute peste 35.000 timp de 13 ani.

1987

- Lansează primul unit CAD/CAM pentru fabricarea coroanelor și incrustațiilor din ceramică pură.

1994

- Apar noile unituri C1 din seria C și noua generație de CAD/CAM - CEREC 2.

1995

- Introduc primul panoramic digital din lume și unicul panoramic pentru imagini cefalometrice până în 2001 **ORTHOPHOS PLUS DS CEPH**.

2000

- Apare a 3-a generație a CEREC 3, cu mai multe posibilități.

2007

- Lansarea a generației a 4-a CEREC AC + CEREC MCXL.

2008

- Primul panoramic dentar 3D - **Galileos** - noua tehnologie de achiziție a imaginilor renghen Cone-Beam.



Pentru a atinge obiectivele propuse de la lucrătorii medicali și manageri sanitari se solicită un grad înalt de responsabilitate și abilități manageriale performante în tot procesul de îngrijiri medicale.

Realizarea sistemică a acestor activități, va spori accesul populației la serviciile de performanță, inclusiv și pentru păturile socialmente vulnerabile la asistență medicală stomatologică specializată atât la nivel urban, cât și rural.

În aceeași ordine de idei, se prevede diminuarea termenului de așteptare a populației rurale și urbane de a beneficia de asistență medicală de înaltă calitate, deoarece se va dispune de o bază tehnico-materială consolidată la toate nivelele de asistență medicală cât și de cadre medicale licențiate în domeniul stomatologiei contemporane.

Astfel, trecerea serviciului stomatologic la autogestiune pune în evidență mai multe facilități pentru beneficiarii finali și respectiv devine mai avantajos ca activitate în raport cu precedenta formă de gestionare financiară, inclusiv:

- Autonomie la gestionarea finanțelor alocate de Compania Națională de Asigurări în Medicină și a celor parvenite din serviciile medicale prestate contra plată,
- Consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale;
- Sporirea accesibilității populației la asistență medicală specializată;
- Îmbunătățirea metodelor de tratament cu introducerea tehnologiilor contemporane;

- Îndeplinirea volumului serviciilor medicale prevăzute de Programul Unic;
- Ridicarea sistematică a nivelului profesional al angajaților;
- Majorarea salariului lucrătorilor medicali în dependență de performanțele profesionale;
- Crearea condițiilor avantajoase de atragere a tinerilor specialiști în câmpul muncii.

Finalizarea calitativă a actului medical stomatologic în condițiile de activitate a instituțiilor medicale aflate la autogestiune, solicită modificarea mecanismului de finanțare per-capita propus actualmente de către Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru volumul serviciilor stomatologice prevăzute în Programul unic de asigurări obligatorii în sănătate, după formula per serviciu — retrospective.

Ca urmare a măsurilor ce urmează să fie întreprinse, vectorul indicatorilor de sănătate stomatologică a populației va avea o tendință de îmbunătățire continuă și va corespunde Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății „Printr-o cavitate orală sănătoasă, într-un organism sănătos“.

Bibliografie

1. Legea ocrotirii sănătății RM nr.411-XIII, 28 martie 1995.
2. Legea privind actele normative ale Guvernului și ale altor autorități ale administrației publice centrale și locale RM nr.317-XV, 18.17.2003.
3. Hotărârea Guvernului RM nr.672, 21 iulie 1999.

Data prezentării: 23.11.2015
Recenzent: Angela Cărtăleanu

REMIU BIOLOGIC DE PREVENȚIE STOMATOLOGICĂ

Rezumat

Este prezentat materialul cercetărilor executate la elaborarea pastei dentare BioR cu acțiuni anticarie, antiinflamatorii, imunomodulante, fără conținut de fluor și generalitățile tehnologice de obținere a ei. A fost obținut certificatul pastei de dinți cu BioR prin Brevet de invenție MD 3534, Burlacu Victor, Burlacu Valeriu, Fala Valentina, Rudic Valeriu, Fala Valeriu.

Cuvinte cheie: Pastă dentară, stomatologie, Bior, remediu biologic.

Summary

BIOLOGICAL REMEDY OF PREVENTIVE STOMATOLOGY

There is shown the data regarding the conducted research on the developing of the BioR tooth paste with an anti-caries, anti-inflammatory and immunomodulatory effects; a toothpaste that does not contain fluoride; as well there is presented the general technical data regarding the process of obtaining the toothpaste. There was obtained an invention patent for the BioR tooth paste — Invention Patent MD 3534 (Burlacu Victor, Burlacu Valeriu, Fala Valentina, Rudic Valeriu, Fala Valeriu).

Key words: Toothpaste, dentistry, Bior, biological remedy.

Actualitatea problemei

În linia generală, în majoritatea covârșitoare a raioanelor Republicii Moldova, concentrația de fluor în apa potabilă, iar prin urmare și în produsele alimentare,

Victor Burlacu¹,
medic stomatolog
Galați, România

Valeriu Burlacu²,
profesor universitar

Valeriu Fala³,
conferențiar universitar

Valeriu Rudic⁴,
profesor universitar,
academician

Valentina Fala⁵,
medic stomatolog

Gheorghe Bordeniuc⁶,
rezident

^{2,3,6} *Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“*

⁴ *Academia de Științe a
Republicii Moldova*

⁵ *Centrul Stomatologic
„Fala Dental“*

este mai mare decât cerințele STAS-ului, situație care insistă limitare în folosirea în procesul de igienizare orală individuală a pastelor de dinți cu fluor, chiar și de ce nu — interzicerea lor.

Introducere

Conform datelor din literatura de specialitate [1], folosirea fluorului în prevenirea cariei dentare se bazează pe ingestia lui (apă, sare, tablete) sau prin aplicarea locală pe suprafețele dentare (dentifrice, băi de gură, geluri, lacuri etc.). Administrarea pe cale orală încorporează fluorul în țesuturile dentare în timpul formării lor, iar la aplicările locale la nivelul smalțului îi măjorează duritatea și rezistența la acizii organici, iar prin salivă acționează bactericid asupra microorganismelor orale și favorizează remineralizarea țesuturilor dure dentare.

Pe de altă parte, se întâlnesc manifestări de intoxicații cronice cu fluor în zonele geografice în care fluorul este abundent în sol sau în apă [1]. În urma ingestiei cronice, creșterea concentrației fluorului în plasmă va rezulta impregnarea generală a fluidelor biologice în diferite compartimente tisulare, provocându-se dereglări metabolice în deosebi de dezechilibrări enzimatică [3]. Acestea la rândul său pot întrerupe desfășurarea glicolizei, se poate manifesta inhibarea succinat-dehidrogenazei a ciclului Krebs și fosfataza alcalină etc. rezltând alterații la nivelul scheletului; tulburări nervoase manifestate prin dureri iradiante, parestezii, rigiditate vertebrală; alterări ale funcției renale etc.

Pastele de dinți fluorate, ca remedii de prevenție și tratament a cariilor, a parodontitelor incipiente, frecvent însă nu preîntâmpină apariția afecțiunilor parodontale, alte patologii inflamatorii orale, puțin acționează ca hiposensibilizant dentar, prin urmare nu asigură pe deplin îngrijirea complexă a țesuturilor dure dentare și a mucoasei parodonto-bucale.

Material și metode de cercetare

Cele expuse permit de a purcede la rezolvarea multilaterală a neajunsurilor și dezavantajelor pastelor de dinți cu fluor prin apelarea la soluționarea curativo-profilactică complexă de compozițiile create în baza extractului BioR obținut din biomasa cianobacteriei *Spirulina platensis*. Preparatul BioR ca parte activă biologică poate fi folosit pentru îngrijirea dinților și a cavității orale, cât și pentru prevenția și tratamentul complex al cariei, afecțiunilor inflamatorii parodontale și ale mucoasei orale.

Extractul BioR 0,5% (1,00%) [2] posedă acțiuni antibacteriene, antiinflamatorii, anti-edemice, antioxidante, adaptogene, antihipoxice, restabilește microcirculația, sporește imunitatea locală etc. Posedând proprietăți membranomodulatoare, preparatul BioR (0,5%-1,0%) stimulează procesele de detoxicare, normalizează ecosistemele microbiană orală, normalizând metabolismul complexului parodontal la nivel celular. Includerea extractului BioR în pasta de dinți, pentru majorarea efectelor curativ-profilactice, poate fi asociată și cu alte extracte medicinale naturale, cum ar fi

cel de *Flores Calendulae*, sau din rădăcini *Armoracia rusticana Lam.* etc. Extractul de *Flores Calendulae* manifestă proprietăți antiinflamatorii, bactericide, spasmolitice, analgezice, antipuriginose și de vindecare.

Extractul de rădăcini *Armoracia rusticana Lam.* intensifică activitatea antiinflamatoare și imunocorectoare a altor componente a pastelor de dinți.

Scopul cercetării a fost de a elabora o pastă de dinți non-fluor cu conținutul extractului Bior (0,5-1%), uleiurilor de levănțică și eucalipt și altor agenți și excipienți necesari organizării pastelor de dinți moderne.

Cele expuse au tratat următoarele obiective:

- 1) De elaborat pastă de dinți curativo-profilactică pentru îngrijirea dinților cu acțiuni:
 - a) Anticarie pronunțată;
 - b) Antiinflamatorie;
 - c) Imunomodulatoare;
- 2) Pasta de dinți să fie creată pe baza citratului de calciu.

În compoziția pastei de dinți au fost incluse componentele necesare în următorul raport (% mas.): citrat de calciu, Bior 0,5 sau 1%, ulei de levănțică, ulei de eucalipt, material abraziv, agent de îngroșare, conservant, colorant, substanță ce menține umiditatea, agent de curățare și spumare, edulcorant, odorant, apă.

În urma procesului tehnologic de preparare a componentelor trecut prin algoritmul respectiv s-a obținut pasta de dinți, care reprezintă o masă plastică omogenă, cu calități organoleptice bune, aspect agreabil, plăcută la gust și miros. Nu și-a pierdut proprietățile organoleptice, microbiologice și fizico-chimice mai bine de doi ani.

Rezultatele obținute și sinteza lor

Pasta de dinți elaborată a prezentat acțiuni anticarie, de vindecare și de sporire a imunității locale de lungă durată. Folosirea pastei în termene scurte a dus la îmbunătățirea semnificativă a stării sănătății țesuturilor parodontale și a cavității orale. Un efect evident se manifesta deja la a 3-4-a zi de la începutul folosirii ei. Se remarcă ameliorarea rapidă a procesului inflamator (micșorarea edemului, hemoragiei, a sensibilității doloze gingivale). Pasta acorda o acțiune de vindecare, intensifica procesele de regenerare, îmbunătățește trofica tisulară. Pasta nu prezenta contraindicații, acțiuni secundare, nu provoca reacții alergice și era accesibilă spre folosire de către persoanele de orice vârstă, indiferent de afecțiunile asociate.

Efectul major curativo-profilactic al pastei de dinți a fost determinat de spectrul larg de acțiuni al substanțelor biologice active din extractul BioR 0,5% sau 1,00%, care intră în compoziția ei.

Introducerea BioR-ului în componența pastei de dinți, care are baza gelifiantă a fost argumentată de rezultatele noastre, care au demonstrat că în raportul calitativ-cantitativ optimal propus aceasta reacționează cu baza gelifiantă neutră.

La manifestarea proprietăților curativo-profilactice pronunțate ale pastei elaborate au participat și alte componente importante. Citratul de calciu, care are o

formă gelifiantă de tranzit a calciului, a fost capabil nu numai să-l transporte rapid din cavitatea orală în smalțul dentar, atât sănătos, cât și atacat de caria incipientă. Este cunoscut faptul că în smalțul dinților sănătoși citratului de calciu îi revin circa 10-20% din compușii organici. La curățarea dinților cu periuța, citratul din pasta elaborată va fi parțial infiltrat în smalț și în gingie, contribuindu-se la optimizarea metabolismului.

Enzimele și toxinele microbiene, antigenele apărute de origine tisulară și a depunerilor dentare sunt capabile să provoace inflamația parodontiului de nivel, iar ulterior ne fiind tratată și a întregului complex parodontal. Curățarea dinților cu pasta dentară elaborată va îndepărta mecanic microorganismele, neutralizând toxinele lor grație proprietăților bactericide, antitoxice și imunomodulante.

Eliminarea totală și rapidă a inflamației parodontale va preveni cronicizarea procesului și recidivarea lor. Potenționând acțiunile benefice, unul asupra altuia, adaosurile biologice active vor contribui la obținerea rezultatelor optime în cazul terapiei afecțiunilor ca-

rioase și parodontale. Pasta elaborată a fost brevetată prin Brevet MD 3554 (Burlacu Victor, Burlacu Valeriu, Fala Valentina, Rudic Valeriu, Fala Valeriu).

Concluzii:

1. Pasta de dinți elaborată în baza extractului BioR (0,5-1,0%) îndeplinește cu succes măsurile de curățare dento-parodontală și de prevenție a patologiilor complexului dat.
2. Pasta dentară elaborată prezintă capacitatea de prevenire a formării depunerilor dentare moi și mineralizate.
3. Pasta dentară BioR poate fi folosită cu efecte de tratament a afecțiunilor inflamatorii parodontale și ale mucoasei orale.

Bibliografie

1. Grivu O., Podariu A., Băilă A., Pop I. Prevenția în stomatologie, 1995, Ed. MIRTON, Timișoara, 315 p.
2. Rudic V. BioR studii biomedicale și clinice, Chișinău, 2007, 376 p.
3. Triller M. Alterations des tissus durs de la dent au cours des fluoroses acquises et experimentales. These. Paris VI, 1984.

Data prezentării: 24.11.2015

Recenzent: Ana Eni

SONDAREA PARODONTALĂ. STUDIU COMPARATIV

Rezumat

Evaluarea parametrilor clinici parodontali precum nivelul de atașament clinic, prezintă „standardul de aur” în diagnosticarea și monitorizarea afecțiunilor parodontale. **Scop.** De a evalua performanța sondării a două tipuri de sonde: convențională și electronică la un lot de 32 de pacienți. **Materiale și metode.** Examenul clinic s-a efectuat cu sonda convențională Cp-10. La același lot de pacienți s-a efectuat sondarea cu sonda electronică Florida Probe. **Rezultate.** Timpul de sondare cu sonda electronică este mai scurt 13.2 ± 2.1 min, comparativ cu cel prin sonda convențională 35.3 ± 5.1 min. Toleranța pacienților la tehnica de sondare, au prezentat preferințe pentru sonda electronică. **Concluzii.** Există o diferență vădită la măsurarea datelor clinice prin sonda electronică și convențională cât și înregistrarea acestora în fișele parodontale.

Aceste diferențieri se resimt în timpul de efectuare a manoperelor cât și gradul de percepție a disconfortului pacienților.

Cuvinte-cheie: sondare parodontală, sondă convențională, sondă electronică.

Tatiana Porosencova¹,
doctorand

Valeriu Burlacu²,
profesor universitar

¹Catedra Chirurgie OMF
pediatrică, pedodonție
și ortodonție USMF
„Nicolae Testemițanu”

²Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu”

Summary

PERIODONTAL PROBING. COMPARATIVE STUDY

Clinical periodontal parameters assessment as clinical attachment level, represents the „gold standard” for diagnosing and monitoring of periodontal disease. **Aim.** To evaluate the probing performance of two periodontal probes: conventional and electronic at a sample of 32 patients. **Materials and methods.** The clinical examination was performed with conventional probe Cp-10 and electronic probe „Florida Probe” at the same sample of patients. **Results.** Time of probing with electronic probe was shorter 13.2 ± 2.1 min, compared to conventional probe 35.3 ± 5.1 min. Patient's degree of tolerance presented preferences for automated probe. **Conclusions.** There is an evident difference in clinical data measurement between the two probes, also the way of the data registration in the periodontal charts. These differences can be noticed during the probing technique and by the degree of patient's perceptions.

Key-words: periodontal probing, conventional probe, automated probe.

Introducere

De-a lungul deceniilor, sondarea clinică a adâncimii pungii parodontale, măsurarea nivelului de atașament clinic, au fost recunoscute a fi instrumente indispensabile în diagnosticarea statusului parodontal. [3].

Examinarea parodontală trebuie să fie una sistemică, precisă, rapidă, să prezinte o tehnică simplă în utilizare. [2] Este foarte importantă depistarea semnelor incipiente a afecțiunilor parodontale în scopul instituirii unor măsuri preventive eficiente de conservare a țesuturilor biologice. [1,6]

Diverse tipuri de sonde parodontale au fost utilizate în măsurarea sulcusului gingival, a pungii parodontale, măsurarea nivelului de atașament clinic. Sonda parodontală, manuală sau electronică, permite de a obține următoarea informație:

- Adâncimea pungii parodontale — distanța între baza pungii și marginea gingivală;
- Nivelul de atașament clinic — distanța între baza pungii parodontale și un punct fix de pe suprafața coroanei dentare, reprezentat de joncțiunea smalț-cement;
- Recesia gingivală — distanța între joncțiunea smalț-cement și marginea gingivală;
- Sângerarea la sondare — inserția sondei până la baza pungii parodontale poate provoca sângerare în cazul când gingia este inflamată. În lipsa inflamației, sondarea rareori poate provoca sângerare.

Aprecierea acestor indici clinici ne permite de a determina activitatea procesului inflamator/ inflamator-distructiv la nivelul țesuturilor parodontale. [1,4,5]

Pentru consecvență, vom menționa clasificarea sondelor parodontale propuse de Pihlstrom (1992):

- Sondele convenționale, manuale care nu controlează forța de sondare, vor fi atribuite la **generația I** de sonde.
- Introducerea sondelor de forță constantă sau sensibile la presiune, a permis perfecționarea standardizării sondării. (**generația II** de sonde parodontale)
- **Generația III** include sondele electronice, computerizate, cu o componentă hardware care conduce sondarea și un software ce analizează informația transmisă prin intermediul unui cablu.

Scopul

Evaluarea gradului de toleranță a pacienților și timpul de sondare la utilizarea sondei manuale și electronice.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 32 de pacienți. Aceștia au fost supuși examenului clinic ce includea evaluarea indicilor clinici parodontali și introducerea valorilor în fișa parodontală. Au fost utilizate 2 tipuri de fișe parodontale: la sondarea convențională cu son-

da Cp-10. Datele au fost introduse de către al doilea examinator în fișa parodontală.

Fig. 1 Fișa parodontală cu introducerea datelor înregistrate cu sonda convențională



Fig. 2 Sonda Cp-10, cu gradațiile: 1,2,3,5,7,8,9,10 mm

La sondarea cu sonda electronică, în cazul dat am utilizat sonda electronică *Florida Probe*, datele automat se transferau în fișa parodontală a softului, cu estimarea concomitentă a riscului parodontal. Sondarea s-a efectuat la același lot de pacienți.



Fig. 3 Sonda electronică Florida Probe, varful de sondare cu diametru 0.45 mm. Presiunea este standard 0.25 N

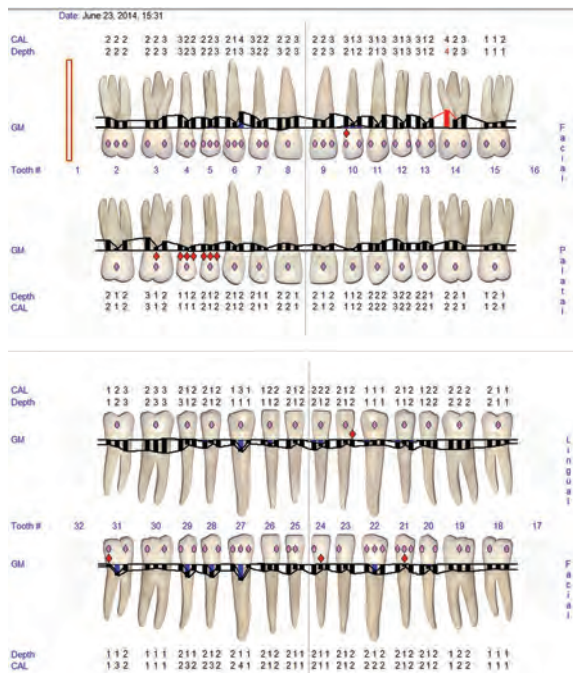


Fig. 4 Fișa parodontală electronică a sistemului Florida Probe

Gradul de toleranță a pacienților la cele două tipuri de sondare (excelent, satisfăcător, nesatisfăcător) au fost înregistrate împreună cu timpul consumat la sondare și înregistrarea datelor în fișa parodontală.

Rezultate și discuții

Analiza comparativă a sondării parodontale a oferit rezultate favorabile pentru sonda electronică. Timpul de sondare este mai scurt 13.2 ± 2.1 min, comparativ cu cel prin sonda convențională 35.3 ± 5.1 min. Totodată, la utilizarea sondei automatizate toate datele se transmit automat în fișa parodontală, ceea ce ușurează procesul de înregistrare a datelor și nu necesită prezența celui de-al doilea examinator. În ce privește toleranța pacienților la tehnica de sondare, au prezentat preferințe pentru sonda electronică ($n=20$), menționând un disconfort mai scăzut în comparație cu sonda convențională. (tab. 1, fig. 5)

Tabelul 1 Rezultatele gradului de toleranță a pacienților la sondare

Tipul sondei parodontale	Excelent	Satisfăcător	Nesatisfăcător
SC	5	4	23
SE	20	8	4

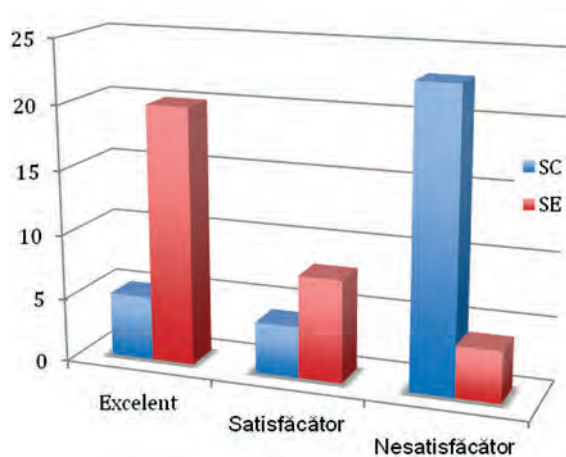


Fig. 5 Prezentarea grafică a gradului de toleranță a pacienților la utilizarea celor două tipuri de sonde

Concluzii

Tipurile de sonde utilizate, electronică și convențională diferă în designul de sondare la fel și în metoda de înregistrare a datelor în fișa parodontală.

Diagnosticarea afecțiunii parodontale, monitorizarea recurenței maladiei, implică o evaluare clinică minuțioasă a indicilor clinici parodontali precum inflamația tisulară, sângerarea la sondare, măsurarea adâncimii parodontale și a nivelului de atașament clinic. Examinarea clinică necesită o acuratețe sporită, să prezinte o tehnică simplă și rapidă în utilizare, cât și un disconfort minim pentru pacient.

Bibliografie

1. Newmann, Takei, Klokkevoeld, Carranza. Carranza's Clinical Periodontology. Twelfth Edition 2015 Pag. 366
2. Mârțu S., Solomon S., Potârniche O. Păsărin L., Mârțu A., Nicolaiciuc O., Ursarescu I. Evaluation of the prevalence of the periodontal disease versus systemic and local risk factors. Volume 3, Issue 3, July/September 2013, International Journal of Medical Dentistry pp 212-218
3. Hefti A.F. Periodontal Probing. Critical Reviews in Oral Biology & Medicine. Vol. 8, no. 3, pag. 336-356
4. Wolf H.F, Rateitschak K and E.M, Hassell M., Periodontology, 3rd revised and expanded Hardcover edition 2004, 177-178
5. Gibbs CH, Hirschfeld JW, Low SB, Magnusson I, Thousand RR, Yerneni P and Clark WB: Description and clinical evaluation of a new computerized periodontal probe — The Florida Probe. Journal of Clinical Periodontology 1988, 15:137-144.
6. Deepa R, Shobha P. Accuracy of probing attachment levels using a new computerized cemento-enamel junction probe. Journal of Indian Society of Periodontology, Vol 16, Issue 1, Jan-Mar 2012.

Data prezentării: 27.11.2015
Recenzent: Oleg Solomon

UNELE TENDINȚE DE PREVENȚIE ÎN STOMATOLOGIE

Victor Burlacu,
medic stomatolog
terapeut, Galați,
România

Rezumat

Este prezentată situația despre pastele de dinți elaborate la moment, compoziția lor și argumentată necesitatea elaborării celor fără conținut de fluor, accesibile zonelor climato-geografice cu concentrațiile lui, trecute de cerințele STAS. Scopul de a preveni intoxicațiile cronice cu fluor cu consecințe grave a sănătății generale.

Cuvinte cheie: Stomatologie, prevenție, pastă de dinți.

Summary

PREVENTION TENDENCIES IN DENTISTRY

In the article, it is described the current status regarding the tooth pastes, their composition and it's argued the necessity of developing tooth pastes without fluoride, which should be accessible for the geographic regions with high levels of fluoride, above the STAS recommended levels. The purpose is to prevent the chronic fluoride intoxications with severe consequences for general health.

Key words: Dentistry, prevention, toothpaste.

Actualitate și introducere

Placa bacteriană prezintă o masă densă și coerentă de microorganisme într-o matrice intermicrobiană, care aderă la dinți sau la suprafețele restaurărilor și care rămâne aderentă în ciuda activității muscular, a clătirii viguroase cu apă sau a irigațiilor (Ovidiu Grivu și alții, 1995).

Leeuwenhoek determină prezența „animalculilor“ (bacteriilor) în depunerile dentare în 1683. Spre sfârșitul secolului XVIII a fost determinat că placa bacteriană este cauza apariției cariilor dentare. Este stabilit că bacteriile plăcii dentare produc acidul lactic, capabil să provoace demineralizarea smalțului, favorizându-se procesul distructiv și eluția calciului din el cauzând începutul procesului carios. Pe de altă parte, microorganismele din placă produc enzime care depolimerizează substanța intercelulară a epiteliului parodontal și măresc permeabilitatea pentru fermenții și toxinele microbiene, care distrug componentele proteice celulare — rezultând patologia parodontală inflamatorie.

Igienizarea individuală orală, corect și regulat executată, prezintă o măsură rațională de prevenție a cariilor și a bolii parodontale. Un rol deosebit și determinant îi revine în acest sens pastei dentare — produs absolut obișnuit a complexului de mijloace a igienii orale individuale.

Pasta dentară indicată de medicul stomatolog folosită corect va majora acțiunea curățirii mecanice dentare, manifestând prescripția ei funcțională de profilaxie a cariilor și a afecțiunilor parodontale.

Reviul literar și metoda de cercetare

În anul 1907, farmacistul Ottmar Heinsius von Mayenburg a inventat pasta de dinți asemănătoare celei din zilele noastre.

Actualmente remediul dat poate purta forma pastei sau gelului și prezintă componentele de bază cum ar fi: substanța de curățire sau de poleire; emulgatorul; amplificatorul gustului și aromatizantii; substanța spumantă; conservanții; substanțe colorante și suplimentare. La pastele profilactice și curativ-profilactice mai sunt adăugate substanțe anticarie și antiinflamatorii.

Substanța de curățire îndeplinește funcția de îndepărtare a depunerilor și ră-mășițelor alimentare, coloniilor microbiene formate de pe suprafața dinților cu poleirea lor ulterioară. Calitatea efectului de poleire prin acțiunea abrazivă poate fi executată de compușii tradiționali (creta, soda alimentară, cloridul de sodiu), compușii chimici a sărurilor (carbonatul de calciu, bicarbonatul de sodiu, dihidratul bicalciufosfatului, tricalciufosfatul, hidrooxidul de aluminiu, silicatul zirco-

niului etc.), compușii silicatelor. De regulă agentul de poliere ocupă 20-40% din conținutul pastei dentare.

Cunoscut este faptul, că gradul abrazivității curățătorilor din pastă este determinat nu numai de cantitatea lor, dar și de calitate. Cele menționate indică pastele cu capacități de abrazivitate scăzută la pacienți cu hipersensibilitate dentară, afecțiuni parodontale, manifestate prin dezgoliri a coletelor și rădăcinilor dinților, în perioada de maturizare adamantinală etc. 30-45 unități RDA (Radioactive Dentin Abrasion).

Spumăformatorii, tensidele îndeplinesc funcția de a repartiza uniform pasta dentară în cavitatea orală, de a disocia și supune eluției depunerile dentare și rămășițele alimentare.

Pe lângă efectele pozitive enumerate hiperspumairea poate provoca și descuamarea epitelială. Tenisidul spumant — lauril sulfatul de sodiu prezintă un iritant pentru mucoasa sensibilă a cavității orale.

Pasta dentară naturală este repartizată uniform de produse naturale cum ar fi: creta, acidul silicic, bicarbonatul de sodiu, sarea de mare.

Stabilizatorul umidității protejează pasta dentară de efectul suprauscării. Pentru această funcție sunt folosite: sorbitolul, care în paralel servește și ca îndulcitor; glicerina vegetală și alte substanțe.

Emulgătoarele și substanțe, care oferă pastei dentare forma gelului sau vâscozitate. Funcțiile date pot fi acrodate de rășine sintetice sau naturale alginat, xantane, uleiuri vegetale.

Substanțe aromatizante, conservante, coloranți de proveniență sintetică sunt alte componente ale pastei dentare.

Cele mai frecvent folosite sunt substanțele halogenoorganice, care pot prezenta și dezavantaje cum ar fi proprietățile alergene, cancerogene (de regulă cele sintetice). Substanțele de origine vegetală nu prezintă pericol pentru organismul uman și prin urmare pastele dentare naturale obțin culoare de la extractele obținute din plante, iar gustul de la uleiurile eterice naturale.

În pastele curativ-profilactice nu rareori sunt suplimentați compuși antibacterieni, capabili să frâneze înmulțirea bacteriilor patogene. Frecvent în pastele dentare este folosit triclosanul — antiseptic agresiv. În pastele naturale în calitate de antiseptic sunt folosite extractele obținute din plante medicinale, care posedă și acțiuni taninizante asupra gingiei (romaniță, calendulă, salvia).

Rezultate și analiza lor

Vom menționa deosebit, folosirea în pastele de dinți a compușilor fluorului, care în paralel cu calciul

sunt componenți de bază a apatitelor țesuturilor dure dentare.

Actualmente există opinii deiferite a savanților stomatologi referitor folosirii cu scop de tratament și profilaxie a compușilor fluorului, deoarece supradozarea cu fluor prezintă consecințe foarte severe pentru sănătatea umană.

Cunoscut este faptul că în cazul funcționării fiziologice a organismului uman fluorul va fi primit de în cantitățile necesare fără intervențiile medicilor stomatologi. Mai mult, pastele de dinți elaborate și produse în baza compușilor naturali își aduc și ele aportul său compensator-preventiv cu efecte anticarie și anti-parodontită.

Apariția cercetărilor științifice stomatologice adresate BioR terapiei (1996—2015) cariilor dentare, pulpitelor și periodontitelor apicale distructive, patologiiilor periodontale apicale a dinților imaturi etc. au permis de elaborat și supus monitorizării paste dentare noi fără adaosul compușilor de fluor, înlocuit de remediul de origine biologică obținut din cianobacteria *Spirulina platensis* cu diverse capacități de tratament și prevenție și cu un efect deosebit imunomodulant.

Pasta cu numele „Biortherapy“ este propusă pacienților stomatologi de producătorul „NobilDent“ SRL în colaborare cu „Universal-Farm“ SRL executând funcțiile: prevenția cariilor dentare, gingivitei, formării plăcii bacteriene și tartrului dentar; servește ca hiposensibilizant în hiperesteziiile dentare; împătează respirația orală.

Procesul de elaborare a pastei dentare „Non Fluor“ cu numele „Biortherapy“ și obținerea certificatului de invenție seria MD Nr. 3554 a fost executat de Burlacu Victor, medic stomatolog generalist și coautorii Burlacu Valeriu, d. ș. m., profesor universitar; Fala Valeriu, d. ș. m., conferențiar universitar; Rudic Valeriu, d. h. ș. m., profesor universitar, academician AȘ RM; Fala Valentina, medic stomatolog, categoria superioară.

Concluzie

Elaborarea pastei de dinți fără fluor pentru igienizarea orală și măsurile preventiv-curative organizate și executate în zonele endemice cu concentrațiile lui trecute de STAS este un proces necesar socio-economic pentru ocrotirea sănătății orale și a întregului organism uman.

Bibliografie

1. Grivu Ovidiu, Podariu Angela, Băila Anca, Pop Ioan. Prevenția în stomatologie, 1995, Ed. MIRTON, Timișoara, pag. 37.

Data prezentării: 25.11.2015

Recenzent: Cușnir Anatol

STATUSUL PARODONTAL LA PACIENȚI CU DESPICĂTURI LABIO-MAXILO-PALATINE

Egor Porosencov¹,
asistent universitar

Tatiana Porosencova²,
doctorand

Roman Lupan³,
rezident

^{1,2} Catedra Chirurgie
OMF pediatrică,
pedodontie și ortodontie
USMF „Nicolae
Testemițanu“

³ Catedra Chirurgie
OMF și Implantologie
orală „Arsenie
Guțan“, IP USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Despicăturile oro-faciale prezintă o problemă majoră a sănătății publice. **Scop.** De a înregistra starea sănătății parodontale la două grupuri de pacienți: cu și fără despicături labio-maxilo-palatine.

Material și metode. Prezentul studiu a constituit 57 de pacienți: 40 cu despicături labio-maxilo-palatine și un lot control de 17 pacienți sănătoși. Pacienții vizați au fost supuși examenului clinic cu estimarea indicelui CPITN. **Rezultate.** Codul 1,3,4 a fost înregistrat cu predilecție în sextantele anterioare maxilare, în regiunea dinților limitrofi despicăturii. Codul 2 — deopotrivă în segmentele anterioare cât și cele posterioare. **Concluzii.** Pacienții cu DLMP prezintă un risc crescut al afecțiunilor parodontale în raport cu cei sănătoși.

Cuvinte cheie: Despicături labio-maxilo-palatine, Indicele CPITN, sănătatea orală.

Summary

PERIODONTAL STATUS IN CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS

Oro facial clefts represent a major problem in public health. **Aim.** To assess the periodontal status in two groups of patients: with and without cleft lip and palate. **Material and methods.** The study consisted of 57 subjects: 40 patients with cleft lip and palate and a control group of 17 healthy individuals. The mentioned patients were examined by the use of CPITN index. **Results.** 1,3,4 scores were found in the anterior maxillary sextant in the direct vicinity of cleft region. Score 2 — equally distributed in both the anterior and posterior sextants. **Conclusions.** Patients with cleft lip and palate present increased risk of periodontal diseases compared to healthy subjects.

Key words: Cleft lip and palate, CPITN index, oral health.

Introducere

Studiile epidemiologice arată că prevalența despicăturilor labio-maxilo-palatine (DLMP) variază sub acțiunea factorilor, precum statusul socio-economic, locația geografică, fundalul rasial. [2] În Europa prevalența medie a DLMP este de 0.62:1000 [3] În Republica Moldova incidența malformațiilor congenitale ale feței este de 1.06 la 1000 de nou-născuți [4,6] Sănătatea parodontală prezintă o premisă pentru o dentiție integră și o sănătate orală de durată. Menținerea unei igiene orale la pacienții cu despicături, în special la cei cu DLMP, constituie o dificultate în realizare, cauzată de comunicarea oro-nazală.[1]

Numeroase studii indică o prevalență înaltă a cariei cât și un nivel scăzut de igienă orală la pacienții cu DLMP în comparație cu pacienții sănătoși. [7]

Scopul

De a evalua și a compara statusul parodontal la pacienți cu DLMP versus pacienți sănătoși.

Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un eșantion de 57 pacienți, cu o vârstă cuprinsă între 16-23 ani, dintre care 40 cu DLMP și un lot control de 17 pacienți sănătoși. Lucrarea a folosit ca instrument de evaluare și înregistrare indicele CPITN — indicele cerințelor de tratament parodontal al colectivității (Community Periodontal Index of Treatment Needs). Aprecierea acestui indice ne permite: înregistrarea adâncimii pungii parodontale, sângerarea gingivală la sondare, prezența tartrului supra și subgingival.

Rezultate

(Tab. 1) relevă distribuția eșantionului în concordanță cu vârsta, sexul și grupul de studiu. Printre cei 57 de pacienți, 23 erau de sex feminin (40.4%) și 34 de sex masculin (59.6%)

Tabelul 1. Distribuția eșantionului în concordanță cu grupul de studiu, vârsta și sexul

Vârsta	Sex	DLMP		Sănătoși	
		n	%	n	%
16-18 ani	Masculin	9	22,5	4	23,5
	Feminin	5	12,5	3	17,7
19-21 ani	Masculin	6	15	5	29,4
	Feminin	5	12,5	2	11,7
22-23 ani	Masculin	7	17,5	3	17,7
	Feminin	8	20	0	0
Total	Masculin	22	55	12	70,6
	Feminin	18	45	5	29,4

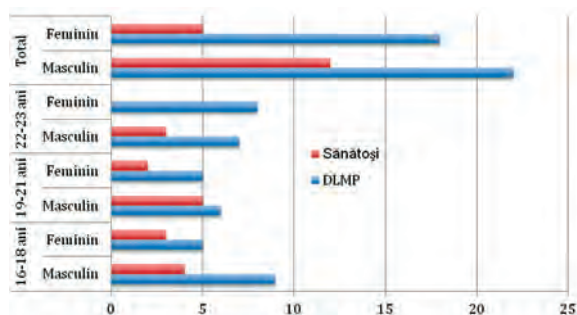


Fig.1 Distribuția eșantionului în concordanță cu grupul de studiu, vârsta și sexul

Sângerarea la sondare (cod 1) per total a fost înregistrată la 14 pacienți din lotul de studiu. Pacienții cu DLMP au manifestat o incidență crescută a sângerării gingivale în sextantele anterioare maxilare, în regiunea dinților limitrofi despicăturii. Formarea tartrului dentar s-a înregistrat deopotrivă în segmentele anterioare cât și cele posterioare. Prezența pungilor parodontale s-a observat în zona dinților limitrofi despicăturii în sextantul anterior a maxilarului superior. Forma severă de parodontită marginală cronică localizată a fost înregistrată la pacienți (10%). Rezultatele obținute ar putea fi atribuite la dificultatea de realizare a unui periaj eficient. Acesta este împiedicat de particularitățile anatomice a zonei despicăturii. Astfel, măsuri intense de prevenție primară, necesită a fi instituite în cazul pacienților cu DLMP.

Tabelul 2. Distribuția pacienților la ambele grupuri conform statusului parodontal

	Statusul parodontal										Total	
	Sănătoși		Sângerarea la sondare		Tartru supra și/ sub gingival		Pungi parodontale superficiale		Pungi parodontale adânci		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Grupul de studiu	6	15	14	35	9	22.5	7	17.5	4	10	40	100
Grupul control	12	70.5	2	11.8	2	11.8	1	5.9	0	0	17	100

Tabelul 3. Distribuția pacienților din ambele grupuri în baza necesarului terapeutic parodontal

	Necesar terapeutic parodontal									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupul de studiu	6	33.3	14	87.5	9	81.8	7	87.5	4	100
Grupul control	12	66.7	2	12.5	2	18.2	1	12.5	0	0
Total	18	31.6	16	28.1	11	19.3	8	14	4	7



Fig. 2 Tartrul dentar s-a înregistrat deopotrivă în segmentele anterioare cât și cele posterioare



Fig.3 Incidența sângerării gingivale este crescută în sextantele anterioare maxilare, în regiunea dinților limitrofi despicăturii



Fig.4 Particularitățile anatomice a despicăturii împiedică asigurarea unui nivel optim de igienă orală

Concluzii

Prevalența afecțiunilor parodontale este mai crescută la pacienții cu DLMP decât la cei sănătoși. În cazul neglijării igienei orale, pacienții cu DLMP sunt predispuși la dezvoltarea și avansarea afecțiunilor parodontale în directă vecinătate a despicăturilor, conducând la o pierdere patologică prematură a sistemului dentar. Nivelul jos al igienei orale implică eforturi intensive în ameliorarea sănătății orale. Astfel, măsuri de igienă sunt necesare de a fi implementate de către acești pacienți împreună cu un tratament incipient interdisciplinar.

Bibliografie

1. Bolor V, Thomas B, Comparison of periodontal status among patients with cleft lip, cleft palate and cleft lip along with a cleft in palate and alveolus. Journal of Indian Society of Periodontology. 2010, July — September, 14(3): 168-172.
2. Shaw W. Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies; report of WHO meetings on International Collaborative Research on craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofacial Journal. 2004; 41:238-43.
3. Calzolari E. Epidemiology of cleft palate in Europe implications for genetic research. Cleft Palate Craniofacial Journal 2004; 41:244-49.
4. Lupan I. Recuperarea medicală a copiilor cu malformații congenitale ale feței. Chișinău. Medicina, 2004.p. 23-24, 27-30.
5. Nagappan N., John J. Periodontal status among patients with cleft lip, cleft palate and cleft lip, alveolus and palate in Chennai, India. A comparative study. J Clin Diagn Res. 2015 Mar; 9(3): ZC53-ZC55.
6. Chopra A, Lakhnani M, Rao N. C., Gupta N, Vashisth S, Oral health in 4-6 Years Children with Cleft Lip/Palate: A Case Control Study. North American Journal of Medical Sciences, June 2014, Vol. 6, Issue 6, p 266.
7. Parapanisiou V, Gizani S., Makou M, Papagiannoullis L. Oral health status and behavior of Greek patients with cleft lip and palate. European Archives of Paediatric Dentistry, vol. 10, no. 2, pp. 85-89, 2009.

Data prezentării: 30.11.2015
Recenzent: Oleg Solomon

EVOLUȚIA LEZIUNILOR SINUSALE PERFORATIVE

Ilie Hițu¹,
rezident

Dumitru Hițu²,
conferențiar universitar

Pancenco Anatolie³,
conferențiar universitar

Vasile Vlas⁴,
asistent universitar

Constantin Bicer⁵,
medic stomatolog

Afanasie Hățu⁶,
medic stomatolog

Tatiana Strelțova⁷,
medic stomatolog

^{1,2,3,4}, Catedra de
Chirurgie OMF și
Implantologie Orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„N. Testemițanu“

^{5,7} Policlinica
Stomatologică
Municipală

Rezumat

Extracția dentară cu apariția comunicării oro — antrale impune cunoașterea mai aprofundată a clinicii, a diagnosticului și metodelor de tratament. Leziunile sinusale perforative au constituit 2,4% din numărul total al bolnavilor tratați în secția de ChOMF, fenomen stabilit în premieră. Majoritatea bolnavilor sunt din Chișinău — 57%. Persoanele ce posedă asigurare medicală obligatorie sunt 68,8%. Durata spitalizării a variat de la 4 la 7 zile și constituie — 40,9%. Adresarea de sinestătător — 57%. Pacienții care s-au adresat la medic în prima zi au constituit doar 8,6%. Leziunile sinusale cronice perforative s-au plasat pe primul loc cu 52,68% și pe ultimul loc cu 19% s-a plasat comunicarea oro-sinusală. Frecvența dinților ce au dus la implicarea sinisului maxilar din stânga — 67,74%. Dintele 6 a fost implicat în 56,98% cazuri și prin parodontită cronică în 92,5% astfel, fiind, factor etiologic. Plastia COS cu lambou vestibular s-a înregistrat în 77,41%. La 19% din bolnavi s-au înlăturat preventiv corpii străini. Tratamentul cu anestezie locală în 76,3%.

Cuvinte cheie: dintele cauzal, perforare, plastie, reabilitare.

Summary

EVOLUTION OF SINUS PERFORATING INJURIES

Tooth extraction that leads to oro-antral communication requires deeper knowledge of the signs, diagnostic and treatment techniques. Perforative sinus injuries represented 2,4 % of the whole number of patients from Oro-Maxillo-Facial Surgery Section, phenomenon fixed for the first time. Most of the patients are from Chisinau-57%. Patients that have medical insurance-68,8%. Hospitalization period varied from 4 to 7 days in 40,9%. Patients who addressed by themselves — 57%. 8,6% of patients attended for medical help in the first day. Chronical perforative sinus injuries are on the 1st place with 52,68%, and on the last place — oro-sinusal communication — 19%. Frequency of the teeth causing injury of the left maxillary sinus — 64,74%. The first molar was implicated in 56,98% of the cases, and 92,5% because of the chronical parodontites, thus being an etiological factor. Plastic surgery of the oro-sinusal communication with vestibular flap was recorded in 77,41%. 19% of the patients had foreign bodies extracted preventively. Treatment with local anesthesia — in 76,3%.

Key words: causal tooth, perforation, plastic surgery, rehabilitation.

Introducere

În literatura de specialitate autohtonă și din străinătate există un număr mare de lucrări consacrate etiologiei, patogenezei, manifestărilor clinice și tratamentului fistulelor odontogene ale sinusului maxilar. În pofida acestui fapt, câteva întrebări legate de aceste patologii rămân nerezolvate. Procentul rezultatelor nesatisfăcătoare rămâne ridicat la 5-6% [14].

Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară [1,4,6]. O parte din patologie este legată de manevrele ce traumează peretele inferior al sinusului în timpul diverselor manipulații terapeutice endodontice și chirurgicale, care ulterior sau concomitent pot duce la implicarea lui în inflamație [2,5,7]. Incidența complicațiilor după intervențiile asupra sinusului maxilar apar în 80% din cazuri. Motivul pentru acest fapt, după opiniile chirurgilor, sunt inciziile vaste ale țesuturilor moi, expunerea extinsă a structurilor osoase, subestimarea caracteristicilor fiziologice de transport activ și aerare a secretului din sinusul maxilar [18].

După datele lui A. Козлов (1988), perforarea sinusului maxilar în 92,3%, are loc în urma extracției dentare [13]. COA se produc cel mai frecvent în timpul extracției dinților cu raport sinusal, acestea reprezentând un factor etiologic important în apariția sinusitei maxilare cronice odontogene [12].

Grosimea septului alveolo-sinusal are o mare variabilitate, ea fiind cuprinsă între 0,5-4,5mm, după Kustra [4], și după Бернадский, de la 0 mm până la 12 mm [12].

Scopul lucrării

Evaluarea studiului comparativ observațional descriptiv al leziunilor sinusale perforative.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului au fost examinați și a fost acordat ajutorul medical bolnavilor cu leziuni sinusale perforative (LSP) ce au fost tratați în Clinica de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială (ChOMF) pe parcursul a doi ani, 2004 și 2013.

Au fost luați la evidență 93 pacienți cu LSP la care s-a aplicat un studiu retrospectiv observațional descriptiv: frecvența, sex, vârsta, modul de proveniență, categoriile sociale, modul de adresare, timpul expirat după odontectomie, modul de adresare după ajutor, etiologie, dintele cauzal, corpii străini, cost, durata spitalizării și metodele de tratament. În calitate de material de studiu au servit fișele medicale din arhiva Institutului de Medicină de Urgență din Chișinău. Datele obținute au fost introduse în programul Excel și prelucrate statistic la Catedra de Medicină Internă.

Rezultate și discuții

Leziunile sinusale perforative au constituit 2,4% din numărul total al bolnavilor tratați în secția de ChOMF, din arhiva Institutului de Medicină de Urgență din Chișinău, stabilit în premieră. În practica

chirurgului maxilo-facial, perforarea sinusului maxilar, în urma extracției dentare se atestă la 2,3% din bolnavi, însă la general numărul total de bolnavi ce se adresează în instituțiile medicale cu o astfel de complicație e mult mai mare, după Бернадский și Заславский (1986) perforarea sinusului maxilar în urma extracției dentare constituie 15,5% pacienți [19].

Media anuală a fost de 8 pacienți pe lună. Cei mai mulți pacienți au fost în luna aprilie -11,8% și cei mai puțini în luna decembrie cu 5,4% ($\chi^2=13,692$, $P>0,05$). Vara au fost 30,1% și iarna 19,4% ($\chi^2=7,171$, $P>0,05$).

Persoanele de sex masculin dețin 55,9% și femeii 44,1% ($\chi^2=2,596$, $P>0,05$).

Cei mai mulți pacienți au fost în vârsta de 30-50 ani. Aparent acest lucru se datorează numărului mare de focare infecțioase odontogene cronice în țesuturile periapicale, care în cele din urmă se finalizează cu extracție dentară (97%). Ea are semnificația și prin faptul că primii molari sunt cei mai afectați de carii, în cele din urmă, după tratamentul pe termen lung poate duce la odontectomie (75%) [14].

Vârsta până la 20 ani 2,2%, 21-30 ani 28%, 31-40 ani 17,2%, 41-50 ani 19,4%, 51-60 ani 22,6%, mai mult de 61 ani 10,75% ($\chi^2=3,959$, $P>0,05$).

Majoritatea bolnavilor sunt din Chișinău — 57%, raioane și orașe 15,1% și localități rurale 28% ($\chi^2=1,050$, $P>0,05$).

Distribuția pe categorii sociale a fost următoarea: muncitorii — 47,3%, urmați de șomerii — 31,2%, studenții — 2,2%, pensionarii — 8,6% și invalizii cu 10,8% ($\chi^2=4,649$, $P>0,05$).

Persoanele cu asigurare medicală obligatorie sunt 68,8%, fără bani 3,2%. Contra plată 27,95%, costul tratamentului unui bolnav a constituit 766,57 lei ($\chi^2=0,067$, $P>0,05$).

Durata spitalizării a variat de la 1 la 3 zile — 20,4%, 4-7 zile — 40,9%, 8-14 zile — 37,6%, mai mult de 14 zile — 1,1%, ($\chi^2=2,350$, $P>0,05$).

Adresarea de sinestătător 57%, cu îndreptare 35,5%, transportarea cu ambulanța 6,5%, transferați din alte secții 1,1% ($\chi^2=3,880$, $P>0,05$).

Cercetările morfologice realizate de Трошкова (1987), au elucidat faptul că peste 6 ore după COA, are loc edemul reactiv al mucoasei sinusale. Peste 48 de ore după COA apar semnele de inflamație septică și se dezvoltă deja sinusita maxilarului de etiologie infecțioasă sau cu alte cuvinte — sinusita perforativă (Killey, Kay, 1967) [19]. Pacienții care s-au adresat la medic în prima zi au constituit 8,6%, în a 2-a zi 5,4%, în a 4-a zi 19,4%, la 14-21 zile 13,97%, la 22-30 zile 14%, la 31-60 zile 12,9%, peste 61 zile — 25,8%, ($\chi^2=15,111$, $P<0,05$).

Termenii de spitalizare în clinică de la începutul comunicării oro-antrale au fost diferiți. Cel mai mare număr de pacienți — 41,6% s — au adresat în primele zile după extracția dentară. Conform fișelor medicale ale pacienților, cele mai frecvente COS au fost din partea stângă — 56% și din dreapta au fost înregistrați 44% pacienți [15].

În ultimii ani se observă o tendință constantă în creșterea numărului bolnavilor cu sinusită odontogenă, în special forma perforativă. După datele unor autori (Ю. И. Бернадский, Т.С. Мухаметзянова, 1991) prezența comunicării oro-antrale ocupă în etiologia sinusitei odontogene locul de frunte, între 41,2% și 77,2%, iar tendința de scădere a numărului de COA și a complicațiilor acesteia, nu se atestă [12,13,17]. Procentajul pacienților cu LSP a crescut cu 44%, de la 27,95% în 2004 la 72% în 2013. LSP s-au repartizat în felul următor: leziunile sinusale cronice perforative plasate pe primul loc cu 52,68%, urmate de leziunile sinusale acute perforative cu 27,9 5% și pe ultimul loc cu 19% s-a plasat comunicarea oro-sinusală.

Comunicarea oro-sinusală este deschiderea accidentală a sinusului maxilar (SM) în timpul intervențiilor chirurgicale, fără semne de inflamație [1,2,3,6,9,17]. În articole, abstracte au fost propuse mai multe denumiri: comunicare oro-antrală, perforație oro-antrală, fistulă oro-antrală, comunicare oro-sinusală, comunicare buco-sinusală, comunicare antro-bucală și combinații ale acestora [11]. COS nu este o „greșeală” în extracția dentară, ci este o particularitate individuală a anatomiei SM. Este important ca COS să fie diagnosticată în fotoliu până pacientul va părăsi cabinetul stomatologic. Comunicarea oro-sinusală a fost diagnosticată în 19,4% ($x^2=12,181$, $P<0,001$).

În opinia noastră, ar fi recomandabil să se facă o deosebire între două concepții — „comunicare oro-antrală” și „fistulă oro-antrală”. Comunicarea oro-antrală care se formează imediat după deschiderea sinusul maxilar și, în unele cazuri, cu strategie de tratament adecvat, nu va duce la dezvoltarea de sinusită perforativă și fistulă oro-antrală. Putem vorbi de o fistulă oro-antrală în cazul când pereții osoși ai alveolelor se epitelizează, după extracția dentară, dar ermetizarea sinusului nu este restabilită [14].

Simptomul Valsalva și introducerea instrumentului bont în SM sunt elementele de bază ale diagnosticului, care ne permit stabilirea COS, în caz contrar pacientul va părăsi cabinetul stomatologic și SM se va infecta. Sinusita acută s-a repartizat în modul următor: forma perforativă seroasă 11,8% și purulentă 17,2% ($x^2=5,774$, $P>0,05$).

Dignosticarea întârziată a COS, neadresarea pacientului la medic, adresarea în instituția medicală ne-specializată, tratamentul incomplet și nerespectarea indicațiilor medicului va duce la trecerea procesului acut în cronic. Sinusita cronică perforativă s-a determinat în 41,9% și cea purulentă în 10,8%, ($x^2=8,618$, $P<0,05$).

V. Cabac și coautorii (2011) ne relatează că, cea mai frecventă formă întâlnită de sinusită maxilară este forma cronică cu 42,22%. Autorii specialiști în otorinolaringologie, ne demonstrează că în perioada anilor 2006—2010 la 1215 pacienți cu patologie inflamatorie cronică a sinusurilor paranasale, etiologia odontogenă prevalează asupra celei rinogene [5].

Amărescu M. O., (2012) ne relatează faptul că dintele 6 este implicat în 55,12% și tot în același procentaj este afectat și sinusul maxilar stâng [3]. Frecvența dinților ce au dus la implicarea sinusului din dreapta e de 32,25% și stânga — 67,74%. Dinții implicați s-au repartizat în modul următor: dintele 6 — 56,98%, dintele 7 — 19,35%, dintele 5 — 5,4%, dintele 4 — 2,2%, dintele 8 — 6,45%, dinte neidentificat — 8,6% ($x^2=8,904$, $P>0,05$).

Hernando J. și coaut. (2010), menționează că extracția molarului superior posterior în 80% duce la deschiderea sinusului maxilar, chisturile maxilare 10 — 15 %, tumorile benigne și maligne în 5 — 10% și traumele în 2 — 5% [10]. Stabilirea factorului etiologic ne permite să efectuăm măsuri profilactice în direcția micșorării maladiei date. Parodontita cronică a fost stabilită în 92,5%, în cazul pacienților ce utilizează substanțe narcotice 4,3% și posttraumatic în 3,2% ($x^2=9,346$, $P<0,01$).

Oboseala medicului, fobia pacientului, nerespectarea tehnicii de extracție dentară, utilizarea instrumentelor necalitative pot duce la propulsarea dintelui sau a rădăcinii în SM, care se consideră o „greșeală medicală” [12].

La 13% dintre pacienții cu perforația peretelui inferior al sinusului maxilar, ea este însoțită de pătrunderea unui corp străin în sinus (rădăcină, dinte, implant, glonte sau material obturator) și la restul 87% pacienți au lipsit corpii străini [15]. Prezența corpurilor străini în sinus s-a înregistrat în 20,43%, dintre care cazuri cu rădăcină în sinus 11,82% ($x^2=2,980$, $P>0,05$). Dinte în sinusul maxilar s-a înregistrat în 2,2% ($x^2=0,493$, $P>0,05$). Corpi străini 6,45% dintre care material de obturare 4 cazuri și câte un caz de implant și glone ($x^2=2,988$, $P>0,05$).

Semnele clinice tipice în LSP sunt: semnul Valsalva pozitiv, explorarea blândă a alveolei cu un instrument explorator butonat pune în evidență senzația de prăbușire în sinus- „cădere în gol”, refluxarea lichidelor prin cavitatea nazală în timpul alimentației, pătrunderea aerului în cavitatea bucală prin alveolă, etc.

Explorările paraclinice și pregătirea către intervenția chirurgicală după internare au ocupat: 1 zi — 15,1%, 2 zi — 47,3%, 3 zi 10,8%, 4-5 zi 4,3%, 6 zi — 8,6%, etc ($x^2=17,759$, $P<0,05$).

Tratamentul s-a efectuat în dependență de forma clinică și metoda clasică curativă aplicată. Tratamentul LSP este unul conservativ, protetic, chirurgical și combinat. Tratamentul protetic se aplică în cazul comunicărilor mari, care nu pot fi închise prin mijloace chirurgicale. Tratamentul chirurgical constă în plastia cu lambouri din vecinătate sau aduse de la distanță [9].

Intervenția chirurgicală, în cazul COS cu extracția nefinisată, se orientează spre finisarea extracției dentare, revizia sinusului, lavajul cu antiseptice și plastia COS în dependență de topografia rădăcinii sau cazul clinic individual. Metoda Wassmund-Rehrmann constă în crearea unui lambou vestibular mucoperiostal trapezoidal, cu baza mare în fundul de sac ves-

tibular — metoda lui Wassmund, ea fiind completată de discipolul său Rehrmann, modificată ulterior de Бернадский-Заславский, care începând de la marginea superioară mediană a inciziei trapezoidale, continuă cu o incizie orizontală pe lungimea plicii de tranziție până la nivelul axului transversal al incisivului lateral [19]. Plastia COS cu lambou vestibular s-a înregistrat în 77,41% ($x^2=3,363$, $P>0,05$) din bolnavii tratați în secția de ChOMF.

Pe lângă avantaje, metodele de plastie mai au și un șir de neajunsuri. Deci, după efectuarea plastiei oroantrale cu lambou jugal se pot forma plici cicatriciale ale mucoasei și chiar apariția deformațiilor cauzate de aceasta, care reprezintă un obstacol pentru protezarea ulterioară. În cazul când se efectuează plastia cu lambou palatin, grosimea lui poate provoca dificultăți. Mai mult decât atât, pe palatul dur se formează sectoare dezgolate de os, ce rămân deschise și se vindecă per secundam sau chiar, uneori, se poate asocia infecția [9,15,19].

Înlăturarea dintelui din sinus s-a efectuat la 4,3% dintre pacienți, extracția rădăcinii din sinus la 11,82%, și a corpurilor străine la 6,34%, ($x^2=2,704$, $P>0,05$).

Intervențiile chirurgicale s-au efectuat în secția de primire în 6,5% cazuri de către medicul de gardă și în secție ChOMF în 82,8% cazuri.

S-a efectuat numai un tratament medicamentos în 5,4% și lavajul sinusului cu antiseptic la 3,2% ($x^2=25,930$, $P<0,01$).

Pacienților cu sinusită acută li s-a indicat un tratament complex-antiinflamator, lavajul sinusului maxilar și plastia comunicării.

În sinusita cronică, ca tratament, s-a utilizat metoda clasică de sinusotomie radicală după Caldwell-Luc — 69,89% cu incizia după Bernadschii — Zaslavschii și doar în 3,22% sinusotomia a fost asociată cu sechestractomia ($x^2=5,837$, $P>0,05$).

Tratamentul LSP a fost efectuat utilizând anestezia locală în 76,3% și generală 12,9% iar fără anestezie în 10,8% ($x^2=4,596$, $P>0,05$).

Costul tratamentului unui bolnav cu leziuni sinusale perforative a constituit 776,56 lei.

Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară. Manevrelor traumatiche asupra peretelui inferior al sinusului în timpul intervențiilor chirurgicale pot provoca la infectarea lui. Cunoașterea anatomiei SM și a particularităților anatomo-topografice pot preveni apariția COS. În cazul depistării COS e necesar de a efectua un tratament adecvat. LSP constituie o problemă medico-socială complexă din cauza complicațiilor ce se reflectă asupra stării de sănătate, din cauza afectării bunăstării familiei, a pierderilor economice, uneori prin afectarea sănătății fizice și psihice, și în special a celei morale.

Concluzii

1. Leziunile sinusale perforative constituie 2,4% din numărul total al bolnavilor.
2. Pacienții cu leziunile sinusale perforative a crescut cu 44%.
3. Leziunile sinusale cronice perforative ocupă 53%.
4. Etiologic în 92,5% este parodontită cronică.
5. Plastia comunicării cu lambou vestibular s-a efectuat în 77% cazuri.

Bibliografie

1. Ababii I., V. Popa, M. Maniuc, I. Antohii, A. Sandu, V. Cabac. Otorinolaringologie. Centrul Editorial Poligrafic de Medicină al USMF. Chișinău, 2000, 340 pag.
2. Albu, S. Chirurgia funcțională a foselor nazale / S. Albu. — Cluj-Napoca, 2001. — P. 45-58.
3. Amărescu M. O. Implicarea afecțiunilor infecțioase dentare în inflamația sinusurilor maxilare. Rezumat de teză, Craiova, 2012. pag. 14.
4. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 356 -379.
5. Cabac V. Incidența sinuzitei cronice. Analele științifice, Ediția XII-a, Volumul 4, Probleme clinico-chirurgicale. Zilele Universității, Chișinău, 19-21-X-2011, pag. 285-289.
6. Hițu D. Diagnosticul sinusitei odontogene. Medicina stomatologică. Nr. 2, 2007, pag. 30-35.
7. Hițu D. Tratamentul sinusitei odontogene. Medicina stomatologică. Nr. 2(16), 2008:243-247.
8. Hițu D. Comunicare oro-antrală (curs teoretic). Medicina Stomatologică. Nr. 3(32), Chișinău, 2014, pag. 103 — 107.
9. Hițu I. Comunicarea oro — antrală, Teza de licență, 2014, 37 pag.
10. Hernando J., L. Gallego, L. Junquera, P. Villarreal. Oroantral communications. A retrospective analysis. Mad. Oral Patol. Oral Cir Bucal. 2010 May 1;15 (3):pag. 499-503.
11. Susan H. Visscher, Baucke van Minnen, Rudolf R.M. Bos. Closure of Oroantral Communications: A Review of the Literature, J Oral Maxillofac Surg 68:1384—1391, 2010.
12. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. — Москва, 2006. — С. 1-33.
13. Безрукова В. М., Робустова Т. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва: Медицина, 2000, с. 312-321.
14. Бушковская А. С., Л. Д. Герасимова, В. П. Журавлев, В. Г. Кащевский. ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ. Клиника челюстно-лицевой хирургии.
15. ЗЕКЕРЬЯЕВ Р. С., С. В. СИРАК. УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА. <http://dentalmagazine.ru/nauka/> Ставрополя 12012, 1-9 стр.
16. Кручинский Г. В., Филиппенко В. И. Одонтогенный верхне-челюстной синусит. Минск: Высшая школа, 1991, 167 с.
17. Мухин П. Н. Пластика ороантрального сообщения после удаления зуба васкуляризованным субэпителиальным небным лоскутом. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2012.
18. Тимофеев А. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Москва: ООО „Медицинское информационное агенство“, 2007, с. 274-293
19. Шаргародский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. Москва: 2002, с. 359-389.

Data prezentării: 22. 10. 2015
Recenzent Nicolae Chele

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Ион Мунтяну,
профессор
университар

Кафедра Челюстно-
Лицевой хирургии и
имплантологий.
«Арсение Гуцан»
ГУМФ «Николае
Тестемицану»

Резюме

Одонтогенная инфекция способствует прогрессированию и ухудшению течения клиники невралгии тройничного нерва. В связи с этим необходима комплексная стоматологическая санация полости рта, включая заболевания пародонта.

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, гигиена полости рта, санация полости рта.

Rezumat

SĂNĂTATEA ORALĂ LA PACIENȚII CU NEURALGIE DE TRIGEMEN

Infecția odontogenă contribuie la progresarea și agravarea tabloului clinic a nevralgiei nervului trigemen. În legătură cu cele expuse în mod obligatoriu este indicată sănătatea cavității bucale, inclusiv și tratamentul paradontiului.

Cuvinte cheie: nevralgia nervului trigemen, igiena cavității bucale, sănătatea caviții bucale.

Summary

ORAL HEALTH FOR PATIENTS WITH TRIGEMINAL NEURALGIA

Odontogenic infection contributes to the development and aggravation of the clinical condition of the trigeminal neuralgia. Regarding the above mentioned, it is mandatory to be performed the sanitation of the buccal cavity, as well as the treatment of periodontal.

Key words: trigeminal neuralgia, buccal hygiene, oral cavity sanitation.

Актуальность темы

Невралгия тройничного нерва (Н.Т.Н) известна еще со времен древней медицины. Упоминания о ней находим у Авиценны (Ибн-Сина, 980–1037).

В 1756 г. Версальский врач Andre выделил заболевание в отдельную нозологическую единицу, назвав tic douloureux (болезненный тик). Далее в литературе она описана под различными названиями: morbus Fothtergilli, prosopalgia (Reverdi 1860), neuralgia faciale (Chaussier, 1899), neuralgia epileptiformis (Trousseau), neuralgia faciei, neuralgia quinti major.

В 1773 г. Английский врач Fothergill в своей монографии «Painful affection of the face» дал классическое описание клиники невралгии тройничного нерва, которой пользуются и в наше время. Не смотря на это, этиология заболевания до сих пор еще не раскрыта, и поэтому, применяемые методы лечения не столь эффективны.

Цель исследования

Обосновать санацию полости рта, как обязательный элемент комплексного лечения Н.Т.Н.

Материал и методы исследования

В данном сообщении мы решили обратить внимание врачей стоматологов на одонтогенные факторы при Н.Т.Н, конечно, проконсультировавшись и с другими специалистами. На протяжении более 32 лет (1983–2015) мы наблюдали более 480 больных с Н.Т.Н (ж–300, м–180) в возрасте от 21 до 93 лет, справа–310, слева–170 больных.

При осмотре полости рта у 89% больных отмечались различные патологи-

ческие процессы: у 43%—выявлены ретенированные зубы, дентиклы в 3-х случаях, контакт корней моляров с нижнеальвеолярным нервом—39, гранулирующий и гранулематозный периодонтиты— 224, гранулемы и кисты челюстей—81, нарушение окклюзии—19, некачественные протезы—10, пульпиты—144, остеомиелиты—29, пародонтиты—416.

Проанализировав большое количество источников специальной литературы(1–11), мы пришли к заключению, что причины, вызывающие Н.Т.Н, многочисленны и весьма разнообразны. К ним относятся следующие:

1) внутричерепные— опухоли в мосто–мозжечковом углу, опухоли гассерова узла, заднего корешка тройничного нерва, давление на корешок в задней черепной ямке, сосудистыми деформациями и аномалиями, атеросклеротические изменения сосудов в гассеровом узле, холестеатомы, аневризмы сонной и базелярной артерии, аномальное расположение вен, перипахименингит, поражения зрительного бугра, арахноидиты(3, 6, 7, 9).

2) внечерепные— сужения костных каналов, экзостозы—вызывающие сдавление тройничного нерва и его ветвей, фронтиты, гаймориты, этмоидиты, вовлечение нерва в рубец, сужение слезопроводящих путей, глаукома, ирит, неправильная рефракция глаз, доброкачественные и злокачественные новообразования челюстей, инородные тела, ушные болезни (1, 5, 10, 11);

3) одонтогенные — ретенированные зубы, дентиклы, давление корней моляров на нижний альвеолярный нерв, гранулирующие оститы, кисты, нарушения окклюзии, пульпиты, периодонтиты, гранулемы и остеомиелиты(6, 7, 8);

4) другие причины — рассеянный склероз, грипп, сепсис, малярия, сифилис, тифы, ревматизм, нейротропные вирусы, herpes zoster, мигрень, сосудистые спазмы, вызывающие аноксемию мозга, серингомиелия и серингобулемия, гипертоническая болезнь, отравления свинцом, мышьяком, ртутью, никотином, нарушения обмена веществ, климакс, патологические процессы в брюшной полости и малом тазу, особенно у женщин (в некоторых случаях при этих процессах раздражение через соответствующий спинальный сегмент рефлекторно возбуждение передается на ядро тройничного нерва), нарушение функций эндокринной и вегетативной нервной системы, травма поверхностно–расположенных периферических ветвей тройничного нерва, и, наконец, невралгия (9, 10, 11).

При таком огромном количестве предрасполагающих факторов и причинных факторов можно всегда выбрать один или несколько, которые имелись или предполагалось у больного в тот или иной период его жизни, чтобы считать ее причиной невралгии тройничного нерва. Однако, в подавляющем большинстве случаев при этом забо-

левании трудно обнаружить вообще какую–нибудь этиологию.

Прежде чем начинать лечение больных с Н.Т.Н, разумеется, что мы устраняли выявленные патологические процессы в полости рта, некоторые из них выполнялись в условиях стационара. Если говорить о патологии пародонта, то врачи с этой патологией могут справиться и в амбулаторных условиях. Здесь мы приводим наблюдения над 70 больными, которых разделили на три группы: в 1–ой группе применяли мазь Levomycoli, во 2–ой антибиотик Lincomycini и в 3– й– Bior.

Результаты исследования и их обсуждения:

1–я группа состояла из 23 человек. В нее вошли больные Н.Т.Н с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести, в комплексном лечении которых применялись мазь Levomycoli.

2–я группа представлена 22 пациентами с Н.Т.Н с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, в комплексном лечении которых использовали Lincomycini.

3–я группа состояла из 25 пациентов с Н.Т.Н и с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, в комплексном лечении которых применяли Bior.

На этапах лечения всех пациентов обучали правилам проведения индивидуальной гигиены, проводили санацию полости рта в полном объеме, включая лечение кариеса и его осложнений, по показаниям—депульпирование или удаление зубов, а также ортопедическое лечение. При наличии сопутствующей общесоматической патологии проводилось лечение и наблюдение у соответствующих специалистов.

Лечение пародонтита проводили комплексно по общепринятой методике, сочетая терапевтические, хирургические и ортопедические методы. Комплекс лечебных мероприятий для пациентов с Н.Т.Н и с хроническим генерализованным пародонтитом включал:

- 1) обучение индивидуальной гигиене полости рта и ее профессиональный контроль;
- 2) санацию полости рта;
- 3) удаление над– и поддесневых зубных отложений (в качестве орошающего раствора применяли 0, 02% р–ра хлоргексидина);
- 4) кюретаж пародонтальных карманов;
- 5) проведение местной противовоспалительной терапии с использованием вышеперечисленных препаратов;
- 6) аутомассаж десен.

Всем пациентам до начала лечения и на его этапах проводили оценку

гигиенического состояния полости рта. После снятия зубных отложений, кюретажа пародонтальных карманов с последующим полиро-

ванием поверхности корней зубов, накладывали мазь Levomycoli на десневой край каждого зубочелюстного сегмента с вестибулярной и оральной сторон. Аппликации проводили во время стоматологического приема, или пациенты применяли мазь самостоятельно дома после предварительной чистки зубов перед сном.

Длительность процедуры была до 5 минут ежедневно. Курс лечения составлял в среднем 7–10 дней во всех трех группах. Во второй группе вводили под слизистую оболочку десны Lincomycini по 500 мг ежедневно–10 дней; В третьей группе вводили Bior также под слизистую оболочку десны по 1 мл, ежедневно–10 дней. Все препараты хорошо переносились больными, обладали достаточной адгезией к слизистой оболочке десны, не оказывали раздражающего действия, все три препарата были удобны в применении. Побочных реакций во время и после лечения не выявлено.

Клиническое обследование пациентов в динамике лечения пародонта выявило, что препараты (Levomycoli, Lincomycini, Bior) способствуют уменьшению отека и кровоточивости десен. Это подтверждалось положительной динамикой клинических показателей, отмечено достоверное снижение всех пародонтальных и гигиенических индексов, но более эффективным, при этом, оказался препарат Bior.

Таким образом, на основании проведенного клинического обследования в динамике лечения патологий полости рта, выявили положительное

действие Levomycoli, Lincomycini и Bior на клинику и течение Н.Т.Н. Данные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием, и можно их предложить в широкую практику врача стоматолога.

Список литературы

1. Веригин Г.И.// Биол. Тер.–1998.–№2.–С.35–36.
2. Грудянов А.И.//Пародонтология.–1997.–№4.–С.48–53
3. Григорьянц А.А., Чухловин А.Б., Григорьянц А.П. Роль пародонтопатогенной микрофлоры полости рта и грибкового рода Aspergillus в развитии редуции альвеолярной части челюсти// клиническая стоматология 2015–№1\73, р.44–47.
4. Петухина Н.Б., Зорина О.А., Рабинович И.М., Шилов А.М.//Эпидемиологические взаимосвязи пародонтоза, дисбактериоза кишечника, атерогенности, дислипидемии при метаболическом синдроме.Стоматология.–2015, 2, том. 94, С.16–19.
5. Ерохина Л.Г.Лицевые боли.(Невралгия тройничного нерва и другие формы прозопалгии).–М., 1973
6. Колынин В.П. Вегетативные и нейрохимические нарушения при невралгии тройничного нерва: Автореф. Дис. канд. мед. наук. — Л., 1987.
7. Назаров В.М., Трошин В.Д., Степанченко А.В., Нейростоматология.– М., 2008.
8. Nicolau Gh., Marina I., Barbut M. Tratatamentul periodontitelor apicale cronice in doi timpi // 1. Anale Stiintifice, Editia a 12-a, volum 4, Chisinau, 2011, p.439–444.
9. Смирнов В.А. Заболевания нервной системы лиц.–М., 1975.
10. Akil H., Liebeskind J.C.// Brain Res. 00 1975.– vol.94.– p.279–296.
11. Heindler N.H. The Diagnostic and treatment of Chronic Pain.– New York, 1982.

Data prezentarii: 15.10.2015

Recenent: Dumitru Hîțu

MANAGEMENTUL FRACTURILOR DIAFIZARE ALE HUMERUSULUI

Rezumat

Fracturile diafizei humerale discutate în acest articol constituie 1-3% din totalul fracturilor și până la 20 % din fracturile osului humeral, pot afecta persoane la orice etapă a vieții indiferent de vârstă. Aceste fracturi sunt asociate predilect cu reducerea temporară a activității membrului superior cât și a calității vieții cotidiene. Studiul pe care l-am efectuat a cuprins 55 pacienți tratați exclusiv chirurgical, cu vârsta cuprinsă între 21 și 76 ani, din care majoritatea 53% au fost tratați în primele 5 zile de la traumatism și 34% în primele 10 zile, iar aplicarea unui fixator stabil și începerea precoce a tratamentului de recuperare funcțională, a raportat că 28 pacienții și-au putut relua activitatea pe care au avut-o anterior de la traumatism, iar 15 pacienți sunt mulțumiți de munca pe care o pot face post-operator.

Rezultatele funcționale la distanță au fost încurajatoare pentru că au fost apropiate de rezultatele descrise în diferite surse literare de specialitate.

Cuvinte cheie: *Diafiza humerală, fractură humerus, tije centromedulare.*

Summary

MANAGEMENT OF HUMERAL SHAFT FRACTURES

Humeral shaft fractures that are discussed in this article constitutes 1-3% of all fractures and up to 20% of humeral bone fractures, it can affect people at any stage of life indifferent of age. These fractures are associated with temporary functional reduction of upper limb activity and the quality life.

This study comprised 55 patients treated only surgical, aged between 21 and 76 years, most of which 53% were treated within 5 days after the injury and 34% within 10 days, and applying of a stable fixation and early start functional treatment, reported at 28 patients that they were able to return to previous activity, another 15 patients are satisfied with the work they can do after surgery. Functional results were encouraging because they were close to the results described in various specialized literary sources.

Key words: *Humeral shaft, humerus fractures, intramedular nail.*

Introducere

Membrului superior îi revine circa 50-55% din toate leziunile osteo-articulare ale sistemului osos, dintre care 9-12% caracterizează fracturile de os humeral [2,3,10]. Fracturile diafizei humerale constituie 1-3% din totalul fracturilor [1, 2, 3], 20 % din fracturile osului humeral [6, 9, 10] și se pot produce la orice etapă a vieții indiferent de vârstă [1,2,11,13].

Ele pot apărea la orice vârstă și sunt întâlnite mai frecvent la adulți, mult mai rar la copii și vârstnici. Respectiv 25 fracturi/ 100.000 locuitori, de sex masculin, cu vârsta cuprinsă între 21-30 ani și 100 fracturi/100.000 locuitori, de sex feminin, cu vârsta cuprinsă între 60-80 ani [4,6,7,8 11].

Humerusul este cel mai lung os al membrului toracic, prin intermediul acestuia se realizează mișcări de amplitudine mare.

Afecțiunile ortopedico-traumatice la acest nivel sunt asociate predilect cu reducerea temporară a activității membrului superior cât și a calității vieții cotidiene.

Pe baza unui studiu efectuat pe 401 pacienți cu fractură diafizei humerale, la Ekholm 2006, s-a raportat că în 90% din fracturi sunt produse în rezultatul unui traumatism, 8,5% fracturi ale oaselor patologice și 1,5% constituie fracturile periprotetice [3].

În dependență de aceasta sunt câțiva factori, care favorizează producerea acestui tip de fractură. Vârsta tânără, aptă de muncă este mai predispusă la: traumatisme în activitatea de producție (industriale, agricole); accidente sportive (Fotbal; Rugby; Lupte greco-romane; Hochei; Snowboard; Schi); accidente rutiere; agresi-

Filip Gornea¹,
profesor universitar

Vitalie Chirilă²,
asistent aniversitar

Vasile Startun³,
medic ortoped
traumatolog

Grigore Dogaru⁴,
medic ortoped
traumatolog

Sergiu Ciobanu⁵,
medic ortoped
traumatolog

Marina Nistor⁶,
studentă

^{1,2,6} *Catedra de Ortopedie
și Traumatologie, USMF
„Nicolae Testemițanu“*

^{3,4,5} *IMSP Spitalul Clinic
de Traumatologie și
Ortopedie*

⁶ *Catedra de Ortopedie
și Traumatologie, USMF
„Nicolae Testemițanu“*

uni fizice violente.

Pentru vârstnici acești factori de risc sunt mai mult legați de procesul de îmbătrânire a organismului și anume: osteoporoza; diferite patologii osoase (tuberculoza oaselor, tumori osoase, dereglarea circuitului sangvin) [5,6].

În dependență de localizarea anatomică a fracturii la nivelul diafizei osului humeral, se atestă o incidență de 60% a fracturilor 1/3 medii a diafizei, 30% în 1/3 proximală, respectiv 10% în 1/3 distală a diafizei. Mai puțin de 20% din aceste fracturi sunt deschise [4,5,11,13].

Pentru vindecarea fracturii diafizei osului humeral în 90% se tratează ortopedic și doar 9%-10% chirurgical. Nu este exclusă posibilitatea unei reintervenții chirurgicale a fracturii tratate primar ortopedic. Este foarte importantă alegerea corectă a unei metode de tratament care ne va avantaja consolidarea în termen a focarului de fractură [8, 9].

Până în prezent tratamentul fracturilor diafizare ale humerusului se efectuează prin două metode, prin metoda ortopedică și metoda chirurgicală.

Tratamentul ortopedic se presupune a fi standardul de îngrijire pentru aceste fracturi [1,3, 6,9] și este utilizată în 90% cazuri [3,4,5,6], cu rate de consolidare până la 94-96% de cazuri [1, 3, 4,7], însă alegerea acestui tip de tratament depinde de o mulțime de factori [1,6,10].

Tehnicile chirurgicale au evoluat, începând de la principiile reducerii sângerânde cu fixarea stabilă a focarului de fractură, promovate de AO în urmă cu 30 de ani, cu scopul de a obține stabilitatea mecanică maximă. În prezent, accentul se pune pe ideea conservării vascularizației locale și pe principiile de păstrare cât mai intacte a părților moi, cu introducerea unor tehnici chirurgicale din ce în ce mai puțin invazive.

Tratamentului chirurgical prevede următoarele metode: reducerea închisă a fracturii și fixare externă; reducerea deschisă și fixarea internă cu placă metalică; osteosinteza percutanată minim invazivă (MIPO); osteosinteza anterogradă, sau retrogradă a tijelor centromedulare; osteosinteza cu tijă elastică. Rata de consolidare a fracturii poate varia în funcție de tehnica utilizată [1,9,13].

O incidență relativ ridicată a implicării leziunii nervului radial în aceste fracturi, a făcut ca abordul chirurgical să aibă o importanță majoră în obținerea unor rezultate favorabile. Cu toate acestea, rezultatele chirurgicale eficiente pot fi obținute prin selecția adecvată a pacienților [1,2,11].

Pentru fiecare tehnică de tratament utilizată, există și o rată a complicațiilor. Pentru tratamentul ortopedic, rata complicațiilor variază între 2% — 23% de cazuri [2,3,6], iar pentru cel chirurgical rata complicațiilor constituie de la 1% până la 7%- 18% de cazuri [4,5,7,13].

Fracturile diafizare de humerus întotdeauna se consideră o problemă a persoanelor tinere și apte de muncă și cerințele unui tratament sunt din ce în ce mai mari ale pacienților, cu privire la restabilirea funcționalității membrului cât mai rapid. Acest fapt a determinat tendințe generale de „chirurgicalizare“ a

fracturilor. Scopul fiind reducerea la minimum a intervalului de recuperare al pacienților [3,4].

Direcția fracturii variază în funcție de mecanismul producerii, iar deplasarea fragmentelor de fractură urmează unele reguli în funcție de sediul acestora.

Din toate clasificările propuse până acum, clasificarea AO rămâne a fi cea mai utilă și cea mai agreată de majoritatea specialiștilor.

Clasificarea AO descrie la diafiza osului 3 segmente: proximal, median și distal și 3 tipuri de fracturi:

Tipul A: Fracturi simple (fără fragmente intermediare): A1: Simple spiroide (în cazul localizării în 1/3 distală, există riscul afectării nervului radial); A2: Simple cu traiect oblic; A3: Simple cu traiect transversal;

Tipul B: Fracturi cu fragment intermediar „in fluture“ : B1: Spiroide cu fragment intermediar (risc de leziune a nervului radial); B2: Cu deplasarea fragmentului intermediar (de obicei instabile); B3: Cominutia (fracturarea) fragmentului intermediar (rare);

Tipul C: Fracturi cu traiect complex: C1: Spiroid complex; C2: Bifocal (prezenta a doua focare de fractură pe aceeași diafiza); C3: Cominutive neregulate (cazuri rare, de obicei fracturi deschise, cu lipsă de substanță osoasă, frecvent cu leziune de nerv radial [1, 2, 3, 4, 6];

Cu toate că gestionarea chirurgicală a fracturilor a progresat semnificativ, totuși fracturile diafizei humerusului au și cea mai mare „imunitate“ la tratamentul chirurgical.

Intervențiile chirurgicale moderne, fără îndoială, favorizează modalitățile de tratament cele mai puțin invazive, cu morbiditate scăzută și care prevăd o recuperare rapidă ce permite externarea rapidă a pacienților [2, 6, 12].

Fractura diafizei humerale constituie un capitol important de patologie traumatică prin consecințele grave ale pierderii funcției de transmitere a mișcărilor umărului (cea mai mobilă și complexă articulație a corpului) către „articulația“ antebrațului, lezarea humerusului afectând piesa scheletică „de forță“ a membrului superior [2,3,4].

Scopul lucrării

Evaluarea diferitor tipuri de metode chirurgicale care au fost utilizate în tratamentul fracturilor regiunii diafizare a humerusului și a rezultatelor la distanță a pacienților incluși în studiu.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în baza a 55 pacienți, cu vârstă cuprinsă între 21 și 76 ani, care au fost tratați în perioada anilor 2012 — februarie 2015 în secția nr. 2 a Spitalului Clinic de Ortopedie și Traumatologie.

Distribuția pacienților pe ani tratați în clinica noastră a arătat că: în 2012 au fost înregistrate 18 (33%) de cazuri cu fracturi diafizare ale humerusului, în 2013 — 22 (40%) pacienți, cu o ușoară scădere a numărului lor în perioada 2014 — primele 2 luni din 2015 respectiv 15 (27%) de pacienți.

Repartizarea pacienților în funcție de sex a determinat un raport sex masculin/feminin de — 1,2/ 1, respectiv bărbați — 24 (44%) de cazuri, comparativ cu femeii — 31 (56%) de pacienți.

Fracturile diafizare ale osului humeral se produc aproximativ egal dreapta/stînga, cu predominarea afectării brațului stîngi. Astfel localizarea fracturilor diafizare de humerus: brațul stîng- 29 (53%), brațul drept — 26 (47%).

Distribuția etiologică a acestor fracturi: în 65% (36 de cazuri) habitual, un scor absolut, majoritatea fracturilor fiind produse prin mecanismul indirect prin cădere pe mână, cot sau prin torsiunea membrului fracturat.

Se observă o tendință de creștere a incidenței fracturilor diafizare de humerus produse în mediu rural, în comparație cu fracturile care s-au produse în mediul urban, respectiv locul de trai influențează, gradul de risc de producere a fracturii. Repartizarea geografică: rural — 33 (60%), urban — 22 (40%) (fig.1).

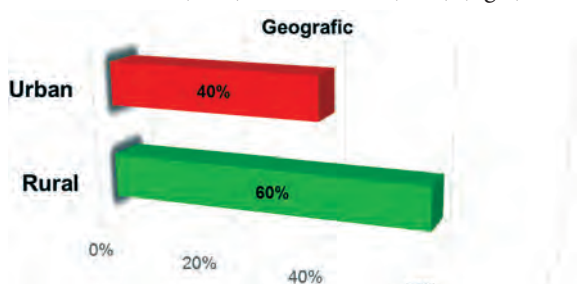


Fig. 1. Distribuția geografică a fracturilor de diafiză humerală

În 14% (8 pacienți) de cazuri sunt reprezentate de fracturile care s-au produs în stradă, urmate de traumatismele produse prin energii mari ca: accident rutier 13% (7 pacienți) de cazuri. Fracturile profesionale, se produc ca frecventă în egală măsură cu fracturile de tip sportiv constituind câte 4% (2 pacienți) de cazuri pentru fiecare.

Luând în considerație circumstanțele producerii fracturii, s-a constatat că în 91% (50 pacienți) de cazuri, sunt traumatisme unice și doar în 9% (5 pacienți) de cazuri prezintă politraumanisme.

Dintre cei 9 pacienți cu politraumatisme, 3 pacienți prezintă politraumatisme asociat cu comoție cerebrală, 1 pacient asociat cu contuzie cerebrală și 1 pacient cu traumatism asociat cu fractură de col femural a membrului inferior drept.

Toți pacienții cu fracturi diafizare ale humerusului internați în clinica noastră au fost tratați exclusiv chirurgical.

La 84% (46 pacienți) din cazuri ca metodă chirurgicală a fost aleasă fixarea internă cu un anume tip de plăci metalice: 35% (19 pacienți) de cazuri fixare internă cu placă metalică cu contact limitat. Pentru 41% (23 pacienți) s-a aplicat osteosinteza cu placă DCP, iar în 7% (4 pacienți) de cazuri s-a utilizat osteosinteza cu placă metalică blocată (fig.2).

În 7% (4 pacienți) de cazuri s-a efectuat osteosinteza cu tijă (tip Kuntscher), iar restul fracturilor — 9% (5 pacienți) de cazuri s-a utilizat tehnica de reducere închisă și fixare internă cu tijă centromedulară zăvorâtă.

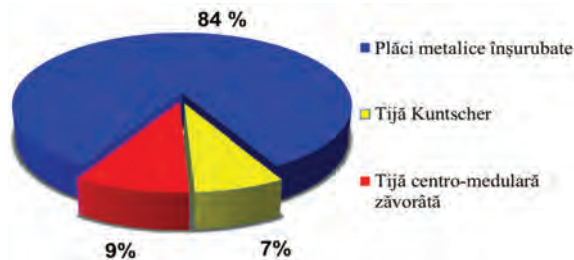


Fig. 2. Distribuția pacienților conform fixatoarelor utilizate în tratamentul chirurgical al fracturilor de diafiză humerală

Toți pacienții înainte de intervenție chirurgicală au fost investigați radiologic și clinic (analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei, biochimia sângelui, coagulograma, electrocardiografia).

Post-operator din totalul de 23 de pacienți operați cu placă DCP (dinamical cortical plate), 11 cazuri au necesitat imobilizare în apart gipsat toraco-brahio-antebrahial pentru o perioadă de 7-12 zile, până la cicatrizarea plăgii, după care aparatul gipsat a fost înlăturat și înlocuit cu o eșarfă moale pentru încă 2 săptămâni cu scop de profilaxie. La 3 pacienți aparatul gipsat toraco-branhio-antebrahal s-a aplicat disciplinar pentru o perioadă de 8 săptămâni. La 9 pacienți post-operator li s-a aplicat orteză pentru 3 săptămâni.

Înlăturarea suturilor le-am efectuat la a 11-a zi la 9 pacienți, iar la a 12-a zi post-operator la 14 pacienți.

Pacienții operați cu placă cu contact limitat (n=19), postoperator membrul superior s-a imobilizat în aparat gipsat toraco-brahio-antebrahial la 11 pacienți pentru o durată de 7-12 zile, până la cicatrizarea plăgii apoi aparatul gipsat a fost înlăturat și înlocuit cu o eșarfă moale pentru o perioadă de 2 săptămâni. La 2 pacienți din cauza calității osoase precare, s-a aplicat aparat gipsat toraco-brahio-atntebrahal pentru o perioadă de 8 săptămâni. Iar la 6 pacienți postoperator s-a aplicat orteză pentru o perioadă de 3 săptămâni.

Înlăturarea suturilor la acești pacienți s-a efectuat la a 11-a zi postoperator la 8 pacienți, iar la a 12-a zi la 11 pacienți.

În total au fost 4 pacienți operați cu tijă Kuntscher, din ei la 2 pacienți tija a fost blocată cu șuruburi simple. La toți pacienții li s-a aplicat imobilizare gipsată pentru o perioadă de 10 săptămâni.

5 pacienți operați cu tijă centromedulară zăvorâtă, postoperator nu au avut nevoie de imobilizare, iar cicatrizarea plăgii cu înlăturarea suturilor a fost atestată la a 12-a zi.

Pentru 4 pacienți tratați cu placă blocată, imobilizarea nu a fost aplicată, suturile au fost înlăturate la a 12-a zi postoperator.

Pacienți cu fractură diafizară de humerus, care s-au adresat pentru ajutor medical în primele 24 h de la traumatism la locul de trai constituie 13% (n=7) de cazuri, 78% (n=43) de cazuri revin pacienților care s-au adresat în primele 5 zile, iar cei care au solicitat ajutorul medical în perioada de la 5 zile la 10 zile constituie 7% (n=4) de cazuri și doar 2% (n=1) de cazuri s-a adresat după 25 zile (a 26-a zi) din momentul producerea traumatismului (fig.3.).

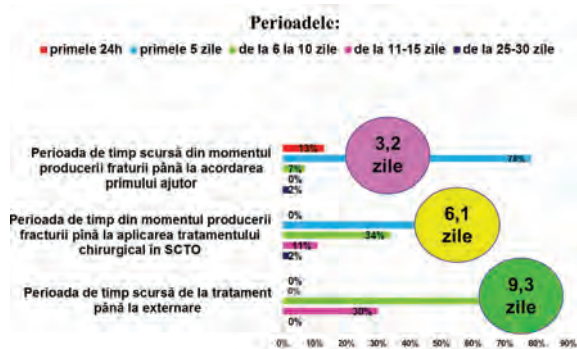


Fig. 3. Distribuția pacienților în funcție de perioada de adresare la specialist din momentul producerii traumatismului

Perioada de timp scursă din momentul fracturii până la acordarea primului ajutor medical conform studiului realizat a constituit o medie de 3,2 zile.

În timp ce perioada de timp scursă de la momentul traumatismului până la efectuarea tratamentului chirurgical în Spitalului Clinic de Ortopedie și Traumatologie: 53% (n=29) de cazuri au beneficiat de tratament în primele 5 zile, între 6 și 10 zile 34% (n=19) de cazuri, între 11 și 13 zile 11% (n=6) de cazuri, iar 2% (n=1) a beneficiat de tratament chirurgical la o perioadă de 28 zile. Rata medie a constituit — 6,1 zile.

Perioada medie de spitalizare a acestor pacienți în secția nr.2 a fost de 9,3 zile.

Rezultatele prezentate în acest studiu par încurajatoare, căci după cum s-a văzut, utilizarea unui tratament chirurgical în fracturile diafizare de humerus, oferă un mediu adecvat pentru o restabilire dinamică și sigură, care să ducă la o mobilizare rapidă și vindecarea focarului de fractură.

Rezultate și discuții

Toți cei 55 de pacienți incluși în studiul nostru au fost tratați exclusiv chirurgical. Tratamentul chirurgical în fracturile diafizare de humerus reduce riscul complicațiilor, ceea ce nu putem spune în avantajul unui tratament ortopedic, care dezvoltă redorile articulare în — 38,2 % cazuri, calusurile vicioase în 15% cazuri, părere pe care o susținem și noi de rând cu alți autori.

Un pacient cu fractură diafiză de humerus, tratat chirurgical se restabilește complet din punct de vedere clinic și radiologic în 4 luni post-operator, fapt ce avantajează și mai mult vârsta aptă de muncă prin revenirea la statutul social complet și mai rapid.

Pacienții (n=29) care au fost tratați în primele zile din momentul fracturii, au beneficiat de o restabilire precoce astfel evitând dezvoltarea complicațiilor precoce cum ar fi leziuni neuro-vasculare.

Cei 46 de pacienți care au fost operați cu diferite tipuri de plăci, la toți abordul chirurgical a fost cel lateral cu mobilizarea nervului radial în 38 de de cazuri.

Din ei (n=38), transpoziția nervului s-a efectuat la 29 de pacienți pentru a evita eventualele leziuni când fractura a consolidat odată cu înlăturarea fixatorului.

Din 32 de pacienții care s-au prezentat la control la 2,5 luni, din ei 3 aveau o ușoară redoare în articulația

umărului (operați cu un tip de tijă centromedulară), 29 de pacienți aveau funcția restabilită în articulațiile umărului și cotului de partea afectată.

La 6 luni la control s-au prezentat 28 de pacienți care și-au reluat activitatea anterioară și 15 pacienți care sunt mulțumiți de activitatea pe care o pot face cu brațul operat.

Studierea și analiza fracturilor diafizare de humerus cât și tratamentului chirurgical a acestora am înregistrat o serie de complicații atât precoce cât și tardive.

Contuzia tranzitorie a nervului radial produsă o dată cu fractura diafizară de humerus, în studiul nostru a fost înregistrată la 7,3 % (n=4), dar care s-a restabilit la 4 luni de la traumatism.

Complicații care au apărut post-intervențional s-au atestat în 5,5% (n=3) de cazuri, pentru infecții localizate la nivelul țesuturilor moi, care au fost cupate cu antibioticoterapie și pansamente locale.

La 2 pacienți (4%) a fost înregistrată degradarea materialului de osteosinteză din cauza osteoporozei avansate, sau din cauza nerespectării de către pacient a termenilor de consolidare a fracturii, respectiv acești pacienți au fost reoperați cu înlocuire implantului.

Tratamentul chirurgical ar trebui să devină principala modalitate de tratament în fracturile diafizei humerale, datorită rezultatelor funcționale favorabile și ratelor reduse de complicații. În cele din urmă alegerea metodei de tratament rămâne la discreția chirurgului, dar de cele mai multe ori, un pacient corect informat asupra rezultatelor așteptate, va alege atitudinea chirurgicală. Eficacitatea tratamentului chirurgical asigură rezultate practic excelente sau bune în absoluta majoritate a cazurilor

Concluzii

1. Studiul pe care l-am efectuat a evidențiat prioritatea stabilizării fracturilor diafizare humerale în toate tipurile de leziuni de la acest nivel, la pacienți de orice vârstă și cu diferit grad de osteoporoză, ceea ce a permis prevenirea complicațiilor post-traumatice și post-imobilizare, care apar în tratamentul conservator al acestor pacienți fapt confirmat și de literatura de specialitate.
2. Tratamentul chirurgical al fracturilor diafizare ale humerusului permite fixarea stabil — funcțională a fragmentelor acestei regiuni anatomice deosebite, prin utilizarea diferitor implante moderne, fiind o indicație certă în cazul pacientului politraumatizat cu fractură deschisă (5-20%), în fracturi ipsilaterale (91%), în fracturile instabile (20-30%) și în cele cominutive cu deplasarea fragmentelor (20%), în special la populația aptă de muncă.
3. Deși tratamentul conservator este utilizat în fracturile diafizare ale humerusului în proporție de 90%, tratamentul chirurgical al acestor fracturi aplicat în special la pacienții tineri (38%) prezintă un număr mai redus de complicații, de aici și tendința de „chirurgizare“ a acestor leziuni, care permite începerea tratamentului funcțional de recuperare precoce cu obținerea rezultatelor pozitive la distanță.

Bibliografia

1. Chen F, Wang Z, Bhattacharyya T. Outcomes of nails versus plates for humeral shaft fractures: a Medicare Cohort Study. *J Orthop Trauma*, 27 (2013), pp. 68-72.
2. Christos Garnavos, Nikolaos Lasanianos, Nikolaos K. Kanakaris, Christina Arnaoutoglou, Vasiliki Papathanasopoulou, Theodoros Xenakis. A new modular nail for the diaphyseal fractures of the humerus. *Injury, Int. J. Care Injured* 40 (2009) 604-610. 20 January 2009.
3. Ekholm R., Adami J., Tidermark J., Hansson K., Tornkvist H., Ponzer S.. Fractures of the shaft of the humerus — an epidemiological study of 401 fractures. *J Bone Joint Surg Br*, 88B (2006), pp. 1469—1473.
4. Ekholm R., Tidermark J., Tornkvist H., Adami J., Ponzer S.. Outcome after closed functional treatment of humeral shaft fractures. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 20 (October (9)) (2006), pp. 591-596.
5. Foster RJ, Dixon GL Jr, Bach AW, et al. Internal fixation of fractures and non-unions of the humeral shaft. Indications and results in a multi-center study. *J Bone Joint Surg Am*. Jul 1985;67(6):857-64.
6. Heim D, Herkert F, Hess P, et al. Surgical treatment of humeral shaft fractures--the Basel experience. *J Trauma*. Aug 1993;35(2):226-32.
7. Mahabier, . K.C. Vogels L.M., Punt B.J., Roukema G.R., Patka P, Van Lieshout E.M.. Humeral shaft fractures: retrospective results of non-operative and operative treatment of 186 patients, *Injury*, 44 (2013), pp. 427-430.
8. Rutgers M., Ring D.. Treatment of diaphyseal fractures of the humerus using a functional brace. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 20 (October (9)) (2006), pp. 597-601.
9. Rodriguez-Merchan EC. Compression plating versus hackethal nailing in closed humeral shaft fractures failing nonoperative reduction. *J Orthop Trauma*. Jun 1995;9(3):194-7.
10. Sachit Malhan, Simon Thomas, Shekhar Srivastav, Shekhar Agarwal, Vivek Mittal, Biren Nadkarni, Divesh Gulati. Minimally invasive plate osteosynthesis using a locking compression plate for diaphyseal humeral fractures. *India, Journal of Orthopaedic Surgery* 2012;20(3):292-6.
11. Schratz W, Worsdorfer O, Klockner C., Gotze C.. Treatment of humeral shaft fracture with intramedullary procedures (Seidel nail, Marchetti-Vicenzi nail, Prevot pins) [Behandlung der Oberarmschaftfraktur mit intramedullaren Verfahren (Seidel-Nagel, Marchetti-Vicenzi-Nagel, Prevot-Pins)] *Unfallchirurg*, 101 (1) (1998), pp. 12-17.
12. Toivanen J.A., Nieminen J., Laine H.J., Honkonen S.E., Jarvinen M.J.. Functional treatment of closed humeral shaft fractures. *International Orthopaedics*, 29 (February (1)) (2005), pp. 10-13.
13. Volgas DA, Stannard JP, Alonso JE: Nonunions of the humerus. *Clin Orthop Relat Res* 2004, 419:46-50.

Data prezentării: 27.11.2015
Recenzent: Oleg Solomon

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI ÎN FRACTURILE MASIVULUI TROHANTERIAN

Rezumat

Fracturile de masiv trohanterian sunt unele din cele mai frecvente fracture atât la subiecții tineri cât și la cei vârstnici, necesitând tratament chirurgical de urgență pentru mobilizarea precoce a bolnavului și pentru a reduce perioada de imobilizare postoperator. A fost efectuat un studiu de analiză a metodelor utilizate în tratamentul chirurgical al fracturilor de masiv trohanterian și fracturilor subtrohanteriene în clinica noastră și de evaluare a rezultatelor clinico-radiologice pe un lot de 125 pacienți, iar postoperator la distanță de 6 luni și 1 an la 34 pacienți. Conform scorului Harris utilizat în studiu, care conține parametrii de evaluare a funcției în articulația șoldului afectat, pacienții au obținut în medie 80,11 puncte, ceea ce indică rezultat bun în tratamentul acestor fracturi și corespunde datelor din literatură.

Cuvinte cheie: *Fractura de masiv trohanterian, artroplastie de șold, osteosinteza.*

Summary

SURGICAL TREATMENT PECULARITIES IN TROCHANTERIC FRACTURES.

Trochanteric fractures are some of the most common fractures as in young subjects such as in elderly and those requiring emergency surgical treatment for early mobilization of the patient and reduce postoperative immobilization period. It was done a study of analyzing the methods used in the surgical treatment of trochanteric and subtrochanteric fractures in our clinic and to evaluate the clinico-radiological results on a sample of 125 patients and postoperative at 6 months and 1 year in 34 patients.

According to the score of the Harris used in the study, which contains the parameters of function evaluation in the affected hip joint, the patients received an average of 80.11 points, which indicates good result in the treatment of these fractures and corresponds to literature data.

Key words: *Trochanteric fractures, arthroplasty of the hip, internal fixation.*

Filip Gornea¹,
profesor universitar

Vitalie Chirilă²,
asistent anivensitar

Vasile Startun³,
*medic ortoped
traumatolog*

Grigore Dogaru⁴,
*medic ortoped
traumatolog*

Sergiu Ciobanu⁵,
*medic ortoped
traumatolog*

Serghei Ratcov⁶,
rezident

^{1,2,6} *Catedra de Ortopedie
și Traumatologie, USMF
„Nicolae Testemițanu“*

^{3,4,5} *IMSP Spitalul Clinic
de Traumatologie și
Ortopedie*

Introducere

Anual în lume din cauza fracturilor de masiv trohanterian suferă aproximativ 2 milioane de oameni, în SUA această cifră ajunge până la 250000 de persoane anual. Creșterea speranței de viață, prin urmare mărirea numărului de persoane vârstnice, presupune o creștere a ratei acestor fracturi de până la 6 milioane în anul 2050 [2,8].

În Marea Britanie cheltuielile anuale pentru tratamentul pacienților cu acest tip de fractură constituie 2 miliarde lire sterline, iar în SUA aproximativ 10 miliarde de dolari [2,8].

Din toate leziunile aparatului locomotor fracturile de masiv trohanterian constituie 5,9%, iar din toate fracturile femurului — 52,3% [14,15].

Principalele cauze ale fracturilor de masiv trohanterian sânt: traumatismul habitual — 48,4%, traumatismul stradal — 28,1%, accidente rutiere — 14,1%, traumatisme industriale — 9,4% [14,15,16]. Avem 4 factori principali care contribuie și favorizează producerea acestor fracturi:

- Direcția căderii este orientată pe, sau în apropierea masivului trohanterian;
- Reflexele de protecție la vîrstnici sunt mai reduse ca la tineri;
- Constituția pacientului și specificitatea anatomică a regiunii: nu prezintă suficiente țesuturi moi care să absoarbă energia traumatismului (musculatură, țesut adipos);
- Țesutul osos este mai fragil, mai ales la vîrstnici;

Ca mecanism de producere cel mai frecvent este cel direct, prin cădere pe torhanter. Mecanismul indirect este mai rar, prin smulgerea de către mușchii pelvio-trohanterieni a unei porțiuni din marele trohanter. La persoanele tinere cel mai des întîlnit mecanism de producere este un traumatism violent: accidente auto-moto, cata-traumatisme, accidente sportive. La persoanele în vîrstă o cădere de la înălțimea corpului este suficientă pentru a produce o fractură și pot fi favorizate de: hemiplegie, metastaze osoase, maladia Parkinson, distrofiile osoase [14,15].

Masivul trohanterian este o regiune de tranzit la nivelul superior al femurului, între colul femural și diafiza, iar fracturile trohanteriene interesează zona unghiului cervico-diafizar femural și cuprinde trei zone (fig.1):

- Baza colului femural la unirea cu trohanterul, în afara inserției anterioare a capsulei articulare;
- Masivul trohanterian;
- Segmentul femural situat imediat sub micul trohanter.

Această zonă se caracterizează printr-o structură osoasă trabeculară densă ce servește la preluarea și distribuția forțelor de stres. La persoanele în vîrstă, o parte din traveele osoase se resorb, determinând o fragilitate crescută a extremității proximale a femurului și deci predispoziția lor la apariția acestor fracturi [4,5,6].

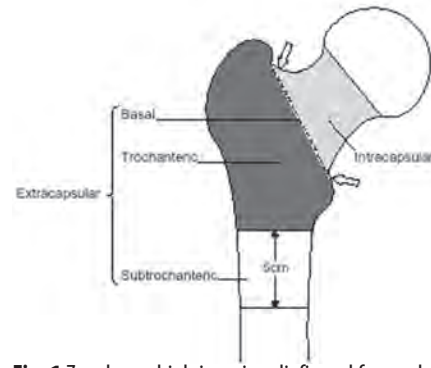


Fig. 1 Zonele unghiului cervico-diafizar al femurului

Majoritatea clasificărilor fracturilor trohanteriene se bazează pe nivelul anatomic al fracturii: bazală, per-trohanterică, trans-trohanterică și inter-trohanteriană, descrieri care nu au fost niciodată clare și nu au o valoare practică reală. Aceste fracturi variază de la simple la foarte complexe. Fracturile masivului trohanterian pot fi: fracturi stabile, sau fracturi instabile. Stabilitatea într-o fractură de masiv trohanterian este asigurată prin două modalități: una care ține de țesutul osos și alta care ține de părțile moi periarticulare, astfel există stabilitate osoasă și stabilitatea părților moi.

Stabilitatea osoasă este o noțiune introdusă de Evans (1949). Clasificarea (Evans) este cea mai utilizată și acceptată, are la baza conceptul care acordă importanța contactului cortical intern, motiv pentru care reducerea fracturii trebuie să fie perfectă și stabilă (fig.2) [4].

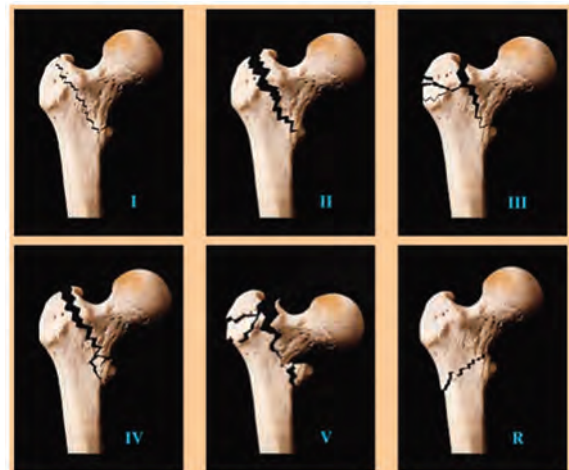


Figure 1 Evans' classification
 Type I: Undisplaced 2-fragment fracture
 Type II: Displaced 2-fragment fracture
 Type III: 3-fragment fracture without posterolateral support, owing to displacement of greater trochanter fragment
 Type IV: 3-fragment fracture without medial support, owing to displaced lesser trochanter or femoral arch fragment
 Type V: 4-fragment fracture without posterolateral and medial support (combination of Type III and Type IV)
 R: Reversed obliquity fracture

Fig. 2 Clasificarea Evans a fracturilor masivului trohanterian

Tratamentul de elecție a fracturilor masivului trohanterian este cel chirurgical. Tratamentul ortopedic sub forma de suspendare-tracțiune se poate folosi la necesitate, atunci când sunt contraindicații locale sau sistemice pentru operație, sau ca tratament de pregătire a intervenției chirurgicale.

Tratamentul conservator a fost în general acceptat ca fiind singurul tratament rațional, și deoarece afectează pacienții din grupele de vârstă a 3-a, există o rată mare a mortalității. În cazul în care pacienții supraviețuiesc, fracturile trohanteriene evoluează favorabil: extrem de rar sunt menționate pseudartrozele, iar necroza avasculară de cap femural nu s-a înregistrat, singura complicație întâlnită și descrisă frecvent a fost deformarea în coxa vara. Dar problema care apare nu este legată de consolidarea fracturii, sau funcția membrului inferior după consolidare; este mai degrabă una de conservare a vieții și a stării generale de sănătate a unei persoane în vârstă [4,5]. Atunci când se utilizează tratamentul conservator al fracturilor de femur proximal, rata de mortalitate este de 50-70% pe parcursul primului an, iar în tratamentul chirurgical este de 10-15% [1,6,15,16].

Tratamentul conservator este urmat de multe complicații precum escare, infecții urinare, pneumonii și complicații trombotice.

Mai mulți autori [4,5,6] în scopul de a compara meritele și rezultatele tratamentului conservator comparativ cu cel chirurgical, recomandă studiarea rezultatelor la distanță nu numai la pacienții care sunt tratați în spital, dar și la cei care sunt trimiși acasă. Dacă s-ar putea demonstra că tratamentul la domiciliu este nesatisfăcător în ceea ce privește confortul general și speranța de viață a pacientului, cel mai probabil indicațiile pentru utilizarea tratamentului chirurgical s-ar largi considerabil.

Utilizarea tratamentului chirurgical în ultimii ani a reușit să reducă mortalitatea semnificativ, mobilizarea precoce postoperatorie a fost una din cauzele scăderii mortalității mai ales la vârstnici.

Tratamentul chirurgical de elecție este osteosinteza și artroplastia. Dintre multiplele posibilități de osteosinteza folosite în aceste fracturi se recurge în deosebi la fixări cu fixatoare extramedulare — DHS (Dinamic Hip Screw), DCS (Dynamic Condylar Screw), plăci MIPO, lama-placa 95° etc. Ca fixatoare centromedulare are în tratamentul chirurgical al acestor fracturi utilizăm diferite tipuri de tije centromedulare ca: tije centromedulare tip Gamma, CHM, PFN, TAN, CHM, TRIGEN, Stryker, tije elastic centromedulare tip Ender (fig.3).

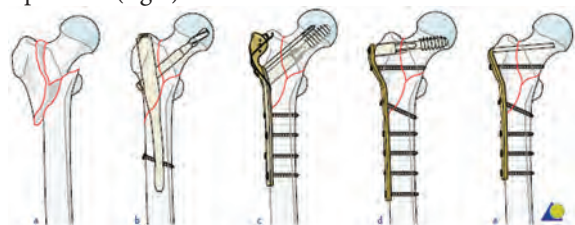


Fig. 3. Tipuri de fixatoare utilizate în osteosinteza fracturilor de masiv trohanterian

Fracturile intertrohanterine instabile la pacienții vârstnici sunt asociate cu rate ridicate de morbiditate și mortalitate. Cu toate acestea la acești pacienți datorită cominuției, a instabilității fracturii și a osteoporozei avansate, stabilitatea implantului la nivelul capu-

lui femural este afectată, iar sprijinul trebuie amânat până la formarea calusului, reluarea mersului este tardivă, recuperarea poate fi mult întârziată.

Artroplastia primară în aceste cazuri, probabil ar fi de preferat osteosintezei, permițând pacienților vârstnici întoarcerea la modul lor de activitate obișnuit mult mai rapid, evitându-se astfel complicațiile postoperatorii cauzate de imobilizare prelungită, sau eșecul osteosintezei. De aceea tratamentul acestor bolnavi încă rămâne discutabil, cu păreri contradictorii a diferitor școli și autori [3,7,10].

Scopul lucrării

Aprecierea eficacității și metodelor operatorii utilizate la pacienții cu fracturi de masiv trohanterian, cu evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical la distanță.

Material și metode

Studiul a fost efectuat la baza clinică Nr.1, a Spitalului Clinic de Traumatologie și Ortopedie din Chișinău, secția Nr.2, în perioada ianuarie 2013 — august 2015.

S-a efectuat un studiu privind incidența și tratamentul chirurgical al fracturilor de masiv trohanterian și fracturilor subtrohanteriene, retrospectiv a 125 pacienți, dintre care bărbați — 53, femei — 72.

Vârsta cuprinsă a pacienților a fost între 18 și 90 de ani. Vârsta medie — 70,2 ani.

Repartitia pe grupe de vârstă a fost următoarea: sub 40 ani- 5 pacienți; între 40 — 60 ani — 29 pacienți; peste 60 ani — 91 pacienți.

În studiul efectuat s-au folosit clasificările: Evans (pentru fracturale masivului trohanterian) și Seinsheimer (pentru fracturile subtrohanteriene). Evans: I — 0 pacienți; II — 46 pacienți; III — 12 pacienți; IV — 19 pacienți; V — 31 pacienți, Seinsheimer: I — 0 pacienți; II — 4 pacienți; III — 7 pacienți; IV — 1 pacient; V- 3 pacienți.

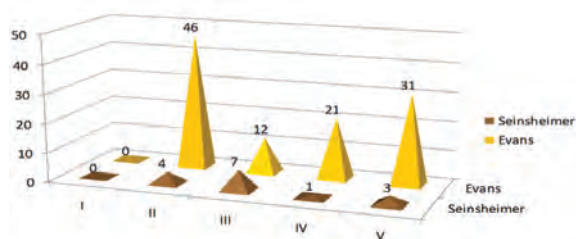


Fig. 4. Clasificările Evans (110 pacienți) și Seinsheimer (15 pacienți)

Activitatea fizică înainte de traumatism a fost evaluată anamnetic conform scorului Parker, constând din puncte de la 1 până la 9 puncte [3]:

I — deplasare în jurul casei (0 — imposibil, 1 — cu ajutor străin, 2 — folosind bastoane sau cîrje, 3 — de sine stătător, fără nici un mijloc de sprijin), II — deplasare în stradă (0-3), III — vizita magazinelor (0 — 3). Media a constituit 7,3 (3 — 9), care indică un nivel destul de ridicat de activitate independentă a pacienților din grupul studiat înainte de traumatism.

Pentru a compara metode chirurgicale de tratament în fracturile de masiv trohanterian, au fost formate 6 grupe de pacienți, la care s-au folosit diferite tehnici chirurgicale și implante: grupa I — lama-placa 95° (64 pacienți); grupa II — artroplastia de șold (50 pacienți); grupa III — tija centromedulară DHM (4 pacienți); grupa IV — fixator extramedular DHS (3 pacienți); grupa V — fixator extramedular DCS (1 pacient); grupa VI — șuruburi și banda de tensiune (1 pacient).

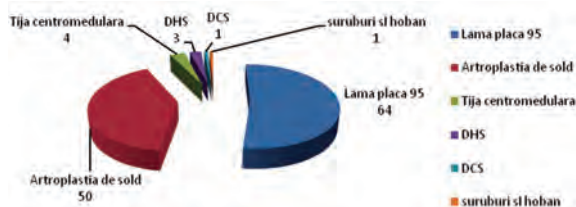


Fig. 5. Tipuri de implante folosite în tratamentul chirurgical

Din cauza că prevalează pacienții tratați prin artroplastie de șold și osteosinteza cu lama-placa 95°, analiza comparativă a rezultatelor la distanță va fi efectuată în aceste două grupe de pacienți.

Au fost aplicate următoarele implante: proteză Zimmer totală cimentată — 5 pacienți; proteza PAVI-ATLAS totală necimentată — 9 pacienți; proteza Zimmer bipolară cimentată — 13 pacienți; proteza Zimmer bipolară necimentată — 2 pacienți; proteza monopolară MOORE — 21 pacienți.

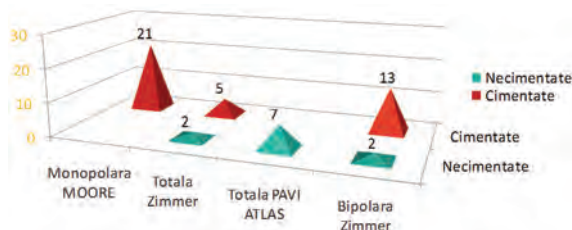


Fig. 6. Tipurile de proteze de șold folosite în tratamentul fracturilor de masiv trohanterian

În absoluta majoritate a cazurilor (n=39) implantele aplicate au fost cimentate, argumentarea cărei a fost gradul avansat de osteoporoză a sectorului femurului proximal, precum și complexitatea și instabilitatea fracturii.

Timpul mediu necesar pentru efectuarea artroplastiilor a fost: în cea totală — 116 minute, în bipolară și monopolară — 85 minute. Timpul mediu în osteosinteza cu lama-placa 95 a fost — 128 minute.

Hemoragia intra- și postoperator în artroplastiile de șold au constituit în medie — 420 ml., iar în osteosinteza cu lama-placa 95 — 630 ml.

Rezultatele clinico-radiologice la distanță au fost studiate la 34 pacienți la 6 luni și 1 an postoperator (la 15 pacienți prin artroplastia de șold și la 19 prin osteosinteza cu lama-placa 95°).

Rezultate și discuții

Toți pacienții incluși în studiu și tratați chirurgical prin diferite metode și implante au fost evaluați

la distanță conform scorului Harris, care conține parametrii de evaluare a funcției în articulația șoldului afectat [11,12].

S-au apreciat prin scorul Harris și au constituit în medie 80,11 puncte: excelente (90 — 100 puncte) — 3 pacienți, bune (80 — 89 puncte) — 13 pacienți, satisfăcătoare (70 — 79 puncte) — 15 pacienți, nesatisfăcătoare (mai puțin de 70 puncte) — 3 pacienți.

La pacienții tratați prin artroplastie de șold rezultate excelente conform scorului Harris nu au fost înregistrate, media a constituit 78,66 puncte, iar la pacienții tratați prin osteosinteza cu lama-placa 95° media a constituit 82,3 puncte.

Reieșind din aceste date nu putem afirma echivoc, ca tratamentul chirurgical al fracturilor masivului trohanterian cu întrebuițarea lamei-placi 95° are rezultate mai bune decât grupul pacienților tratați prin metoda artroplastiei de șold deoarece au fost pacienți de vârstă înaintată, cu fracturi instabile (Evans III-V), și cu un șir de patologii comorbide.

Dintre complicațiile survenite: complicații septice au survenit la 3 pacienți — 2,4%, deteriorarea instrumentației s-a produs la 4 pacienți — 3,2% din totalul pacienților, decesul unui pacient pe masa de operație, alt pacient a decedat după 2 luni postoperator din cauza tromboemboliei pulmonare — 1,6% din totalul pacienților.

Datele literare contemporane [5,6,10] și experiența noastră sunt convingătoare că mulți pacienți cu fracturi trohanteriene instabile pot fi tratați cu succes prin osteosinteza cu fixatoare extra-și intramedulare, deși tehnica chirurgicală adesea nu este ușor și simplu de efectuat, iar regimul postoperator nu întotdeauna asigură o dinamizare precoce a bolnavului pentru prevenirea multor complicații. Cu mult mai mult, rata insucceselor crește (pînă la 56%) la bolnavii cu fracturi grav cominutive cu o fixare suboptimală, cu o calitate slabă a osului osteoporotic la pacienții în vârstă [1,10].

Din acest motiv tratamentul chirurgical prin artroplastie de șold al pacientului vârstnic cu fractură instabilă trohanteriană este tot mai insistent promovat de mulți autori [10,13]. Dar sunt și adepți al continuării osteosintezei interne la acești bolnavi vârstnici, [4,5] motivația de bază fiind rata mortalității postoperatorii mare (15%) după artroplastie.

Concluzii

1. Fracturile masivului trohanterian reprezintă o problemă majoră datorită frecvenței sale înalte și prevalenței pacienților vârstnici cu comorbidități, precum osteoporoză și alte boli cronice, senile, cu complicații deseori fatale.
2. Artroplastia de șold preponderent cimentată este o alternativă în tratamentul chirurgical al pacienților vârstnici cu fracturi instabile, care asigură o reabilitare precoce și prevenirea unor complicații.
3. Necătând la rezultatele bune obținute prin osteosinteza cu lama-placa 95°, metoda însuși

rămâne destul de traumatizantă, cu timp prelungit operator a intervenției chirurgicale și pierderi semnificative de sânge.

4. Este necesară soluționarea acestei probleme prin implementarea fixatoarelor contemporane, argumentate tehnogen, pentru prevenirea ratei complicațiilor, scurtarea timpului operator și mobilizarea recuperatorie precoce a pacientului.

Bibliografie

1. Cobelli NJ, Sadler AH. Ender Rod versus. Compression Screw Fixation of Hip Fractures. Clin Orthop 1985; 201: 123-129.
2. Dittel K.-K., Rapp M. The Double Dynamic Martin Screw (DMS) Adjustable Implant System for Proximal and Distal Femur Fractures, Steinkopff Verlag 2008 Printed in Germany P. 185
3. Esser MP, Kassab JY, Jones DHA. Trochanteric Fractures of the Femur. A Randomised Prospective Trial Comparing the Jewell Nail-Plate with the Dynamic Hip Screw. J Bone Joint Surg 1986; 68-B (4): 557-560.
4. Evans E. Mervin. The treatment of trochanteric fractures of the femur. J Bone Joint Surg 1949; vol.31, nr.2, p.190-203.
5. Hanna J. Smith, Mallory T. M., Lombardi T.H. Artroplastia de sold acut pentru tratamentul fracturilor intertrohanterice la vârstnici. J Surg Orthop Adv. 2005 Winter, 14 (4) :185-9.
6. Haidukewych GJ, Israel TA, Berry DJ. Reverse obliquity fractures of the intertrochanteric region of the femur. J Bone Joint Surg Am 2001; 83:643-650.
7. Koval KJ, Zuckerman JD. Hip fractures are an increasingly important public health problem. Clin Orthop Relat Res. 1998;348:2.
8. Kyle RF, Cabanela ME, Russell TA, Swiontkowski MF, Winquist RA, Zuckerman JD, Schmidt AH, Koval KJ. Fractures of the proximal part of the femur. Instr Course Lect 1995; 44:227-253.
9. Lindskog, DM, Baumgaertner MR. Unstable intertrochanteric hip fractures in the elderly. J Am Acad Orthop Surg. 2004 May/June;12(3):179-90. Review
10. Marques Lopez F, Pelfort Lopez X, Garcia Casas O, Ramirez Valencia M, Leon Garcia Vao A, Ballester Soleda J. Prospective, comparative, randomized study of the sliding screw and Gamma nail in the treatment of peritrochanteric fractures. Revista de Ortopedia y Traumatologia 2002;46(6):505-9.
11. Rodop O, Kiral A, Kaplan H, Akmaz I. Primary bipolar hemi-prosthesis for unstable intertrochanteric fractures. Int Orthop 2002; 26:233-237.
12. Reference for Score: Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am. 1969 Jun;51(4):737-55. Link.
13. Reference for grading: Marchetti P, Binazzi R, Vaccari V, Girolami M, Morici F, Impallomeni C, Comessatti M, Silvello L. Long-term results with cementless Fitek (or Fitmore) cups. J Arthroplasty. 2005 Sep;20(6):730-7.
14. Waddell JP, Morton J, Schemitsch EH. The role of total hip replacement in intertrochanteric fractures of the femur. Clin Orthop Relat Res 2004;(429):49-53.
15. Азизов М. Ж., Алибеков М. М., Валиев Э. Ю. К вопросу о лечении вертлбных переломов бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. № 3. С. 56-59.
16. Солод Э. И., Лазарев А. Ф. Принципы лечения переломов проксимального отдела бедренной кости в пожилом возрасте // 13 научно-практическая конференция SICOT: тез. докл. СПб., 2002. С. 147.

Data prezentării: 19.11.2015

Recenzent: Oleg Solomon

TRATAMENTUL PE ETAPE A PERIODONTITELOR ACUTE ȘI CRONICE, UTILIZAREA PASTEI „ABCESS REMEDY“

Olga Dadu,
medic stomatolog

Lilia Cubari,
medic stomatolog

ÎM CSM Chișinău

Rezumat

Pe durata a 6 luni de evaluări clinice în tratamentul tuturor formelor de periodontită apicală acută și cronică utilizând metode moderne de prelucrare medicamentoasă a canalelor radiculare și prin obturarea provizorie cu pasta „Abcess Remedy“.

Cuvinte cheie: Tratament, periodontită apicală, pasta „Abcess Remedy“.

Summary

TREATMENT OF CRONIC APICAL PERIODONTITIS IN TWO VISITS, USING „ABCESS REMEDY“ TOOTHPASTE

During the 6 month study of the treatment of cronic apical periodontitis of different forms, using modern methods of drug treatment, with the utilization of „Abcess Remedy“ toothpaste, for covering of root canals for a period of 7-14 days.

Key words: Treatment, apical periodontitis, toothpaste „Abcess Remedy“.

Actualitate

Periodontitele apicale acute și cronice prezintă patologii frecvent întâlnite în practica stomatologică.

Etiologia de baza a acestor afecțiuni o constituie infecția, combaterea căreia poate fi efectuată printr-o dezinfectare a canalelor radiculare, a tuturor canalelor accesorii, a canaliculelor dentinare utilizând o prelucrare medicamentoasă pe etape și o obturare provizorie cu pasta „Abcess Remedy“.

Scopul studiului

- Sporirea eficienței tratamentului periodontitelor apicale acute și cronice.
- Combaterea infectării și reinfectării a spațiului periodontal.
- Obținerea regenerării osoase maxime.
- Micșorarea cazurilor de extracții dentare.

Materiale si metode

Eficiența și rezultatul înalt în tratamentul periodontitelor apicale acute și cronice este dictat de calitatea înaltă a prelucrării antiseptice a acestora, de înlăturarea totală a țesuturilor demineralizate și infectate.

Prelucrarea medicamentoasă are ca scop: înlăturarea microflorei patogene, înlăturarea resturilor organice de pulpa dentară, înlăturarea resturilor de material de obturație.

Obturarea provizorie are ca scop: ermetizarea canalelor radiculare și evitarea reinfectării acestora și a spațiului periodontal.

Nerespectarea acestor condiții nu ne va permite obținerea unui tratament endodontic reușit și de durată.

Prelucrarea medicamentoasă a canalelor radiculare se efectuează cu soluție de hipoclorid de sodiu 3-5% , prin metoda irigării ,utilizându-se seringi cu ace endodontice speciale, mese de vată sau conuri de hîrtie, îmbibate cu soluții medicamentoase. Hipocloridul de sodiu dizolvă bine substanțele organice alterate, infectate, necrotizate, și detritusul organic. Utilizarea lui în asociere cu ultrasunetul are efect de liză și antibacterian. În combinare lui cu EDTA favorizează deschiderea canaliculelor dentinare, permiabilizarea și lubrifierea perfectă a canalelor radiculare.

După etapa preparării medicamentoase a canalelor radiculare ele vor fi irigate cu apă distilată și uscate.

Pentru o dezinfectare finală perfectă vom utiliza soluția de clorhexidina de 0,1-1%, urmată de o irigare a canalelor radiculare și uscarea acestora.

Clorhexidina 0,1–1% are proprietăți dezinfectante și antiseptice față de formele vegetative ale bacteriilor gram pozitive și gram negative, viruși și levuri.

Respectarea tuturor etapelor anterioare ne va asigura obținerea unui canal radicular pregătit pentru obturarea provizorie cu pastă „Abscess Remedy“.

„Abscess Remedy“, PD Elvatie, prezentat în 2 forme: pastă, lichid cu praf, este un material cu efect bactericid pentru obturarea provizorie și tratarea canalelor radiculare.

Componența: formaldehida, paraformaldehida, crezol, timol, umplutor.

Proprietăți: rentghenocontrast, neresorbabil, efect bactericid, sedative.

Indicații: necroza aseptică pulpară, obturarea provizorie a canalelor radiculare după pulpectomie, când obturarea finală e amânată.

Modul de utilizare: după prelucrarea minuțioasă a canalelor radiculare se introduce o porție de material pe 7 zile, care va cupa durerea și va dezinfecta canalul radicular. Pasta se va introduce cu ajutorul acelor lentulo, evitând formarea bulelor de aer. În caz de necesitate procedura se va repeta de 1–2 ori cu interval de câteva zile.

Rezultate

Materialul curativ utilizat în sterilizarea și combaterea procesului inflamator periapical și stimularea

procesului de regenerare osoasă a fost pasta „Abscess Remedy“, care a fost aplicată de o durată de 14–21–30 zile. Durata aplicării acestei paste depindea de complicitatea procesului inflamator.

După 3–5 zile acuzele prezentate anterior de pacient (durerile sîciitoare dispăreau, durerile la masticăție, fistulei) dispăreau.

După 14–21–30 zile se efectua radiografiile de control, urmate de obturarea finală a canalelor radiculare cu Dexodent sau AH-plus cu conuri de gutapercă.

Peste 3–6 luni radiografiile de contact au demonstrat o regenerare osoasă semnificativă, micșorarea, chiar și dispariția focarului patogen periapical.

Concluzie

Rezultatul pozitiv în tratamentul endodontic poate fi obținut doar în cazul înlăturării totale a infecției.

După părerea noastră cea mai bună metodă de combatere a infecției este tratamentul endodontic pe etape, utilizând obturarea provizorie, cu scopul sterilizării definitive, cu „Abscess Remedy“.

Bibliografie

1. www.valex.ru/depstomatolog/dentaries.
2. www.uaden.com.
3. <https://stomatologonline.wordpress.com>.
4. library.usmf.md.

Data prezentării: 22.10.2015
Recenzent: Ion Munteanu

ОЦЕНКА ПОСТОПЕРАТИВНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТРЕСТАВРИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА SDR

Резюме

В течение 6 месяцев клинических оценок с использованием SDR материала, реставрации класса I, II, показали положительные результаты и был выявлен только один случай послеоперационной чувствительности.

В результате, мы рекомендуем использовать широко в повседневной практике СДР материала.

Ключевые слова: Композитный материал SDR, клинические оценки, восстановленные зубы.

Ольга Сухарева,
врач стоматолог

Снежана Данильченко,
врач стоматолог

Rezumat

EVALUAREA SENSIBILITĂȚII POSTOPERATORII A DINȚILOR RESTAURAȚI UTILIZÎND MATERIALUL COMPOZIT SDR

Pe parcursul a 6 luni de evaluări clinice utilizînd materialul SDR, restaurările de clasă I, II au demonstrat rezultate pozitive și a fost înregistrat doar un singur caz de sensibilitate postoperatorie.

În concluzie, noi recomandăm folosirea pe larg în practica cotidiană a materialului SDR.

Cuvinte cheie: Material compozit SDR, evaluări clinice, dinții restaurații.

Summary

EVALUATION OF POSTOPERATIVE EVALUATION SENSITIVITY RESTORED TEETH USING COMPOSITE SDR.

During this 6-month study of restorations I, II grade material made using SDR demonstrated positive clinical results. At all stages of verification was recorded only one case of post-operative tooth sensitivity.

Key words: Composite SDR, clinical evaluations, teeth restorations.

Одной из важных задач современной стоматологии по-прежнему является достижение долгосрочной профилактики и эффективного лечения кариеса зубов.

Заинтересованность практических стоматологов в реставрационных материалах вызвало появление новых эстетически прочных и удобных в наложении прокладочных материалов.

Не секрет, что одним из основных показателей работы стоматолога являются отсутствие осложнений и долгосрочный положительный результат. Несмотря на постоянное совершенствование материалов, нагрузки, причиняемые полимеризационной усадкой, продолжают вызывать серьезные сложности, такие как постоперационная чувствительность, изменение цвета на кромке материала, рецидиву кариеса и утрате реставрации.

Одним из способов борьбы с полимеризационным стрессом в объемных реставрациях является применение композитов с низкой усадкой. Таким материалом является относительно новый композит, разработанный фирмой Dentsply—SDR—однокомпонентный, фторсодержащий, светоотверждаемый, рентгеноконтрастный прокладочный материал. Разработан для применения в качестве основы реставраций I,II классов. Имеет рабочие характеристики, типичные для текучих композитов, но может вноситься слоями 4 мм с минимальным полимеризационным напряжением. Совместим с любыми композитами на основе метакрилатов, а также с адгезивами. Полимеризационный стресс с использованием SDR значительно ниже, чем при использовании послойной техники. Выделяет фториды в течении 15 недель после лечения.

Целью настоящей работы является повышение эффективности лечения кариеса зубов.

Нашим наблюдениям подверглись группа жевательных зубов с глубоким кариесом I,II класса. Перед началом реставрации проводилось определение болевых ощущений в основе которой лежит метод ответной реакции. Пациента просили оценить ощущения во время термического (воздушного) воздействия в диапазоне от 0 до 10: 1–4– легкая чувствительность, 5–10– резкие ощущения. К испытаниям допустились только те пациенты, ощущения которых характеризовались низкими значениями, поскольку высокие значения могли озна-

чать наличие необратимого воспаления пульпы, которое поддерживало бы эти показатели на высоком уровне. Также при каждом осмотре проводилась визуальная оценка состояния десневых тканей вблизи реставраций по линии основания зубов. Повторные осмотры на предмет определения постоперационной чувствительности были проведены спустя неделю, 3 месяца, 6 месяцев после выполнения реставрации. Испытаниям подверглись 40 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет.

Клинические материалы:

После анестезии проводилась установка раббердама и удаление всех пораженных кариесом структур и предшествующих реставрационных материалов. После протравливания эмали и дентина была нанесена адгезивная система с последующей полимеризацией 20 секунд. В полость зуба был введен SDR толщиной не более 4 мм до дентино–эмалевой границы с последующей полимеризацией 20 сек. Далее ввели композитный материал толщиной не менее 2 мм и заполимеризовали.

Полученные результаты:

Все реставрации были выполнены в период с октября по январь 2014. Оценку их состояния проводил второй врач, которому не сообщалось о том какой реставрационный материал применялся.

Постоперационная чувствительность оценивалась как уровень комфорта пациента при функционировании реставрации, реакция на холодное и горячее, а так же несильную струю воздуха.

Из 40 реставраций у 1–го пациента была отмечена постоперативная чувствительность в течении недели, которая через 3 месяца самостоятельно прошла.

По результатам спустя полгода после лечения не было отмечено ни одного случая постоперативной чувствительности и только у 2–ух отмечалось незначительное изменение цвета по кромке материала и небольшое нарушение краевого прилегания.

Вывод:

В ходе данного 6–ти месячного исследования реставрации I,II классов выполненные с применением материала SDR продемонстрировали положительные клинические результаты. На всех этапах проверки был зарегистрирован только один случай постоперативной чувствительности зуба. Поэтому мы рекомендуем материал SDR использовать практическими врачами в широкую практику.

Список литературы

1. <http://www.stomport.ru/articlepro/show/id/466>.
2. Ikemi T., Nemoto K. Effects of lining material on the composite resins shrinkage stresses. 1994.
3. Braem M., Van Meerbeek B. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue 2005.
4. <http://www.kmm.com.ua>.
5. <http://www.rocadamed.ru>.

Data prezentării: 25.10.2015
Recenzent: Ion Munteanu

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PARODONTITEI MARGINALE CRONICE FORMA MEDIE

Rezumat

Afecțiunile parodontului marginal sunt considerate boli inflamatorii de origine microbiană, cu o frecvență mai mare de îmbolnăvire a parodontiului în rândul bărbaților. Boala parodontală constituie o afecțiune ce afectează persoane de orice vârstă. Către vârsta de 40-50 de ani, 94-96% din populație deja suferă de această afecțiune. Statistica demonstrează că extracțiile dentare în urma afecțiunilor parodontale sunt de 5 ori mai frecvente decât ale cariei și complicațiile ei.

Articolul oferă informații cu privire la factorii etiologici determinanți în apariția parodontitei marginale cronice forma medie, diagnosticul acestei afecțiuni precum și rezultatele obținute în urma tratamentului a 10 pacienți în perioada anului 2014—2015.

Cuvinte cheie: Parodontită, cronică, marginală, origine microbiană.

Summary

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS AVERAGE FORM

Marginal periodontal diseases are considered inflammatory maladies of microbial origin, with a higher frequency of periodontal disease among men. Periodontal disease is an illness that affects people of all ages. By the age of 40-50 years, 94-96% of the population already suffers from this disease. Statistics show that tooth extractions in consequence of periodontal diseases are 5 times more common than caries and its complications.

The article offers information about the etiological factors that are primordial in the occurrence of chronic periodontitis, medium level, about diagnosis, methods of treatment, results obtained after treatment of 10 patients in the period 2014—2015.

Key words : Periodontitis, chronic, marginal, microbial origin.

Introducere

Afecțiunile cronice ale parodontiului marginal constituie una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale aparatului dento-maxilar. Fie cu localizare gingivală (implicare a parodontiului superficial), fie ca parodontită marginală cronică, cu evoluție lentă sau agresivă, reprezentând o afecțiune complexă, urmările ei fiind de ordin distructiv și proliferativ, implicat cu pierderea dinților [1]. În diagnosticul și tratamentul parodontitelor marginale cronice un aport deosebit îl are stabilirea raportului de încredere și colaborare reciprocă medic-pacient care trebuie să se afirme nu atât prin salvarea dinților compromiși deja în stadiile avansate ale bolii, ci prin depistarea stadiilor incipiente-reversibile, singurele care beneficiază de tratament conservativ.

Menținerea sănătății parodontului cât și a cavității bucale în ansamblu, precum și îmbunătățirea lor presupune un complex de acțiuni instructive, educaționale, profilactice și curativ-chirurgicale efectuate la timp și calitativ.

Scopul cercetării

acestui studiu constituie stabilirea unui diagnostic corect și aplicarea unui tratament complex, maxim individualizat. Ca rezultat s-a impus obținerea reabilitării funcției aparatului dento-maxilar (estetică, masticație, fonație).

Materiale și metode

a fost realizat în cadrul clinicii USMF „N. Testemițanu”, Catedra Odontologie, Parodontologie și Patologia Orală, cuprinzând un studiu clinic la 10 pacienți cu vârsta cuprinsă între 22-70 ani, dintre care 6 femei și 4 bărbați cu forme cronice de parodontită marginală, forma medie.

Cătălina Ciuclea¹,
studentă anul V

Gheorghe Nicolau²,
profesor universitar

¹Facultatea
Stomatologie, IP USMF
„Nicolae Testemițanu“

²Catedra Odontologie,
Parodontologie și
Patologie Orală a USMF
„N. Testemițanu“

După locul de reședință eșantionul total studiat de pacienți a fost reprezentat de 8 subiecți (80 %) din mediul urban și 2 subiecți (20%) din mediul rural.

Indicii de evaluare a igienei bucale și stării de îmbolnăvire parodontală:

Indicele de inflamație PMA- pune în evidență inflamația gingivală colorând diferite zone ale gingiei cu sol. Iodo-iodurată Lugol: P- colorația papilei Interdentare; M- gingia marginală; A- gingia atașată. Rezultate obținute:

1. inflamația papilei interdentare; 2. inflamația gingiei marginale; 3. inflamația gingiei atașate.

Valorile obținute la examinarea fiecărui dinte au fost adunate și calculate după formula: PMA = suma valorilor obținute la fiecare dinte/nr. dinților examinați x 100%.

Indicele CPITN — se examinează starea de sănătate a parodontiului marginal și distrucția osoasă în fiecare din cele 6 sextante ce cuprind următorii dinți: 17-14, 13-23, 24-27, 47-44, 43-33, 34-37. S-a efectuat sondarea fără presiune, direcționată pe axa dintelui, cu evidențierea următoarelor valori: s-a depistat gingivoragie, tartru dentar și punji parodontale cu profunzimea de 3-4 mm, deci conform indicelui CPITN (1+2+3) este necesar detartraj și tratament complex.

Parodontometria — realizată cu sonda parodontală. Se introduce sonda parodontală marcată milimetric cu o presiune de 25 g la maxilarul superior și fără presiune la maxilarul inferior (doar greutatea sondei), între dinte și gingie în toate cele patru direcții: lingual sau palatinal, distal, mezial, vestibular. În calcul se va lua suprafața cu dimensiunea cea mai mare a punjii.

Se estimează rezultatele după codificarea:

- Cod 0 — nici un semn de îmbolnăvire parodontală (nu necesită tratament);
- Cod 1 — sîngerare gingivală la atingere cu sonda (necesită îmbunătățirea igienei orale);
- Cod 2 — tartru supra și subgingival (necesită igienă bucală, detartraj);
- Cod 3 — punji parodontale cu adîncime de 4-4,5 mm (detartraj, tratament antimicrobian);
- Cod 4 — punji parodontale cu adîncime de 6 mm și mai mult (toate enumerate mai sus asociat cu tratament chirurgical și de reechilibrare funcțională, ocluzală, biostimulare).



Fig. 1 Pacient E, vârsta 57 ani, diagnostic: parodontita marginală cronică forma medie în regiunea d. 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.

În urma efectuării acestei metode am determinat Cod 1, Cod 2 și 3. Deci este necesar un tratament complex.

Metoda radiologică de investigație utilizată în studiu — Ortopantomografia.

Rezultate și discuții

În studiul dat m-am încadrat la tratamentul conservator (local și general) și tehnica chirurgicală minim invazivă (chiuretaj pe cîmp închis și deschis), ce a adus rezultate satisfăcătoare.

Rezultatele cercetării au demonstrat că:

- La majoritatea pacienților acuzele prezentate din momentul adresării (gingia edemațiată, sîngerări gingivale, depuneri dentare, mobilitate dentară) au dispărut.
- Gingia recapătă o nuanță roz-pală.
- La examenul radiologic de control efectuat peste 3 luni de la inițierea tratamentului s-a observat deja o evoluție satisfăcătoare prin stoparea avansării distrucției țesutului osos.

Caz clinic

Pacienta E a solicitat asistență stomatologică pe data de 22 ianuarie 2015 în cadrul clinicii USMF „N. Testemițanu”. Sexul — feminin. Anul nasterii: 1958.

Acuze: Pacienta acuză sîngerări gingivale la periaj dentar și la masticarea alimentelor dure, senzație de disconfort în cavitatea bucală, prezența mirosului fetid.

Boli antecedente și concomitente: HEPATITA, SIDA, TBC — negă.

Examenul obiectiv general

Starea generală este satisfăcătoare. Conștiința clară. Tip constituțional-normostenic. Tegumentele și mucoasa vizibile de culoare roz-pală, curate, integre. Ganglionii limfatici loco-regionali fără modificări.

Examen local

Exobucal: fața simetrică, mucoasa vizibilă de culoare roz-pală, tonus păstrat. Ganglionii limfatici loco-regionali nu se palpează. La palparea ATM nu se depistează cracmente sau alte sunete patologice. Glandele salivare mari (parotide, submandibulare) fără schimbări.

Endobucal: la inspecție dimensiunile orificiului cavității bucale este normal. Mucoasa vestibulului, bolții palatine, a vălului palatin, a planșeului cavității bucale și limbii sunt normale, de culoare roz-pală, fără modificări patologice. Forma și volumul limbii este normală. Inserția frenului buzei și limbii este normală. Gingia e hiperemiată, edemațiată, papilele gingivale sunt tumefiate, ușor sîngerează cu sonda. La palparea gingiei în regiunea dinților frontali inferiori se elimină conținut purulent. Se determină o cantitate însemnată de tartru supra- / subgingival pe suprafețele linguale ale dinților 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 punji parodontale cu profunzimea 4 mm. Mobilitatea dinților 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 de gradele I — II.

Diagnosticul: parodontită marginală cronică forma medie.



Fig. 2 Pacienta E pînă la tratament

Plan de tratament

Igiena profesională a cavității bucale, detartraj cu ultrasunet și manual, în combinație cu sistemul Air-Flow.

În continuare tratament chirurgical.

Etape:

1. Anestezie la Spina Spix bilateral la mandibulă, cu soluție Ubistesin 4% 1,7 ml.
2. Chiuretajul deschis în regiunea dinților 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3 constă din incizia intrasulcusară cu bisturiul (preferabil cu lama nr.15) a papilelor interdentare pînă la osul alveolar urmată de decolarea lamboului muco-periostal.
3. S-a realizat chiuretajul rădăcinilor cu ajutorul chiuretelor Gracey, s-a înlăturat țesutul granulos, țesutul epitelial concreșcut, cementul și țesutul osos necrotizat, surfasajul rădăcinilor și prelucrarea lor cu acid citric PH1.
4. Între etapele de lucru, pungile parodontale au fost irigate cu soluție de gluconat de clorhexidină 0,2 %. În defectele osoase am aplicat material de adiție sub formă de granule 2/3 hidroxil-apatită și 1/3 tricalciu fosfat, iar în regiunea coletului membrane din collagen. Este foarte important ca granulele să se îmbibe cu sânge, de aceea după irigarea plăgii nu se efectuează hemostaza.
5. Suturarea plăgii cu fire de mătase .
La necesitate dinții se șinează.



Fig. 3 Pacienta E — Chiuretaj subgingival pe cîmp deschis



Fig. 4 Pacienta E — Chiuretaj subgingival pe cîmp deschis

Tratament general

S-a administrat Metronidazol 0,5 g — un comprimat 2 x zi, timp de 10 zile în combinație cu Clavomed 1,0g — 1 capsulă 2 x zi și un antimicotic Fluconazol, câte un comprimat la fiecare a 3-a zi. Pentru îmbunătățirea troficității țesutului parodontal s-a administrat BioR 1 capsulă 2 x zi, timp de 10 zile.



Fig. 5 Pacienta E după 6 luni de la tratament

Concluzii

În stabilirea unui diagnostic corect pe lângă examenul clinic al pacientului (subiectiv și obiectiv), o importanță majoră constituie și rezultatele obținute la examenul paraclinic (analiza radiografiilor).

Ameliorarea indicatorilor medicației pacienților cu parodontită marginală cronică forma medie, am obținut prin realizarea unui plan de tratament complex ce prevede două faze : prima — include terapia conservatoare, avînd drept scop principal ameliorarea stării locale și generale a pacienților. Următoarea fază prevede lichidarea radicală a focarelor lezionale, realizate prin metode operatorii minim invazive — chiuretaj pe cîmp închis și deschis.

În soluționarea maladei respective , un rol important revine coraportului de încredere și colaborare medic-pacient. Gradul de informare a pacientului, de conștientizare a necesității tratamentului, respectării indicațiilor medicului pentru a obține în final un rezultat corespunzător.

Bibliografie

1. Ciobanu S. Tratamentul complex al parodontitelor marginale cronice. În : Medicină Stomatologică, Chișinău, 2011, Nr.3 (20), pag.32-37.
2. Parodontologie și boala de focar. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu“ Cluj-Napoca , 1995 pag.1-3.
3. Severineanu V. Parodontologie clinică și terapeutică. Editura Academiei Române, București, 1994, pag.150.
4. Zețu L., Popovici D. Parodontologie. Tratamentul chirurgical. Editura Junimea, Iași, 1999, pag.45, pag. 99.

Data prezentării: 22.11.2015

Recenzent: Oleg Solomon

CONDIȚIILE DE STRUCTURARE A MATERIALELOR DESTINATE PUBLICĂRII ÎN EDIȚIA PERIODICĂ „MEDICINA STOMATOLOGICĂ”

Publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste. În publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” sunt următoarele compartimente: Teorie și experiment, Organizare și istorie, Odontologie-parodontologie. Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, Implantologie, Patologie generală, Referate și minicomunicări, Susțineri de teze, Avize și recenzii, Personalități Stomatologice.

Materialele destinate publicării, vor fi prezentate în formă tipărită și în formă electronică într-un singur exemplar. Lucrările vor fi structurate pe formatul A4, Times New Roman 12 în Microsoft Word la 1.0 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autor 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, Oleg Solomon, dr. conf. univ., 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 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 de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru verificarea materialelor publicate.