

# PREVENȚIA AVANSĂRII PATOLOGILOR STOMATOLOGICE

**Valeriu Burlacu**  
*d.h.ș.m., profesor*  
*universitar,*

**Angela Cartaleanu**  
*d.ș.m., conferențiar*  
*universitar,*

**Ala Ojovan**  
*d.ș.m., conferențiar*  
*universitar,*

**Victor Burlacu**  
*asistent universitar,*

**Tudor Costru**  
*asistent universitar,*

**Vasile Zagnat**  
*d.ș.m., conferențiar*  
*universitar,*

**Valeriu Fală**  
*d.ș.m., conferențiar*  
*universitar,*

**Elena Tintiu**  
*d.ș.m., conferențiar*  
*universitar,*

**Dumitru Zaboltnii**  
*doctorand,*

**Dumitru Friptu**  
*doctorand,*

**Oleg Chiriac**  
*doctorand,*

**Șepelencu Violeta**  
*asistent universitar,*

**Valeriu Burlacu-junior**  
*(Canada, Montreal),*

*Catedra Stomatologie*  
*Terapeutică FECMF*

## Rezumat

Este prezentă activitatea profesională în perspective a stomatologilor din țară în următorii douăzeci de ani, având ca directive de bază — prevenția avansării patologiilor stomatologice.

## Summary

### PREVENTION OF DENTAL PATHOLOGY

Is this professional activity of dentists in the country perspectives on next twenty years, with the base direction — preventing dental pathologies advancement.

## Introducere

Politica obținerii „sănătății pentru toți în centenarul 21<sup>o</sup>” primită de societatea mondială în luna mai 1998. Cu 14 ani în urmă, este direcționată la implimentarea de mai departe în viață a concepției de obținere a sănătății pentru toți. În această politică sunt prezentate prioritățile globale în primii douăzeci de ani a secolului 21 și zece probleme îndreptate spre fondarea condițiilor necesare pentru toți oamenii de pe planeta Pământ întru atingerea și susținerea maximal posibilă a unui nivel major de sănătate. Este vorba despre echitatea socială, capabilă să aprovizioneze activitatea organelor ocrotirii sănătății având scopul de a ameliora consecutiv starea sănătății umane.

Medicii stomatologi practicieni consideră ca strict necesară acordarea pacienților stomatologici a măsurilor de prevenție a cariilor și complicațiilor lor, maladiilor parodontale și afecțiunilor mucoasei orale.

Cele expuse insistă de axat ca direcție fundamentală a științei stomatologice moderne tendința de a găsi și elabora semnificații noi și mult mai profunde în fenomenele biologice ale sistemelor nanostructurale odontale, parodontale, deno-alveolare și ale mucoasei orale cu scopul de a trasa, bine argument, măsuri de prevenție și tratament etiologic și patogenic a cariilor dentare și complicațiilor lor, distrofiilor dentare, maladiilor parodontale și ale mucoasei orale.

Aplicarea tehnologiilor moderne de prevenție, diagnosticare și tratament la toate etapele de asistență stomatologică va favoriza dezvoltarea unui viitor stabil al stomatologiei naționale, participantă activă în realizarea tactică a strategiei OMS în stomatologie „printr-o cavitate orală sănătoasă într-un organism sănătos”.

## Material si metode

Rămâne prompt faptul că, o asistență stomatologică modernă prevede realizarea tuturor implimentărilor stomatologice prin aprovizionarea indolorității obținută prin acțiuni modulatorie asupra sistemelor nervoase centrale și periferice. Se va reeși din starea generală a pacientului, apelându-se, la necesitate, la calmații medicamentoși, sistemul autotreningului, iar local vor fi folosite anestezicile contemporane. Cu mare succes pot fi folosite analgezicile. Conform datelor D. Zaboltnii (2011) analgezicul inhalator nanopioind Pentrox, lider în combaterea durerii, prezintă efect rapid și sigur și poate fi administrat și de sine stătător de către pacient.

Apariția maselor moderne de obturație (glasiozite, compozite mini și maxihybride și nanoumplute, compomere de tipul Dyract XP și ormocere) au permis de a perfecta tehnologiile directe a terapiei de refacere a țesuturilor dure dentare afectate de carii, distrofiile dentare pre- și posteruptive, modificări de formă și culoare într-o singură ședință.

Cementele glasionomere sunt biocompatibile, estetice elimină fluor și manifestă adezivitate chimică față de toate țesuturile dure dentare. Ele prezintă capacitatea de a trata atât dinții permanenți cât și cei provizorii.

Vom menționa că o tehnologie absolut inovatoare de tratament a cariilor incipiente a propus compania DMG (Germania) prin colaborarea cu Institutul Charite (Berlin) și universitatea din or. Kili. Este vorba despre metodologia unică de infiltrare a cariilor incipiente cu sistema Iconn — un complex de rășini sintetice, care posedă de o viscozitate joasă și capacitate majoră de penetrare. Metoda dată permite păstrarea țesuturilor dure dentare (adamantina), prevenind necesitatea de preparare mecanică și obturație. Tehnologia de infiltrare este mai efektivă decât procesul de fluorizare, este indoloză și rapidă în executare.

În cazul apariției cariilor ca defect vor fi necesare preparările țesuturilor dure dentare, care la folosirea maselor moderne de refacere și a sistemelor adezive de ultimă generație, pot fi executate în dizain liber și miniinvaziv.

Una din așa tehnologii este „Băt-Keiv“ — tehnica, prepararea „peșterii liliacului“, cavitate cariată preparată cu o intrare minimală și înlăturarea dentinei afectate, fiind păstrată adamantina intactă. Cavitatea dată poate fi obturată cu flow compozitul de ultimă generație a corporației americane Dentsply — SDR — substituent deștept al dentinei. Este compozitul care manifestă cel mai mic nivel de stres al polimerizării. Se administrează într-o singură porțiune cu grosimea de 4mm, umple uniform toată cavitatea lipsită de dentină, fără ca masa să fie condensată, proces care a și argumentat numele SDR, ca substituent deștept și este eliminator de fluor.

Sisteme adezive moderne și capacitățile compozitelor de ultimă generație de a elimina F, Ca etc, au permis ca să fie aplicată pe larg, în practica stomatologică, prepararea miniinvazivă.

Direcția fundamentală a științei stomatologice moderne este tendința de a găsi semnificații noi și mult mai profunde în fenomenele biologice ale sistemelor odonton-parodontiu, dento-alveolar și de protejare ale epiteliului șanțului gingival și de joncțiune gingivo-odontală cu scopul de a trasa, bine argumentat, un tratament etiologic și patogenetic.

Prelucrarea medicamentoasă a cavităților preparate va fi executată cu folosirea soluțiilor de clorhexidină (0,05-0,5%), apă bidistilată, serul fiziologic, antiseptice de firmă Prosopol CHX, Estericiolă și, rar de tot, se va apela la apa oxigenată, care prin eliminările bulelor de gaz poate împiedica adezivității obturantelor.

Masele compoziționale cu priză chimică sau fotopolimere, pot fi administrate cu succes numai în cazul menținerii unor cerințe tactice, obligatorii și pentru tehnicile cimentelor ionomere.

Inițial pacienții vor fi instruiți într-o realizare corectă a igienei individuale a cavității bucale, ținute sub control de profesionist ( 2 examinări profilactice în an).

Altă cerință va fi cea de determinare a culorii obturantului, ulterior folosit pentru restabilirea țesuturilor afectate (de regulă nu mai puțin de trei culori ale zonelor respective — colet, ecuator, triturantă).

Cerințele moderne față de etapele de preparare a

cavităților sunt de regulă adecvate celor clasice, Black, dar și de dizain liber miniinvaziv.

Actualmente, în terapia restaurativă și cea endodontică fără aplicarea koferdamului, pentru izolare calitativă a câmpului de lucru de lichidul oral și de colonizarea microbiană activitățile terapeutice nu se permit.

Paralel cu rezolvarea problemei izolării este necesar de înțeles că restabilirea punctului de contact numai cu matricea de cea mai sofisticată formă, fără aplicarea penelor, este o realizare utopică și nici decum practico-științific argumentată. Prin urmare, în terapia restaurativă a dinților care au avut contactul fiziologic, vor fi administrate penele, obligatoriu ca o etapă de tratament.

În calitate de obturație de izolare pot fi folosite cimente stecloionomere sau remediile hidroxidului de calciu (Dycal, Calcimol, Calcipulpe, Reocap etc).

Etapa următoare va fi cea de gravaj (corodare, mordansare) a țesuturilor dure dentare (smalt — la compozitele cu priză chimică, smaltul și dentina — la cele fotopolimere). Imediat și obligatoriu se va iriga abundent cu un jet întrerupt de apă, sub un unghi ascuțit, suprafața gravată cu durata timpului egal cu cel de gravare, iar volumul irigantului va fi de 2,5-5ml. Ulterior, suprafața irigată va fi uscată cu un jet de aer îndreptat sub un unghi ascuțit protejând astfel dentina „stresată“ de gravant.

Administrarea compozitelor cu priză chimică va fi realizată într-o singură porțiune, cu un mic surplus. Rapid masa va fi modelată, ținând cont de timpul limitat al prizei chimice. În contrar, cele fotopolimerice vor fi aplicate prin obturații stratificate tip „sandwich“, cu iluminarea fiecărui strat în parte.

Lucru cu lampa galogenă insistă o protejare drastică a văzului stomatologului, asistentului și pacientului și menținerea unor cerințe față de activitatea razelor iluminate indicate spre realizarea obligatorie în instrucțiile anexate lampelor.

Masele fotopolimere, prin capacitățile lor, permit de a fi modelate fără grabă cu folosirea diverselor tonalități de culoare și de transparentă.

Ermetizarea microfisurilor și prevenirea microscurgerilor la hotarul „refacere țesut dentar“ va fi executată prin procesul de rebonding peste 2 săptămâni și postbonding.

Etapa finală va fi cea de prelucrare cu sisteme speciale de tipul Enhance a obturațiilor administrate, fiind obligatorie pentru toate obturantele compoziționale, compomere și stecloionomere.

Menționăm, că igiena orală individuală insuficientă la pacienții tratați cu compozite, compomere și cimente cu ionii de sticlă poate favoriza apariția „lize-reului de doliu“, unei linii negre la hotarul între obturant și țesutul dentar adiacent, descredințând completamente lucrarea stomatologică.

Măsurile profilactice primare și secundare acordate cu întârziere sau necalitative, vor spori complicațiile cariilor dentare în formă de pulpită și periodontită apicală cu consecințe grave locale și generale.

Va rămâne în veșnică vigoare postulatul marelui endodontist american Grossman actualul și viitorul unui tratament endodontic calitativ aparține endodonției preventive, de prevenire a îmbolnăvirii pulpare“. Reeșind din cele citate, vom folosi pe larg metoda de conservare totală a pulpei în cadrul tratării pulpitei, conform indicațiilor. Stomatologia terapeutică modernă propune de a folosi în acest scop preparate de firmă Dycal, Calcimol, Calcipulpe, Ultrablend-plus etc., capabile prin intermediul Hidroxidului de calciu să acționeze antiinflamator, ușor antiseptic și de stimulare a neodentinogenezei.

O direcție absolută nouă în terapia conservativă a pulpei sugerează rezultatele cercetărilor realizate în cadrul catedrei Stomatologice terapeutice FECMF cu folosirea preparatelor biologice autohtone de tipul BioR (V. Rudic, V. Gudumac), care imunomodulează procesele reparative pulpare în limitele de activitate fiziologică. Menționăm că procedeul dat de tratament al pulpitei insistă obligatoriu o antiseptică ideală, obținută și prin folosirea Koferdamului. Rezultatele tratamentului vor fi luate sub controlul electroodontometric și radiologic, realizat la fiecare 3 luni, până nu sunt obținute vindecarea pulpei și formarea de dentină terțiară.

Concomitent, tratamentul conservativ al pulpitei va favoriza profilaxia Hepatitei virale și SIDA.

Este bine cunoscut faptul, că efectuarea unui tratament endodontic chirurgical corect prevede permeabilizarea canalelor radiculare magistrale și accesorii cu transferarea în conuri ascuțite spre apexul fiziologic, capabil să fie ușor obturate. Permeabilizarea va fi realizată cu instrumentele endodontice moderne Kerr, Maillifer, Manj, Thomas etc, flexibile, accesibile de a suporta curburi până la 90 de grade (exemplu, instrumentul Nitiflex files) și să nu se fractureze, să lărgească canalul. Cele mai performante instrumente endodontice la moment sunt Protaperele, Pathfailele și sistema WoveOne cu care canalele radiculare de diverse curburi pot fi lărgite ușor și rapid prin tehnici moderne „de la coroană în jos“.

Cert va rămâne faptul, că nu vor fi lăsate netratate canalele radiculare impermeabile — surse de infecții cronice și sensibilizare a organismului. Canalele lipsite de accesul instrumentalizării vor fi supuse instrăinării împreună cu rădăcinile gazdă prin metodele chirurgicale (rezecție apicală, amputarea radiculară, secționarea coroano-radiculare, replantare, extragere).

Tratamentul clasic al canalelor radiculare neaccesibile instrumentalizării prin metoda de impregnare cu rezorcin-formalină (metoda Albreht) va rămâne doar în istorie. Este cunoscut că lichidul rizorcinformalinic nu numai colorează coroana dentară și anchilozează rădăcina în alveolă, dar și sporește alergizării organismului, provocând edemul Quinke, urticărie, șoc anafilactic. Va fi necesar să se știe că dintele impregnat cu lichidul Albreht va fi nefuncțional. Endodonția clinică euro-americană actualmente nu folosește rășina rezorcin formalin. Instrumentele endodontice moderne fac trecătoare toate canalele existente.

Canale bine lărgite vor fi supuse irigării antiseptice și apoi obturate. Irigările se realizează cu seringi și ace mici, fără eforturi fizice. Soluția de 2,5 — 3% a Hidroxidului de Sodiu rămâne cea mai folosită în endodonția mondială, medicația cu ea fiind executată într-un timp sumar nu mai mic de 25-30 minute. La obturările radiculare vom folosi acul Lentulo, umectat în obturantul respectiv și introdus inițial fără turații până la apexul fiziologic. Turațiile vor fi realizate prin mișcări de la apex spre orificiul radicular cu viteza de 200-300 ture.

Actualmente, cea mai modernă și prioritară metodă de obturație radiculară este cea de condensare verticală cu folosirea a două mase: prima semidură — conul de Gutapercă și a doua moale — umplătorul breșelor între conuri — sealer. Toate etapele de tratament endodontic vor fi realizate obligatoriu cu folosirea Koferdamului.

Menționăm că se va exclude contactul obturanteilor radiculare bazate pe eugenol, cu compozitele moderne (cu prizele chimică și fotopolimeră), deoarece eterul acționează stopant asupra HEMA în polimerizare și modifică esențial compozitul. În tratamentul periodontitei apicale, formele distructive, se va apela obligatoriu la criteriile unui tratament endodontic corect:

1. absența durerii imediat după tratament;
2. absența fistului imediat după tratament;
3. dinte funcțional după tratament;
4. tablou radiologic fără schimbări patologice în zona periapicală imediat după tratament, peste 6 luni și 7 ani.

Obținerea rezultatelor, corespunzătoare celor 4 criterii, insistă realizărilor terapeutice de lungă durată. Se va insista lărgirea canalelor radiculare cu acces la focarele periapicale într-o medicamentizare antiseptică, antiinflamantă și de neoosteogeneză. Pansamentele medicamentoase vor fi schimbate în canalul radicular, la necesitate după fiecare 3 luni iar celei din Ca(OH)<sub>2</sub> după fiecare 3 săptămâni până nu vor fi obținute rezultate mult așteptate.

Astfel de preparate medicamentoase, actualmente pe larg folosite în endodonția mondială sînt cele cu conținutul hidroxidului de calciu (glicodont, apexid, biocalex, calcinol). Pot fi administrate biopreparate autohtone de origine microbiană BioR, cercetate în cadrul catedrei Stomatologie terapeutice FECMF, care sunt capabile să imunomoduleze neoosteosinteza neforțată și fără epuizări de activitate celulară.

Prin urmare vom trata pacientul și nu dinții, protejând-ul de complicațiile locale și generale.

Afecțiunile periodonțiului marginal (gingivita și parodontita), vor fi tratate cu evidența pacienților apreciați după indicele CPYTN (O.M.S.). Se va ține cont de faptul, că rolul principal în tratamentul acestor afecțiuni aparține igienizării cavității orale individuale și profesionale.

Detartrajul corect devine component obligatoriu al tratamentului etiologic al parodontitei, iar menținerea igienei individuale a cavității bucale, controlate

sistematic de profesionist, va prezenta gingia sănătoasă. Astfel, folosirea celor mai sofisticate remedii de tratament al gingivitei și parodontitei, fără o igienă bucală corectă de spălare pe dinți și a spațiilor interdentare, va eșua.

Vom avea în vedere faptul că forma incipientă a parodontitei, ca cea reversibilă fiind tratată la timp și calitativ, va garanta sănătate parodontală absolută. Formele ușoare, medii și grave, fiind ireversibile, prin tratamentul complex și calitativ, pot fi stabilizate în evoluție sau pot fi frânate într-o dezvoltare mai lentă, însă nici de cum nu tratate definitiv.

Vom reieși din necesitatea tratamentului formelor ușoare, medii și grave a parodontitei cu deepitelizare obligatorie a pungii parodontale, prezentat printr-un strat subțire de epiteliu, ulcerat și capabil să prolifereze în profunzimea spațiului desmodontal cu dezlipire de la rădăcină.

Tratamentul va include măsuri terapeutice locale și generale, fiind complex și multilateral. Antiinflamantele, antisepticele, analgeticele și plastico-stimulantele locale vor fi asociate cu hiposensibilizantele, vitaminele complexe și imunomodulantele generale. Și numai în lipsa efectului curativ se va apela la tratamentul cu antibiotice de spectru larg, apreciate prin testare de sensibilitate microorganică. Tratamentul complex va prevedea obligatoriu implicările ortopedice, ortodontice și de chirurgie OMF.

În cadrul afecțiunilor parodontale generate de afecțiunile organelor interne și de sistem, așa ca diabetul zaharat, acatalazie, agamaglobulinemia, X-histiocitoazele (idiopatii) vom aprecia diagnoza ca sindrom parodontal. Astfel vom determina rolul specialistului stomatolog în tratament — el va fi cel de asanare a cavității bucale și terapie simptomatică, păstrând dreptul altor specialiști de a-și aduce aportul profesionist în tratamentul maladiilor de bază. Nu avem dreptul juridic să ne asumăm capacitățile specialităților medicale pe care nu le cunoaștem profesionist.

Stomatologii sînt obligați ca specialiști incununați cu titlul de medic să ducă evidența faptului că majoritatea manifestărilor bucale menționate ca stomatite, în general sînt o prezentare simptomatică a afecțiunilor de organe sau de sistem, fiind frecvent inițiate ca semne timpurii a astfel de maladii grave cum ar fi leucemia, agranulocitoza, pemfigusul, SIDA, boala Laiel etc.

Este bine cunoscut faptul că tratarea stomatitei aftoase cronică recidivantă, frecventă în țara noastră, cu folosirea celor mai sofisticate antiinflamante și regenerante locale combat doar temporar simptomele, sporind, în același timp, trecerii de la o formă ușoară la altele mai grave, asociate cu cicatrizări și deranje deformative. Numai consultația a mai multor medici specialiști: gastrologului, hepatologului, proctologului, endocrinologului, alergologului etc. va permite o diagnosticare corectă, capabilă să genereze un tratament general patogenetic bine argumentat. Provoacă un mare interes cercetările executate de conferențiarul A. Cușnir pe parcursul a mai multor zeci de ani, care

demonstrează că la majoritatea pacienților cu această patologie factorul cauză sunt helmintii. În majoritate manifestărilor pe mucoasă bucală stomatologii sînt obligați prin certitudine și cunoștințe profunde să dea dovadă de capacități profesionale la diagnosticarea timpurie a lor, mai ales că o parte bună din ele sunt semnele patologiilor interne. Vom trata pacientul și nu boala. Numai pe așa o cale vom spori realizării strategiei O.M.S. în stomatologia națională „Printr-o cavitate orală sănătoasă într-un organism sănătos“.

### Concluzie

Cele expuse trasează următoarele măsuri tactice obligatorii în realizarea unei activități profesionale moderne:

1. Asistența stomatologică va fi acordată indolor cu aplicarea sistemelor moderne de anestezie;
2. Sistematic vor fi aplicate sistemele profilaxiei primare și secundare;
3. Vor fi folosite la restabilirea țesuturilor dure dentare afectate de carii și distrofii dentare mase moderne obturative: cementul cu ioni de sticlă, compozite, compomere, ormocere. În larg se va administra terapia restaurativă cu folosirea SDR;
4. În tratamentul endodontic se va axa atenția în permeabilizarea obligatorie a canalelor radiculare. Rădăcinile neobturate din considerente obiective, vor fi înstrăinate prin metode chirurgicale. Lărgirea canalelor radiculare va fi realizată cu instrumente endodontice de firmă, flexibile și capabile să permeabilizeze și cele curbate până la 90 grade. Se va exclude din folosire amestecul rezorcin-formalinic;
5. Focarele distructive periapicale, apicale și localizate în alte sectoare radiculare vor fi lichidate conservativ sau chirurgical și abia apoi se va putea vorbi despre sfârșitul tratamentului;
6. În larg vor fi folosite antiseptice de firmă și mai ales cele bazate pe clorhexidină și hipocloridul de sodiu.
7. Canalele radiculare vor fi obturate cu doua mase: semidură și moi (gutapercă și umplutur moale) cu repartizarea uniformă în canal până la apexul fiziologic;
8. În lucrările pe dinți se va folosi obligatoriu sistemul de Kofferdam;
9. În diagnosticul afecțiunilor inflamatorii parodontale se va ține cont de generarea lor de afecțiunile somatice și de sistem, deoarece tratamentul va fi realizat sau numai de stomatologi, în cazul celor cauzate de placă bacteriană, și de alți profesioniști — în cadrul celor fonizate (generate). La antibiotice vom apela numai în cazuri excepționale;
10. Vom reieși din faptul că, la tratarea afecțiunilor mucoasei bucale, majoritatea din ele sînt manifestări ale afecțiunilor somatice (de sistem) și vom conlucra obligatoriu atât la diagnosticare cât și în tratament cu alți profesioniști (interniști, endocrinologi, neurologi, hematologi, imunologi etc);
11. Va deveni dominantă prevenția avansării patologiilor stomatologice.