

базы, опирающейся на правовой механизм материального вознаграждения лиц, занимающихся реализацией профилактических программ, за реальное снижение заболеваемости кариесом. Стоматолог-профилактик должен оплачиваться не по количеству и объему терапевтической и хирургической помощи, а в соответствии с количеством зубов, сохранивших здоровье. Специфика и опыт работы стоматологов-педиатров позволяют осуществить переход на основе количественной оценки результативности профилактики по годовой динамике показателей индекса КПУ у постоянно наблюдаемого детского контингента.

Государственная программа «Детям — здоровые зубы», которую мы реализуем с 2004 года, показала высокую эффективность. Хотим подчеркнуть, что до настоящего времени нигде на постсоветском пространстве не разработано подобной превентивной программы, которая носит инновационный характер. Мониторинг выявляет

положительную динамику стоматологического здоровья детского населения, а это значит, что последующее поколение — завтрашние мамы и папы — вырастут более здоровыми. Здоровые зубы — залог отсутствия многих других серьезных заболеваний.

Литература:

1. Пригодин С.В., Сирак И.А. Шаповалова Е.М. Максимова «Стоматология детского возраста и профилактика». — 2009. — №1. — с. 20-23.
2. Гиляева В.В., Гиниятуллин И.И., Гараев Р.С. «Патогенетическая прпрофилактика кариеса зубов с использованием сочетания ксимедона и ультрафонофореза димефосфона» М., Новое в стоматологии, 2000, №7(87), с.75-79.
3. Окушко В. Р. «Основы физиологии зуба». Информационное агентство Newdemt. Москва, 2008 г.
4. В.Р. Окушко, В.Я. Рябцев, А.С. Печул «На пути к кардинальным переменам в стоматологии» К., Medicina stomatologica, 2008, №2(7), с.70-74.
5. Окушко В.Р., Рябцев В.Я. «Хрономедицинский подход к профилактике кариеса зубов у детей» Тирасполь, Вестник МЗ и СЗ ПМР, 2011, №2(9), с.12-15.

ACIDOREZISTENȚA SMALȚULUI LA PACIENȚI CU CARIA EXPLOZIVĂ. (INFORMAȚIE PREELIMINARĂ)

A.V. Potolea

Laboratorul științific
«STOMO» Universitatea
Nistreenă de stat «T.G.
Șevcenco»

Резюме

Данные литературы и клиническое собственное наблюдение позволяют считать цветущий кариес в качестве своеобразной нозологической единицы. Проблема рассмотрена с точки зрения клинической и концептуальной кариесологии, а также общей патологии. Автором было выявлено что цветущий кариес сопровождается спадом структурно-функциональной резистентностью выявляющейся пробой ТЭР.

Ключевые слова: цветущий кариес, структурно-функциональная резистентность зубов

Summary

THE ACIDORESISTENCE OF ENAMEL IN PATIENTS WITH EXPLOSION CARIES

The literature and clinical observation suggest their own explosion caries as a nosological entity. The problem is considered from the viewpoint of the clinical and conceptual kariesologii and general pathology. The author found that the explosion (flowering) caries is accompanied by a decline structural and functional of resistance detected by TER.

Key words: flowering caries, structural resistance, functional resistance enamel

Introducere:

Majoritatea savanților descriu caria dentară drept un proces complex cu evoluție cronică lentă în țesuturile dure dentare. Ea apare în rezultatul acțiunilor combinate nefavorabile ale factorilor exo-endogeni, locali și generali, caracterizat prin demineralizarea țesuturilor neorganice și distrugerea celor organice, cu formarea defectelor în țesuturile dure dentare (Nicolae A.I., Țepov L.M. 2005). Încă în secolul trecut deja se efectuau cercetări care au permis evaluarea cariei explozive (C.E.)

în calitate de o formă deosebită acută a cariei dentare. În diverse surse ea este denumită diferit avînd același sens: «cariе multiplă», «rampantă», «acută», «boală carioasă» în limbajul rusesc — «цветущий кариес», «системный кариес», «острейший кариес», «поликария», «кариозная болезнь», «кариозная атака» etc. În același timp unii cercetători nu acordă atenție existenței C.E. (Borovski E.V., Leontiev V.K., Ovruțkii G.D. și colaboratorii).

Urmărind schema de grupare a factorilor etiopatogenetici după Keyes putem să identificăm situațiile care pot genera caria explozivă. Intensitatea crescută a situației cariogene în cavitatea orală depășește rezistența țesuturilor dentare dure.

Diversitatea factorilor etiologici ai C.E. crează condiții ce contribuie la formarea complicațiilor în studierea acestei afecțiuni:

- după datele unor autori de exemplu Lăcătușu Ș. și colaboratorii (Iași) este cunoscut că, caria explozivă este prezentă la pacienți cu afecțiuni de profil general așa cum sunt: diabetul zaharat, ciroza alcoolică, splenectomie, tuberculoza, leucemia acută și cronică, anemia pernicioasă, hepatita cronică activă, lepra, rubeola, stări cu pierderea proteică- sindromul nefrotic, artrita reumatoidă, neoplasmеle, Sindromul Sjogren, xerostomia, etc.
- alți savanții Ghiliman L.N. și colaboratorii (Kiev) consideră că, caria explozivă apare la copii cu scăderea preponderentă a funcțiilor ficatului și a pancreasului, cu afecțiuni al sistemului endocrin și sistemul nervos (maladia Down, Little).
- la copiii care frecvent răcesc și au suportat boli infecțioase, reumatism, nefrite, vicii cardiace congenitale s-au determinat progresarea rapidă a procesului carios, demineralizarea țesuturilor dure, care se extinde, ducînd la apariția complicațiilor la nivelul pulpei dentare. Afectarea multiplă a dinților, 3-4 cavități într-un dinte, carie recidivantă s-au relevat la copii cu colagenoze, cu pneumonii cronice; afecțiuni neuro-psi-hice (encefalopatii, oligofrenii, epilepsie) și endocrine (Rusu M. și colab., 1980); cu boli ORL etc.
- gama aceasta de afecțiuni este provocată de deficiențele imunologice ce posedă un proces distructiv asupra organismului cu complicațiile sale, care se reflectă în cavitatea bucală.
- tulburări ale secreției salivare: hiposalivare sau asialivare.
- consecința tratamentelor îndelungate cu administrarea preparatelor de origine psihotropă, antibiotică, antihipertensivă, antihistaminice, antiparkinsoniene, expectorante, diuretice, antiinflamatoare nesteroidiene, sulfamide.

Aspecte clinice:

Clinic această patologie se manifestă cu o evoluție acut-progresivă și cu o demineralizare de grad înalt.

Caria explozivă are un caracter extensiv cu o evoluție rapidă în suprafață și în profunzime, afectînd uneori întreaga coroană dentară. În procesul de cariogeneză foarte ușor se dezintegrează țesuturile dure ale dintelui. Se considera că, demineralizarea cristalelor de hidroxiapatită se începe cu ph critic de 5.2-5.5. În maladia carioasă indivizii posedă risc cariogen înalt și cario-activitate crescută ph-ul de repaus este în jur de 6. Evoluția rapidă a procesului carios fulgerător penetrează bariera smalț-dentină ducînd la complicații nedorite. Este prezentă o cantitate colosal de mare de dentină rămolită deschisă la culoare cu umiditate crescută. Cu cît viteza de evoluție al cariei multiple este mai mare cu atît mai mult crește posibilitatea de penetrare în camera pulpară. Cu mare regret pacienții des se prezintă la medic deja cu o formă severă de C.E. (pulpite, periodontite, edentații întinse, inclusiv resturi radiculare).

Lăcătușu Ș.(școala Ieșeană) atenționează, că aceste procese își continuă evoluția în ciuda utilizării celor mai riguroase metode de igienă bucală și a tratamentelor stomatologice, chiar după extirpare pulpei. Se opresc numai dacă dereglările produse de boala generală sau de tratamentul imunodepresant au fost remediate.

Scopul general al lucrărilor noastre este evaluarea acestor chestiuni pentru a realiza depistarea precoce afecțiunii, prevenirea și tratamentul patologiei explozive, care duce la distrugerea multiplă al dinților. Alcătuind un plan de explorare al pacientului cu C.E. este necesar de ținut cont de „cariorezistența” individuală a organismului. Cariorezistența sau cariosusceptibilitate în caz de C.E. poate fi numai o stare fluctuantă. Este cunoscut, că acido-cariorezistența smalțului se realizează prin 2 componente: în primul rînd sunt proprietăți structurale (neorganice și organice) și în al doilea rînd de către fluidul licvorului dentar, care apare în porii superficiali al smalțului(4). Anume acest component poate fi fluctuant.

În anamneza pacienților pe primul loc stau acuzele privind evoluția patologiei, care apare brusc, pe neașteptate, exploziv cu invadarea nu a unui dinte ci a unui grup mare de dinți(3-14). Din punct de vedere emoțional și psihic cel mai mult suferă copii și medicii sunt nevoiți să recurgă la procedura de anesteziologie generală.

Fundamentul diagnosticului cariei explozive constă în obținerea datelor prin analiza semnelor subiective și semnelor obiective stabilite prin examenul stomatologic.

Prin anamneză se stabilesc semnele subiective: în primul rînd se descoperă o gamă largă de acuze, cu o simptomatologia bogată. Pacienții în caria explozivă acuză o sensibilitate marită a dinților ce se accelerează cu dureri provocate de diferiți agenți fie chimici (dulce,acru) sau fizici (temperaturi variate rece, fierbinți). Întensitatea durerii în caria explozivă este direct proporțională cu profunzimea procesului carios și durează atît timp cît acționează excitantul. Dacă procesul patologic se complică cu pulpită sau

periodontită sunt prezente toate simptomele acestor afecțiuni.

- La inspecție: în marea majoritatea cazurilor în caria explozivă observăm modificări de culoare a dinților mai ales în regiunea dinților frontali numite macule de culoare alb-cretoase răspândite haotic pe suprafața vestibulară a coroanei dinților. Cavitățile au o formă de con, cu margini neregulate, cu timpul ele se contopesc și se adîncesc în profunzimea adamantinei.
- Sondajul depista un smalț moale, cretos care poate fi îndepărtat ușor la fel și dentina va fi ușor înlăturată avînd o consistență moale și umedă.
- Percuția: în cazul cariei explozive este pozitivă numai în acel caz cînd procesul carios se coplăcă deja cu periodontită.

Diagnosticul cariei explozive putem să-l completăm cu examenul complementar: colorimetria, transiluminarea cu fibre optice (FOTI), testele de vitalitate dentară (termică, electrică), radiografii bite-wing digitală, diafanoscopia.

Cu ajutorul kit-urilor Dentocult SM și Dentocult LB se determină numărul de streptococii mutans și de lactobacili din salivă: datorită studiilor clinice și experimentale s-a demonstrat că riscul cariogen este mult mai mare pe suprafața care posedă cantități mari de streptococi. În cariile explozive valori pentru streptococii mutans și lactobacili este peste 1.000.000 UFC/ml salivă.

Aprecierea capacității tampon salivar poate fi realizată prin metoda Dentobuff: care ne demonstrează la pacienții cu carie explozivă capacitățile schimbătoare a salivei. Acești pacienți posedă o salivă viscoasă ce favorizează reținerea și aderarea resturilor alimentare pe suprafețele retentive ale dinților, inclusiv o activitate enzimatică intensă care este în strînsă legătură cu sistemele tampon salivare. Metoda Dentobuff este combinată cu testul colorimetric Snyder. Rezultatul final al metodelor ne va indica un risc cariogen mare cu un pH mai mic de 4 norma pH fiind 5.

În aprecierea riscului cariogen sunt importante și modificările calitative ale salivei, la nivelul proteinelor salivare și a imunoglobulinelor. Pentru asta se folosesc teste de laborator cum ar fi: electroforeza, imunoelectroforeza, imunodifuzia radială Mancini pentru determinarea Ig A, IgG, IgM, metode fotometrice și spectrofotometrice pentru identificarea tulburărilor metabolismului mineral.

S-a stabilit o legătură evidentă între procesele de demineralizare și remineralizare ale smalțului și starea rezistenței nespecifice a organismului copiilor, în cazul unei rezistențe nespecifice joase la copii cu diferite grade de rezistență față de caria dentară este inferioară solubilitatea smalțului, la copiii carioreceptivi în saliva mixtă se determină insuficiența nu numai a ionilor de calciu, dar și a celor de fosfați organici, reducerea proteinei totale, albuminelor și Y-globulinelor în serul sanguin și în saliva. Reducerea nivelului lizozimului și a Ig A în salivă a fost stabilită la copiii cu

carie multiplă și evoluție activă.

Așa dar în prezent putem constata că, mecanismul C.E. încă nu este elucidat pînă la sfîrșit și în primul rînd nu se știe, care este cauza declanșării unimomentane explozive acestui proces.

Material si metode

Pentru a determina rezistența smalțului față de acizi agenții cariogeni și în același timp capacitatea de remineralizare al lichidului bucal, putem folosi testul-KOSRE după T.L. Redinova, V.K. Leontiev, G.D. Ovrușkii (1982). Pentru efectuarea testului e necesar ca de pe suprafața incisivului central superior să fie îndepărtată pelicula dobîndită printr-un periaj minuțios, după uscare aplicăm o picătură de HCl și KCl (pH de 0.3-0.6) diametru de 2 mm. Peste 1 min. îndepărtăm soluțiile cu un bulet de vată, aplicăm sol. de albastru de metilen 2%. Zilnic această metodă se repetă de cîteva ori pînă cînd smalțul dentar nu-și va pierde capacitatea de colorare. Numărul de zile în timpul căreia dintele își pierde capacitatea de colorare este indexul cifric al rezistenței dintelui la carie. Dacă testul-KOSRE în timp de 3 zile arată rezultate pozitive rezistența smalțului față de carie este înaltă.

Metoda KOSRE necesită timp îndelungat, utilaj special și adesea este nedorit pentru pacienți și de aceea noi am recurs la tehnica elaborată de d. Okusko V.R. -testul de rezistență al smalțului (TER) procedura de diagnosticare a cariei explozive la etapele inițiale de dezvoltare a C.E.

Testul TER se efectuează pe suprafața vestibulară a incisivului central superior este supusă periajului cu scop de a înlătura pelicula dobîndită, pacientul este rugat să clătească cavitatea bucală cu apă, apoi uscăm suprafața dintelui cu un get de aer cîteva sec., aplicăm o picătură de acid clorhidric cu diametrul de 2 mm 5 sec., eliminăm acidul prin clătiri abundente, după uscare observăm, că pe suprafața vestibulară a dintelui a apărut o pată mată, pentru evidențierea ei aplicăm albastru de metilen 1%. Gradientul de colorare al dintelui îl comparăm după scala poligrafică computerizată de culoare albastră de la 1 pînă la 10. Cu cît colorarea este mai intensivă cu atît acidorezistența smalțului este mai joasă.

Procedura este foarte ușoară, accesibilă pentru tot personalul medical. În ultimul timp această metodă se poate de folosit la nivel computerizat ceea ce încă și mai mult simplifică procedura de evaluare a rezistenței structural- funcționale al dintelui.

Datorită testului TER a fost demonstrat că, devitalizînd dintele simultan are loc scăderea preponderentă a rezistenței acide al smalțului. Amintim că, gradientul acidorezistenței smalțului este controlat de organism prin pulpă, metoda se petrece pe dinții sănătoși. Dereglările TER reflectă bioritmele interne ale organismului: zilnice, lunare, anuale. TER oglindește starea funcțională a întregului organism în stări emoționale, graviditate, surmenaj etc. Testul se supune diverselor acțiuni așa cum sunt afecțiuni de profil general, narcoza, somn hipnotic, obezitate etc.

Rezultatul

În urma studiilor efectuate noi am cules informație primară privind această afecțiune. Au fost examinați 156 de pacienți dintre care 38 coincid criteriilor K.E. (3 și mai multe elemente carioase. După grupele de vîrsta evidențiem: I-grupa pînă la 16 ani dintre care pacienți cu afecțiuni de profil general-7, pac.sănătoși -4, femeile gravide -2; II-grupa 16-24 ani-pac.cu afect. de profil general-4, pac. Sănătoși- 3, femeile gravide-8; III-grupa 24-32 de ani- pac.cu afect. de profil general-3, pac. Sănătoși-6, femeile gravide- 1.

Această patologie este prezentă nu numai la copiii de la 3 ani și pacienți cu afecțiuni legate de profil general, dar și la pacienți practic sănătoși: tineri pînă la vîrsta de 30 de ani, mai ales se evidențiază la femeile gravide și care alăptează. Cel mai mare procent dintre acești pacienți îl constituie copii care cu multe dificultăți(cu greu) se supun tratamentului, după care urmează femeile gravide. Frecvența îmbolăvirii dintre sexul masculin și feminin este mare cel mai mare procent îl constituie totuși sexul feminin 63%.

Indicii TER în toate grupele de vîrsta și din foile de observație variaza destul de intens. În același timp nici unul din pacienții cu C.E. n-au depășit indicele de 5.5. Indicele mediu fiind 7.

Analizînd rezultatele, conceptual a fost găsită legitatea scăderii acidorezistenței smalțului, care ne permite să propunem existența mecanismului a cariei explozive legată de starea generală a organismului. Noi am ajuns la această presupunere a legității ob-

servînd schimbările TER demonstrate pe parcursul observațiilor.

Modificările structural- fiziologice a rezistenței smalțului ce depind de numeroși factori exo- și endogeni permit să explice legătura cariei dentare inclusiv cariei explozive în dependență de numeroasele situații a organismului pe parcursul vieții.

Concluzie:

- Sursele din literatură inclusiv și explorările clinice demonstrează că, caria explozivă este o afecțiune clinică reală.
- Caria explozivă apare împreună cu afecțiunile de profil general, dar în unele cazuri și la pacienți practic sănătoși.
- Caria explozivă este însoțită de scăderea rezistenței structural-funcționale ale smalțului manifestată prin TER. Fenomenul este în curs de cercetare.

Bibliografie:

1. Lăcătușu S.T.-Caria dentară explozivă.Ed. Cronică. Iași.1996;
2. Andrian S.,Lăcătușu S.T.- Caria dentară- Protocoale și Tehnici,Ed.Apolonia,Iași,1999
3. Iliescu A.,Gafar M.,-Cariologie și Odontoterapie restauratoare, București 1996
4. Окушко В.Р. Основы физиологии зуба- Москва 2008г.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология- Мед. Инфо. Агентство, Москва 2005г.
6. Anders Thylstrup, Ole Fejerskov Textbook of cariology-Munksgaard, Copenhagen 1986
7. Окушко В.Р., Козадаев С. Потоля А.В. Шаги к компьютеризации теста ТЭР. http://is.park.ru/print_doc.

TOOLS AND METHODS OF PREPARING A POST-CANAL FOR RESTORATION OF THE ENDODONTICALLY TREATED TEETH WITH SHATTERED CROWN

Summary

Restoration of the teeth with the massive losses of dental hard tissues after endodontic treatment is an actual problem of dentistry. Restorations represent considerable difficulties, because:

1. We deal with significant destructions of crowns owing to pathological process / mechanical trauma;
2. After endodontic treatments diameter of the main root canal increases approximately twice.
3. The appearance at the last ten years of non-metallic posts and dental restoration materials of the last generation (*double-cured flowable composite or double-cured/ triple-cured glassionomer cements*), create the condition for development of modern clinical decisions of the maximum biocompatibility. Corresponding technologies demand:
 1. Use of special tools, procedures and methods in preparing of dowel space — so-called “*post space*” or “*post-canal*”;
 2. A concrete definition of the purposes, aggravating factors, indications and contra-indications, recommendations and techniques.

Corneliu Năstase,
associate professor

Department of
Therapeutic Dentistry of
Medical University “N.
Testemițanu”