

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 1 (14) / 2010

*Ediție consacrată aniversării de 65 ani
de la fondarea Instituției Medico-Sanitare Publice
Centrul Stomatologic Municipal Chișinău*

CHIȘINĂU — 2010

CZU 616.31:061.231
M52

ISBN 978—9975—52—006—5

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

Adresa redacţiei:

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

- © Text: ASRM, 2010, pentru prezenta ediţie.
- © Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialişti în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conţinutul şi redacţia 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 Acreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „C”.

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABII

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor habilitat 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

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Ilarion POSTOLACHI

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBATIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. Gnoinski (Elveția)

Doctor în medicină

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Svetlana MOSCALU

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

SUMAR

Teorie și experiment

Tuciac Carolina, Baban Lilia
**ROLUL TOMOGRAFIEI COMPUTERIZATE
CU RAZĂ CONICĂ ÎN STOMATOLOGIE ... 7**

Anatolie Pancenco, Ion Munteanu,
Viorica Prodan, Viorel Prodan,
Liliana Gobjila, Valeriu Gobjila
**EVALUAREA CALITĂȚII TRATAMENTULUI
ENDODONTIC ÎN BAZA SOLICITĂRII DE
CĂTRE PACIENȚI A ASISTENȚEI MEDICALE
STOMATOLOGICE ÎN INSTITUȚIILE
DE PROFIL CU DIFERITE FORME DE
GESTIONARE..... 12**

Organizare și istorie

Anatolie Pancenco, Valeriu Gobjila,
Dumitru Iaroțchii
**ACTIVITATEA IMSP CENTRUL
STOMATOLOGIC MUNICIPAL CHIȘINĂU
PE PARCURS A 65 ANI.
OBIECTIVE ȘI PRIORITĂȚI 15**

АЛЕКСАНДР ПОСТОЛАКИ
**СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ЭСТЕТИЧЕ-
СКОГО ИСКУССТВА. ЧАСТЬ I..... 18**

Odontologie—parodontologie

М.В. Шинкаренко, В.Н. Шинкаренко
**СОК КАЛАНХОЭ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТОВ 31**

М.В. Шинкаренко, В.Н. Шинкаренко
**ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «ЛЕСНОЙ
БАЛЬЗАМ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПАРОДОНТИТОВ 32**

Chirurgie OMF și Anesteziologie

Cibotari Veceslav, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas,
Constantin Bicer, Tatiana Strelîțova
**TRAUMATISMELE DENTO-
PARODONTALE 34**

CONTENTS

Theory and experiment

Tuciac Carolina, Baban Lilia
**ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY
RANGE TAPERED DENTAL..... 7**

Anatolie Pancenco, Ion Munteanu,
Viorica Prodan, Viorel Prodan,
Liliana Gobjila, Valeriu Gobjila
**QUALITY ASSESSMENT TREATMENT
ENDODONTICS ON APPLICATION
OF THE PATIENT FOR HEALTHCARE
DENTAL IN INSTITUTIONS PROFILE
OF DIFFERENT FORMS
OF MANAGEMENT 12**

Organization and history

Anatolie Pancenco, Valeriu Gobjila,
Dumitru Iaroțchii
**IMSP ACTIVITY CENTER CHISINAU
MUNICIPAL STOMATOLOGIC
OVER 65 YEARS. OBJECTIVES
AND PRIORITIES 15**

АЛЕКСАНДР ПОСТОЛАКИ
**DEVELOPMENT OF THE DENTISTRY
AND ESTETICS: MODERN CONCEPTION.
PART I..... 18**

Odontology—Parodontology

М.В. Шинкаренко, В.Н. Шинкаренко
**KALANCHOE JUICE IN COMPLEX
TREATMENT OF PARODONTITIS..... 31**

М.В. Шинкаренко, В.Н. Шинкаренко
**APPLICATION TOOTHPASTE „LESNOI
BALSAM“ IN COMPLEX TREATMENT
OF PARODONTITIS 32**

Surgery OMF and Anesthesiology

Cibotari Veceslav, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas,
Constantin Bicer, Tatiana Strelîțova
**DENTO-PARODONTAL
TRAUMATISM 34**

Ion Munteanu, Anatolie Pancenco
**TERAPIA TISULARĂ LA PACIENȚII CU
NEURALGIE TRIGEMINALĂ TRATAȚI
ANTERIOR CU METODE DE DISTRUGĂTOARE
(RADIOTERAPIE) 37**

D. Hîțu
**TRAUMATISMUL ASOCIAT AL
MAXILARULUI SUPERIOR 39**

Vasile Vlas
**METODELE DE DRENARE A PLĂGILOR
INFECTATE ALE REGIUNII
ORO-MAXILO-FACIALE 41**

Sirețeanu Oxana, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas,
Stanislav Căldărari, Tatiana Crețu
FRACTURILOR PIRAMIDEI NAZALE 43

Casapu Andrei, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas
**CLINICA, DIAGNOSTICUL ȘI RATAMENTUL
FRACTURILOR IZOLATE DE ARCADĂ
ZIGOMATICĂ 46**

Protetică dentară

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo, Grigore Țîra
**ASPECTE CLINICE DE ȘLEFUIRE SELECTIVĂ
A SUPRACONTACTELOR DINȚILOR ÎN
TRATAMENTUL PROTETIC AL EDENȚĂIEI
PARȚIALE 50**

Implantologie

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo, Grigore Țîra
**UNELE ASPECTE ALE ESTETICULUI ALB ȘI
ROȘU ÎN IMPLANTOLOGIA ORALĂ:
PREZENTĂRI DE CAZURI CLINICE 52**

Gheorghe Nicolau, Mihail Barbuț,
Iurie Marina, Mihai Enache
**UNELE PARTICULARITĂȚI A MATERIALE-
LOR DE REGENERAREA OSOASĂ UTILIZA-
TE ÎN IMPLANTOLOGIE 57**

Personalități în stomatologie

**PROFESORUL ION MUNTEANU
LA 70 ANI 59**

**IN MEMORIAM PROFESOR UNIVERSITAR
ARSENIE GUȚAN 61**

Ion Munteanu, Anatolie Pancenco
**PECULIARITIES OF TISSUE THERAPY
IN TRIGEMINAL NERVE NEURALGIA
PATIENTS PREVIOUSLY TREATED
WITH RADIATION 37**

D. Hîțu
**ASSOCITED TRAUMA OF
UPPER JAW 39**

Vasile Vlas
**ORO-MAXILLO-FACIAL REGION
WOUND DRAINAGE
METHODS 41**

Sirețeanu Oxana, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas,
Stanislav Căldărari, Tatiana Crețu
FRACTURE OF NASAL BONES 43

Casapu Andrei, Dumitru Hîțu, Vasile Vlas
**THE CLINIC, DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF ISOLATED ZYGOMATIC
ARCH FRACTURES 46**

Dental protetics

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo, Grigore Țîra
**CLINICAL ASPECTS OF SELECTIVE GRIN-
DING OF THE DENTAL OVER-CONTACTS
IN THE PROSTHETIC TREATMENT OF THE
PARTIAL EDENTATION 50**

Implantology

Aureliu Gumeniuc, Valentin Topalo, Grigore Țîra
**SOME ASPECTS OF RED AND WHITE
AESTHETICS IN ORAL IMPLANTOLOGY:
PRESENTATION OF CLINICAL CASES 52**

Gheorghe Nicolau, Mihail Barbuț,
Iurie Marina, Mihai Enache
**SOME FEATURES OF MATERIALS
FOR OSEOUS REGENERATION USED
IN IMPLANTOLOGY 57**

Personalities in dentistry

**PROFESSOR ION MUNTEANU
70 YEARS 59**

**IN MEMORIAM PROFESSOR UNIVERSITAR
ARSENIE GUȚAN 61**

MULT STIMAȚI COLEGI !!!



Ion Lupan,
dr. hab. în medicină,
prof. universitar, șef
catedră chirurgie
OMF Pediatrică și
Pedodonție, Președinte
ASRM

Decanatul Facultății Stomatologie a USMF „Nicolae Testemițanu“ și Asociația Stomatologilor din Republica Moldova, cu deosebită satisfacție, are prilejul de a Vă felicita cu ocazia aniversării de 65 ani de la fondarea IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău.

Pe parcursul a 65 de ani de existență, instituția în cauză, a acumulat bogate tradiții, profesionalismul, fiind cartea de vizită a tuturor generațiilor de medici-stomatologi, care au activat și activează aici. Bucură nespus faptul, că D-stră ați preluat cu demnitate estafeta de înaintași și munciți cu dăruire de sine în vederea ameliorării continue a asistenței medicale stomatologice prestate populației municipiului Chișinău.

Continuitatea și profesionalismul au fost și rămân trăsături definitorii ale colectivului, ele fiind susținute de colegialitate, sprijin reciproc, măiestrie înaltă, fapt ce a permis transformarea instituției, într-un Centru organizatorico-metodic cu renume în țară. În domeniul stomatologiei moderne aceasta presupune o responsabilitate dublă din partea colectivului, obligându-Vă să fiți mereu în pas cu practica și tehnologiile contemporane avansate, utilizate în domeniu în lume.

Actualmente D-stră, Vă revine sarcina de a vă afla în permanență căutare, prin munca săvârșită zi de zi, cu abnegație, contribuiți atât la crearea autorității instituției, cât și a serviciului stomatologic din Republica Moldova. Dedicându-Vă cu sinceritate și fermitate pentru a schimba starea de lucruri în bine, depunând maximum eforturi, Vă face cinste, deaceia Vă dorim din tot sufletul ca această tendință să Vă însoțească pe tot parcursul activității.

Pe parcursul acestor ani instituția în permanență a practicat, aflându-se în concurență continuă cu USMF „Nicolae Testemițanu“, ASRM, luând parte activă la diferite foruri republicane și internaționale.

Ajunși la vârsta maturității, deveniți un Centru de stagiere a studenților facultății de stomatologie, rezidenților, medicilor cursiști din țară, rămâneți un necesar izvor de sănătate și speranță pentru locuitorii municipiului Chișinău.

Vă aducem marea recunoștință pentru munca depusă, dorindu-Vă să continuați în același stil, obținând succese constante și să Vă bucurați de recunoștința pacienților.

Apreciam la justa valoare activitatea D-stră prodigioasă !!!

Noi succese, prosperitate, realizări frumoase, baftă în plan profesional și multă sănătate. Dumnezeu să vă ajute.

Vivat ! Crescat ! Floreat !

ION LUPAN,
Decan al facultății de stomatologie a
USMF „Nicolae Testemițanu“
Președinte al Asociației Stomatologilor
Republica Moldova, doctor habilitat în
medicină, profesor universitar

ROLUL TOMOGRAFIEI COMPUTERIZATE CU RAZĂ CONICĂ ÎN STOMATOLOGIE

Rezumat

CT CB este o nouă metodă imagistică de performanță înaltă pe larg folosită în stomatologie care permite un diagnostic precoce și complet al diferitor maladii oromaxilofaciale.

Principiul de lucru a tomografului Gendex CB-500 este cone-beam, fascicolul conic al razei roentghen care este amplificată și înregistrată de către un sensor de lumină foarte sensibil cu rezoluție înaltă. Distanța lineară minimă de 0,2 mm o primim tridimensional: sagital, coronal, axial, pe o suprafață maximă de diafragmare de 8 cm, micșorând doza de iradiere comparativ cu CT spirale existente.

Summary

ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY RANGE TAPERED DENTAL

CT CB is a new high-performance imagery method widely used in dentistry that allows an early and complete diagnosis of different oromaxillofacial diseases.

Working principle of the tomograph Gendex CB-500 is cone-beam, the conical beam of roentghen ray which is amplified and recorded by a very sensitive light sensor with high resolution. The minimum linear distance of 0,2 mm is received in a three-dimensional mode: sagittal, coronal, axial, on a maximum diaphragm area of 8 cm, reducing radiation dose comparatively with existing spiral CT.

Introducere

Imaginea radiologica constituie criteriul de bază la diagnosticare în stomatologie. Examenul intraoral și ortopantomografic, din păcate au posibilități reduse de diagnostic, deoarece prin intermediul lor se obține informația în maxim două planuri. În asemenea condiții, raza Röntghen obține imaginea cu suprapunerea structurilor anatomice. În aceste condiții modificările minore la debut nu întotdeauna sunt înregistrate. Aceeași situație defastă se crează în cazul gradului înalt de osteoporoză, ce nu permite definirea exactă a topografiei canalului mandibular, cel mai important factor în implantologie. Aceasta, la rindul său, foarte des duce la lezarea nervului alveolar inferior al trigemenului, ce se soldează cu parestezia sau pareza facială, linguală și bucală. Această complicație majoră poate duce la invalidizarea pacienților.

Tomografia computerizată dentară ne permite de a obține o imagine clară prin excluderea artefactelor de mișcare. Utilajul Gendex CB-500 este de ultimă generație și include opțiunea de a primi imaginea dimensională 1:1 spre deosebire de alte tomografii CT dentare a generațiilor precedente. Rezoluția înaltă și informativitatea tomografiilor dentare oferă aplicarea lui pe larg în diferite ramuri a stomatologiei. Doar puțin CT dentar primim informații despre osteodensitometria trabeculară osoasă a maxilei și mandibulei și putem determina precoce calitatea osoasă pentru osteointegrare. Construcția aparatului Gendex CB-500 prevede toate condițiile necesare pentru obținerea unei imagini statice perfecte, cum sunt: poziția așezată și relaxată a pacientului, fixarea scheletului facial prin banda magnetică, fixarea capului pacientului prin bandoleta suplimentară. Aceasta exclude greșelile de poziție la miscarea pacientului, iar prin urmare primim poziția anatomică exactă a tuturor structurilor maxilofaciale.

Scopul

Prezentarea și evaluarea metodei imagistice CT cone-beam în stomatologie.

Argumentarea utilizării metodei imagistice prin tomografie computerizată dentară în cazuri dificile de diagnostică precoce.

Carolina Tuciac
*Medic imagist,
competență tomografie
computerizată, CT-Dent*

Lilia Baban
Medic stomatolog,

Materiale și Metode

Ca material pentru această lucrare a fost luat utilajul Gendex CB-500, producție SUA, anul producerii 2009, ce funcționează în programul I-CAT. Utilajul prevede poziționarea și fixarea pacientului cu bandă mecanică și magnetică pentru excluderea artefactelor de mișcare. Rezoluția înaltă a utilajului și capacitatea rezoluțiilor tridimensionale, permite obținerea informației volumetric exacte 1Ș1, fără suprapunerea structurilor anatomice, cum se obține pe ortopantomografia și radiografia convențională.

Rezultate și Discuții

Prin tomografie computerizată dentară putem determina cu exactitate defectele alveolare, starea morfologică a canalului mandibular, al sinusurilor maxilare și prezența în ele chisturile, polipii, sinusitele, ceea ce este absolut necesar în sinus lifting.

Absolut necesar în stomatologie, în special implantologie este determinarea exactă a gradului de rezorbție alveolară a maxilei, ce poate duce în timpul manipulațiilor chirurgicale la perforarea sinusurilor maxilare, inclusiv la lezarea mucoasei Șnaider.

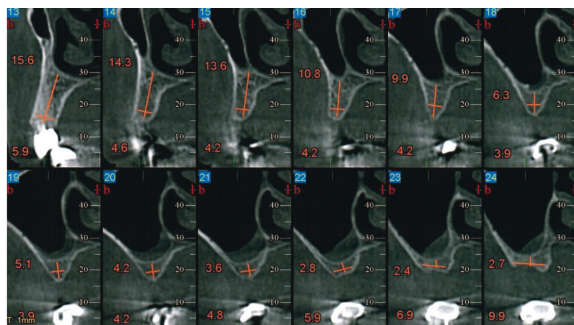


Fig. 1. Reconstrucția sagitală a maxilei.

Această complicație majoră poate duce, la rîndul său, la formarea fistulelor, surselor permanente de distribuție a diferitor infecții, chiar banale, ce se pot termina cu meningite, mucocele, și invalidizarea pacienților, uneori deces. În baza datelor existente, cunoscute și a experienței în domeniul stomatologiei altor state și regiuni, această situație nefavorabilă în diagnosticarea tardivă și uneori incompletă a patologiilor oromaxilofaciale grave și preîntîmpinarea complicațiilor majore în chirurgia maxilofacială se poate ameliora prin implimentarea tomografiei computerizate dentare.

Doza de iradiere a utilajului Gendex CB-500 funcționează în regim minim de iradiere al pacienților ceea ce este extrem de important pentru copii. Principiul de lucru al tomografului Gendex CB-500 spre deosebire de CT spiralate existente în Republica Moldova este cone-beam, adică fascicolul razei Röntgen se dispersează în forma de con, care este amplificată și înregistrată de către un sensor de lumină de sensibilitate înaltă cu rezoluție foarte înaltă. Deoarece capacitatea de diafragmare a fascicolului razei de emanație la scanarea pacientului este micșorat maximal, iar capacitatea senzorului și obținerea

imaginii este mărită maximal pînă la 4 pixel, doza de iradiere la o investigație este minimală. Deasemenea, este redus la maxim timpul de expunere pînă la 8 secunde. Doza efectiv echivalentă la o examinare prin CT dentar Gendex CB-500 constituie 1,2 mSv, ce este analogic a 2—3 doze de fon radiațional prevazut, iar comparativ 4—5 radiografii intraorale și o ortopantomografie digitală.

Comparativ cu CT spiralată, doza efectiv echivalentă de iradiere constituie 1/25 din CT spiralată. O altă prioritate este distanța lineară minimă de 0,2 mm care o putem primi pentru imaginea tridimensională scanată pe o suprafață lineară de diafragmare maximală de 8 cm. Aceasta permite obținerea unei rezoluții foarte înalte, minim 2 l/mm la o doză de iradiere mică, ce reprezintă creșterea rezoluției imaginii de 8 ori comparativ cu CT spiralat. Prin urmare, informativitatea și utilitatea CT cone-beam în stomatologie este absolut necesară. Doar prin așa examen imagistic putem obține cu exactitate o imagine clară, nu numai a dintelui în volum, dar de a determina detalii extrem de importante, cum sunt:

- Fisura periodontală
- Structura canalului radicular
- Modificările apicale pecoce minore
- Raportul exact a smalțului, dentinei și alveolei

În cazul diametrului scăzut al canalului radicular doar prin CT dentar putem diagnostica morfologia lui, poziția exactă, diverse blocaje ale acestuia prin calcinat sau denticol.

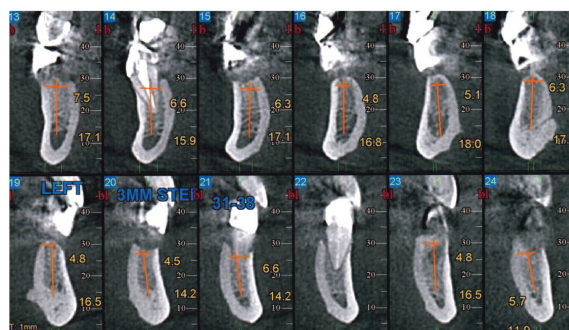


Fig. 2. Reconstrucția sagitală a mandibulei.

Doar prin CT dentar primim informații despre osteodensitometria trabeculară osoasă a maxilei și mandibulei și putem determina precoce calitatea osoasă pentru osteointegrare.

Rezoluția înaltă și informativitatea tomografiilor dentare oferă aplicarea lui pe larg în diferite ramuri a stomatologiei:

Implantologie

Tomografia conică permite chirurgului și medicului specializat în stomatologia reparatorie să creeze și să poziționeze implanturile dentare în mod optim. Utilizările și beneficiile aduse de aceste tomografii sunt prezente pe durata întregului proces, de la diagnostică la tratament și apoi la examinările post-operatorii, iar printre ele amintim:

- Localizarea și determinarea distanței față de structurile anatomice vitale

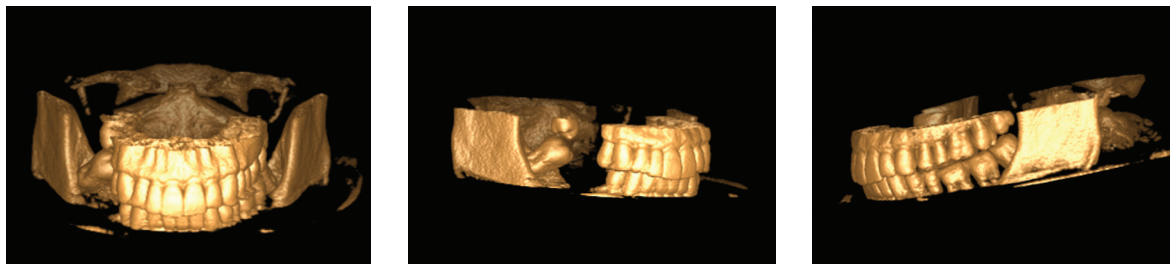


Fig. 3. Reconstrucția virtuală a structurii osoase a scheletului facial.

- Măsurarea grosimii țesutului osos alveolar și vizualizarea conturului osos
- Determinarea necesității unei grefe de țesut osos sau a unui lifting de sinus
- Selectarea celei mai bune dimensiuni și a tipului optim de implant
- Optimizarea localizării și mișcarea oblică a implantului
- Acceptarea sporită
- Timp de intervenție chirurgicală redus
- Construirea încrederii pacientului

Prin intermediul inserării ghidate a implantului în baza scanărilor CT 3D, toate beneficiile amintite mai sus sunt sporite atât de mult încât chirurgul poate aborda fiecare caz cu o încredere ce vine din siguranța că au fost folosite cele mai bune tehnologii și informații vizuale existente pentru garantarea succesului.

Ortodonție

Ortodonția s-a bazat în mod tradițional pe radiografiile bidimensionale pentru evaluarea unor structuri tridimensionale. Cu imagistica CT cu fascicul conic sunt posibile o diagnoză ortodontică completă și o planificare mai completă a tratamentului, prin faptul că sunt permise:

- Vizualizări 3D ale structurilor vitale
- Evaluarea 3D a poziției și anatomiei dintelui afectat
- Estimarea ATM a anatomiei condililor în trei dimensiuni
- Planificarea tratamentului pentru chirurgia proprotetică și estimarea creșterii în imagistica realiști ca 1:1
- Evaluarea căilor respiratorii
- Planificarea inserării implanturilor dentare atât pentru restaurarea dentară sau ancorarea ortodontică cât și pentru poziționarea dispozitivelor de ancorare temporare (TAD).
- Evaluarea simetriei sau asimetriei structurii osoase

Incluzii

Scanările CT cu fascicul conic oferă o evaluare mai fidelă, tridimensională, pentru a oferi rezultate mai ușor de prevăzut în urma tratamentelor în timp ce sunt reduse riscurile asociate cu orice dinte inclus:

- Vizualizarea poziției dintelui inclus față de structurile vitale înconjurătoare și față de dinții și rădăcinile din apropiere
- Evaluarea mai bună a riscului tratamentului sau lipsei acestuia. în baza unei analize tridimensionale mai corecte

Studii ale sinusurilor și ale căilor respiratorii

Informațiile volumetrice obținute din evaluări CBCT pot fi folosite pentru a vizualiza sinusurile și întregul tract respirator de la intrările nazale și orale până la spațiile din laringe pentru:

- Identificarea limitelor anatomice
- Determinarea gradului de infecție și a prezenței polipilor
- Asistența în studierea căilor respiratorii pentru diagnosticarea și tratarea apneei în somn de tip obstructiv
- Calculul volumului real al spațiului respirator
- Determinarea punctului de constricție a căilor respiratorii

Patologie

Scanările CBCT oferă un mod îmbunătățit de vizualizare și studiere a proceselor patologice din maxilar și mandibulă. Aceste informații sunt neprețuite în timpul planificării oricărui tip de efort chirurgical, pentru biopsie sau rezecție. Informațiile pot fi folosite pentru a:

- Oferi imagini tridimensionale ale anomaliilor țesutului dur
- Oferi informații mai precise cu privire la dimensiune, mărime, localizare și relația cu structurile anatomice apropiate
- Monitoriza progresul patologic precum și succesul tratamentului prin folosirea scanărilor multiple

Endodonție

Deși radiografiile convenționale sunt mai practice și mai adecvate procedurilor endodontice de zi cu zi, informațiile volumetrice din scanările CBCT pot oferi imagini seriale axiale, coronare și sagitale ce nu pot fi obținute prin radiografii convenționale precum și abilitatea de a reduce sau elimina suprapunerea structurilor din jur facilitează vizualizarea zonelor de interes în mod tridimensional. Aceasta asigură informații de diagnostic relevante din punct de vedere clinic și are multe aplicații potențiale pentru endodonție, printre care enumerăm:

- Identificarea și diagnosticarea mai precisă a afecțiunilor periapicale decât radiografia convențională
- Vizualizarea anatomiei țesutului intern obscur și a sistemelor de rădăcini
- Evaluarea proceselor de resorbție interne și externe la nivelul rădăcinii
- Identificarea fracturilor de rădăcină și alte zone de traumă

- Comparații volumetrică și de densitate a țesutului osos periradicular ca urmare a tratamentului endodontic pentru a evalua gradul de succes sau de eșec
- Planificare pre-chirurgicală

Articulația temporomandibulară (ATM)

Evaluarea corectă a articulației temporomandibulare (ATM) a fost dificilă din cauza suprapunerii altor structuri în radiografiile convenționale. Cu imagistica CT cu fascicul conic, este posibil acum să:

- Evaluăm anatomia condililor din ATM fără suprapunerea și distorsionarea imaginii
- Obținem o imagine realistă 1:1 a structurilor condililor pentru evaluări mai precise

Parodontie

Dezavantajul radiografiilor convenționale bidimensionale pentru o corectă evaluare parodontică este ocolit prin analizele tridimensionale și transversale ce ajută la evitarea surprizelor întâlnite deseori în timpul chirurgiei parodontale.

- Analiza defectelor parodontale ale țesutului osos pe toate laturile fiecărui dinte
- Evaluarea gradului de implicare a bifurcațiilor
- Evaluarea progresului pierderii de țesut osos din cauza bolii parodontale avansate
- Planul de tratament pentru implanturi dentare prin evaluarea parametrilor osoși precum lățimea, adâncimea și densitatea osului
- Vizualizarea structurilor vitale precum sinusul maxilar, foramenul mental și nervul mandibular înainte de intervențiile chirurgicale parodontale sau de implant

Chirurgie orală

Pe lângă inserarea implanturilor, scanarea cu fascicul conic CT este și o unealtă neprețuită de diagnostic și tratament în domeniul chirurgiei orale pentru:

- Determinarea poziției tridimensionale precise a unui dinte în cadrul osului alveolar și a modului în care această poziție relaționează cu structurile vitale pentru extracții și incluzii
- Vizualizarea țesuturilor dure și moi pe computer în trei dimensiuni pentru a planifica intervențiile chirurgicale maxilo-faciale
- Generarea de modele stereolitice (STL) CAD-CAM la dimensiuni reale pentru planificarea și pregătirea intervențiilor chirurgicale
- Monitorizarea modificărilor scheletului, modificări ale tractului respirator capacitatea de osteointegrare

Posibilitatea obținerii reconstrucțiilor tridimensionale cu capacitatea lineară de până la 0,2 mm în profunzime permite de a evita asemenea complicații, cum sînt:

- Reziduum dentar de dimensiuni mici în porțiunea posterioară osoasă palatinală – frecvent întâlnit post traumatic.
- Dinte inclus și raportul folicolului dentar cu formațiunile vasculare și nervoase adiacente.
- Debutul lizei clastice incipiente în tumori.

- Perforarea sinusurilor maxilare și canalului mandibular în cazul aplicării implantelor la pacienții edentate, în special cu boli concomitente ce sporesc osteoporoza și atrofierea creștelor alveolare a ambelor arcade.
- Determinarea gradelor de osteointegrare.
- Diagnostic diferențial în opacități modificate la radiografia convențională prin posibilitatea aprecierii tomodensitometriei în valori exacte.
- Raporturile exacte al structurilor patologice dezvoltate al scheletului facial și aparatului dentar în malformațiile congenitale și dobândite absolute necesare pentru intervenții chirurgicale, plastia osoasă după traumatisme grave și rezecția tumorilor.
- Diagnosticul endodontic (anatomie ectopica dificilă, complicații precoce și tardive dentare).
- Traumatisme neuromaxilofaciale și radiclelor dentale izolate.
- Implantologie.
- Autotransplante dentare.
- Procese patologice ale periodontului.
- Patologiile articulației temporomandibulare.
- Tumori și plastii postrezecționale.

Deja în toate statele învecinate de pe teritoriul European, inclusiv țările CSI, nu manipulează nici un pacient în situațiile descrise fără tomografie computerizată dentară. Experiența lor a dovedit practic că este absolut necesar pentru evitarea complicațiilor incipient de a efectua obligatoriu CT dentar.

Concluzii

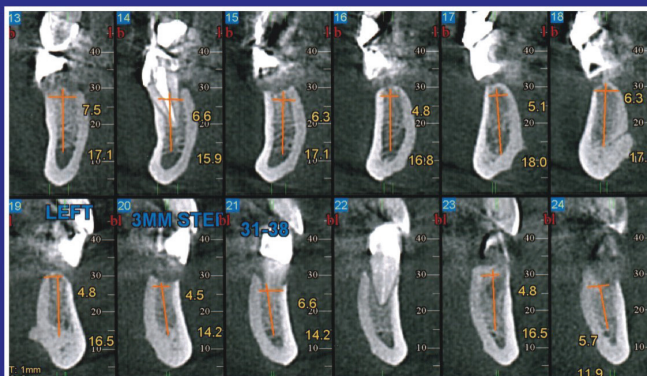
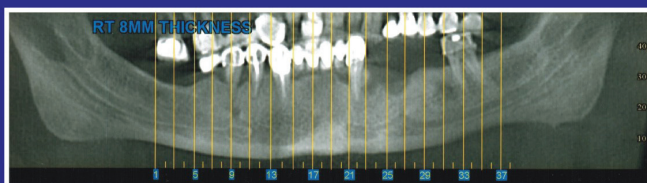
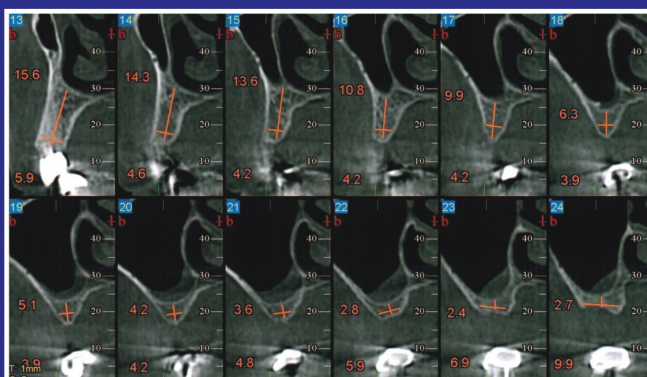
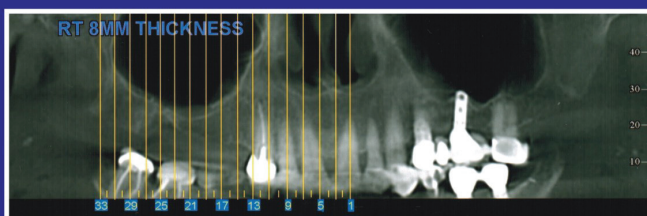
1. CT CB Gendex-500 este eficient și avantajos în diagnosticul precoce stomatologic, unde se cere exact imagistic de a obține structurile anatomice, în special zonele sensibile importante.
2. Metoda radioimagistică CT dentar este o metodă cu performanță înaltă necesară în activitatea medicului stomatolog și nu în ultimul rînd spre binele pacientului.
3. Pentru evitarea complicațiilor în tratamentul terapeutic și chirurgical în stomatologie este absolut necesar de a efectua tomografie computerizată dentară.

Bibliografie:

1. Pașaportul tehnic Gendex CB-500
2. „Лучевая диагностика и лучевая терапия в стоматологии”; Приходько А.Г.; Издательство: Феникс, 2008,
3. „Perfection of dental root canals X-Ray study (lab-clinical study)” A.P. ARZHANTSEV, Z.R. AKHMEDOVA, S.A. PERFILIEV, YU.A. VINNICHENKO; Central Research Institute of Stomatology and Maxillofacial Surgery, Moscow
4. Мчедлидзе Т.Ш., Касумова М.К., Чибисова М.А., Дударев А.Л. Трехмерный дентальный компьютерный томограф 3D; Ст-Петербург: МЕДИ издательство 2007
5. Рабухина Н.А., Ставицкий Р.В., Сахарова Э.Б. и др. Радиационная безопасность в челюстно-лицевой рентгенологии. Вестн рентгенол 1993



- *Vizualizarea celor mai mici detalii*
- *Doza de iradiere minimală*
- *Investigare de scurtă durată*



EVALUAREA CALITĂȚII TRATAMENTULUI ENDODONTIC ÎN BAZA SOLICITĂRII DE CĂTRE PACIENȚI A ASISTENȚEI MEDICALE STOMATOLOGICE ÎN INSTITUȚIILE DE PROFIL CU DIFERITE FORME DE GESTIONARE

Anaolie Pancenco,
Ion Munteanu,
Viorica Prodan,
Viorel Prodan,
Liliana Gobjila,
Valeriu Gobjila

IMSP Centrul
Stomatologic Municipal
Chișinău

Rezumat

În condițiile unei evaluări semnificative a tehnologiilor moderne de profilaxie și tratament, în cadrul instituțiilor stomatologice cu diferite forme de proprietate, dotarea acestora cu materiale de obturație, instrumentar și utilaj performant, gradul de solicitare de către populație a serviciilor stomatologice continuă să fie în creștere permanentă datorită raportului direct între sporirea semnificativă a cariei dentare complicate, și nivelul de cultură igienică orală a populației. Calitatea tratamentului endodontic aplicat influențează direct longevivitatea funcționalității aparatului dento-maxilar prin micșorarea considerabilă a ratei de complicații tardive pe parcurs.

Summary

QUALITY ASSESSMENT TREATMENT ENDODONTICS ON APPLICATION OF THE PATIENT FOR HEALTHCARE DENTAL IN INSTITUTIONS PROFILE OF DIFFERENT FORMS OF MANAGEMENT

In a meaningful assessment of modern medical technology and preventive dental treatment in institutions with different forms of ownership, providing them with filling materials, instruments and equipment performance, degree of application of the public dental services continue to be in constant growth. Due to the significant increase directly with complicated dental caries and oral hygiene level of culture of the population. Quality Endodontic treatment applied directly influences longevity Jaw device functionality by considerably reducing the rate of complications late in the process.

Introducere

Indicii morbidității dento-orale dau o informație amplă referitor la sănătatea populației, dezvăluie particularitățile decurgerii maladiilor dento-orale în societate, caracterizează frecvența și gravitatea acestor maladii dento-orale.

În baza rezultatelor studiului morbidității dento-orale conform datelor adreabilității putem planifica serviciile stomatologice și elabora acțiunile de acordare a asistenței medicale stomatologice populației. Studiul dinamic al morbidității dento-orale permite de a evalua eficacitatea măsurilor întreprinse. Structura și răspândirea maladiilor principale ale organelor cavității bucale ale pacienților, care solicită instituții medicale cu diferite forme de gestionare, sunt un fundament inițial în determinarea cererii contingentului dat pentru forme diverse de ajutor stomatologic cu plată.

În ultimele decenii în Republica Moldova, în condițiile unui progres semnificativ privind implementarea noilor tehnologii în cadrul instituțiilor stomatologice cu diferite forme de proprietate, înzestrarea acestora cu materiale de obturație și preparate medicamentoase moderne, instrumentar și utilaj performant, gradul de solicitare a medicilor stomatologi de către populație a devenit destul de înalt. Problema tratamentului endodontic la moment rămâne actuală, ce este argumentat prin răspândirea cariei dentare complicate.

Datele reflectate în literatura de specialitate și analiza rezultatelor cercetărilor clinice a organelor cavității bucale privind activitatea instituțiilor de profil denotă că gradul de răspândire a diferitelor forme de carie dentară în rândul populației republicii este de $98,69 \pm 0,22$ %. Nivelul de răspândire a cariei dentare la persoanele cu vârsta cuprinsă între 36—45 de ani este de 100%. Răspândirea cariei complicate constituie 93%. În medie, numărul dinților afectați cu forme grave de carie în cazul unui pacient examinat este de 5,37, dintre care 2,51 dinți au fost supuși anterior

tratamentului endodontic, iar numărul dinților extrași atinge o cifră medie de 3,54. Potrivit estimărilor, fiecare pacient adult are câte 3—6 dinți care necesită aplicarea neîntârziată a unei terapii endodontice, iar 2/3 dintre aceștia necesită un tratament repetat. În figura nr. 1 sunt expuse date referitoare la diagnozele primare ale pacienților din instituțiile medicale cu diferite forme de gestionare.

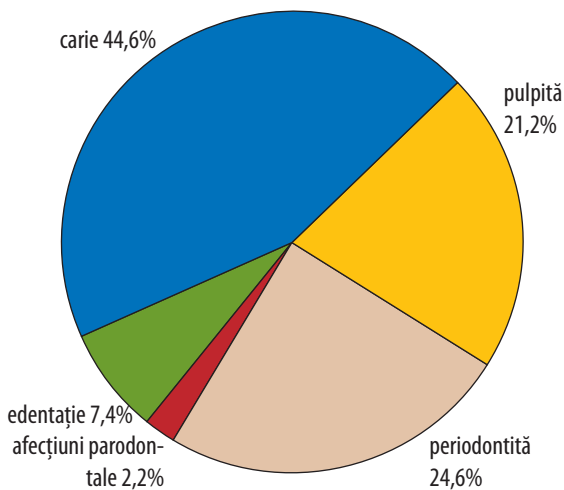


Figura 1. Forme de gestionare la diagnozele primare ale pacienților

Agravarea cariei dentare în lipsa tratamentului necesar sau a neglijării acestuia poate declanșa procese odontogene acute în regiunea maxilo-faciale — una dintre cele mai stringente probleme în domeniul stomatologiei.

Scopul prezentei lucrări rezidă în studierea rezultatelor tratamentului endodontic în baza solicitării de către pacienți a asistenței medicale stomatologice în instituțiile medicale cu diferite forme de gestionare.

Materiale și metode.

Pornind de la cele expuse, ne-am propus de a studia calitatea tratamentului endodontic conform adreșabilității populației urbane a municipiului Chișinău. Metodica de studiere, aplicată în această lucrare, a fost structurată în corelație cu cerințele statisticii moderne și experiența acumulată în cercetările de acest gen (Mureșanu P., Căraușu E.).

Investigația de față a fost realizată la baza IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău. A fost efectuată o analiză retrospectivă a datelor clinice de examinare stomatologică roentgenologică a 1071 de pacienți cu vârstele cuprinse între 19 și 65 de ani, dintre care persoane de genul feminin — 674, iar persoane de genul masculin — 397 și persoane care au beneficiat de asistență medicală stomatologică în cadrul instituțiilor de profil stomatologic din municipiul Chișinău cu diferite forme de proprietate (tabelul 1, 2).

Tabelul 1. Repartiția respondenților după vârstă

RATE	Volumul eșantionului	Ponderea respondenților după vârstă					
		19-25 ani	26-35 ani	36-45 ani	46-55 ani	56-65 ani	Peste 66 ani
Absolute	1071	89	426	403	98	42	13
Relative (%)	100	8,0	40,0	38,0	9,0	4,0	1,0

Tabelul 2. Repartiția respondenților după sex

RATE	Volumul eșantionului	Ponderea respondenților	
		bărbați	femei
Absolute	1071	397	674
Relative (%)	100	37,1	62,9

Toți pacienții au fost examinați cu scopul depistării dinților tratați anterior pe cale endodontică și evaluării rezultatelor tratamentului efectuat. Examenle clinice au inclus: înregistrarea acuzelor, efectuarea unui sondaj, examinări obiective, înregistrarea simptomelor clinice ale patologiei endodontice. Toți pacienții au fost supuși unui examen ortopantomografic minuțios, efectuarea roentgenoscopiei respective a dinților având drept scop confirmarea tabloului roentgenologic al danturii. Evaluarea statutului stomatologic s-a efectuat în baza următorilor parametri:

- numărul dinților supuși unui tratament endodontic,
- numărul dinților extrași,
- numărul dinților cu canale plombate calitativ,
- numărul dinților cu canale plombate necalitativ,
- numărul dinților cu semnalmente distructive în regiunea apexului a parodontului.

Un rezultat calitativ important al tratamentului endodontic era considerată plombarea omogenă în limitele canalului dentar la o adâncime de 1 mm de la apexul roentgenologic al rădăcinii. Starea parodontului terminal era apreciată după următoarele criterii: fisura periodontală nu este lărgită sau lărgirea este moderată, în regiunea de vârf a rădăcinii, tabloul roentgenologic al osului este în limite normale.

Rezultate și opinii.

În urma analizei minuțioase a ortopantomogramelor a 1071 de pacienți de diferite categorii de vârstă s-a stabilit că numărul dinților devitali este de 7154, iar a celor extrași — de 3714. În funcție de nivelul diferit de obturare a canalelor radiculare ale danturii, integritatea coroanelor dentare, restabilite cu plombe și coroane artificiale, au fost identificate procese distructive pe porțiuni de peste 2 mm în cazul a 1848 de dinți. Din 7154 de dinți 3076 (43%) s-au dovedit a fi obturat integral. 2947 de dinți (41,2%) necesitau intervenții endodontice repetate. În cazul a 343 de dinți (4,8%) au fost depistate frânturi de instrumentar medical sau canale neplombate și procese distructive în unele apexuri. În cazul a 214 dinți (3%) s-a depistat deteriorarea integrală a coroanelor dentare. Perforări ale rădăcinii și ale părții inferioare a dintelui s-au depistat în cazul a 150 de dinți (2,1%). Eliminarea unei cantități substanțiale a materialului de plombare peste apexuri s-a înregistrat în cazul a 422 de dinți (5,9%) care aveau canalele plombate.

Pe parcursul analizei dinților devitali și extrași pe maxilă și mandibulă s-a elucidat un fapt extrem de curios. Astfel, în cazul persoanelor care fac parte din categoriile de vârstă 19—25 și 26—35 de ani procesele distructive se întâmplă mai frecvent în grupul dinților masticatori, ceea ce constituie 73%, grupului

frontal dentar revenindu-i 27%. De asemenea, în cazul persoanelor care fac parte din categoriile de vârstă de 36—45 și 46—55 de ani procesele distructive se înregistrează în special în grupul dinților masticatori — 82,1% din cazuri, afectarea dinților frontali înregistrându-se mai frecvent la maxilă — 15,9%, iar 2% — în cazul dinților frontali de pe mandibulă. În cazul persoanelor care fac parte din categoria de vârstă de 56-65 de ani procesele distructive ale dinților masticatori afectează 83,2% din dantură, ale dinților frontali de pe maxilă — 13%, iar ale dinților frontali de pe mandibulă — 3,8%.

Concluzii.

1. Compararea calității obturării canalelor radiculare cu starea parodontului apical demonstrează o axiomă: cu cât mai calitativă este obturat canalul radicular, cu atât probabilitatea apariției proceselor distructive este mai mică.
2. În urma analizei roentgenologice a nivelului calității tratamentului endodontic aplicat persoanelor examinate în lucrarea de față s-a stabilit: canalele dentare plombate integral constituie 43% din suprafața totală a danturii pacienților.
3. Potrivit informațiilor de care dispunem, formele grave de carie dentară complicată se înregistrează în special la persoanele care depășesc vârsta de 36—45 de ani.
4. Extracția în masă a dinților, potrivit informațiilor noastre, este mai frecventă în cazul persoanelor care au depășit vârsta de 46—55 de ani.

Bibliografia selectivă.

1. Andreescu C., Cherlea C., Ioana Cherlea. Concepții actuale în tratamentul medicamentos endodontic. //București, Revista stomatologiea, 1995, vol. XLII, nr. 1 -2, p. 11 — 17.

2. Bodrug V. Evaluarea simptomelor clinice ale periodontitelor apicale. //Anale științifice ale USMF „Nicolae Testițanu“, Proleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 14-16.X.2004, p. 543 — 547.
3. Burlacu V. Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale. //Probleme actuale de stomatologie. Congresul X al AS RM, Chișinău, 7 — 8.IX.1999, p. 11 — 14.
4. Burlacu V., Cușnir A., Carlateanu A., Eni A., Zagnat V., Ursu E. și alții. Combaterea rațională a proceselor inflamatorii parodontale. //Probleme actuale de stomatologie. Congresul XII al AS RM, Chișinău, 3 — 4.X.2003, p. 10 -12.
5. Burlacu V., Fala V. Secretele endodontologiei clinice. Ghid practic. CCRE „Presa“. Chișinău, 2007, 132 p.
6. Cărăușu E. Evaluarea gradului de satisfacție a pacientului — indicator de monitorizare a calității serviciilor stomatologice. // Tehnici și metode în medicina stomatologică. Medicina stomatologică. Supliment Iași, 1999, p. 203 — 214.
7. Mureșanu P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. // București, Ed. Medicala, 1989, 573 p.
8. Pancenco A. Serviciile stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2007, 175 p.
9. Sirbu S., Nicolau-Gorea A., Kijner A., Bodrug V. Necesitatea tratamentului endodontic și incidența periodantitelor cronice. //Probleme actuale de stomatologie. Congresul X al AS RM, Chișinău, 7 — 8.IX.1999, p. 62 — 63.
10. Sorin Loghin. Radiodiagnosticul afecțiunilor odonto-parodontale. // București, 1998, p. 73 — 105.
11. Șcerbatiuc D., Topalo V., Ouatu V., Popovici T., Socolov S. Organizarea asistenței de chirurgie oro-maxilo-facială în condiții actuale în RM. Congresul X al AS RM, Chișinău, 7 — 8.IX.1999, p. 84 — 86.
12. Ursu E. Tratamentul rațional endodontic al periodontitelor apicale cronice. Teza de doctor în științe medicale. Chișinău, 2000, 107 p.
13. Боровский Е.В., Мылзенова Л.Ю. Оценка обоснованности диагноза и надежности пломбирования корневых каналов при эндодонтическом лечении. Ж. Клиническая стоматология, 2000, № 3, с. 46 — 49.
14. Шифр Томас. Цифровая рентгенография. Dent Art, 2002, № 3, с. 46 — 48.
15. Щербатюк Д.И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кишинев, 1987, Штиинца.

ACTIVITATEA IMSP CENTRUL STOMATOLOGIC MUNICIPAL CHIȘINĂU PE PARCURS A 65 ANI. OBIECTIVE ȘI PRIORITĂȚI.

Rezumat

Pe parcursul istoric a 65 ani de la fondare, serviciul stomatologic ca parte componentă a serviciilor medicale integrale acordate de către instituțiile de stat, s-a afirmat ca un element autonom, avînd ca obiectiv prioritar calitatea serviciilor medicale prestate. La baze oformării și dezvoltării serviciului stomatologic ca structură medicală prosperă, pe parcurs exercitîndu-și rolul de promotor al pregătirii medicilor de profil stomatologic, tehnicienilor dentari, și asistentelor medicale pentru instituțiile stomatologice atît municipale, cît și republicane, a fost și continuă să rămînă IMSP Centrul Stomatologic Municipal.

Summary

IMSP ACTIVITY CENTER CHISINAU MUNICIPAL STOMATOLOGIC OVER 65 YEARS. OBJECTIVES AND PRIORITIES

During the 65 years history of its foundation, dental care as part of full medical services provided by state institutions, stated as an independent element, with the priority objective quality medical services. The foundation and development of dental care as medical structure prosperous journey executing its role of promoter of training physicians dental profile, dental technicians and dental nurses for both municipal institutions, as well as Republican, has been and continues to remain IMSP City Dental Center.

Introducere:

Sistemul stomatologic național are marea onoare a fi martor ocular al unui moment de solemnitate, ce ține de istoria evoluției asistenței medicale stomatologice din municipiul Chișinău. Este determinat faptul că sporirea nivelului calității asistenței medicale stomatologice acordate populației denotă un aspect atît medical, cît și social-economic. Stomatologia municipiului Chișinău din cei 65 ani a existenței sale a căpătat noi aspecte. Pe parcurs au fost implementate un șir de tehnologii contemporane de tratament și profilaxie a maladiilor stomatologice, sau afirmat sigur relațiile de piață în această ramură, s-a determinat scopul principal al specialității ca component principal fiind calitatea serviciilor medicale stomatologice acordate populației deservite. În ultimii ani, avînd un început spontan, s-a dezvoltat și s-a afirmat sectorul privat al serviciului stomatologic, activitatea căreia necesită o analiză amplă și o dirijare complexă de stat. Parțial, serviciile stomatologice sînt incluse și în spectrul de acordare a asistenței medicale în cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM). În aceste condiții, în viziunea noastră, fără o analiză complexă a etapelor istorice de oformare a serviciului stomatologic din municipiul Chișinău, este imposibilă o prognozare de succes a dezvoltării lui în viitor.

Scopul lucrării constă în evaluarea și elucidarea etapelor de oformare și dezvoltare a serviciului stomatologic municipal, fiind determinate obiectivele istorice ale trecutului, prezentului și viitorului său.

Materiale și metode:

Este făcută analiza și îndeplinit studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral, care ne-a permis ca să fie făcute diferite tipuri de comparații, ce țin de dezvoltarea serviciului medical stomatologic, managementul resurselor umane, a unor indicatori de activitate pe parcurs a 65 ani de la fondare.

Rezultate și discuții:

Pînă în anul 1945 în Republica Moldova inclusiv orașul Chișinău exista un sistem particular de asistență medicală stomatologică, în mediul urban și rural

Anatolie Pancenco,
Valeriu Gobjila,
Dumitru Iarotchi

*IMSP Centrul
Stomatologic Municipal
Chișinău*

practicau dentiști calificați prin ucenicie sau dentiști ocazionali.

La începutul lui 1945 autoritățile publice locale și Ministerul Sănătății au adoptat decizia de a deschide în capitala Moldovei o Policlinică de tratare a dinților, iar la 15 martie a și fost semnat ordinul cu nr. 31 al Secției Ocrotirii Sănătății a Comitetului Executiv al orașului Chișinău. În acest scop policlinicii i-a fost destinat un sediu păstrat după război, pe str. Cupecescaia, 48 (astăzi str. Hîncești). Care fiind reparat într-un timp relativ scurt, a fost amenajat pentru funcționare. În funcție de prim conducător a fost numit doctorul Efim Levinzon (1945 — 1950). Grație unei munci asidue de organizare a activității, începînd cu 15 octombrie același an Policlinica dentară centrală, și-a deschis ușile începînd primirea pacienților, fiind instalate 5 locuri de lucru pentru tratamentul dentar, 3 locuri pentru protezarea dentară. Totodată fiind completate statele (27 angajați), care urmau să asigure asistența medicală dentară celor 120000 de locuitori ai orașului Chișinău și populației comunelor adiacente:

Bacioi, Buiucani, Sculeanca (Sculeni), Muncești, Stăuceni și altor localități. Treptat, au început căutărilor de aplicare în practică a noilor metode și forme moderne de diagnostic, tratament și profilaxie a diferitor maladii dentare impunîndu-se și necesitatea perfecționării continue a serviciilor medicale prestate. De menționat, că pe parcursul primului an de activitate asistența medicală stomatologică a fost acordată în volum de 36400 vizite.

Pe perioada acestor ani instituția noastră s-a format, a crescut, întîmpinînd obstacole și perioade mai favorabile maturizîndu-se aidoma unui arbore, și trecînd prin toate etapele de dezvoltare. În anii 1948—1958 în colectivul policlinicii au fost atrași tineri specialiști, după participarea la război. Cu încadrarea acestor specialiști, activitatea policlinicii s-a înviorat, a crescut posibilitatea de a acorda asistența medicală stomatologică unui număr mai mare de pacienți.

Pentru asigurarea calității asistenței medicale stomatologice, anual personalul policlinicii întocmește planuri de aplicare în practică a noilor metode de diagnostic, tratament și profilaxie a maladiilor stomatologice de perspectivă.

Spre exemplu, în scopul profilaxiei cariei dentare în anul 1950 se efectuează aplicarea pastei de fluor 75% la elevii școlilor din orașul Chișinău, ce aveau dentiția permanentă. Mai apoi din anul 1952 începe asanarea stomatologică a elevilor în școli prin organizarea brigăzilor mobile specializate.

În perioada anilor 1959—1982 o deosebită atenție se acordă dezvoltării bazei tehnico-materiale și cadrelor medicale, realizării măsurilor decisive, pentru modernizarea procesului de tratament a afecțiunilor stomatologice. Concomitent cu transferul policlinicii în sediul de pe bd. Negruzzi, 3 numărul majorat de cabinete din acest edificiu, permitea a acorda o atenție și mai sporită asistenței medicale stomatologice populației orașului Chișinău. Astfel, fiind reinnoit utilajul, a fost reorganizată asistența medicală stomatologică, în

deosebi revăzută metoda asanării cavității bucale, planificată copiilor. Prima dată, în anul 1960, în Republica Moldova, se deschide și funcționează secția stomatologică pentru copii, care a devenit baza principală pentru dezvoltarea stomatologiei pediatrice integral pentru țară. Specificul activității secției stomatologice pentru copii a fost activitatea în instituțiile preșcolare și școlare.

În această perioadă apar primii medici stomatologi — ortodonți. Un rol important în dezvoltarea stomatologiei autohtone a avut deschiderea secției medico — dentare la „Școlala Medicală din Chișinău“, apoi în 1959 în cadrul „Institutului de Stat de Medicină“ fiind deschisă facultatea de stomatologie. Din acest moment, policlinica își asumă misiunea de a deveni baza principală de pregătire a medicilor de profil stomatologic, tehnicienilor dentari și asistentelor medicale pentru instituțiile stomatologice din republică. Anul 1964 devine un an important pentru stomatologia republicii: — deoarece anume în acest an, rîndurile medicilor stomatologi au fost completate de primii absolvenți ai Facultății de stomatologie a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, care a celebrat în anul 2009, 50 de ani de la fondare. Mulți din primii absolvenți ai facultății au fost repartizați în instituția noastră, unii dintre ei, activează și pînă în prezent.

În acești ani dificili, cînd se maturiza instituția noastră, problema asigurării populației municipale cu asistență medicală stomatologică nu era nici pe departe soluționată, rămînea încordată și pe parcurs, din care motiv, în cadrul policlinicilor de circumscripție s-au deschis secții, cabinete stomatologice (AMT Centru, Botanica, Buiucani, Ciocana, Rîșcani).

Tot în această perioadă, problema construcției unei policlinici stomatologice tip, rămînea a fi una dintre cele mai strigente. În acest context, în anul 1977, Guvernul Republicii Moldova adoptă Hotărîrea cu privire la construcția unei policlinici stomatologice, conform unui proiect tip individual și chiar în acest an se pune prima piatra de temelie pentru construcția Policlinicii Stomatologice, care în decembrie anul 1981 este dată în exploatare și de atunci începe activitatea cea mai mare Policlinică Stomatologică din țară. Totodată, în fostul sediu al policlinicii în anul 1982, se deschide Policlinica Stomatologică orășenească pentru copii.

În perioada anilor 1983—1995 activitatea policlinicii se desfășoară în condiții relativ stabile și favorabile. Volumul și nivelul asistenței medicale stomatologice circumscripțiilor de deservire, considerabil majorîndu-se. Colectivul Policlinicii Stomatologice orașul Chișinău a fost decernat cu Diploma de Onoare a Colegiului Ministerului Sănătății URSS, pentru succesele obținute în activitate.

La fiecare perioadă de activitate, colectivul instituției noastre s-a conformat necesităților, cerințelor și intereselor populației municipiului Chișinău. Foarte relevantă în acest sens s-a dovedit a fi perioada anilor 1996 pînă în prezent. Sînt bine cunoscute dificultățile și problemele ce au fost prezente pe parcurs în această perioadă. În anul 2000, în conformitate cu ordinul

Departamentului Sănătății al Primăriei municipiului Chișinău nr. 36 din 24.03.2000 „Despre activitatea serviciului stomatologic municipal“, noi am început a asigura continuarea acordării asistenței medicale stomatologice populației din contul mijloacelor financiare speciale (la cont special), în conformitate cu prevederile Regulamentului respectiv. Prin ordinul acesta a fost confirmată structura serviciului stomatologic municipal. Policlinica stomatologică orașenească se confirmă în Centrul Stomatologic Municipal la cont special.

În anul 2003, în baza Centrului Stomatologic Municipal a fost creată Instituția Medico-Sanitară Publică Centrul Stomatologic Municipal Chișinău. Prin urmare, pe parcursul celor 65 de ani de existență, IMSP Centrul Stomatologic Municipal, dintr-o policlinică cu o capacitate de muncă mică, modestă, fiind de categoria a IV se transformă într-un Centru modern cu toate secțiile și cabinetele auxiliare funcționale, conform standardelor de așa tip, necesare pentru acordarea asistenței medicale stomatologice la cel mai înalt nivel. În această perioadă istorică de activitate, au fost asanați peste 296000 mii pacienți, ceea ce ne permite să concluzionăm, că aproximativ fiecare al trei-lea locuitor al orașului Chișinău, frecventează IMSP CSM, iar peste 6000 de specialiști în domeniu pe parcursul activității s-au pregătit și perfecționat la baza Centrului nostru.

Actualmente IMSP Centrul Stomatologic Municipal include în organigrama sa două secții: curativă și protetică dentară. Cea mai mare bogăție, în opinia noastră, a fost și rămâne colectivul instituției, alcătuit din medici profesioniști, asistente medicale sîrguincioase, tehnicieni dentari iscusiți. La moment, în instituție, activează 53 medici stomatologi, 28 asistente medicale, 31 tehnicieni dentari. În fiecare an circa 20% din personalul medical al Centrului își perfecționează cunoștințele și manoperele practice la baza facultății de perfecționare a USMF „Nicolae Testemițanu“, Colegiul Național de Medicină și Farmacie, precum și în România, Rusia, Ucraina, Germania, SUA și alte țări. Despre nivelul pregătirii profesionale denotă faptul că 78 la sută din lucrătorii medicali au categoria de calificare de gradul I și superioară.

Colectivul Centrului este în conlucrare permanentă cu Asociația Medicilor Stomatologi din Republica Moldova. La cei 65 ani de activitate IMSP CSM a devenit un Centru organizator-metodic în domeniul stomatologiei în structura Direcției Sănătății a Consiliului Municipal Chișinău. În acest context, se petrece un lucru permanent de perfecționare a metodelor de organizare a asistenței medicale stomatologice populației, în condițiile urbane.

Ca și în trecut, la etapa actuală, colectivul instituției noastre, continuă să se ocupe cu lucrul științifico-practic, publicînd anual articole în reviste și culegeri de lucrări în specialitate, susțin rapoarte. Astfel, în ultimii 5 ani au fost publicate circa 31 de lucrări practico-științifice. Foștii colaboratori ai Centrului s-au ocupat și de problemele științifice, susținînd teze

de doctor habilitat și doctor în medicină. Pe parcursul ultimilor ani IMSP Centrul Stomatologic Municipal a devenit o instituție dotată cu utilaj, instrumentariu și materiale de înaltă performanță, ce permite cu succes de a susține condițiile pentru realizarea sarcinilor puse de către stomatologia contemporană. Actualmente, în secția curativă se aplică pentru tratament remedii și materiale de obturație moderne. În terapia stomatologică restaurativă cu succes se folosesc materiale compozite chimice și fotopolimerizabile, ce permit concomitent cu intervențiile chirurgicale stomatologice, în condiții de ambulator, efectuarea pe larg a așa operații ca: chistectomia, hemisecția dentară, rezecția apicală etc..

După procurarea și instalarea turnătoriei moderne „Nentor T“, s-a modificat tehnologia confecționării protezelor dentare. Actualmente la tratamentul protetic se aplică construcții de protezare dentară modernă, cum sunt: metaloceramice, metaloacrilice, scheletate pe culise, șinele de imobilizare, proteze pe implanți etc.. Pentru diagnosticul maladiilor aparatului gnatostat (dentomaxilar) se face uz de investigație roentghenologice (orthopantomograma).

IMSP Centrul Stomatologic Municipal este recunoscut în municipiu și în țară, ca o structură de acordare a asistenței medicale stomatologice calificate, care se aliniază demn standardelor. Confirmarea celor spuse este faptul, că IMSP Centrul Stomatologic Municipal a fost prima de profil stomatologic acreditată de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova în anul 2004, și reacreditată în anul 2009.

Aceste și altele succese, obținute de către IMSP Centrul Stomatologic Municipal au fost posibile doar cu susținerea Direcției Sănătății a Consiliului Municipal Chișinău, și grație dirijării chibzuite și profesionalismului foștilor șefi ai Centrului.

Ne face o deosebită plăcere să menționăm faptul că pe parcurs, în fruntea colectivului instituției au activat ca medici șefi, și au contribuit la dezvoltarea asistenței medicale stomatologice așa conducători experimentați ca: Abramenco N.M.(1950—1951),Ovciaruc O.A., (1951—1957), Teliciarov D.I. (1957—1964), Țivțivadze N.V. (1964—1975). Un rol deosebit în dezvoltarea policlinicii îi revine medicului șef Valentin Sitnic (1975—1986).

Astăzi ne mîndrim cu faptul, că noi sîntem acea generație, care continuă și respectă tradițiile bune și lucrurile frumoase lăsate de precedenții noștri — bunătațea și caritatea lor. Nu putem trece cu vederea și faptul că majoritatea colaboratorilor noștri se bucură de autoritate, stimă bine meritată și respectul pacienților, deoarece permanent, zi de zi lucrează cu dăruire de sine, îndeplinindu-și cinstit și conștiincios datoria sacră — acordarea asistenței medicale stomatologice calificate.

Revizuiind calea parcursă, efectuînd o analiză aprofundată a activității IMSP Centrul Stomatologic Municipal pe parcursul celor 65 ani, este necesar de menționat, că în toate timpurile, pe tot parcursul exis-

tenței sale, colectivul a acordat o deosebită atenție problemelor de perfecționare a metodelor de organizare a asistenței medicale stomatologice, aplicare în practică a metodelor noi de diagnostic, tratament, protezare și profilaxie a afecțiunilor stomatologice. Actualmente, misiunea de suport a colectivului IMSP Centrul Stomatologic Municipal este determinat obiectivul principal a trece la noi metode de activitate, de a aplica noi forme manageriale și medicale, de organizare a asistenței medicale stomatologice populației, conform standardelor europene. Colectivul este în plină forță și este capabil să rezolve probleme de profil la nivelul cerințelor științei și practicei stomatologice contemporane.

Concluzii:

1. Perioada istorică de dezvoltare a serviciului medical stomatologic în municipiul Chișinău, denotă faptul însușirii și implementării în practică, a noilor tehnologii și metode de profilaxie și tratament stomatologic contemporan;
2. Ca obiectiv prioritar în activitatea serviciului stomatologic a fost și continuă a fi criteriile ca-

lității acordării serviciilor medicale stomatologice prestate;

3. Pentru elaborarea conceptului de reformare a serviciului stomatologic, și prognosticul dezvoltării eficiente în continuare, este necesară analiza detaliată a indicilor cantitativi și calitativi.

În acest context, prima instituție specializată de profil stomatologic din municipiul Chișinău, în care au fost organic elaborate și implementate direcțiile de bază a serviciului stomatologic autohton a avut de parcurs o cale anevoioasă și bogată în evenimente și tradiții, ca azi să se afirme în declarația că este puternică, este prosperă și ne mobilizează de a fi siguri în viitorul serviciului medical stomatologic de stat.

Bibliografie:

1. Activitatea Policlinicii stomatologice municipale or. Chișinău pe parcurs de 50 de ani. //Probleme actuale de stomatologie. Chișinău. 1995, 0. 3 — 4.
2. Activitatea IMSP CSM Chișinău pe parcurs de 60 ani. //Principii și aspecte ale stomatologiei moderne. Chișinău. 2005, p. 15 — 17.
3. Ojovan Ala. Evaluarea stomatologiei și asistenței stomatologice în Republica Moldova. Autoreferat tezei de doctor în științe medicale. Chișinău., 2003, 22 p.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ЭСТЕТИЧЕСКОГО ИСКУССТВА. ЧАСТЬ I. ЭТРУРИЯ — КОЛЫБЕЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

АЛЕКСАНДР ПОСТОЛАКИ
Доктор медицины

*Кафедра
ортопедической,
хирургической
стоматологии и
имплантологии
ГУМиФ им. «Н. А.
Тестемичану»*

Rezumat

CONCEPȚIA CONTEMPORANĂ DE DEZVOLTARE A ARTEI STOMATOLOGICE ȘI ESTETICE. PARTE I. ETRURIA — PATRIA STOMATOLOGIEI ORTOPEDICE

În baza analizei datelor bibliografice despre dezvoltarea protetice dentare în aspect istoric, care cuprinde perioada primei mii de ani înaintea e. n, când civilizația etruscă a atins în dezvoltare apogeele sale. Se menționează că cu o mie de ani în e. n. etruscii puteau înlocui dinții lipsă cu construcții asemănătoare cu protezele dentare contemporane și imobilizau dinții mobili prin aplicarea atelelor.

Cuvinte cheie: Etruria, sistemul dento-maxilar, protetica, secțiunea de aur.

Summary

DEVELOPMENT OF THE DENTISTRY AND ESTETICS: MODERN CONCEPTION. PART I. ETRURIA — CRADLE OF THE ORTHOPEDIC STOMATOLOGY

Is resulted analysis of literary information about development of denture manufacture in a historical aspect, wrap — round the period of the first millennium B.C., when that civilization attained the highest development for thousand years B.C. etruscans were able to compensate absent teeth constructions, reminding modern dentures, and to strengthen shaky teeth.

Key words: Etruria, dento-maxillary system, prosthetics, golden section.

«В природе каждое явление — запутанный клубок, в обществе каждый человек — камешек в мозаичном узоре. И в мире физическом, и в мире духовном все переплетено, нет ничего беспримесного, ничего обособленного».

Никола Себастиан Шамфор

Введение

Еще в глубокой древности люди пытались восстановить утраченные зубы. Материалом для изготовления протезов служили выпавшие естественные зубы, в результате общих или местных заболеваний зубочелюстной системы, а также зубы различных животных, из дерева, слоновой кости и золота. Обработанные соответствующим образом такие зубы привязывались ниткой или золотой проволокой к опорным зубам, ограничивающим дефект зубного ряда и, конечно, функциональная ценность их была невелика и не долговечна. Самый древний из найденных металлических зубных протезов был сделан из золота. Эти работы вызвали удивление среди специалистов, как целесообразностью устройства, так и прочностью изготовления. Этруски умели фиксировать расшатанные зубы и замещать потерянные. Римляне многое заимствовали у этрусков, и, как отмечает Н. Г. Аболмасов и соавт. (2005), можно думать, в зубопротезной технике шли по их же стопам [1]. О высоком мастерстве этрусков упоминают и многие другие авторы [2,3,4,5,6,7,8].

Этруски — создатели одной из самых загадочных культур древней Европы. Об этруской науке известно очень мало, за исключением медицины, вызывавшей восхищение у римлян. Очень мало дошло сведений также и о литературе, научных и исторических трудах, созданных этрусками.

Цель исследования:

Изучение вопроса по проблеме зарождения, формирования и развития комплекса знаний (научных, математических, философских), в историческом аспекте, в области протезирования зубочелюстной системы, гармонии и эстетики в связи с актуальностью темы на современном этапе развития стоматологии.

Материалы и методы исследования:

Анализ научной литературы, учебников и пособий по исследуемой проблеме.

Результаты и их обсуждение:

В учебнике Б. Н. Бынина, А. И. Бетельмана «Ортопедическая стоматология» (1947) указывается следующее (с. 16): «*При раскопках древнейшего этрусского города Тарквиния был найден протез, относящийся к IX веку до нашей эры. Он состоял из двух золотых лент шириной по 5 мм, наложенных на лабиальную и лингвальную сторону нижних зубов и соединенных между собой на обоих концах*» — (выделено авт. статьи), (рис. 1) [2].

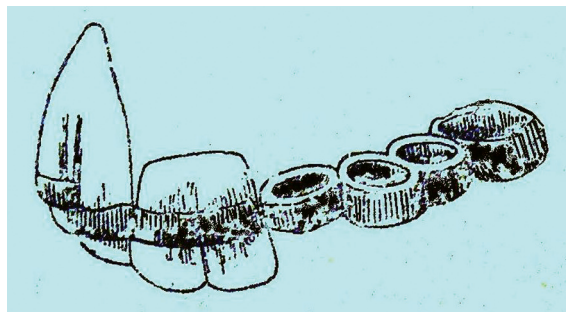


Рис. 1. Староэтрусский зубной протез (IX в. до н. э.) [2].

Более подробное описание об этруских зубных протезах мы находим уже в более поздних изданиях учебников А. И. Бетельмана — «Зубное протезирование» (1956), «Ортопедическая стоматология» (1965). В гробницах этрусков, живших в VI веке до нашей эры на Аппенинском полуострове и имевших высокоразвитую материальную культуру, были найдены золотые зубные протезы, которые напоминают современные съемные мостовидные протезы. Эти протезы укреплялись на естественных зубах при помощи колец, к которым искусственные зубы фиксировались штифтиками. Все эти протезы имели только косметическое значение. Они возмещали дефекты в области фронтальных зубов и во время еды вынимались из полости рта. В Средние века качество протезов ухудшилось, оно было даже ниже древних этруских протезов, которые были изготовлены 2000 лет назад. Это объясняется тем, что средневековые, как известно, характеризуются упадком науки и искусства, подавлением всякой творческой инициативы и мысли, в том числе и упадком теоретической мысли во всех областях медицины (рис. 2) [3,4].



Рис. 2. Этрусский несъемный мостовидный протез [4].

В учебнике Е. И. Гаврилов, А. С. Щербаков «Ортопедическая стоматология» (1984) этому вопросу уделяется буквально одна строчка, цитируем (стр. 6): «*В гробницах этрусков (IX-VI вв. до н. э.) были найдены более совершенные золотые протезы, укрепленные при помощи золотых колец или полос*» [5].

В. Н. Трезубов и соавт. (2003) также указывают лишь следующее, цитируем: «*Более совершенные шины — протезы из золота и натуральных зубов обнаружены в гробницах этрусков (IX—VI вв. до н. э.)*» (рис. 3) [6].

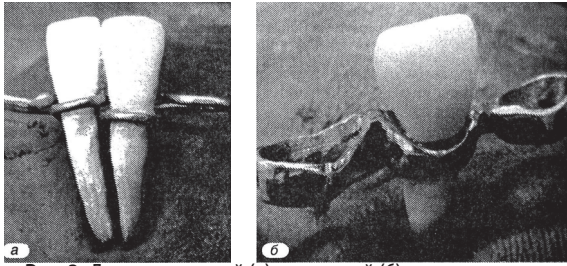


Рис. 3. Древние римский (а) и этрусский (б) протезы из натуральных зубов с золотыми фиксирующими кольцами [6].

В доступной нам румынской литературе по специальности, об этрусках кратко упоминает профессор E. Costa (1970), цитируем (с. 22-23): «... *proteze etrusce, sub formă de incizivi înlocuiți cu un dinte de vițel, fixat cu bandă de aur sec. al IV-lea î. e. n.) sau de puncte de aur (sec. al V-lea î. e. n.) și chiar un fel de coroană de înlocuire a unii dinte lipsă, fixată cu inele de dinți vecini (sec. I î. e. n.)...*» (рис. 4 а, б) [7].

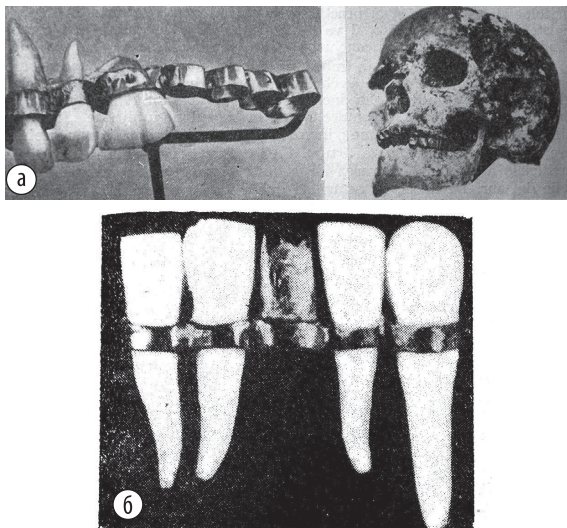


Рис. 4. Фото с изображением этрусских зубных протезов (а, б) [7].

A. Ionescu (1999) также отмечает (с. 6-7): «*Etruscii confecționau lucrări dentare din aur deosibit de frumoase pentru condițiile tehnice și materiale de atunci, acestea fiind, se pare, realizate de meșteșugari. De la primile lucrări dentare realizate prin ligaturi din sârmă de aur s-a trecut la lucrări protetice confecționate din benzi de aur, de care se fixau dinții artificiali umani sau de bovine*» (рис. 4 а, б) [8].



Рис. 5. Этрусские зубные протезы: а) золотой съемный протез; б) несъемная шина-протез из золота и натуральных зубов.

Это небольшое отступление в историю стоматологии мы сделали для того, чтобы попытаться ответить на некоторые вопросы которые возникнут

при его прочтении. Чем обусловлен такой высокий технологический уровень изготовления зубных протезов в древности у этрусков, ведь для этого необходимы обширные знания не только по материаловедению, но и по анатомии человека и зубочелюстной системы в частности? Возможно ли, было без знаний о механике движений нижней челюсти, а также без знания законов артикуляции разрешать практические нужды в зубопротезировании в древности? Вероятнее всего, что такие протезы были не единичными и можно допустить мысль, что существовали и более сложные конструктивные решения выполненные древними мастерами (рис. 5 а, б). За прошедшие века многие знания были утрачены. По нашему мнению нельзя полностью исключать версию, что начиная со Средних веков происходившее постепенно возрождение научной мысли приводило к повторному открытию уже когда-то известных человечеству фактов, методов и технологий, но в другой форме, что мы наблюдаем и сегодня в научном мире, особенно в области медицины (хирургии, фармакологии), и в не меньшей степени в архитектуре и изобразительном искусстве. Так, например, считается, что современные вставные зубы придумал французский дантист Людовика XV Пьер Фошар, который делал протезы для самых знаменитых людей своего времени. Он был настоящим исследователем и постоянно совершенствовал применяемые зубные конструкции. В 1728 году вышло в свет его руководство «Зубная хирургия, или Трактат о зубах», поэтому его считают основателем научного зубопротезирования. А. И. Бетельман (1965) указывает, что «*Пьер Фошар первый предложил использовать естественные корни для изготовления штифтового протеза*» (с. 4) [5]. Об этом пишут и Е. И. Гаврилов, А. С. Щербаков (1984): «*ему также [П. Фошару] принадлежит идея конструкции штифтовых зубов, технику изготовления и применения которых он хорошо разработал*» (с. 7), что явилось прототипом современных мостовидных протезов [5]. Но на представленных фотографиях ясно видно, что подобные конструкции уже существовали за тысячу лет до Пьера Фошара (рис. 6).



Рис. 6. Этрусский несъемный мостовидный протез со штифтами [4].

Мы считаем, что наши предположения являются вполне обоснованными и это подтверждается следующими фактами.

Из истории известно, что римский император Клавдий (10 г. до н. э. — 54 г. н. э.) написал 20 томов книг по «Истории этрусков», 8 томов «Карфагеника» и 12 томов «Тирреника». Фактически Клавдий написал 40 томов об одном и том же этрусском народе, но имевшем родоплеменные, диалектные и некоторые культовые различия. Эти книги исчезли с наступлением новой эры во время борьбы с язычеством, как и многие другие, хранившие настоящую Историю и древнюю Мудрость, сгоревшие вместе с великими библиотеками Александрии, Мемфиса, Ура, Вавилона, Спарты, Карфагена, Рима и Царьграда (совр. Стамбул) и многие другие в результате многочисленных войн и природных катаклизмов. Выдающийся немецкий живописец, график и теоретик искусства эпохи немецкого Возрождения Альбрехт Дюрер (1471-1528 гг.) писал следующее: «...много сотен лет назад было несколько великих мастеров, о которых пишет Плиний, - Апеллес, Протоген, Фидий, Пракситель, Поликлет, Паррасий и другие. Некоторые из них написали богатые сведениями книги о живописи, но, увы, увы, они утеряны. И они скрыты от нас, и мы лишены великого богатства их мудрости. Также я не слышал, чтобы наши теперешние мастера что-либо сочиняли, писали и издавали. Не могу понять, в чем здесь дело...».

Но видимо благодаря счастливому стечению обстоятельств не все знания были утрачены навсегда, в том числе и об этрусках.

В статье «Дантисты и авантюристы (Пьер Фошар), (2009)» описывается биография П. Фошара, который, как и знаменитый хирург XVI в. Амбруаз Паре, был в молодости цирюльником, затем, побывав учеником у корабельного хирурга на французском королевском флоте, показавшего ему первые приемы врачевания, сам стал хирургом, а в последствии, решив посвятить себя зубо врачеванию, сделался одним из самых знаменитых зубных врачей Парижа (рис. 7).



Рис. 7. Пьер Фошар (Pierre Fauchard, 1678—1762 гг.).

«Стоматологическая наука увлекала и вдохновила Фошара. Он скрупулезно изучает древние «зубовные атласы», найденные при раскопках финикийского города Сидона. Рассматривает приводящиеся во французском комментарии к ним рисунки искусственных зубов из кости животных и человеческих зубов, которые прикреплялись к соседним посредством золотой или серебряной проволоки. Изучает отчеты о раскопках города Тарквиния, где в гробницах этрусков были найдены протезы из искусствен-

ных зубов и ряда золотых колец, укреплявшихся на соседних здоровых зубах. Читает учебники по зубо врачевному ремеслу, написанные римскими цирюльниками и ювелирами — в Древнем Риме именно они занимались протезированием зубов.

Но с особой тщательностью Пьер Фошар изучал трактаты знаменитого арабского хирурга Абуль-Касима, который одним из первых заявил; зубо протезирование — это медицина, так как помогает человеку излечить недуг и исправить дефект «...» Со временем Фошар достиг столь внушительных успехов в своем деле, что слава о нем разнеслась далеко за пределы Анжу» (цит. по А. Белякову, В. Петрину. Фошар. Анжуйский цирюльник // www.beliakov.net /vrachi/fauchard) [9]. Мелвин Э. Ринг (2000) пишет следующее о П. Фошаре: «Современная стоматология в большом долгу у замечательного француза, который синтезировал все знания на Западе в области стоматологии и представил их в такой систематизированной форме, что ими мог воспользоваться любой практикующий врач» [10]. Как указывают Е. И. Гаврилов, А. С. Щербаков (1984) «Ему [П. Фошару] принадлежит разработка ряда методик зубного протезирования, например крепления полных съемных протезов пружинами» (рис. 8 а, б) [5].

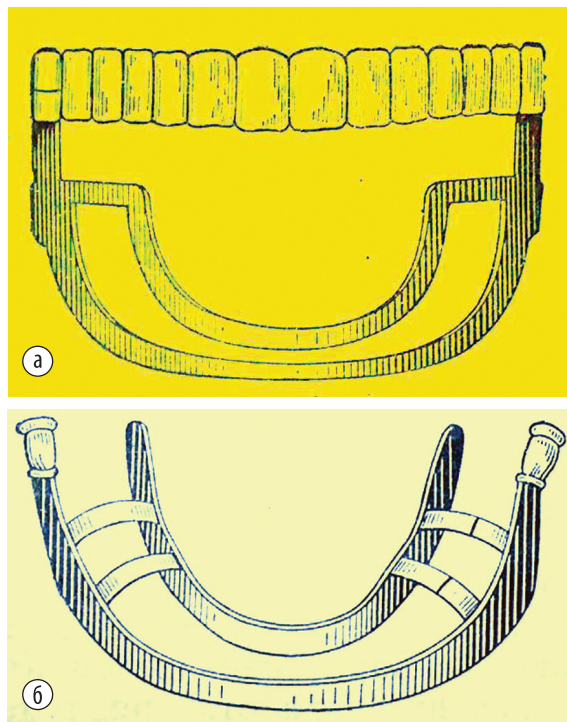


Рис. 8. Зубные протезы Фошара (по Е. И. Гаврилову, А. С. Щербакову, 1984) [5].

Но на представленном в их учебнике «Ортопедическая стоматология» рисунке на стр. 8, легко угадывается признаки этрусского съемного протеза, описание которого мы выделили выше: «протез состоял из двух золотых лент шириной по 5 мм, наложенных на лабиальную и лингвальную сторону нижних зубов и соединенных между собой на обоих концах».

Об истоках возникновения цивилизации этрусков существуют различные версии. По одной из них предки этрусков около 13,6 тысяч лет тому назад находились на севере Гренландии, входили в состав империи Атлантида и обладали знаниями этой цивилизации. Империя Атлантида состояла из 15 конфедераций, занимая земли по обе стороны тёплого течения Гольфстрим от Южной Америки до Чукотки [11].

Но для начала мы решили обратиться к справочной литературе. В Большой Советской Энциклопедии об этрусках указано следующее: «**Этруски** (лат. Etrusci, Tusci, греч. Τυρσηνοί, самоназвание — *rasna*), древние племена, населявшие в 1-м тыс. до н. э. территорию на северо-западе Аппенинского полуострова — область, называвшуюся Этрурия (современная Тоскана), и создавшие развитую цивилизацию, предшествовавшую римской» [12]. Область Тоскана и прилегающие к ней районы современных Умбрии, Эмилии-Романьи и Лацио в древности называлась Этрурия, Тиррения или Тусция. Последнее слово происходит от «tuscii» — латинского названия народа этрусков (рис. 9) [13].



Рис. 9. Карта Этрурии.

Эта цивилизация процветала между 950 и 300 гг. до н. э. в Северо-Западной части Аппенинского полуострова между рекой Арно, протекающей через Пизу и Флоренцию, и Тибром, протекающим через Рим. Издревле эта область носит историческое название — Тоскана (в древности — Тусция), названная так коренными итальянскими племенами по имени народа, населившего и облагородившего ее — тусков.

Древнейшее племенное название этрусков «Турша» или «Туруша» упоминается уже в египетских памятниках царствования Рамсеса II. У греков это название приняло форму Тиррена (Τυρσ — τυροί, Τυρρήνοί), а в латинском языке корень Turs дал образования Turscus и с добавочным слогом E — и с перестановкой — E-trus-cus, откуда слово Etruria. Сами этруски называли себя

расенами, что означало «свободные» [14]. Основным источником сведений об этрусках — сообщения греческих и римских авторов (Геродот, Диодор Сицилийский, Страбон, Тит Ливий, Плиний Старший и др.), а также археологические материалы из этрусских гробниц и поселений. Сохранилось около 10 тыс. этрусских надписей (преимущественно очень кратких), из которых надежно интерпретированы лишь немногие. Происхождение этрусков до сих пор остается не ясным [12]. В книге Фрэнка Джозефа «Гибель Атлантиды. Неоспоримые свидетельства падения и гибели легендарной цивилизации» (2004), мы обратили внимание, на то, что автор пишет о том, что после гибели Атлантиды, часть атлантической расы сохранилась в западной Италии. И далее, цитируем: «Именно сюда, согласно Платону, простиралась власть атлантов. Этруская цивилизация, несомненно, позаимствовало у атлантической многое... Этруски сохраняли идентичность с атлантами вплоть до II века нашей эры, когда их окончательно ассимилировали римляне» [15].

Чудинов В. А. ссылаясь на книгу в переводе **О. Соколовой** (Этруски: Итальянское жизнелюбие. Пер. с англ. М., ТЕРРА — Книжный клуб, 1998, 168 с.) цитирует: «Этруски славятся своими гробницами, мостами, дорогами и ирригационными системами. Но область, в которой они, возможно, опережали своё время, была зубоврачебная техника. Археологические находки говорят нам, какими гениальными и изобретательными были древние дантисты. Для зубных протезов они использовали зубы телят и волов, обтачивая их, а также вырезали протезы и коронки из кости и слоновой кости, крепя их крошечными крючочками. Этрусское изобретение — мосты (мостовидные зубные протезы — прим. авт. статьи) — выполнялись из очень мягкого сплава золота, и крепились над линией десен с опорой на здоровые зубы. Занятно, но все челюсти, над которыми потрудились древнейшие из дантистов, принадлежали женщинам... Некоторые эксперты полагают, что золотые (мостовидные — прим. авт. статьи) протезы могли подчеркивать положение их владелиц в обществе. Изящная форма некоторых зубных протезов свидетельствует о том, что дантисты преследовали не только восстановительные, но и косметические цели. В период ассимиляции этрусков с римлянами, этруская зубопротезная техника была забыта. Она исчезла вместе с этрусской цивилизацией — (выделено авт. статьи) [16].

Этрусские жрецы достаточно успешно занимались медициной. Они знали целебные свойства источников и многих растений. Теофраст, греческий ученый, живший в IV-III вв. до н. э., в сочинении о растениях пишет: «...Эсхил говорит в своих элегиях, что народ этрусков — это народ, знающий лекарства». Римский историк Марциан Капелла подтверждает это мнение: «Этрурия,

прославленная открытием лекарств». Этруски считались хорошими специалистами в области зубопротезирования. В этруских гробницах найдены зубные протезы, два из которых экспонируются в музее города Ливерпуля. Один из них представляет собой 4 золотых кольца, которые стягивали 4 зуба, а боковые кольца крепились на здоровые зубы, а внутренние содержали протезы (искусственные зубы — прим. авт. статьи) [17]. Будучи отличными агротехниками, этруски являлись и прекрасными ремесленниками. Они работали с мрамором, но особенно прославились в технике бронзового литья. В работе с бронзой этрускам не было равных. Это признавали даже греки. В VI век до н. э. обработка бронзы в Этрурии достигла уже большого совершенства: употреблялось литье, последующая чеканка, гравировка, выполнялись статуи крупных размеров (рис. 10 а). Одним из таких произведений является знаменитая статуя «Капитолийской волчицы», которая по легенде вскормила основателей «вечного города» Ромула и Рема (фигуры их утрачены, существующие ныне выполнены в XVI веке) (рис. 10 б).

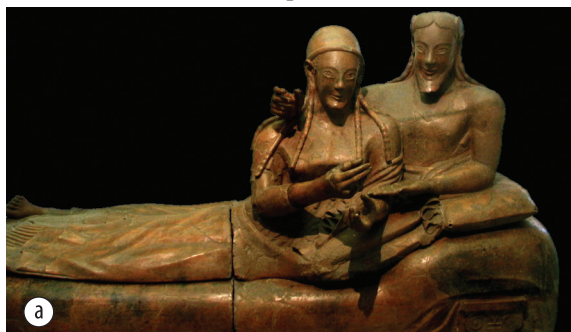


Рис. 10. Искусство этрусков.

Бронзовое скульптурное изображение этрусков (а); Символ Рима — Капитолийская волчица (Lupa Capitolina), около 500-480 гг. до н. э. Бронза. Высота 75 см, Капитолийские музеи, Рим (б).

Однако, эта, так называемая, «волчица» имела другое предназначение у этрусков, так как настоящим символом той легенды был леопард — да, именно леопард. Такой леопард, например, изображен на надгробной стеле VI века до нашей эры, которая ныне хранится в городском музее города Болоньи в Италии. Это надгробье из района города Чертозы изображает самку леопарда и

ребенка. Зверь кормит ребенка. Этот сюжет был задолго до «Капитолийской волчицы». Из этого следует, что на самом деле фигурки братьев Ромула и Рема не были утеряны, а были присоединены намного позднее, во времена эпохи Возрождения — в XIV веке н. э. (рис. 11) [18].



Рис. 11. Священный леопард — древний символ-тотем народа расенов — «сынов леопарда».

Впервые «Капитолийская волчица» упоминается в «Естественной истории» написанной в 37 книгах римским ученым Плинием Старшим (Кай Плиний Секунд, 23-24 гг. — 79 г. н. э.). По его словам, скульптура стояла на Римском форуме около священной смоковницы. Цицерон упоминает скульптуру «младенца, питающегося молоком волчицы», которая располагалась на Капитолийском холме и однажды была поражена молнией. С IX века скульптура располагалась в Латеранском дворце. По распоряжению Сикста IV изваяние перенесли в Палаццо деи Консерватори (1473). В конце XV века были отлиты бронзовые фигурки Ромула и Рема. Работа приписывается мастеру Антонио дель Поллайоло. Гравюра на дереве, сопровождающая издание популярного в Средние века сборника «Чудеса града Римского» (лат. *Mirabilia Urbis Romae*, 1499), изображает Капитолийскую волчицу уже с мальчиками.

В 2006 году при реставрировании «Капитолийской волчицы» специалист по металлургии Анна Мария Карруба пришла к выводу, что скульптуру не могли сделать раньше VIII-X веков н. э. Дело в том, считает она, что в античности не умели отливать большие статуи целиком: их делали по частям, а потом сваривали. Волчица же была изготовлена сразу и целиком. Вопрос остается открытым. Копии скульптуры установлены в США, Испании, Бразилии, Македонии, Румынии, Таджикистане и других странах [19]. Скульптура также находится и в Молдове (г. Кишинев, Исторический музей Молдовы).

Интересные сведения приводятся в книге В. Н. Иванова «Тайны гибели цивилизаций» (1998), в которой приводится анализ исторических фактов, загадок и гипотез относительно Бронзового века (35/33 — 13/11 вв. до н. э. — прим. авт. статьи) в Европе, как одного из важных и «переломных» периодов в развитии человечества, оставивших не мало загадок для ученых. Как известно, бронза представляет собой сплав меди и олова. Само собой разумеется, применение меди и олова должно было бы предшествовать появлению их сплава. Тысячелетия люди должны были бы пользоваться изделиями из меди, прежде чем открыть, что, добавив к меди 1/10 часть олова, можно получить сплав удивительной прочности. Однако в Европе медного века практически не было, изделия из меди чрезвычайно редки. Изделия из бронзы появляются здесь внезапно и распространяются повсеместно [20]. По свидетельству древних авторов, римляне, захватившие в 264 году до н. э. Вольсинии, увезли с собой две тысячи бронзовых статуй, чтобы переплавить в монеты, и надо полагать, что это были изваяния еще прошлых веков [18,21]. Необъяснимо и то, что даже первые изделия из бронзы, по мнению исследователей, свидетельствуют о высоком мастерстве их создателей, то есть не видно, чтобы люди овладевали этим искусством постепенно. Производство бронзы появляется сразу на высоком уровне, без каких бы то ни было предварительных этапов со множеством сложных технологических приемов. Свидетельством того, что искусство выплавки бронзы, возможно, привнесено извне, а не возникло в результате повседневной практики и случайных открытий, служит то, что наиболее развитые цивилизации — египетская и месопотамская, явившиеся пионерами применения бронзы, сами были лишены необходимого сырья, а ближайшие месторождения олова находились на Кавказе или на Пиренейском полуострове. Возможно, сведения о бронзе были частью уцелевших знаний, которые долгое время были монополией замкнутых групп посвященных. Не случайно в Европе и на других территориях производство и обработка металлов долгое время считались областью тайных знаний [20].

Со времен Геродота (V век до н. э.) проблема происхождения этрусков занимала умы историков и археологов. Однако нет общего согласия относительно пути их проникновения в Италию. Одни авторы (ссылаясь на античные тексты) утверждают тезис о восточном происхождении этрусков (с островов Эгейского моря), их родство с исконным населением Греции — пеласгами (согласно антич. преданиям, догреч. население Др. Греции — прим. авт. ст.). Другие (опираясь на данные археологии Бронзового века Европы) говорят о северной родине этого таинственного народа [22]. Авторитетный древнеримский историк Тит Ливий утверждал, что этруски пришли в Италию имен-

но с севера. Его современник Дионисий Галикарнасский, напротив, считал этрусков коренными жителями Италии [13]. Согласно теории, сформулированной Н. Фрере в XI веке, этруски, наряду с другими итальянскими племенами, проникли на территорию Италии через альпийские перевалы. Иногда пытаются объединить обе теории в пользу двух слившихся этнических потоков [23]. Как указывает А. Фанталов в статье «Таинственные этруски», есть и гротескные концепции. Этруски (расены) отождествляются с древними славянами «предками русского народа» [18,24]. «Рас» — собственное имя парда (барса) или леопарда. «Сыны леопарда» были в своё время силой, способной противостоять атлантам [18]. Этрусков считают создателями первой развитой цивилизации на Апеннинском полуострове, к достижениям которой, еще задолго до Римской республики, можно отнести крупные города с замечательной архитектурой, прекрасные изделия из металла, керамику, живопись и скульптуру, обширную дренажную и ирригационную системы, алфавит, а позднее и чеканку монет. Возможно, этруски были пришельцами из-за моря; их первые поселения на территории Италии представляли собой процветающие общины, располагавшиеся в центральной части ее западного побережья (рис. 12 а, б).

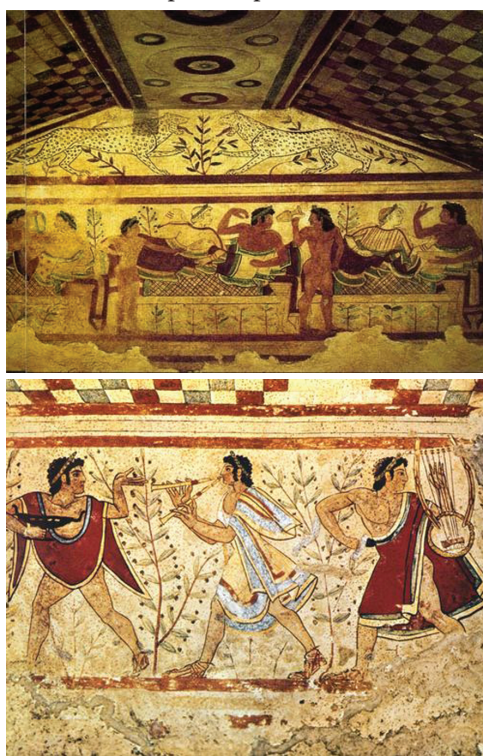


Рис. 12. Фрески с изображением этрусков V век до н. э.

Древние греки знали этрусков под именем тирренов (или тирсенов), а самое раннее упоминание о них встречается в Гомеровских гимнах (*Гимн Дионису*, 8), где повествуется о том, как этот бог был однажды захвачен в плен тирренскими пиратами (*от греч. peirates* — человек, ищущий свое счастье на море). Часть Средиземного моря

между Апеннинским полуостровом и островами Сицилия, Сардиния и Корсика именовалась (и именуется ныне) Тирренским морем, поскольку на протяжении нескольких столетий здесь господствовали этрусские мореплаватели. Римляне называли этрусков тусками, или этрусками, сами же этруски, как было сказано выше, называли себя расна или расена, что означает «свободные». В эпоху их наивысшего могущества, около VII—V вв. до н. э., этруски распространили свое влияние на значительную часть Апеннинского полуострова, вплоть до подножий Альп на севере и окрестностей Неаполя на юге. Покорился им и Рим. Повсюду их главенство несло с собой материальное процветание, широкомасштабные инженерные проекты и достижения в сфере архитектуры [25]. Появившись в Италии, пришельцы заняли земли к северу от реки Тибр по западному побережью полуострова покори́в местное население благодаря превосходству в оружии и военной организации. Оставив пиратство, они наладили прибыльную торговлю с финикийцами, греками и египтянами и активно занимались производством керамики, терракотовых (*итал.* terra cotta — жженная земля) и металлических изделий. С середины VI в. до н. э. этрусские мастера стали оживлять керамические изделия рисунками в чернофигурной технике «буккерио» похожей на росписи греческих ваз. Известно, что в этрусских городах работали и приезжавшие туда греческие гончары и художники. Название «буккерио» условное, связанное с замеченным сходством по цвету этих черных этрусских сосудов с керамикой древних американских индейцев, получившей известность в XIX в. и называвшейся испанцами «букаро» (рис. 13 а, б, в) [21,22,23,24,25].



Рис. 13. Искусство этрусков:
а — погребальная урна из глины VII века до н. э.;
б, в — этруская керамика «буккерио».

Первые керамические изделия появились в Китае 10—11 тысяч лет назад. По многочисленным отпечаткам пальцев было установлено, что древнейшие керамические сосуды изготавливались женщинами. Считается, что гончарный круг

впервые появился впервые в Древнем Вавилоне в IV тысячелетии до н. э., а затем распространился в Египет, Индию, Грецию. На европейских землях он стал известен довольно поздно, лишь около 500-х годов до н. э. При обжиге из глины удаляется влага, распадаются одни вещества, образуются другие. Только после обжига глина превращается в новое, искусственное вещество — керамику.

В Афинах керамическим производством занимался целый квартал гончаров в северо-западной части города. Сосуды, изготавливавшиеся здесь, использовались и в быту, и в ритуальных целях. Изготовление керамики было столь широко налажено, что название квартала (Керамик) стало названием для всех изделий из глины. Во второй половине VI века до н. э. первенство в керамике перешло к Афинам [26].

История создания первого керамического сосуда восстанавливается по материалам археологических исследований лишь предположительно, так как новые находки часто требуют вновь пересмотра официальной исторической версии. Так неожиданно следы керамики обнаружались в Греции, где в конце VII тысячелетия до н. э. находилось поселение этрусков (расенов) [18].

Но вот история самого распространенного вида керамики — фарфора — известна достаточно хорошо. Фарфор — изобретение древних китайцев. Древнейшая его разновидность (про-тофарфор) был им известен уже в XIII веке до н. э. В некоторых источниках указывают даже год его изобретения — 1258 г. до н. э. Считается, что изобретение фарфора было вызвано требованиями ритуального чаепития, так как до этого только нефритовая чаша считалась идеальной посудой для «божественного напитка».

В Европу фарфор проник поздно. В правление внука Чингисхана Хабибулая (1215-1294 гг.), с которого в Китае началась династия Юань, оживляется торговля с азиатскими странами. Китайский фарфор появляется в Бейруте, Каире, откуда уже легко достигает европейских берегов. Первую весть о фарфоре привез в Европу Марко Поло. По возвращении из Китая в 1298 году он издал книгу «Путешествие». Здесь впервые описывались необычные китайские тарелки из порцеллана (*итал.* porcellana' — морские раковины, так называемые Concha Venery — раковины Венеры). Своим блеском и белизной этот неведомый материал напоминал европейцам внутреннюю поверхность раковины. Чуть позже пришло в Европу из персидско-арабского мира другое название фарфора. На Ближнем Востоке китайского императора именовали титулом «фагфур» — «Сын Неба». А так как большинство изделий из фарфора поступало в Европу именно через Ближний Восток, то скоро в европейских языках прочно закрепилось слово «фарфор». Так оба имени — «фарфор» и «порцеллан» существуя параллельно, дожили до XVIII века. В 1756 году Д. И. Виноградову впервые

в России удалось разработать состав фарфоровой массы и получить первый «российский фарфор» [26, 27]. Настоящий переворот в протезировании связан с изобретением фарфоровых зубов, идея применения которых принадлежала французскому аптекарю Дюшато и реализована им вместе с хирургом Дюбуа де Шеманом в 1788 году. Изготовленные фарфоровые зубы с металлическими штифтами было предложено итальянцем Фонци (1808 г.), а уже фабричное производство впервые налажено в середине XIX в. Уайтом (1822—1879 гг.) [5].

Этруски владели крупными месторождениями металлов. В Этрурии добывались медь и железо, а в их обработке они достигли совершенства. В VII веке до н. э. в этрусских городах широко распространилось производство золотых ювелирных изделий. С помощью до сих пор не вполне разгаданных техник искусные ремесленники создавали замечательные металлические изделия и золотые зубные протезы. Известно, что этрусские ювелиры разработали технику спайки без применения металла, так называемая, «техника зерна или грануляции», соединяя мельчайшие капельки золота диаметром всего 0,1 мм. Ювелирные мастера использовали также технику филигрании, создавая узоры из золотых нитей, и технику штампа (фигуры, оттиснутые штампом). Секрет уникальной техники грануляции был раскрыт только в 2000 году итальянцем Андреа Канетти [20].

Этруская керамика и разнообразные изделия из металла находили широкий сбыт в самой Италии, Греции, Карфагене и других местах. От этрусков римляне переняли ряд особенностей политической организации, структуру и вооружение армии, инсигнации (знаки власти) правительственных лиц, а также на римскую мифологию и религию. Кроме того, римляне переняли многие их технические достижения, как и методы обработки металлов и систему счисления (так называемые римские цифры, которыми мы пользуемся до сих пор, на самом деле были изобретены этрусками) [16,22,23]. Правильная планировка городов с ориентацией улиц по странам света была введена в Этрурии раньше, нежели в Греции, — в VI веке до н. э. Четкая планировка улиц, воздвижение оборонительных стен, строительство всевозможных необходимых сооружений требовали больших практических знаний различного характера — математических, гидротехнических, астрономических. К концу эпохи эллинизма, когда самостоятельности Этрурии был положен конец, этрусское искусство следует уже рассматривать вместе с римским. Часто то, что приписывают римлянам, является остатками культуры этрусков. Первые крупные постройки в Риме производились в этрусском стиле и, скорее всего, этрусскими мастерами, поэтому римская архитектура в самых своих истоках усвоила важнейшую форму этрусского зодчества — циркулярную арку. Римская триумфальная арка — это не что иное, как

городская арка этрусков. [14,21,28]. Римляне также заимствовали обычай гладиаторского боя во время господства этрусков в Риме (VI в. до н. э.). Когда-то подобные схватки служили погребальным ритуалом у этрусков. Наиболее известное место проведения таких боев — знаменитый Колизей, который превосходит своими размерами все когда-либо построенные в Риме амфитеатры. Его начали строить в пору правления императора Веспасиана (69—79 гг. н. э.), а закончил же строительство его преемник — Тит (79—81 гг. н. э.). До этого в Риме почти столетие — с 29 г. до н. э. по 64 г. н. э. — действовал деревянный амфитеатр, очевидно, сгоревший во времена Нерона, при знаменитом римском пожаре (рис. 14).



Рис. 14. Римский Колизей.

Все правители строившие Колизей (его оформление продолжалось еще при Домициане в 81-96 гг. н. э.) принадлежали к одному и тому же роду Флавиев. Это величественное здание стало своеобразным памятником этой знаменитой фамилии. Недаром его так и именовали “амфитеатром Флавиев” (Amphitheatrum Flavium). Привычное нам название Колизей самим римлянам было неизвестно. Название “Colosseum” (от *лат.* colosseum — колоссальный) было присвоено ему только в Средние века и связано с гигантской бронзовой статуей, изображающей Нерона в облике бога Солнца высившейся перед Колизеем. По преданию, она превосходила даже знаменитого Родосского Колосса. Колизей достигал 48,5 метров в высоту. Впервые в истории архитектуры удалось возвести четыре ряда стоящих друг на друге стен и аркад. Этому помогло изобретение бетона. Четыреста тысяч тонн строительного раствора скрепляют это здание. Стены и сидения были обшиты мрамором или травертином — белым известняком [29]. Вероятно, что и в этом случае такое грандиозное сооружение было построено благодаря знаниям и умению этрусских инженеров и архитекторов.

В статье «Этруски и русичи говорили на одном языке?» указывается следующее: «*Этруски знали 14 видов культурных растений. Обрывки тканей того периода вызывают изумление даже у современных ткачей. Техника полировки зеркал из обсидиана была уникальна. Отверстия в бусинах из*

полудрагоценных камней просверливались тоньше игольного ушка. Мастерство и художественный вкус древних этрусков намного превосходят все известное для других регионов нашей планеты. Судя по некоторым признакам, эта древнейшая из человеческих цивилизаций могла во многом соперничать с легендарной Атлантидой» [30].

С начала VII века до н. э. этруски стали расширять свое политическое влияние в южном направлении: этрусские цари правили Римом (по преданию, в Риме правили семь царей; последние трое были этруски) и сфера их влияния простиралась до греческих колоний Кампании. Согласованные действия этрусков и карфагенян в это время на практике существенно препятствовали греческой колонизации в западном Средиземноморье. Однако после 500 года до н. э. влияние стало ослабевать. Около 474 года до н. э. крупное поражение нанесли им греки, а чуть позже они стали ощущать на своих северных рубежах давление галлов (галлы — рим. назв. кельтов насел. с VI в. до н. э. терр. м/д р. По и Альпами и м/д Альпами, Средиземным морем, Пиренеями, Атлантич. океаном — прим. авт. ст.). В самом начале IV века до н. э. войны с римлянами и мощное галльское вторжение на полуостров навсегда подорвали могущество этрусков. Их царство просуществовало с XI века до н. э. до 280 г. до н. э. Постепенно они были поглощены разраставшимся римским государством и растворились в нем [16,22,24,31]. В 2004 году совместная испано-итальянская группа ученых, изучая ДНК из фрагментов, найденных в этрусских гробницах, пришла к выводу, что этруски генетически были ближе друг к другу, чем к современным итальянцам. В 2007 году ученые из Туринского университета провели сравнительный анализ генетических данных жителей итальянского региона Тоскана и Турции и пришли к выводу, что древние этруски происходили из Малой Азии, с территории современной Турции, а их потомки по-прежнему составляют часть населения региона.

Геродот в своей «Истории» называл этрусков потомками лидийцев, жителей малоазиатского государства Лидия, прекратившего свое существование в VI в. до н. э. под натиском персов. По мнению Геродота, это произошло практически одновременно с Троянской войной. Возможно, с этим преданием связан миф о бегстве на запад троянского героя Энея и основании римского государства. Гелланик с острова Лесбос упоминал предание о пеласагах, которые прибыли в Италию и стали именоваться тирренами. В науке до сих пор существует «этруская проблема», суть которой — в загадке происхождения этрусков и интерпретации их языка. Вплоть до середины XX в. «лидийская версия» подвергалась серьезной критике, однако по современным представлениям, этрусков следует отождествлять не с лидийцами, а с более древним, доиндоевропейским населени-

ем запада Малой Азии, известным как «протолювийцы» или «народы моря». Резкий культурный подъем в Этрурии, начавшийся в VIII—VII веках до н. э., связывается с влиянием многочисленных мигрантов из более развитых регионов Средиземноморья (возможно, также из Сардинии, где существовала культура строителей — нурагов) и соседством с греческими колониями. [13,22,32,33].

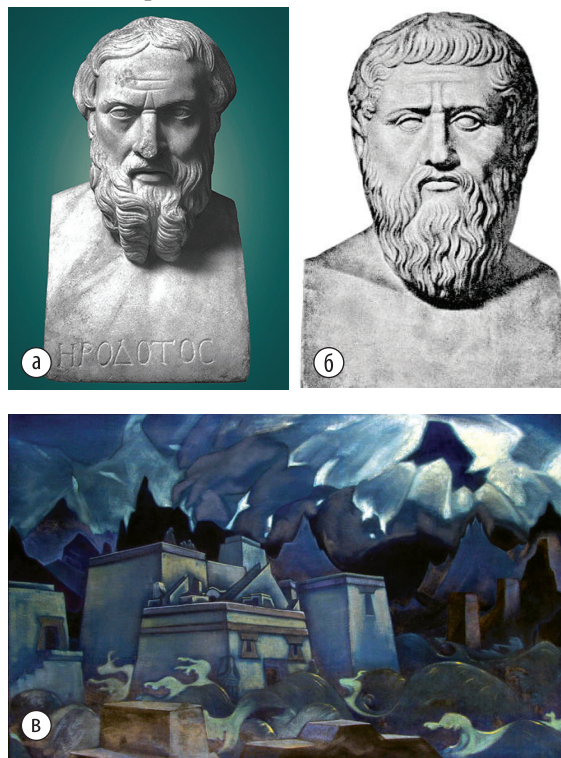


Рис. 15. Геродот — а; древнегреческий философ Платон (427—347 гг. до н. э.) — б; Николай Рерих. Гибель Атлантиды (1928—1929 гг.) — в.

Таким образом, можно предположить версию, что такой высокий уровень культуры, и в том числе зубопротезирование, у этрусков, связан с загадочной и таинственной цивилизацией Атлантиды, самое раннее описание которой представлено в диалогах «Тимей» и «Критий» древнегреческого философа Платона (427—347 гг. до н. э.) около 360 г. до н. э. (рис. 15 а, б, в).

В диалоге «Тимей» Платон указывает, каким образом он узнал историю об Атлантиде, упоминая имя Солона (великий афинский законодатель, около 550 г. до н. э.) — «первого из семи мудрецов». Сам же Солон, услышал эту историю от египетских жрецов, которые с незапамятных времен вели записи всех событий и знали про Атлантиду [34]. Оказывается происхождение IV династии правителей Египта, царствовавшей еще в III тыс. до н. э., во многом остается темным и загадочным, особенно происхождение трех величайших государей: Хеопса, Хефрена и Микерина, как принято считать, воздвигнувших знаменитые пирамиды в Гизе (по официальной версии пирамиды строились в период с 1-й половины III тыс. до н. э. по XVIII век до н. э.). Легендарная и

историческая традиции передают, что были они даже внешне отличны от египтян: белокожие, со светлыми волосами: *четверо из них пришли с севера, а пятеро с запада из земли, которая погрузилась во глубину Великих Вод. Самого главного из них египтяне называли Ра, он пришел со своими Братьями-Богами из северной земли.* Археологические раскопки подтверждают, что во времена их правления в стране появилось много не встречающихся вещей: прекрасные колесницы, особой формы мечи; активно использовалось железо, а знания древних архитекторов были столь велики, что современный технологический процесс, не в состоянии повторить постройку хотя бы одной из пирамид. Высказано предположение, что гипотезы об атлантах, столетиями странствовавших по миру и севших в диких народах знания после гибели их острова, в целом верны [35]. Но других фактов подтверждающих правдивость легенды о Белых Фараонах, кроме изображений атлантов обнаруженные в районах, которые испытывали на себе прямое культурное и военное влияние Атлантиды, найдено не было.

Для дальнейшего исследования, мы обратились к специализированной литературе. Так, известно, что у 79,6% представителей белой расы наблюдается, так называемый, ортогнатический прикус. Этот прикус характеризуется различными признаками, из которых одни относятся ко всем группам зубов, другие — только к фронтальным зубам, третьи — только к жевательным. Примерно у 20% представителей белой расы имеется другой вид смыкания зубных рядов, а именно, так называемый, прямой прикус. Прямой прикус отличается от ортогнатического тем, что режущие края верхних зубов не перекрывают нижних, а попадают прямо, подобно щипцам, на режущие края нижних. Смыкание жевательных зубов при прямом прикусе ничем не отличается от ортогнатии. Б. Н. Бынин, А. И. Бетельман (1947), ссылаясь на Иртли, отмечают, что этот прикус весьма распространен среди древних египтян (!) (*прим. — авт. статьи*), кельтов и эскимосов и для этих народностей является нормой [2]. Тогда соответственно возникает вопрос, что общего между древними египтянами, населявшими африканский континент с жарким климатом и с северными народами — кельтами и эскимосами? По мнению В. Н. Трезубова, А. С. Щербакова, Л. М. Мишнева (2003) «*появление некоторых этнических признаков в какой-то мере объясняется климатическими условиями. В жарком климате дыхание через рот является одной из мер повышения теплоотдачи. При таком дыхании ротовая щель постоянно зияет. В силу чего давление языка на зубы становится преобладающим. А это обстоятельство является наиболее частой причиной протрузии* (лат. protrudere, protrusus — толкать, выталкивать — подразумевается выступание коронок зубов наружу — *прим. автора статьи*) передних

зубов у представителей негроидной расы. Совершенно противоположный механизм формирования прикуса у представителей северных народов. Холод и ветры вынуждают почти к постоянному дыханию через нос при плотном сжатых губах. При этих условиях возникает определенное равновесие между давлением языка и губ на передние зубы. Может быть, поэтому, наряду с прямым прикусом, значительно чаще у жителей севера встречается ретрузия (лат. retrusio — движение назад, обратно — отвисное положение или оральный наклон коронок передних зубов — *прим. автора статьи*) передних зубов» [6].

Египет (греч. Aegiptos) — так древнегреческие писатели называли резиденцию фараонов Мемфиса (Мен-Нофер) — «жилище богов». Древние египтяне не были коренными жителями этих земель. Негроидные черты появились во внешности египтян позже, когда они стали смешиваться с африканскими племенами. За 4 тысячи лет до начала нашей эры, Египет обладал памятниками, бывшими уже древними для современников, основателей Мемфиса. В эпоху первых фараонов эти памятники приходилось уже реставрировать. Диодор Сикул в I веке нашей эры писал: «*Египтяне были пришлыми людьми, которые в далекие времена поселились на берегах Нила, принесли с собой цивилизацию своей родной страны, искусство письменности и совершенный язык. Они пришли оттуда, где заходит солнце, и были самыми древними из людей*». Теория существования этой расы хозяев подтверждается открытием в северной части Верхнего Египта захоронений позднего додинастического периода. В этих захоронениях обнаружены анатомические останки людей, причем и черепа, и тела усопших были большего размера, чем у коренных жителей этих мест. Различия столь явственны, что любое предположение о том, будто современные египтяне являются потомками погребенных, оказывается невозможным. Расовое происхождение этих пришельцев неизвестно. Не менее туманным остается и путь, по которому они попали в Египет. Только в последние годы обнаружено, больше сотни артефактов, указывающих на то, что в незапамятные времена существовала мощная «доегипетская» цивилизация, на остатках которой возникло царство фараонов [36]. Кроме того, установлено, что на протяжении III тысячелетия до н. э. существовали развитая письменность, нумерация и метрология, хотя подробности научного развития неизвестны [37]. По мнению итальянского ученого, философа Хорхе Ливрага (1930-1991), около 12 000 лет назад в результате очередного катаклизма исчез последний осколок Атлантиды, однако большая часть библиотек уже тогда находилась в Египте. Еще до катастрофы, предсказанной самими атлантами, они переселялись в сопредельные земли, например, в район Фив (греч. название столицы Верхнего Египта — *прим. авт. статьи*).

Ведущий российский атлантолог В. Щербаков и знаменитый французский исследователь Ж.-И. Кусто в совместной книге «В поисках Атлантиды» (1986), весь трояно-фракийский регион назвали Восточной Атлантидой, потому что здесь 7-8 тысяч лет назад были построены древнейшие города нашей планеты. Еще один аргумент основан на том, что все эти города возникли внезапно. Авторы считают, что Восточная Атлантида была тем местом, где сохранялись остатки культуры атлантов, которые донесли свои знания о могущественных городах их предков [38]. В 1665 году вышла в свет самая знаменитая книга немецкого ученого Афанасия Кирхера (1602-1680 гг.) «Подземный мир». В своем труде он собрал и обобщил, на то время, мифы и легенды почти за 2000 лет и на основе их анализа предположил, что Атлантида действительно существовала, причем на том месте, которое указал Платон.



Рис. 16. Карта Атлантиды А. Кирхера, (Библ. декоративно-прикладного искусства, Париж).

Географическая карта А. Кирхера является одной из первых, изображающей Атлантиду с реальными береговыми линиями, но остается загадкой, каким образом он их определил, так как эти очертания довольно точно соответствуют неизвестным еще в те времена линиям глубин океана (рис. 16) [39]. Греческий философ Крантор из города Соли (310 г. до н. э.), принадлежавший к первой академии платонистов, во время посещения Египта видел колонну, на которой была написана история огромного острова, затонувшего в Атлантическом океане [20].

По утверждению В. Бабанина комплекс египетских пирамид расположен соответствующим образом по дуге выпуклой кривой. Расчеты показали, что по своим параметрам кривизны дуга близка к части дуги гиперболической или логарифмической спирали.

Геометрическая форма таких спиралей задается, например, «золотыми рядами» чисел Фибоначчи (1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21...) или Люка (1, 3, 4, 7, 11, 18...) и поэтому их часто называют «золотыми спиралями». В них, как и в самих числах этих рядов, заложена гармония «золотого сечения». А это означает, что «золотое сечение», с помощью которого выражается гармония природы и кос-

моса, было известно уже в глубокой древности, во времена Атлантиды [40]. По одной из версий три великие пирамиды сориентированы по трем звездам Пояса Ориона как они были расположены в 10 450 году до н. э. Семь звезд Плеяд и Сириус были символом Атлантиды и ее семи островов. Созвездие указывало на небесной карте расположение Атлантиды на карте Земли (рис. 17) [41]. К началу XX века гробница Тутанхамона (1351-1332 гг. до н. э., по др. источ. 1323 г.) — была единственной из погребений древнеегипетских правителей, которое не было разграблено. Обнаруженные в 1922 году в склепе Тутанхамона сокровища ошеломили мир как количеством золота и других драгоценностей, так и искусностью древних мастеров, в том числе создателей знаменитой посмертной золотой маски юного фараона. В Каирском музее собрано множество вполне конкретных, вещественных доказательств того, что Древний Египет возник на осколках высокоразвитой цивилизации. По мнению независимых экспертов (в том числе причастных к ракетостроению), подобные изделия можно сделать лишь с помощью высокотехнологичного оборудования [42].



Рис. 17. Древний египетский комплекс пирамид и созвездие Ориона.

Можно предположить, что между древней египетской и этрусской цивилизацией существует определенная историческая связь. Имена древнеегипетских богов — это имена восточных атлантов [43]. Известно, что в Малой Азии (VII-VIII тысячелетие до н. э.), во Фракии — на берегах Дуная и на Балканах, затем и на Апеннинском полуострове (I-II тысячелетие до н. э.) владычествовали расены [18].

В «Тимее» Платона говорится о том, что афинянами в древности были совершены «великие и достойные удивления дела, которые были потом забыты по причине бега времени и гибели людей,

- величайшее из них то, которое нам сейчас кста-ти будет припомнить». На тот момент, когда египетский жрец в Саисе рассказывал эту историю Солону, Афинам уже насчитывалось 9 тысячелетий. По свидетельству саисских записей, именно жители Афин во главе эллинов разбили атлантов перед великим наводнением, вознамерившихся завоевать всю Европу и Азию [43].

Мы также обратили внимание, что существуют свидетельства почитания леопарда, как самого могущественного зверя, не только в Передней Азии, но и в Африке. В Египте эпохи фараонов жрецы носили мантии из шкур леопарда. Обошедшая весь мир статуэтка Тутанхамона, стоящего на леопарде, подчеркивает власть фараона над всеми живыми существами. Леопарды считались царскими (королевскими) животными [18]. Есть достаточное основание предположить, что этнос Европы с некоторыми поправками — это этнос древнего и древнейшего Средиземноморья, восточной Атлантиды. Мастерство и художественный вкус древних расенов (этрусков) намного превосходят все известное для других регионов нашей планеты, хотя большинство бесценных произведений искусства навсегда утеряно [18,43].

(Продолжение следует)

Избранная библиография

- Аболмасов Н. Г. и соавт. Ортопедическая стоматология. — М.: «МЕДпресс — информ». — 2005. — 496 с.
- Бынин Б. Н., Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология. — М.: Гос. Изд-во Мед. Лит. МЕДГИЗ. — 1947. — с. 15-16.
- Бетельман А. И. Зубное протезирование. (Клиника и протезирование дефектов зубов и зубных рядов). Гос. Мед. Изд-во УССР. — Киев. — 1956. — с. 5-6.
- Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология. — М.: Изд-во «Медицина». — 1965. — с. 3-4.
- Гаврилов Е. И., Щербаков А. С.. Ортопедическая стоматология. — М.: Изд-во «Медицина». — 1984. — с. 6.
- Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса. С.-Пб., СпецЛит. — 2003. с. 11-12.
- Costa E. Raționamentul medical în practica stomatologică. Morfologia funcțională clinică a aparatului dentomaxilar. Editura Medicală. — București, 1970. — p. 22-23.
- Ionescu A. Tratatamentul edentației parțiale cu proteze mobile. Clinica și tehnica de laborator. Editura NAȚIONAL, 1999. — p. 6-7.
- Беляков А., Петрин В. Фощар. Анжуйский цирюльник. <http://www.beliakov.net/vrachi/fauchard>.
- Ринг Э. Мелвин. Европа в XVIII столетии. Иллюстрированная история стоматологии. ДентАрт. — № 2, 2000. — с. 76.
- Дальний Восток тоже был этрусский? <http://www.s-poli-x.ru/?p=61>.
- Большая Советская Энциклопедия. Этруски. <http://bse.sci-lib.com/article/127374.html>.
- Выводы генетиков подтвердили предположение Геродота. <http://historic.ru/news/item/f00/s12/n0001294/index.shtml>. — 2007.
- Древние цивилизации. Этрурия. <http://www.gazeta.lv/story/6447.html>.
- Джозеф Ф. Гибель Атлантиды. Неоспоримые свидетельства падения и гибели легендарной цивилизации. — 2004.
- Чудинов В. А.** Название золотого зубного моста, кубка Рюрика у этрусков <http://chudinov.ru>.
- Этруски. <http://www.countries.ru/library/ant/rimetrusk1.htm>.
- Расены — сыны Леопарда. <http://www.radosvet.net/>. — 2009.
- Капитолийская волчица. <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
- Иванов В. Н. Тайны гибели цивилизаций. /Авт. сост. В. Н. Иванов/. — Мн.: Литература, 1998. — 512 с.
- Соколов Г. И. Искусство этрусков. - М.: Искусство, 1990.
- Этруская цивилизация. <http://www.krugosvet.ru/>.
- Фанталов А. Таинственные этруски 1. <http://www.gree11.ru/>.
- Немировский А. И. Этрурия. Археологические музеи Тосканы. «Вестник древней истории», 1992. № 1. — с. 237-244. <http://tec.gerodot.ru/etruria/>.
- Культура древнего мира. <http://www.shpargalca.net/>.
- История фарфора. http://www.kefa.ru/article/kefa/fa/ictoria_farfora.htm.
- История фарфора. <http://www.maneki-neko.ru/articles/?id=19>.
- Мутер Р. Всеобщая история живописи. — М.: Изд-во ЭКСМО, 2007. — с. 56-57; с. 268-269.
- Вокруг света: Коллизей. <http://www.woman.ru/s.php/708.htm>.
- Этруски и русичи говорили на одном языке? <http://www.info-tses.kz/red/article.php?article=15764>.
- Загадочные этруски. <http://www.liveinternet.ru/>. — 2009.
- Литература об Атлантиде. <http://historic.ru/lostcivil/atlantid/search/01.shtml>.
- Этруски. <http://ru.wikipedia.org/>.
- Вагнер Ч. Белые фараоны. <http://darislav.com/index.php?option//> — 2008.
- Мартыненко Г. Я. Математика гармонии в историческом аспекте: Древняя Греция и Рим // «Академия Тринитаризма», М., Эл № 77-6567, публ.15627, 01.11.2009.
- Иванников Ю. Древний Египет. Культура и мифология. — 2008. — с. 4.
- История математики с древнейших времен до начала XIX столетия. Том I. — М.: Изд-во «Наука», 1970. — 351 с.
- Щербаков В. Атланты, боги, великаны. Магия Атлантиды, 1999, № 1, выпуск I. <http://www.angelfire>.
- Воронин А. Владыки Огенона. Мифология Атлантиды. Магия Атлантиды, 1999, № 1, выпуск I. <http://www.angelfire>.
- Бабанин В. Великие пирамиды и Сфинкс: Атлантида предупреждает потомков. <http://www.shaping.ru/mku/babanin02.asp>.
- Звёздные символы Атлантиды. <http://pyramid.org.ua/articles/history/156.html>.
- Тутанхамон. <http://www.tutanhamon.net/give.html>.
- Щербаков В. Все об Атлантиде М.: — 1990. <http://ufo.metrocom.ru/win/sherb1.htm>.

СОК КАЛАНХОЭ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТОВ

Rezumat

În lucrare sînt prezentate date despre eficacitatea sucului de Kalanchoe în tratamentul complex al parodontitei acute și în caz de acutizare parodontitei cronice. Au fost examinați 17 pacienți în vîrstă 30—55 de ani cu evoluție ușoară și medie a parodontitei. Sucul de Kalanchoe are un efect antiinflamator pronunțat, normalizează migrația leucocitelor, stimulează epitelizarea, majorează proprietățile de protecție a țesuturilor moi ale gingivei.

Cuvinte-cheie: parodontită acută și cronică, suc de Kalanchoe.

Summary

KALANCHOE JUICE IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTITIS

The article presents data on the efficacy of using Kalanchoe juice in the treatment of acute and exacerbation of chronic parodontitis. Were examined 17 patients aged 30-55 years with easy and moderate evolution of parodontitis. Kalanchoe juice has a pronounced antiinflammatory effect, has a normalizing effect on the migration of leukocytes, stimulates epithelization, increases the protective properties of the soft tissues of the gum.

Keywords: acute and chronic parodontitis, Kalanchoe juice.

Заболевания пародонта, по данным литературы [1] и наших наблюдений, являются одной из наиболее распространенных и сложных патологий зубочелюстной системы. А.И. Грудянов и Г.М. Барер показали, что лишь у 12% населения пародонт здоровый, у 53% отмечены начальные воспалительные явления, у 23% — начальные деструктивные изменения, а у 12% выявляются поражения средней и тяжелой степени. У лиц старше 35 лет доля начальных изменений пародонта прогрессивно уменьшается на 15—26%, при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени до 75% [3].

По данным доклада научной группы ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболевания пародонта отмечен как в возрастной группе 15—19 лет (5-99%), так и у лиц в возрасте 35—44 года (65-98%) [3].

Этиопатогенетические факторы развития пародонтитов разнообразны. В связи с этим в настоящее время предложено многочисленное количество методик лечения данной патологии, в основе которых лежит комплексный подход в проведении лечебных мероприятий [2].

Цель исследования

Изучение эффективности применения сока каланхоэ в комплексном лечении пародонтитов.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 17 больных (6 мужчин и 11 женщин) в возрасте 30—55 лет, у которых было диагностировано обострение хронического пародонтита легкой (7 больных) и средней (10 больных) степени тяжести течения процесса.

В процессе проведения комплексного лечения пародонтитов применяли сок растения Каланхоэ перистое, который получали из свежих листьев и травянистой части стебля этого растения, которое отличается неприхотливостью выращивания в комнатных условиях городской и сельской квартиры. Сок каланхоэ легко готовится в домашних условиях. Для этого листья и зеленую часть стебля растения промывают под проточной водой, измельчают

М.В. Шинкаренко,
В.Н. Шинкаренко

Публичное Медико-
Санитарное
Учреждение.
Муниципальный
Стоматологический
Центр Кишинэу

в ступке или мясорубке. Полученную массу отжимают через 4-6 слоев марли и хранят в холодильнике при температуре не выше 10°C.

Под местной анестезией проводится удаление зубных отложений и орошение десны 10% раствором сока каланхоэ. На пораженные участки слизистой десен накладывают на 20 минут марлевые турунды, смоченные в теплом (37°C) соке каланхоэ. В течение дня пациент каждые 2-3 часа проводит полоскание полости рта 10% раствором сока каланхоэ, особенно тщательно после приема пищи.

Результаты исследования и их обсуждение

Всем больным проводилось комплексное лечение пародонтита с применением сока каланхоэ по описанной выше методике.

Из имеющегося арсенала местных противовоспалительных средств для лечения пародонтитов нами был выбран сок каланхоэ, который обладает выраженным противовоспалительным действием, оказывает нормализующее влияние на миграцию лейкоцитов, стимулирует эпителизацию, повышает защитные свойства мягких тканей десны. Кроме того, сок каланхоэ привлекает

пациентов дешевой его приобретением, возможностью получения его в домашних условиях.

Клиническое выздоровление наблюдалось на 4-6-й день у больных с легкой степенью течения пародонтита и на 5-8-й день у пациентов со средней степенью тяжести течения. Наряду с клиническими критериями оценки выздоровления проводили пробу Писарева-Шиллера, подтверждающую клиническую картину выздоровления.

Выводы

Применение в комплексном лечении пародонтитов сока каланхоэ в виде аппликаций и полосканий способствует благоприятному исходу заболевания, сокращению сроков лечения, хорошо переносится пациентами.

Литература

1. Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин Н.А., Миликевич В.Ю. Заболевания пародонта. Атлас. М.: Медицина, 1993. 320 с.
2. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2000. 162 с.
3. ерапевтическая стоматология. Учебник для студентов медицинских ВУЗов / п/ред. Е.В.Боровского. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 840 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «ЛЕСНОЙ БАЛЬЗАМ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТОВ

М.В. Шинкаренко,
В.Н. Шинкаренко

Публичное Медико-
Санитарное
Учреждение.
Муниципальный
Стоматологический
Центр Кишинэу

Rezumat

În lucrarea sînt prezentate date despre eficacitatea folosirii pastei de dinți "Lesnoi Balsam" în tratamentul complex al parodontitei acute și în caz de acutizare a parodontitei cronice. Au fost examinați 32 pacienți în vîrsta 18—55 de ani cu evoluție ușoară și medie a parodontitei. Investigațiile clinice au arătat la toți pacienții cu evoluție ușoară a procesului patologic vindecarea după 3—5 zile de tratament; la 22 din 24 de pacienți cu severitate medie a fost observată vindecarea la a 4-a — a 7-a zi de tratament.

Cuvinte-cheie: parodontită acută și cronică, pasta de dinți "Lesnoi Balsam".

Summary

APPLICATION TOOTHPASTE "LESNOI BALSAM" IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTITIS

The article presents data on the efficacy of using toothpaste "Lesnoi Balsam" in the treatment of acute and exacerbation of chronic parodontitis. Were examined 32 patients aged 18—55 years with easy and moderate evolution of parodontitis. Clinical investigations showed in all patients with easy evolution of pathological process convalescence after 3—5 days of treatment; in 22 of 24 patients with moderate evolution on the 4-th — 7-th days of treatment convalescence was observed.

Keywords: acute and chronic parodontitis, toothpaste "Lesnoi balsam".

В настоящее время распространенность болезни пародонта остается высокой и, по литературным данным, составляет 65—98% в различных регионах. Наиболее высокие показатели заболеваемости наблюдаются в возрастной группе 35—44 года [1].

Пародонтиты являются одной из причин потери зубов и как следствие необходимости зубопротезирования для улучшения качества жизни. А очаги инфекции в пародонтальных карманах отрицательно влияют на организм в целом.

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют, что патологические изменения у детей и взрослых возникают вследствие плохой гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, окклюзионной травмы, нарушения строения тканей преддверия полости рта, особенностей ротового дыхания, употребляемых лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний, экстремальных факторов, приводящих к нарушению компенсаторных механизмов естественного иммунитета и др. [1, 2].

Многочисленность причин развития пародонтитов настоятельно диктует индивидуальный подход в выборе тактики их лечения и оправдывает разнообразный спектр лечебных методик. Несмотря на большое многообразие методов лечения острых и обострения хронических пародонтитов проблема их терапии продолжает оставаться актуальной и в настоящее время. Экспериментальные исследования и клинические наблюдения доказывают необходимость проведения лечебных мероприятий и гигиенического ухода за полостью рта больных пародонтитами.

Цель исследования

Изучение эффективности применения зубной пасты "Лесной бальзам" в комплексном лечении острых и обострившихся хронических форм пародонтитов.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 32 больных (22 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 18 до 55 лет, у которых диагностировали обострение хронического пародонтита легкой (8 больных) и средней (24 больных) степени тяжести течения болезни.

Проводилось комплексное лечение пародонтита по общепринятой методике, а также обучение правилам чистки зубов зубной щеткой с зубной пастой "Лесной бальзам" [3].

Зубная паста "Лесной бальзам", выпускаемая ОАО "Калина" (Россия), содержит:

- экстракт шалфея, бактерицидное действие которого препятствует развитию патогенной микрофлоры в полости рта;
- гель алоэ-вера, который стимулирует репаративные процессы в тканях пародонта;

- отвар из лечебных трав ромашки, тысячелистника, зверобоя, чистотела и крапивы, способствующий ускорению восстановительных процессов в тканях пародонта.

Согласно нашим рекомендациям продолжительность чистки зубов составляет 5 минут, после чего пациент проводит пальцевой массаж десен с зубной пастой "Лесной бальзам" в течение 5 минут. В итоге зубная паста находится во рту 10 минут, оказывая лечебное воздействие на мягкие ткани полости рта. Эту процедуру пациенты проводили 3 раза в сутки после приема пищи на протяжении 14 дней. После контрольного осмотра, в случаях клинического выздоровления, пациентам рекомендовали в дальнейшем проводить чистку зубов 2 раза в сутки зубной пастой "Лесная", чтобы не было привыкания к компонентам "Лесного бальзама".

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе лечения по данной методике 30 из 32 пациентов отмечали на 2-4-й день исчезновение чувства дискомфорта в полости рта, появление ощущения гладкой поверхности десен, уменьшение кровоточивости. У 28 пациентов имело место исчезновение кровоточивости десен на 6—9-й день лечения. Ощущение легкости и свежести дыхания имело место у всех пациентов на 2—3-й день лечения.

Клиническое наблюдение выявило выздоровление у всех больных с легкой степенью тяжести течения патологического процесса на 3—5-й день лечения. При средней степени тяжести выздоровление наблюдали у 22 из 24 пациентов на 4—7-й день лечения. У 2-х больных наблюдался незначительный эффект.

Критериями выздоровления являлись нормализация цвета десен (бледно-розовая окраска), заострение верхушек межзубных сосочков десны, плотность тканей десны, просвечивание мелких кровеносных сосудов в тканях десен, отсутствие кровоточивости и окрашивания при проведении пробы Писарева-Шиллера.

Выводы

Применение зубной пасты "Лесной бальзам" в комплексном лечении острых и обострений хронических пародонтитов способствует их благоприятному исходу, непрерывности лечебного процесса, комфортно переносится пациентами, улучшает качество их жизни.

Литература

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2000. 162 с.
2. Терапевтическая стоматология. Учебник для студентов медицинских ВУЗов / п/ред. Е.В.Боровского. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 840 с.
3. Улитовский С.Б. Зубные пасты. Ст.-Петербург: Человек, 2000. 272 с.

TRAUMATISMELE DENTO-PARODONTALE

Veceslav Cibotari,
Dumitru Hițu,
Vasile Vlas,
Constantin Bicer,
Tatiana Strelîțova

Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială
USMF „N.
Testemițanu“
IMSP Centrul
Stomatologic
Municipal, Chișinău

Summary:

DENTO-PARODONTAL TRAUMATISM

The frequency of dento-parodontal trauma lately is becoming a growing social problem. Traumatic dento-parodontal lesions represents about 3,34% from total traumatic injuries of the face region. Dento-parodontal lesions are often associated with soft tissue damage and alveolar apophyses. Full and prompt medical care for traumatic lesions of the maxillofacial region minimize the immediate and delayed complications and preventive measures greatly reduces the frequency of these injuries.

Rezumat

Frecvența traumatismelor dento-parodontale în ultimul timp este în continuă creștere devenind o problemă socială. Leziunile traumatice dento-parodontale reprezintă circa 3,34% din totalul leziunilor traumatice a regiunii OMF. Deseori leziunile dento-parodontale sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și apofizei alveolare. Asistența medicală completă și promptă a leziunilor traumatice din regiunea maxilofacială reduce la minim complicațiile imediate și tardive, iar aplicarea măsurilor de profilaxie reduce considerabil frecvența acestor consecințe.

Actualitatea temei

Leziunile dento-parodontale sunt printre cele mai comune afecțiuni traumatice orale. Procentajele incidenței acestor leziuni sunt diferite în funcție de grupele sociale afectate, vârsta și sexul subiecților, mediul de proveniență (urban sau rural) etc.

Tema este actuală prin frecvența relativ ridicată a traumatismelor accidentale dento-parodontale care este în creștere, dar o frecvență reală nu este cunoscută căci multe dintre aceste leziuni nu primesc o asistență specializată și nu sînt luate în evidență. Accidentele traumatice interesează atît dinții temporari cît și cei permanenți și se întîlnesc la orice vîrstă.

Frecvența traumelor dentare este studiată incomplet, iar numărul cercetărilor în această problemă este insuficient.

Scopul studiului

Analiza statistică a leziunilor dento-parodontale pe parcursul anului 2009, a etiologiei și metodelor de tratament precum și nivelului de asigurare a asistenței stomatologice calificate a pacienților cu acest tip de traumatism.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului scontat au fost analizate fișele medicale a bolnavilor cu leziuni traumatice din teritoriului oro-maxilo-facial tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facial în 2009, din cadrul IMSP CNȘPMU, ce a constituit 26,89 % din numărul total de bolnavi. Au fost extrase următoarele date: sexul, vârsta, adresa, tipul de adresare, topografia, asocierea lor cu alte tipuri de traumatisme, tratamentul aplicat și complicațiile acestora.

Rezultatele obtinute si analiza lor

Din numărul total de bolnavi tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul IMSP CNȘPMU în anul 2009, 26,89% au constituit bolnavii cu leziuni traumatice ale regiunii oro — maxilo — faciale, dintre care cu leziuni dento — parodontale au constituit 3,34%.

Preponderent au fost bărbații 75%. Vîrsta medie a pacienților respectivi este cuprinsă între 18—35 ani, 25% din pacienți se aflau în stare de ebrietate etilica. În primele 24 de ore după ajutor s-au adresat 81% din accidentați, a doua zi 12,5%, iar după 3 zile s-au adresat 6,5%.

După locul de trai din mun. Chișinău au fost 62,5%, alte localități 37,5%. Sînestătător s-au adresat în 68,75%, cu îndreptare în 12,5%, au fost transportați de

ambulanță în 18,75%. După ocupație: muncitori 50%, șomeri 36%, studenți 12%, pensioneri 2%. Fracturi coronare au constituit 44%, luxațiile dentare 31%, fractură radiculară 19%, fractura corono-radiculară 6%. După factorul etiologic predomină leziunile rezultate în urma: agresiunii 44%, căderii 25%, accidente rutiere 13%, accidente habituale, lovitură cu corp contondent și de etiologie iatrogenă câte 6% fiecare. Cel mai frecvent sunt implicați următorii dinți permanenți:

- incisivii centrali superiori: 33%;
- incisivii centrali inferiori: 10%;
- incisivii laterali superiori: 23%;
- incisivii laterali inferiori: 8%.
- caninii superiori/inferiori: 18%
- dinții laterali superiori/inferiori: 8%

Din totalul leziunilor dento parodontale 94% sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și dure faciale și doar 6% reprezintă leziuni independente.

Leziunile dento-parodontale au fost asociate cu plăgi din regiunea facială în 62,5%, cu fractură de mandibulă în 43,75%, fractura oaselor nazale în 25%.

Factorii etiologici îi putem diviza în factori favorizanți și determinanți.

Factori favorizanți numeroși pot interveni: malpoziții dentare, proalveolie superioară, prognatism; tulburări de articulație dentară; fragilitatea dintelui prin hiper- sau hipocalcifiere; fragilitate dentară consecutivă unei depulpări prealabile; diminuarea rezistenței dentare prin carii profunde, obturații, dispozitive corono-radulare; parodontopatii marginale cronice.

Factorul determinant este reprezentat în majoritatea cazurilor printr-un traumatism exterior produs în împrejurări diverse: accidente de joacă; accidente de stradă, căderi; accidente de circulație; accidente sportive sau de muncă; agresiuni prin lovitură de pumn sau cu un corp contondent. Mai rar leziunile sînt de natură iatrogenă prin aplicarea brutală a unui deschizător de gură, în cursul extracțiilor dentare sau a altor intervenții chirurgicale maxilo-faciale. Fracturi dentare se pot produce în timpul masticației cînd în alimente se găsesc fragmente de oase, pietricele sau alte corpuri dure.(5)

Clasificarea leziunilor traumatice dentoparodontale. (după OMS 2000)

A) *Fracturi coronare:*

1. fisura smalțului sau smalțului și dentinei;
2. fractură coronară fără deschiderea camerei pulpare — necomplicată;
3. fractura coroanei cu deschiderea camerei pulpare — complicată;

B) *Fracturi radiculare:*

1. fracturi în regiunea cervicală;
2. fracturi în regiunea mediană;
3. fracturi în regiunea apicală;

C) *Luxații:*

1. contuzia;
2. subluxația;
3. luxația laterală;
4. luxația cu extruze.
5. luxația cu intruziune;
6. avulsione.

Tratamentul leziunilor dento-parodontale.

Orientări generale: Se calmează durerile, se acordă atenție deosebită igienei bucodentare. Indicațiile de tratament sînt determinate de vîrsta și starea generală de sănătate a pacientului, de starea pulpei, a periodonțiului, a dintelui și osului alveolar.

Tratamentul trebuie considerat de urgență și aplicat cît mai precoce. Se depun toate eforturile pentru a conserva vitalitatea pulpară a dinților fracturați și vitalitatea periodonțiului dinților luxați. Trebuie acordată o importanță deosebită imobilizării în poziție corectă a structurilor traumatizate.

Fisurile smalțului, smalțului și dentinei necesită badijonarea cu soluții coagulante (acid tricloracetic, fluorură de sodiu) și controlul vitalității.

În fracturile coronare nepenetrante tratamentul este în raport cu cantitatea de dentină care separă suprafața de fractură de pulpa dentară. Fracturile limitate la smalț și un fragment redus de dentină necesită șlefuire simplă, prudentă, a marginilor ascuțite ale soluției de continuitate, tratamentul plăgii dentinare și controale periodice ale vitalității pulpare.

În plăgile dentinare mai mari se asigură protecția dentinei coronare expuse, printr-un pansament cu pastă de hidroxid de calciu sau oxid de zinc, menținut printr-o coroană sau inel ortodontic cu o margine lăsată în jos peste inel pînă la cicatrizarea plăgii respective și formarea de dentină secundară. Dacă vitalitatea este păstrată după 6-8 săptămîni se trece la restaurarea definitivă; în caz contrar se efectuează în prealabil tratament endodontic.

În fracturile coronare penetrante tratamentul este în raport cu mărimea deschiderii camerei pulpare, starea pulpei dentare, stadiul de dezvoltare a rădăcinii. La pacienți tineri, cînd rădăcinile nu și-au desăvîrșit creșterea, cînd plaga pulpară este redusă și tratamentul este efectuat la cîteva ore după accident, se aplică coafajul pulpar direct cu pastă de hidroxid de calciu și se procedează ca în cazul precedent. Cînd condițiile pentru coafaj pulpar sînt depășite se practică pulpotomia sau amputația vitală eliberîndu-se complet camera pulpară, realizîndu-se hemostaza și aplicîndu-se pe suprafața de secțiune pulpară un pansament cu hidroxid de calciu peste care se aplică o pastă de oxid de zinc, iar restul camerei pulpare este umplut cu cement fosfat de zinc și se reconstituie provizoriu coroana. Cînd indicațiile pentru tratamentul pulpar conservator sînt depășite și îndeosebi la adulți, se trece la pulpectomie și tratament radicular. Este metoda cel mai des utilizată.

În fracturile coronare penetrante vechi, cînd s-a produs pulpita; s-a format țesut de granulație sau polipi pulpari, sau cînd fragmentul coronar a interesat aproape întreaga coroană, sînt indicate extirparea vitală, tratament endodontic și reconstituire. În fracturile coronare ale dinților devitali se practică tratamentul radicular corect și reconstituire coronară.

În fracturile coronare ale dinților temporari se depun toate eforturile pentru menținerea vitalității. Dacă păstrarea dintelui este necesară încă o perioadă de timp, iar resorbția radiculară redusă, în raport cu gradul de fractură și intensitatea traumatismului

parodontal se practică amputație vitală și imobilizare, sau extirpare vitală, tratament radicular, reducerea luxației și imobilizare. Dacă resorbția radiculară este avansată se efectuează extracția dentară.

Tratamentul fracturilor radiculare constă în reducerea deplasărilor fragmentelor și imobilizarea acestora cu atât mai riguros cu cât linia de fractură este mai aproape de colet.

Fracturile treimii cervicale impun adesea extracția. Când linia de fractură este aproape de colet, fragmentul intraalveolar poate fi păstrat, depulpat și dintele reconstituit după gingivoosteoplastie. La tineri, după obturația radiculară a, fragmentului intraalveolar, se introduce un știft intraradicular și prin intermediul acestuia, cu ajutorul unui dispozitiv, ortodontic, prin tracțiune elastică lentă se poate realiza extruzia rădăcinii atât cât este necesar pentru a permite reconstituirea.

În fracturile treimii mijlocii și apicale tratamentul constă în reducerea deplasărilor când există, imobilizarea dintelui respectiv timp de 8 săptămâni, scoaterea sa din funcție pentru a evita traumatizarea în timpul masticăției și control periodic al vitalității. Dacă se instalează necroza pulpară se trece la tratament radicular. Rezecția fragmentului mic în fracturile 1/3 apicale este indicată numai în cazul instalării necrozei pulpare.

În fracturile treimii mijlocii cu deplasare importantă sau când fragmentul extraalveolar a fost expulzat se extrage fragmentul intraalveolar.

În fracturile treimii medii și cervicale ale dinților devitali sînt indicate tratamentul radicular și aplicarea unui implant endodontic care, trecînd prin ambele fragmente, joacă rolul de atelă internă; se asociază cu imobilizarea dintelui pentru 4 săptămâni.

În fracturile corono-radiculare când fragmentul mic pătrunde în alveolă mai puțin de 3-4 mm se îndepărtează acesta și se poate păstra fragmentul mare efectuîndu-se gingivectomie sau gingivoosteoplastie, tratament endodontic și reconstituire. În majoritatea fracturilor corono-radiculare extracția dentară este inevitabilă.

Contuziile parodontale ușoare nu necesită tratament imediat. În contuziile mai intense se "șlefuiesc ușor marginile incizale ale dinților antagoniști, se imobilizează dinții traumatizați și se controlează vitalitatea. De pulpare și tratamentul endodontic sînt contraindicate imediat după traumatism ele se efectuează tardiv, dar nu mai tîrziu de 8-10 săptămâni pentru a se evita apariția complicațiilor gangrenei pulpare.

În luxațiile dentare parțiale deplasarea dintelui luxat împreună cu a peretelui alveolar respectiv se corectează digital cît mai curînd după traumatism, reducîndu-se cu grijă pentru a menaja elementele parodontiului, se suturează fibromucoasa gingivală de o parte și de alta a coletului dentar și se imobilizează dintele repoziționat pentru un interval de 4 săptămâni. Se controlează periodic vitalitatea pulpară, iar în eventualitatea frecvența de mortificare pulpară se trece la tratament radicular.

În luxațiile dentare totale, la pacienți tineri, cu starea generală bună, cînd starea osului alveolar permite și a fost păstrată vitalitatea periodontului, este indicată replantarea. Pentru ca periodontul să-și mențină vitalita-

tea este necesar ca timpul scurs de la accident să nu depășească 2 ore, dintele să fie păstrat în mediu umed și să nu se exercite nici o presiune asupra rădăcinii. Cele mai multe șanse de succes le au dinții expulzați al căror apex este incomplet dezvoltat, se spală cu jet de soluție fiziologică, fără a face presiuni pe rădăcină, se reintroduce în alveolă în cel mult jumătate de oră de la accident.

În majoritatea cazurilor condițiile de replantare menționate nu sînt realizate, iar prin tehnicile clasice se produce o resorbție mai mult sau mai puțin rapidă a rădăcinii. Dar chiar în aceste cazuri dintele plantat poate fi utilizat cîțiva ani, servind și ca menținător de spațiu și îndeplinind totodată un rol psihologic.

Luxația unui dinte temporar cu resorbție radiculară avansată, în intruzie accentuată, necesită extracție. Dacă dintele intruzat nu prezintă încă rizaliză, cea mai bună conduită este de așteptare, antibioterapie și igienă bucală. Dintele poate reerupe în următoarele 3-4 săptămîni și își poate continua ulterior evoluția normală. Dacă reerupția nu s-a produs în interval de o lună, dintele se extrage; trebuie extras imediat un dinte temporar intruzat care a lezat mugurele dintelui permanent.(2)

Concluzie

1. Frecvența traumatismelor dento-parodontale în ultimul timp este în continuă creștere devenind o problemă socială.
2. Leziunile traumatice dento-parodontale reprezintă circa 3,34% totalul leziunilor traumatice în regiunea feței.
3. Cel mai frecvent sunt implicați următorii dinți:
 - incisivii centrali superiori: 33%;
 - incisivii laterali superiori: 23%;
 - caninii superiori/inferiori: 18%
4. Cel mai des leziunile dento-parodontale sunt asociate cu leziuni ale țesuturilor moi și apofizei alveolare.
5. Asistența medicală completă și promptă a leziunilor traumatice din regiunea maxilofacială reduce la minim complicațiile imediate și tardive, iar aplicarea măsurilor de profilaxie scade considerabil frecvența acestor traumatisme.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 699-711.
2. Hițu D. Traumatismul etajului mijlociu al feței. Chișinău, 2008. Pag. 17 — 28.
3. Godoroja Pavel, Spinei A., Spinei I., Stomatologie terapeutică pediatrică. Chișinău, 2003. Pag. 113-129.
4. Lupan I., Railean S., Pocitari C., Minăscuță Gh. Leziunile traumatice oromaxilofaciale asociate la copii și asistența lor medicală. Curierul medical, Nr. 6, 2008, Pag. 32 — 36.
5. Răilean S. Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-faciale la copii. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2001. Pag. 20.
6. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 255-265.
7. Șcerbatiuc D., Chele N., Ouatu V., Hițu D.// Unele aspecte etiologice ale traumatismelor faciale.// Conferința practico-științifică, Urgențele medico-chirurgicale, Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău, 1997, Pag. 9
8. Колесова А.А., Стоматология детского возраста, Москва, 1991. Стр. 314-320.
9. Робустова Т.Г., Хирургическая стоматология, Москва: Медицина, 2003. Стр.360-366.

TERAPIA TISULARĂ LA PACIENȚII CU NEURALGIE TRIGEMINALĂ TRATAȚI ANTERIOR CU METODE DESTRUGĂTOARE (RADIOTERAPIE)

Rezumat

Terapia tisulară prin grefa nervului cadaveric conservat a devenit o metodă recunoscută. Experiența de mai mult de 25 de ani a demonstrat că efectul terapiei aplicate depinde de tratamentul anterior administrat de pacient. Bolnavii primari se tratează eficient și repede (3—4 ședințe), cei care au folosit metode conservative și distructive — mai lent, dar tot cu efect bun (10 ședințe), la cei care au folosit roentgenoterapia (14 pacienți), efectul tratamentului este slab pronunțat și de o perioadă scurtă (2—3 luni). Am ajuns la concluzia că, la această categorie de pacienți, terapia tisulară este puțin eficientă.

Abstract

PECULIARITIES OF TISSUE THERAPY IN TRIGEMINAL NERVE NEURALGIA PATIENTS PREVIOUSLY TREATED WITH RADIATION

Tissue therapy by means of the preserved graft of the cadaveric nerve has become an established method. Our experience of more than 25 years proved the effect of the applied procedure to depend on the patient's previous treatment. The primary patients are efficiently cured after 3—4 procedures. Those who have been used conservative and destructive methods before achieve good results gradually (after 10 sittings). And in those who have undergone a course of radiotherapy previously (14 patients) the effect of treatment is insignificant, with remissions lasting 2—3 months. So, we have concluded that in the last group of patients the use of tissue therapy is inefficient.

Problema tratamentului bolnavilor, cu neuralgie trigeminală, rămâne actuală din cauza sporirii numărului de pacienți gravi și inexistența unei metode de tratament etiopatogenic eficace [5, 6]. Printre metodele recunoscute administrate la această categorie de suferinzi este și roentgenoterapia [1, 2, 3, 4].

Scopul lucrării constă în a determina valoarea terapiei tisulare prin grefa nervului cadaveric conservat la această categorie de pacienți.

Material și metodă

Studiul a fost realizat într-o perioadă de 4 ani (2005—2008). A fost monitorizat un număr de 14 pacienți (10 femei și 4 bărbați), supravegheați și tratați în condiții de ambulatoriu, catedră Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Chișinău, diagnosticați cu neuralgia nervului trigemen, dintre care la 8 durerile au fost depistate pe partea dreaptă (ramurile II-III) și la 6 — pe stânga (la doi pacienți era afectat ramul III, la patru — ramurile I-II-III). Vârsta bolnavilor a variat între 52-72 de ani. Pacienții au făcut roentgenoterapia în diferite instituții medicale din Republica Moldova. La a 4-a și a 5-a zi de iradiere bolnavii au simțit o ameliorare care a durat 6-8 zile, după care durerile neurologice continuau, iar la 7 dintre 14 pacienți durerile au devenit insuportabile. Toți pacienții au ajuns la starea de suicid; doi dintre ei și-au pus capăt vieții, în urma durerilor insuportabile. Evoluția maladiei durează de la 1 până la 23 de ani. Bolnavii acuzau dureri în formă de accese acute, în formă de înțepături, împușcături, care iradiau pe parcursul ramurilor afectate. Pacienții în timpul accesului se apucau cu mâinile de cap și făceau un răcnet care se răspândea în toată policlinica.

Era o atmosferă foarte tensionantă. Bolnavii au beneficiat de: examen clinic, teste de laborator, teste imunologice, radiografie, electroodontodiagnostic etc.

Ion Munteanu,
Anatolie Pancenco

*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
și implantologie
orală, USMF „Nicolae
Testemițanu”, IMSP
Centrul Stomatologic
Municipal Chișinău*

Toți pacienții au fost consultați de către neurolog și de către alți specialiști, conform necesităților, după care au fost supuși terapiei tisulare. Intervenția se face la spate, pe ambele părți.

Tehnica operației. După prelucrarea câmpului operatoriu, conform cerințelor chirurgicale, se efectuează subcutanat anestezia infiltrativă (Sol. lidocaini 0,5% — 2ml). Sub unghiul median al omoplatului, pe stânga și pe dreapta, se face câte o incizie (lungimea de 1 cm). Cu un instrument bont se formează un tunel sub piele inversat. Mai departe este important de efectuat o hemostază minuțioasă, prin presiune, prin prelucrarea plăgii cu soluție de 3% H₂O₂. Aici momentul esențial constă în faptul că grefa să aibă contact cu țesuturile moi, dar să nu fie înconjurată de cheag de sânge. În caz contrar grefa nu-și acoperă funcția preconizată. În fiecare plagă se introduce câte o bucătică de nerv cadaveric, conservat, cu o lungime de 0,5-0,8 cm. Înainte de a introduce grefa, aceasta este scontată din conservant (Sol. Formalini 0,5%) și se introduce în soluție Fiziologică pentru 45-60 min; în caz contrar formalina de pe grefă provoacă o inflamație asptică în plaga, cu consecințe nedorite pentru tratament. Plaga se suturează. Pansamentul se realizează peste 24 de ore, grefele din plagă se înlătură și se introduc altele noi, și în așa mod, în fiecare zi, în 5 ședințe; în total 10 grefe. Intervenția descrisă a fost aplicată la toți cei 14 pacienți.

Rezultate și discuții

Bolnavii cu neurologia nervului trigemen s-au tratat în condiții de ambulatoriu, mult mai mult, 8 dintre 14 pacienți își continuă activitatea profesională, respectând recomandările medicului (să nu doarmă pe spate, să nu să se sprijine de spate, de scaun, să nu ridice greu, să nu să se lovească la spate, în locul unde a fost făcută intervenția).

În rezultatul tratamentului, la cei 14 pacienți s-au efectuat 140 de grefe, fără complicații locale și generale. Efectul tratamentului aplicat a avut o ameliorare de scurtă durată (3 luni — la 7 bolnavi și de 1-2 luni — la 5 bolnavi și un efect nesemnificativ de 2,5 — 3 săptămâni — la 2 pacienți).

Investigațiile imunologice, la pacienții care s-au tratat anterior cu radioterapie, au demonstrat faptul că grefele introduse foarte puțin absorb autocorpii la afecțiunea nervului din organism. Autocorpii la acești bolnavi devin mai „slabi”, mai „lenoși” nu atât de bine recunosc grefa (antigenul) introdus. Acest moment în viitor ne-a impus să ne decidem a aplica metoda la pacienții, în anamneza cărora era prezentă roentgenoterapia sau la pacienții din zona Cernobâl. Pentru a ilustra eficacitatea terapiei tisulare la pacienții anterior tratați cu radioterapie, propunem prezentarea de caz.

Caz clinic

Pacienta E., în vârstă de 57 de ani, data de adresare — 28.02.2005, cu diagnosticul neurologia ramuri-

lor II-III ale nervului trigemen pe stânga.

Acuză dureri neurologice insuportabile pe partea stângă a feții, durerile purtau un caracter înțepător și iradiau în cap. Paroxismele continuau și ziua, și noaptea. În timpul accesului bolnava încemenea. Suferă de aproximativ de 2 ani. Leagă apariția maladiei cu suprarăcirea și cu stresul organismului. Până la adresare s-a tratat conservativ, blocaj cu alcool (5 injecții), radioterapie (11 ședințe), acupunctura (7 cursuri), electroforeză cu Dimexidă, Hidrocortizon, Vitamina E. În ultimul timp folosea droguri, dar fără vreun efect deosebit.

Din anamneză s-a determinat faptul că pacienta a suferit de rujeolă, scarlatină, tifos, pneumonie, malarie, septicemie, bronșită, arahnoidită, osteocondroză, fibroma uterului, cu înlăturarea lui. Începând cu 28.02.2005 a inițiat cursul de terapie tisulară, dar numai după a 8-a grefă pacienta a indicat o ameliorare, cu greu a început a se alimenta cu lichide. S-au efectuat 10 grefe, pacienta relativ se simțea mai bine. Ameliorarea a durat 4 luni. În 3.08.2005 accesele au recidivat cu aceeași intensitate. S-au mai efectuat 6 grefe, dar efectul a fost nesemnificativ. În legătură cu starea sa foarte gravă, pacienta s-a adresat la Institutul de Neurochirurgie din orașul Kiev, mai apoi la Institutul de Neurochirurgie din Moscova, unde a fost operată și pe masa de operație a decedat. Cazul clinic a arătat că la pacienții care anterior au făcut radioterapie, aplicarea metodei de terapie tisulară rezulta doar într-o ameliorare, pentru o perioadă de 2—4 luni. Acest fapt ulterior ne-a determinat de a nu folosi metoda de terapie tisulară la pacienții, în anamneza cărora era prezentă radioterapia. Prezintă interes faptul că unul dintre pacienții supravegheați s-a tratat cu razele Roentgen în afecțiunea buzei inferioare, cu o tumoare malignă. Efectul terapiei tisulare la acest pacient a fost identic rezultatelor de tratament al bolnavilor tratați neurologic.

În concluzie, așa menționa că pacienții care au făcut radioterapia, tratamentul tisular prin grefa nervului cadaveric conservat este contraindicat din motivul efectului curativ minim. Consider că în neurologia nervului trigemen radioterapia trebuie să fie interzisă.

Bibliografie

- 1) Aldescu C., Neuroradiodiagnostic Vol. 1. Ed. Junimea, Iași, 1982.
- 2) Aldescu C., Computer tomografia în afecțiuni endocraniene, Ed. Canova, Iași, 1995.
- 3) Burlibașa C., Chirurgie orală și maxilofacială, Ed. Medicală, București, 2003.
- 4) Lamey P. T., Lomb A. B. Lip component of burning Syndrome. // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, 1994, 78:590-93.
- 5) Munteanu I. F. Eficiența terapiei tisulare cu grefa de nerv conservat în neurologie de trigemen tratată anterior prin terapia conservatorie. Analele științifice. Ed. A VII-a, Chișinău, 2006, p.356-358.
- 6) Rotaru A., Sirbu C., Câmpeanu S., Munteanu I., Rotaru H. Implicații multidisciplinare în durerea orală și cranio-facială, Cluj-Napoca, 2001, vol. 1, 620p.

TRAUMATISMUL ASOCIAT AL MAXILARULUI SUPERIOR

Rezumat

Pe parcursul anului 2008 traumatismul maxilo-facial a ocupat locul doi după procesele inflamatorii. Fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital sunt cauzate de accidentul rutier. Traumatismul asociat al feței a alcătuit 37,25% din totalul bolnavilor cu traumă. Traumatismul craniocerebral asociat cu fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital a alcătuit 91% și ebrietatea etilică 16%. Durata tratamentului cu traumatism facial asociat a fost de 11 zile-pat. Fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital s-a clasat pe ultimul loc maxilarul superior.

Summary

ASSOCITED TRAUMA OF UPPER JAW

During 2008 year maxillofacial trauma took the second place among the inflammatory processes. Maxillo-zygomatic-orbital complex fractures are caused by car crashes. The associated maxillofacial trauma represents 37,25% of total patients. Craniocerebral traumas associated with the fractures of maxillo-zigomatic-orbital complex traumas represent 91% and traumas associated with alcoholism 16%. The treatment period of upper jaw truma associated with the facial trauma was a 11 day bed regimen. Among the maxillo-zigomatic-orbital complex fractures the last place is taken by those of the upper jaw.

Actualitatea temei:

Fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital (F.C.M.-Z.-O.) se întâlnesc mai rar, în comparație cu oasele nazale, fracturile mandibulei sau malarului. Mulți autori susțin, în ultima vreme, că incidența fracturilor maxilarului superior au crescut, mai ales cele asociate cu fracturi ale oaselor faciale sau ale scheletului în general. Frecvența fracturilor etajului mijlociu al feței, în ultimii 25 de ani, s-au majorat cu 20%, datorită urbanizării vieții populației, aglomerării de transport, asigurării tehnice a procesului de muncă și calității diagnosticului [3,7]. Multitudinea cazurilor de traumatisme, complexitatea și gravitatea în deosebi a maxilarului superior, starea economică precară în țară și în instituțiile medicale, scăderea bunăstării populației complică acordarea ajutorului medical adecvat și la timp, conduce la apariția unor complicații și sechele de maximă importanță, măresc perioada incapacității de muncă și costul îngrijirilor medicale. Traumatismele reprezintă urgențe relativ frecvente cu tendința de creștere în timp și cu probleme importante de tratament, datorită complexității traumatismului și a complicațiilor posibile [1, 4]. Traumatismele multiple, asociate și combinate se deosebesc printr-o gravitate deosebită în aspect clinic, fiind însoțite de dereglări serioase a funcțiilor vitale ale organismului, dificultăți diagnostice, dificultăți de tratament, procentaj major de invaliditate, letalitate sporită. Deseori aceste leziuni sunt însoțite de șoc traumatic, hemoragii masive, dereglări de circulație sanguină și de respirație, uneori de stări terminale. Aceste categorii de accidentați în Departamentul de Urgență constituie 15-20%. Despre gravitatea traumatismelor multiple și asociate vorbește letalitatea înaltă. La fracturile izolate ea constituie 2%. La traumele multiple la 16%, iar la cele asociate depășește 50% [2, 5, 6].

Obiectivele lucrării:

Analiza traumatismului maxilarului superior asociat pe parcursul anului 2008 și metodele existente de tratament.

Materiale și metode de cercetare:

Pentru atingerea scopului au fost examinați și acordat ajutorul bolnavilor cu traumatism facial pe parcursul anului 2008. Ca material de studiu am folosit fișele

D. Hițu

*doctor în medicină,
conferențiar universitar
Catedra Chirurgie
Orală și Maxilo-Facială,
USMF „Nicolae
Testemițanu”, Republica
Moldova, Chișinău*

de observație din secția de chirurgie oro-maxilo-facială a Centrului Național Practico-Științific în Medicinii de Urgență din orașul Chișinău.

Statistica fracturilor de maxilar superior

- F.C.M.-Z.-O — 9,7%, în perioada anilor 1998—2002, inclusiv Le Fort-I — 22%; 2. Le Fort-II — 61%; 3. Le Fort-III — 17%, Hițu D., (2004)
- F.C.M.-Z.-O — indică 9,2%, Bernadschii Iu. I. (1999)
- F.C.M.-Z.-O — 12%, Benedetti A, (2006).
- F.C.M.-Z.-O — 6%, Akardjev A. (2007).

Rezultatele obținute și analiza lor

După Bernadschii Iu. (1999) fracturile maxilarului superior și inferior și alte părți ale organismului alcătuiesc 14% din totalul leziunilor traumatiche mecanice asociate. În privința accidentaților cu traumatism asociat al feței, fracturile maxilarului inferior alcătuiesc 12,7%, maxilarul superior 10,3%, ambelor maxilare 4,5%, oaselor zigomatice 12,4%, oaselor nazale 4,8%, țesuturilor moi a feței, dinților și limbii luate la un loc 5,3%. Mai frecvent ele sunt cazate de accidente de transport 52%, căderi de la înălțime 25%, traumatism habitual 17% [7]. După datele lui Roccia F. și coautorii (2008) traumatismul asociat alcătuiește 37% și după Schaller B. (2008) — 23%.

După datele lui Baci Gh. (2007) studiind localizarea morfo-lezională a observat că mai des supuse traumatizării sunt capul 78,61%; toracele 76,56% și membre 71,38%. Cu o frecvență mai redusă s-au produs leziuni ale nivelului abdominal 47,81%; bazinului 27,93% și coloanei vertebrale 22,82%. Datele prezentate ne permit a afirma că traumatismele rutiere mai frecvent sunt asociate, de regulă, cu implicarea a mai multor regiuni ale corpului, fapt care explică gravitatea acestor traume, precum și letalitatea sporită.[3]

În statistica lui Ossar repartitia leziunilor corporale ar fi următoarea: torace-65%; abdominale-73%; craniocerebrale-67%; gât și față-36%; membre și centuri-72%; vasculare-72% [1] Incidența fracturilor de etaj mijlociu este între 11 — 30% după datele literaturii. Bernadschii Iu. I. (1999) indică prezența a 9% fracturii ale maxilarului superior. Majoritatea cu 86% sunt bărbații cu fracturi ale etajului mijlociu al feței. Cauza declanșării fracturii complexului maxilo-zigomatico-orbital, în proporția de 32%, au fost accidente rutiere (Fasolo A. 2003). Posibil, datorită acestei circumstanțe, fracturile etajului mijlociu al feței în 84% sunt niște traumatisme asociate și deci dificile pentru abordarea diagnosticului și tratamentul. Consultația neurochirurgului este solicitată în 94%. Implicarea sistemului nervos central este aproape sută la sută prezint la traumatizați, în cadrul fracturilor masivului mediofacial.

Traumatismul maxilarului superior, asociat cu leziuni craniene, în studiul nostru, constituie 90,90%, dintre care 90% — cu comotie cerebrală și 10% — cu contuzie cerebrală, date relatate și de alți autori: Trauma asociată cranio-facială în 60% după datele lui

Pedro Ferreira, (2004); Trauma asociată cranio-facială 11,4%; Адильбеков Е., (2006); Trauma asociată cranio-facială 9,5%. Ivascenco N. A. (2008). Traumatismul facial asociat cu cranio-cerebral în 37,1%. V. M. Topalo (1988). Fracturile asociate se întâlnesc la 79,5% din bolnavii cu traumatism facial,“ A.A. Timofeev, (1986).

Pe parcursul anului 2008 în secția Chirurgie Orală și Maxilo-Facială ce se află în incinta CNPȘMU au fost înregistrați bolnavi cu traumatism asociat al feței 37,25% din numărul total al bolnavilor traumatizați. Bolnavii cu fracturi de maxilar superior, inclusiv: Le Fort- II — 54,54% cazuri și Le Fort-III — 45,45% cazuri.

Peste 45,45% din traumatizați au fost din județul Chișinău, dintre ei 91% bărbați. Transportarea bolnavilor cu ambulanța au fost acordată la 54,54% din bolnavi și desinestătător 1 bolnav. Îndreptarea bolnavilor de la policlinicile de sector sau înregistrat la 36,36% bolnavi, ce ne indică o colaborare bună între policlinici și Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Cauza traumei în 90% a fost accidente rutiere, ocupând I loc, urmată de accidente provocate de animal în 10% cazuri. În primele 24 de ore, după ajutor s-au adresat 54,54% din accidentați, a treia zi 27,27%. La a 7 și mai multe zile s-au adresat 18,18% la care posibilitatea asocierii infecției se majorează și recuperarea acestor bolnavi va fi mai costisitoare și cu rezultate mai modeste. Statistica accidentaților după starea socială este următoarea: pe I loc cu 63,63% s-au plasat șomerii, muncitorii reprezentau 36,36%.

Repartizarea accidentaților cu traumatism facial s-a efectuat în felul următor: pe primul loc s-au clasat fracturile de mandibulă și leziunile țesuturilor moi ale feței. Fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital a ocupat locul cinci cu 6%.

Traumatismul facial asociat cu traumatism craniocerebral s-a înregistrat în 79,26%, pe când traumatismul maxilarului superior, asociat cu leziuni craniene, în studiul nostru, cum am mai menționat mai sus constituie 91%. Ebrietatea etilică în această perioadă sa înregistrat în 21,24% a bolnavilor cu traumatism facial și traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu ebrietatea etilică în 16%.

Tratamentul ortopedic folosit în cazul fracturilor maxilare s-a înregistrat în 72,72% din cazuri. Necăținând la multitudinea dezavantajelor imobilizarea maxilarelor cu ajutorul atelelor la momentul actual este cea mai des folosită metodă pentru că tehnica de aplicare a atelelor e ușoară, economă. Prezența numărului de antagoniști suficienți pe ambele arcade și lipsa deplasării vădite a fragmentelor fracturate, face utilizarea atelelor să ocupe primul loc în tratamentul fracturilor de maxilare.

Tratamentul chirurgical este indicat în fracturile multiple ale maxilarelor, edentații parțiale sau totale, fracturi eschiloase și altele. Osteosinteza cu fir metalic și suspendare maxilarului superior după Adams de marginea laterală a orbitei a fost efectuată la un bolnav.

Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu fracturile de mandibulă au alcătuit 36,36%. Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu fracturile complexului nazo-etmoidal au alcătuit 36,36%. Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu fracturile complexului zigomatico-orbital au alcătuit 27,27%. Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu plăgile faciale au alcătuit 72,72%. Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu leziunile toracelui au alcătuit 36,36%. Traumatismul complexului maxilo-zigomatico-orbital asociat cu leziunile dentoparodontale au alcătuit 9%.

Concluzii

1. Fracturile complexului maxilo-zigomatico-orbital sunt cauzate de accidentul rutier.
2. Traumatismul asociat cranian și complexului maxilo-zigomatico-orbital sa înregistrat în 91%.
3. Traumatismul facial asociat pe perioada anului 2008 constituie 37,25%.

Bibliografia:

1. Arsenie C., I. Nica. Traumatismele cranio-cerebrale în cadrul politraumatismelor. Editura medicală București, 1983, pag 12.
2. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București, 2003, p.653-697.
3. Baci Gh. Sănătatea populației și efectele traumelor psihoemoționale. Analele științifice, Ediția VIII-a, Volumul III, Probleme actuale în medicina internă. Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu“ cu prilejul aniversării a 80 ani de la naștere. Chișinău, 2007, pag. 9-11.
4. Gogălniceanu D., M. Barna, C. Vicol, M. Voroneanu, E. Popescu, B. Gheorghită. Etape de tratament în traumatismele maxilo-faciale produse prin împușcare. Congresul II al stomatologilor. Chișinău 1994, p.70.
5. Rocca F., C. Caldarelli, M.-C. Spada, M. Giarda, M. Bernardi, M. Bruccoli, A. Benech, S. Berrone. Regional database for epidemiologic study of facial injuries. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. Abstracts from the XIXth Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery Volume 36 Supplement 1, Bologna, Italia, 2008, September, pag. 115.
6. Hițu D. „Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale“ Chișinău, 2004, pag. 28 — 43.
7. Бернадский Ю. И. Хирургия челюстно-лицевой области. Москва, 1999. — С. 152-162.

METODELE DE DRENARE A PLĂGILOR INFECTATE ALE REGIUNII ORO-MAXILO-FACIALE

Rezumat

Datorită particularităților anatomico-morfologice limfonodulii se necrotizează mai lent, ce v-a influența neapărat asupra timpului de spitalizare a bolnavului. Sarcina medicului este de a alege metoda cea mai eficientă de tratament chirurgical a proceselor infecțioase a sistemului limfatic. Utilizarea metodelor chirurgicale mai puțin traumatice, cu o drenare eficientă a țesuturilor moi faciale v-a spori eficacitatea tratamentului și reabilitarea precoce a pacientului. Din numărul total de bolnavi internați și tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul CNȘPMU, bolnavi cu afecțiuni ale sistemului limfatic au constituit 4.9 %. Alegerea metodei de tratament chirurgical a proceselor infecțioase a sistemului limfatic depinde de cazul clinic concret. Utilizarea metodelor chirurgicale mai puțin traumatice, cu o drenare eficientă a țesuturilor moi faciale v-a spori eficacitatea tratamentului și reabilitarea precoce a pacientului.

Summary

ORO-MAXILLO-FACIAL REGION WOUND DRAINAGE METHODS

Due to anatomico-morphological peculiarities lymphnodes necrotize slower, what will influence patient hospitalizing time. Doctor's task is to choose the most efficient surgical method of treating the infectious processes of the lymph system. The usage of less traumatic surgical methods, with an efficient drainage of face soft tissues, then will increase treatment efficiency and patient rapid recovery. Considering the total number of patients hospitalized in the Oro-Maxillo-Facial section of CNȘPMU, those with lymph system pathologies were 4,9 %. The election of the surgical treatment method depends upon a concrete clinical case. The usage of less traumatic surgical methods, with an efficient drainage of face soft tissues, then will increase treatment efficiency and patient rapid rehabilitation.

Vasile Vlas

Catedra Chirurgie oro-maxilo-facială, USMF „N. Testemițanu“ IMSP Centrul Stomatologic Municipal, Chișinău

Actualitatea temei

O sarcină importantă a organelor și instituțiilor ocrotirii sănătății o constituie efectuarea permanentă a măsurilor profilactice preventive și curente în combaterea bolilor infecțioase. E știut că limfadenita este un proces infecțios secundar. Morbiditatea reprezintă un criteriu important în aprecierea stării de sănătate a populației sub diverse aspecte: vîrstă, sex, profesie, localitate, caracterul sezonier, condiții de trai, muncă, factori ai mediului ambiant, forme nozologice. Acești indici influențează plinitudinea și veridicitatea informației, care la rîndul ei depinde de volumul, caracterul, calitatea, accesibilitatea și gradul de specializare a asistenței medicale. Morbiditatea, la fel ca și starea sănătății populației, este determinată de următorii factori: social-economici, biologici, mediul ambiant, accesibilitatea și calitatea asistenței medicale.[1,2,5,8]

Scopul studiului

De a efectua o evaluare a metodelor de tratament a proceselor infecțioase inclusiv și a sistemului limfatic, analiza statistică a factorilor etiologici ce duc la apariția limfadenitelor, divizarea pe diverse grupuri sociale a pacienților, stabilirea diagnosticului și metodelor de tratament.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului scontat s-au studiat fișele medicale a bolnavilor cu afecțiuni inflamatorii a sistemului limfatic, internați și tratați în secția de chirurgie Oro-Maxilo-Facială din cadrul CNȘPMU pe parcursul anului 2008, inclusiv datele literaturii.

Rezultate și discuții

Din numărul total de bolnavi internați și tratați în 2008, în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul CNȘPMU, bolnavi cu afecțiuni ale sistemului limfatic au constituit 4.9 %. Dintre care cu limfadenită acută seroasă 62.6%, limfadenită acută purulentă 10.1%, limfadenită cronică 5.05%, adenoabces 12.1%, adenoflegmon 10.1%. Din numărul total de bolnavi cu adenoflegmon majoritare au fost femeile cu 60%. După locul de trai din Chișinău au fost 50 %, alte localități. Sinestătător s-au adresat în 50%, cu îndreptare în 30 %, au fost transportați de către ambulanță în 20 %. Rata crescută a adresărilor sinestătătoare, denotă prezența unui tablou clinic suficient exprimat pentru a sugera pacientului adresarea pripită la medicul specialist. Fiecare al 4-lea pacient s-a adresat la secția de internare din cadrul CNȘPMU ca urmare a îndreptării de la policlinicile de sector, ceea ce sugerează posibilitatea unei conlucrări mai intense cu acestea. Conform statutului social a bolnavilor, majoritari au fost muncitorii, cu o prevalență de circa 40%, șomerii 30%, pensionarii au constituit 20% și invalizi cu 10% din numărul total de bolnavi.

Rata mărită a morbidității cu adenoflegmon în rîndul muncitorilor se poate explica prin condițiile adesea insuficiente sanitare și igienice de muncă, condiții favorabile dezvoltării microorganismelor (temperatura și umiditate înaltă), informare insuficientă a persona-

lului. Tot în baza analizelor statistice am observat prevalența mare a adenoflegmoanelor de etiologie odontogenă 50%, fapt ce ne sugerează o îngrijire și sanare insuficientă a cavității bucale și neprezentarea la medicul stomatolog conform indicației stabilite de două ori pe an. Fiind urmată în 30% de etiologie idiopatică, și în procentaj egal de 10% tonzilogenă și parotidiană.

În baza analizelor fișelor medicale a pacienților observăm un raport crescut a celor care s-au adresat în primele 4 zile 50%. Adresări pînă la 10 zile s-au înregistrat 40%, iar 10% s-au adresat după 10 zile. Tratatamentul adenoflegmoanelor în 100% a fost chirurgical asociat cu cel medicamentos.

Datorită particularităților anatomo-morfologice limfonodulii se necrotizează mai lent. Așa dar se va avea în vedere faptul că drenajul trebuie menținut mai mult timp pentru a permite eliminarea întregului țesut afectat. La unii bolnavi abscedarea are loc încet și treptat, cîteodată în decurs de 1-2 săptămîni, nefiind însoțită de modificări locale și generale esențiale.[1,8]

Sunt cunoscute mai multe metode de deschidere și drenare a proceselor inflamatorii în regiunea oro-maxilo-facială, fiecare dintre ele avînd avantajele și dezavantajele sale. Mai jos ne vom opri doar la unele din ele, și anume:

1. Deschiderea focarului purulent cu drenarea lui pasivă (drenaj din panglică) și curățirea plăgii, care mai apoi se închide de sinestătător. Această metodă este foarte des utilizată deoarece este ușor de efectuat, și permite evidența plăgii în dinamică. Din dezavantajele metodei date vom enumera: evacuarea pasivă a puroiului, necroliză lentă și închiderea ulterioară a plăgii, formarea cicatricelor postoperatorii, ce provoacă dereglări estetice. Acest tip de intervenție este indicată în toate tipurile de abcese și flegmoane.
2. Deschiderea focarului purulent cu drenarea lui pasivă și închiderea plăgii ulterioare cu suturi secundare. Metoda dată permite o cicatrice mai estetică, dar necesită o intervenție chirurgicală suplimentară.
3. Deschiderea focarului purulent cu chiuretajul radical cît mai minuțios, și aplicarea suturilor rare. Tratatamentul este obligatoriu însoțit de drenarea activă și dializa plăgii.
4. Deschiderea focarului purulent prin incizii-puncții mici. În unele cazuri poate prezenta mici dificultăți în drenare provocate de țesut necrotic. Una din avantajele acestei metode este că cicatricile postoperatorii sunt foarte mici. Această metodă este indicată în tratamentul abceselor submandibular, submentonier, limfadenită acută purulentă, adenoflegmon, chist suprainfectat, aterom suprainfectat, etc.
5. Evacuarea puroiului prin puncția focarului purulent. Această metodă include obligatoriu aspirarea exudatului purulent și efectuarea dializei intracavitare cu soluții antiseptice, fermenți, antibiotice, etc. Este indicată în tratamentul abceselor limitate, artrită purulentă a articulației tempromandibulare.

6. Drenajul filiform prin introducerea cu ajutorul unui ac a unor fire de setolină sau nailon. Este indicată în tratamentul proceselor inflamatorii circumscrise.

Datorită faptului că limfadenita abscedantă reprezintă un proces inflamator „relativ” limitat se pot utiliza metode chirurgicale mai puțin traumatice a țesuturilor moi faciale. [3,6,10]

Concluzii:

1. Din numărul total de bolnavi internați și tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul CNȘPMU, bolnavi cu afecțiuni ale sistemului limfatic au constituit 4.9 %.
2. Alegerea metodei de tratament chirurgical a proceselor infecțioase a sistemului limfatic depinde de cazul clinic concret.
3. Utilizarea metodelor chirurgicale mai puțin traumatice, cu o drenare eficientă a țesuturilor moi faciale v-a spori eficacitatea tratamentului și reabilitarea precoce a pacientului.
4. Cea mai des metodă de drenare a procesului infecțios a sistemului limfatic este deschiderea focarului purulent cu drenarea lui pasivă.

Bibliografia

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 338 - 344.
2. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea II. Pag. 58-62.
3. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 343-348.
4. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice : ghid /S. Sârbu, N. Bacinschii, D. Șcerbatiuc. Ed. a 2-a rev. și compl. - Chișinău, 2002. - P. 431-432.
5. Андриеш В. Н. Анатомия лимфатической системы. Лекция 1998. стр. 79. Кишинев.
6. Гуцан А. Е. Справочник челюстно-лицевых операций /И. Бернадский, П. Д. Годорожа, Д. И. Щербатюк. Кишинев, 2001. стр. 67 - 70.
7. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Москва: Медицина, 2003. - С. 255-265.
8. Пасевич И. А., Шаргородский А. Г. Инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении острого неспецифического лимфаденита лица и шеи у детей. Стоматология, 2, 1999, стр. 28-31.
9. Терешенко А. Е., В. С. Агапов, Е. А. Кузнецов, В. Н. Царев, С. В. Тарасенко. Динамика иммунного статуса больных с флегмон челюстно-лицевой области при эндолимфатической антибиотикотерапии. Стоматология, 6, 2000, стр. 36-39.
10. Щербатюк, Д. И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. - Кишинев: Штиинца, 1987. - С. 3-34.

FRACTURILOR PIRAMIDEI NAZALE

Rezumat

Fractura oaselor nazale necesită o evaluare deosebită datorită posibilităților dereglări estetice și funcționale. De aceea, este necesar de efectuat un diagnostic precoce și tratament corect. Pentru a stabili frecvența fracturilor oaselor nazale, incidența acestora în caz de sex, agent etiologic, asociere cu traume cranio-cerebrale, ale trunchiului și membrilor, stare de ebrietate ș.a. s-a efectuat un studiu statistic în cadrul Instituției Medicale Sanitaro-Profilactice a Centrului Național Practico-Științific în Medicinii de Urgență din orașul Chișinău (IMSP CNȘPMU) pe anul 2009, constatându-se că fracturile nazale reprezintă un tablou clinic divers, foarte frecvent cu asocieri ale altor tipuri de traumatisme care în majoritatea cazurilor sunt cauzate de agresiune. Tratamentul implementat în cazul fracturilor nazale fără deplasare este unul conservator, pe când în cazul celor cu deplasare se necesită un tratament chirurgical în timp util cu re poziționarea oaselor deplasate.

Summary

FRACTURE OF NASAL BONES

Fracture of nasal bones require careful assessment for any aesthetic as well as functional impairment. Early diagnosis and correct treatment is advisable in these cases. For determination of the frequency of fractured nasal bones, the incidence according to sex, the causal factor, the association with cranio-cerebral trauma, the trauma of the trunk and extremities, drunkenness etc. has been made a statistical paper-work within IMSP CNȘPMU per 2009, ascertaining that fractured nasal bones represent a diverse clinical picture, which is very frequent associated with other types of trauma, and which in most cases is caused by aggression. The implemented treatment in fractured nasal bones without displacement is a conservative one, while in fractured nasal bones with displacement needs a surgical intervention in good time with the repositioning of the displaced bones.

**Oxana Sirețeanu,
Dumitru Hițu,
Vasile Vlas,
Stanislav Căldărari,
Tatiana Crețu**
*Catedra Chirurgie oro-
maxilo-facială USMF
„N. Testemițanu”*

Actualitatea temei

Dacă în secolul trecut traumatismele teritoriului oro-maxilo-facial (OMF) erau predominant ca rezultat al acțiunilor militare, loviturilor de animale, agresiunilor ș.a., atunci astăzi cauza principală este incriminată agresiunea (44,58% conform datelor statistice a pacienților cu fracturile oaselor nazale parveniți în IMSP CNȘPMU în anul 2009) datorită creșterii agresivității, ostilității, existența atmosferei psihice încordate, supraaglomerării și în cele din urmă creșterea criminalității. La alți factori, pe lângă agresiune, se referă și căderile — fie ele accidentale sau intenționate (34,94%), accidente rutiere (12,05%). În consecință se observă creșterea frecvenței traumatismelor în timp de pace.

Teritoriului OMF i se acordă o atenție deosebită în domeniul traumatismelor, datorită concentrației organelor de o importanță vitală amplasate pe o arie mică. Fața spre deosebire de alte părți ale organismului este neprotejată, reprezintă locul primar de orientare a forței agresorului, include mai mulți analizatori, e urmat de complicații grave (asfixie, hemoragie, etc) și disfuncții grave (pierderea vederii, pierderea mirosului, dereglări estetice ș.a.).

Fracturile nazale se află pe locul 3 printre toate fracturile organismului după fracturile articulației mâinii (radio-carpene) și fracturile de claviculă [2]. Deși nu sunt vital periculoase, fracturile nazale duc la deformări estetice și funcționale. Fracturile etajului mijlociu al feței în 28% cazuri sunt asociate cu fracturile nazale [3]. Fracturile oaselor nazale sunt prezente în disjuncțiile craniofaciale mijlocii și înalte (LeFort II și LeFort III) și chiar și în disjuncțiile intermaxilare.

Obiectivul lucrării

Familiarizarea cu particularitățile fracturilor piramidei nazale ne oferă posibilitatea să recurgem la diagnosticarea oportună a acestei leziuni, să efectuăm un tratament adecvat, să elaborăm și să efectuăm măsuri adecvate de profilaxie.

Materiale și metode de cercetare

Pentru atingerea scopului scontat au fost utilizate și analizate fișele medicale ale pacienților cu fracturile oaselor nazale internați în secția de chirurgie OMF a IMSP CNȘPMU în anul 2009. Au fost extrase următoarele date: sexul, vârsta, adresa, tipul de adresare, la a câta zi s-a adresat, modalitatea de parvenire a pacientului la spital, topografia leziunii, asocierea cu alte tipuri de traumatisme, etiologia și tratamentul efectuat ș.a.

Sunt cunoscute mai multe clasificări care sunt cunoscute și utilizate de specialiști, dar dorim să familiarizăm una nouă din anul 2009.

Clasificarea fracturilor oaselor nazale după Rory Attwood:

1. Clasa I: traumă frontală sau frontolaterală, fractură septală verticală, depresiunea sau dislocarea părții distale a oaselor nazale;
2. Clasa II: traumă laterală, fracturile septale ori-

zontale sau în formă de „C”, fractura septului cartilajinos sau osos, fractura procesului frontal al maxilei;

3. Clasa III: traumă provocată de o foță cu viteză mare, fractura se extinde la labirintul etmoid, septul osos se rotește spre posterior, colapsul rădăcinii nasului, vârful nasului direcționat superior cu descoperirea foselor nazale, depresiunea oaselor nazale care sunt împinse superior sub osul frontal, extinderea aparentă a spațiului interocular.

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2009, în secția chirurgie OMF a IMSP CNȘPMU, din numărul total de pacienți internați, 34,70% pacienți au fost cu traumatisme, din care 13,43% au fost diagnosticați cu fractură a oaselor nazale, amplasându-se pe locul 3 după plăgile țesuturilor moi — 44,17% și fracturile mandibulei — 32,36%. După fracturile piramidei nazale urmează fracturile complexului zigomatico-orbital cu 6,8% și fracturile de maxilar superior cu 3,24%. Din pacienții cu fractura oaselor nazale 61,45% erau cu deplasarea fragmentelor osoase și 38,55% fără deplasare, fiind mai frecventă la sexul masculin 63,86%. Din municipiul Chisinau s-a stabilit că au fost 73,49%. Cel mai frecvent factor etiologic al fracturilor oaselor nazale s-a stabilit a fi agresiunea — în 44,58% cazuri, urmată de căderi în 34,94%, accidente rutiere în 12,05%, accidente habituale în 4,82% și accidente sportive în 3,61%.

În 24,10% cazuri pacienții erau în stare de ebrietate etilică.

De asemenea, conform studiului s-a stabilit ca fractura oaselor nazale s-a asociat cu traumatismele cranio-cerebrale în 44,58% și cu traumatismele trunchiului și membrelor în 14,46% cazuri. În tabelul următor sunt prezentate datele referitoare la asocierea fracturilor oaselor nazale cu alte traumatisme ale teritoriului maxilo-facial (tab.1).

Tab. 1. Traumatismul asociat al fracturilor oaselor nazale

Traumatisme		Procentaj
Fracturile oaselor nazale izolate:		31,33%
Fracturile oaselor nazale asociate cu:	Traumatismele țesuturilor moi	67,65%
	Fracturile mandibulei:	17,65%
	Fracturile CZO:	10,29%
	Fracturile maxilarului:	4,41%
Politraumatism		13,25%

Tratamentul fracturilor oaselor nazale s-a efectuat: re poziționarea oaselor nazale 40,96%, tamponamentul anterior — 4,81%, conservativ — 54,22%

Oasele nazale sunt cele mai fragile oase faciale. Cel mai frecvent fracturile nazale sunt provocate de o forță laterală. Murray și colaboratorii săi au studiat fiziopa-

tologia fracturilor oaselor nazale pe cadavrele recente. El a stabilit că o forță laterală de 24-50 kPa determină 2 linii de fractură cu traiect ipsilateral de-a lungul dorsumului nazal intersectându-se la nivelul trecerii oaselor nazale groase în subțiri. O forță frontală necesită o intensitate mai mare a forței agresoare ca să provoace fractura oaselor nazale deoarece prezintă rezistență mai mare datorită proceselor frontale ale maxilarului superior, spinei nazale și lamelei perpendiculare a etmoidului. Aceasta determină fractura oaselor nazale, a cartilajelor și a septului nazal. Fracturile septului nazal în formă de „C” pot apărea la combinarea forțelor frontale și laterale de 50 kPa sau ca rezultat a orice tip de forță de intensitate mare ce provoacă fracturi cominutive ale oaselor nazale, și au un traiect ce pornește exact inferior de dorsumul nazal cu traiect inferior și posterior prin lamela perpendiculă a etmoidului și cu incurbarea spre anterior spre septul cartilagos inferior până la creasta maxilară și unghiul vomerului. În dependență de intensitatea forței, septul nazal se poate ricoșa, disloca sau fractura [9].

Forțele frontale de intensitate mare cel mai frecvent sunt cauzate de accidente rutiere ce pot produce fracturi compuse sau cominutive. Fractura nazo-orbito-etmoidală este o fractură complicată a oaselor nazale asociată cu afectarea structurilor orbitale, a oaselor faciale adiacente și o posibilă afectare a lamelei cribiforme cu traumatism intracranian. Aceste fracturi de obicei sunt ușor de diagnosticat deoarece pacienții prezintă telecantus, epiforă, emfizem periorbital și nivelarea rădăcinii nazo-frontale. [3]

Regiunile cu rezistență minimă s-au determinat a fi zona cartilagineasă și joncțiunea cartilajelor superolaterale cu oasele nazale și cartilajul septal în regiune crestei maxilare. Regiunile cu rezistență minimă reprezintă localizarea cea mai frecventă a fracturilor nazale și a dislocărilor.

O forță laterală egală cu 16—66 kPa și o forță frontală mai mare de 114—312 kPa pot determina dislocarea dorsumului osos. O forță de intensitate mai mare poate provoca fracturi cominutive asociate cu deformare nazală în formă de „C”, care de obicei începe sub dorsumul nazal, se extinde postero-inferior către lama perpendiculă a etmoidului și se termină cu curbarea anterioară în septul cartilagos la aproximativ 1 cm deasupra crestei maxilare.

Pentru a produce o fractură nazală e necesară de o forță de doar 30 g, spre deosebire de cele 70 g necesare pentru producerea fracturilor de maxilar sau 200 g necesare pentru fracturarea crestei supraorbitale.

Tratamentul fracturilor nazale fără deplasare este unul conservativ și constă din administrarea preparatelor medicamentoase simptomatice.

Tratamentul fracturilor nazale cu deplasare include mai multe etape: prelucrarea câmpului operator — pielea se prelucrează cu soluție alcoolică de 70% iar mucoasele cu soluție furacilină 1:5000/ permanganat de potasiu; anestezie topică cu Lidocaină spray 10% a mucoasei nazale cu vasoconstrictor care permite un acces intranasal mai bun datorită micșorării edemu-

lui; izolarea câmpului operator; anestezie generală, tronculară sau infiltrativă exonazală corespunzător fracturii, infraorbitală bilaterală și la baza anterioară a septului nazal cu Lidocaină 2%-2ml cu epinefrină 1:100.000 (pentru a intensifica acțiunea anesteziei locale se indică premedicația cu sedarea per os sau i.v.); reducerea fracturii cu elevatorul Volcov sau alt instrument - poziționarea vârfului instrumentului sub oasele fracturate și deplasate și imprimarea unei forțe opusă după sens forței traumatice până la ocuparea unei poziții normale a oaselor nazale și restabilirea esteticii faciale; dacă fractura este cominutivă sau cu fragmente flexibile atunci se impune necesitatea unei fixări interne prin comprese intranasale îmbibate cu antibiotice; pentru a menține respirația nazală și pentru comoditatea pacientului (prevenind presiunea negativă în urechea medie) se indică introducerea cateterului (tuburi endonazale) în fiecare narină de-a lungul planșeului nazal anticipat pansamentului intranasal; aplicarea unei imobilizări (atele) externe (pansamentele pot fi înlăturate în 2-3 zile iar atelele în 10 zile, se pot utiliza atele din ghips sau plăcile plastice pentru fixarea externă).

După 10 zile se controlează mobilitatea fragmentelor fracturate. Dacă ele mai sunt încă mobile, atunci atela externă se reaplică pe o perioadă de 7 zile. În cazul imposibilității reducerii reușite prin metoda închisă, se impune reducerea deschisă

Reducerea deschisă este indicată în: ineficiența reducerii închise, interpunerea între fragmentele fracturate a unor porțiuni de os sau cartilaj, prezența unei plagi mari supraiacente locului de fractură.

Tehnică: prelucrarea câmpului operator, izolarea câmpului operator, anestezia, incizia sau intrarea prin plaga preexistentă (deperiostarea se efectuează cu maximă atenție și menajare, în special în fracturile cominutive, pentru a preveni necroza ulterioară a sectorului respectiv de os) urmată de reducerea corectă a fragmentelor fracturate, suturarea pe straturi — 3: periostul, țesutul subcutanat și pielea.

Pansamentele rareori sunt necesare pentru a suplini fixarea.

Se indică antibioticoterapie timp de 5 zile. [10]

Fracturile nazale se pot vindeca și spontan, rezultatele ulterioare depinzând de varietatea fracturii. Fracturile fără deplasare se vindecă fără consecințe anatomice sau funcționale fără tratament chirurgical, dar cu un regim și tratament medicamentos. Fracturile cu deplasare, netratate în timp util, se consolidează în poziții vicioase și duc la deformări ale piramidei nazale și ale septului nazal precum și la dereglări funcționale: dereglarea respirației, sensibilității olfactive, dereglarea fonației ș.a. De asemenea, acestea pot determina așa complicații infecțioase locale ca: abces, condrite, sinuzite, septicemii.

Evoluția unui pacient cu traumatism nazal depinde de: traumatismele concomitente (traumatism cranio-cerebral, abdominal ș.a.), vârsta, ebrietatea etilică, patologia organică concomitentă, sezonul, sexul, starea organelor în cazul politraumatismului ș.a. [4]

Concluzii

1. Fracturile oaselor nazale în totalitatea traumatismelor regiunii maxilo-faciale ocupă locul 3, cu 13,34% pe 2009.
2. Particularitățile anatomotopografice ale fracturilor oaselor nazale determină adresarea imediată a pacientului după îngrijiri medicale.
3. Cel mai frecvent factor cauzal s-a determinat a fi agresiunea.
4. Mai frecvente sunt fracturile oaselor nazale cu deplasare 61,45%.
5. Tratatamentul fracturilor oaselor nazale cu deplasare este obligator pentru a preveni apariția complicațiilor ulterioare ce țin de dereglări și funcționale.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București. Editura medicală, 1992, Pag.316
2. Rebecca Frey PhD, Thomson Gale, Detroit, „Nasal trauma“ eMedicine 2006.
3. Stephen W. Perkins and Steven H. Dayan, „Study examines treatment and outcomes for nasal fractures“ Health & Medicine, 21 septembrie, 2009.
4. Hîțu Dumitru. Traumatismul etajului mijlociu al feței. Chișinău, 2008, p 50 — 84.
5. Gluckman, William, Robert Baricella, and Huma Quraishi. „Epistaxis.“ eMedicine, 23 ianuarie 2004.
6. Ross, Adam T., and Daniel G. Becker. „Fractures, Nasal and Septal.“ eMedicine, 13 iulie 2004.
7. Rupp, Timothy J., Marian Bednar, and Stephen Karageanes. „Facial Fractures.“ eMedicine, 29 august 2004.
8. Bremke M, Gedeon H, Windfuhr JP, Werner JA, Sesterhenn AM. Nasal Bone Fracture: Etiology, Diagnostics, Treatment and Complications. Laryngorhinootologie. Jun 26 2009.
9. Murray JA, Maran AG, Mackenzie JJ, Raab G. Open of closed reduction of the fractured nose. Arch Otolaryngol. Dec 1984;110(12):797-802.
10. Oliver Mayorga, Natalie Penelope Higgins,; Marvin P Fried, „Nasal Fracture Reduction“ emedicine 17 iulie 2009.
11. Topalo V. Metodă de fixare a oaselor nazale /V. Topalo, S. Socolov (propunere de raționalizare cu nr. 602.din 4.06.1986).

CLINICA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FRACTURILOR IZOLATE DE ARCADĂ ZIGOMATICĂ

Andrei Casapu,
Dumitru Hîțu,
Vasile Vlas

Catedra Chirurgie oro-
maxilo-facială USMF
„N. Testemițanu“
IMSP Centrul
Stomatologic Municipal

Rezumat

Fracturile izolate de arcadă zigomatică, conform secției de chirurgie maxilo-facială din cadrul CNȘPMU pe parcursul anului 2009, au reprezentat 23,8% din cadrul tuturor fracturilor complexului zigomatico-maxilar. În 90% cazuri erau cu deplasare și necesitau respectiv tratament chirurgical. Factorul etiologic principal rămâne a fi agresiunea care s-a întâlnit în 50% cazuri. O clasificare unică nu există pentru fracturile izolate de arcadă zigomatică, însă recent a fost propusă una de Ozyazgan et al (2004). Există multe tehnici de reducere a fragmentelor deplasate, însă alegerea metodei de tratament depinde de particularitățile cazului clinic, experiența și cunoștințele pe care le posedă medical, dar și de dotarea cabinetelor curative din cadrul instituției date.

Summary:

THE CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ISOLATED ZYGOMATIC ARCH FRACTURES.

Isolated zygomatic arch fractures, according to the statistics dates of the section of maxilo-facial surgery from CNȘPMU during 2009 year, constituted about 23,8% from all the fractures of zygomatico-maxilar complex (ZMC). In 90% there were delayed cases which need reposition. The main etiological factor remains to be assault, which was met in 50% of cases. There is no a unique classification of isolated zygomatic arch fractures, but recently was proposed one by Ozyazgan et al(2004). There are a lot of methods of reduction but the selection of the treatment method depends on the nature of the fracture, on the knowledge and abilities of the doctor and also on the possibilities of the institution.

Argumentarea actualității temei

Dezvoltarea rapidă a tehnologiei moderne, supraaglomerarea, creșterea vitezei de circulație și multiplicarea agenților vulneranți în habitatul uman generează ur-

gențe traumatologice cu o marcantă majorare a incidenței, transformându-le în „epidemie traumatică” [7].

La nivel global partea cefalică este implicată în cadrul accidentelor rutiere în proporție de pînă la 75%. Fracturile izolate de arc zigomatic reprezintă aproximativ 10% din totalul fracturilor complexului zigomatico-maxilar (ZMC) [5,8,11,12]. Conform datelor statistice pe anul 2009, în cadrul CNȘPMU rata fracturilor izolate de arcadă zigomatică a fost de 23,8%, dintre care în 90% cazuri erau cu deplasare. Este cunoscut faptul că în cadrul acestor forme cu deplasare, practic în 100% cazuri conform datelor literaturii mondiale, este prezentă deschiderea limitată a gurii, trismusul în 50% cazuri, ceea ce duce la dereglări funcționale ce dictează un tratament corect și cu succes.

Patologia traumatică a devenit atît de complexă și de subtilă, încît necesită o asistență medicală din ce în ce mai specializată [9]. În acest scop se cere elaborarea de noi metode practice de diagnostic și tratament.

Scopul studiului

Scopul studiului este de a releva natura, etiologia, metodică și tactica medicală în cazul fracturilor izolate de arcadă zigomatică - managementul acestor tipuri de fracturi.

Materiale și metode

În calitate de materiale pentru acest studiu au servit fișele medicale ale pacienților internați în secția chirurgie maxilo-facială din cadrul CNȘPMU pe anul 2009. Deasemenea literatura (reviste, articole, teze de doctor) de specialitate autohtonă precum și cea din străinătate. Drept metode de bază au fost analiza și sinteza materialului dat.

Rezultate și discuții

Complexul zigomatic ocupă locul doi în traumatismul scheletului osos facial, fiind devansat ca număr doar de oasele nazale. Fractura complexului zigomatic se întîlnește cel mai frecvent la bărbați în al treilea deceniu de viață.

Covington, conform studiului din 1994 pe un lot de 259 de pacienți, dă următoarea structură a fracturilor medii faciale:

- Fracturi ale complexului zigomatico-maxilar — 78.8%
- Fracture izolate ale orbitei — 10.8%
- Fracturi izolate ale arcadei zigomatice 10.4%, care în 59.3% erau cu deplasare și cominutive. [1,5]

Pe parcursul anului 2009 în secția de chirurgie maxilo-facială din cadrul CNȘPMU, au fost internați 1671 pacienți, dintre care 42 au fost diagnosticați cu fracturi ale complexului zigomatico-maxilar — 2,5%, din care fracturile izolate de arcadă zigomatică s-au întîlnit la 10 pacienți, ceea ce reprezintă 23,8%. În 90% cazuri acestea au fost cu deplasare și doar în 10% fără deplasare.

Mai frecvent sunt afectați bărbații decît femeile în raport de 4:1[6]. Conform statisticii pe anul 2009

acest raport este de 3:2. Arcada zigomatică stîngă este mai des fracturată decît cea dreaptă (stîngă-în 60% cazuri, dreaptă în 40% cazuri) însă nu există o explicație coerentă pînă la moment.

În etiologia factorilor de arcadă zigomatică sunt implicați, în ordine descrescătoare al importanței lor, următorii factori: agresiunea, accidente rutiere, accidente sportive, căderile. În urma studiilor efectuate, Rezzan GUNER, U. Nezh YILMAZ, Ferhan YAMAN, Cigdem CETIN, dau următoarea pondere a acestor factori:

- Violența (agresiunea) — 66,67%
- Accidentele de sport — 22.22%
- Căderile — 11,11%

Conform datelor secției de chirurgie OMF din cadrul CNȘPMU pe anul 2009, agresiunea a fost constată în 50% cazuri, căderile în 20%, accidentele rutiere — 20%, accidente habituale — 10%. Pacienții din frică, fiind amenințați de agresori sau din alte motive de ordin personal ascund cazurile de agresiune și incriminează de cele mai multe ori o banală cădere. Astfel poate fi explicată și incidența crescută a căderilor în cadrul etiologiei fracturilor izolate de arcadă zigomatică.

Clasificările fracturilor facilitează alegerea unei metode de tratament adecvat, reprezintă o termenologie comună pentru toți chirurgii și simplifică deasemenea și comunicarea. În literatura de specialitate se cunosc mai multe clasificări ale fracturilor de complex zigomatico-maxilar (după Dan Theodorescu; după Knight și North-utilizată în SUA; după Yamamoto et al; după Seth R. Thaller; clasificarea utilizată în clinica de chirurgie maxilo-facială etc.).

Recent, Ozyazgan et al au propus o nouă clasificare a fracturilor de arcadă zigomatică:

1. Fracturile izolate de arc zigomatic (are loc fracturarea numai a arcului)
 - A. cu 2 linii de fractură
 - B. mai mult de 2 linii de fractură
 - a. în formă de „V” cu fragmente parțial redate
 - b. în formă de „V” cu fragmente dislocate
2. Fracturi combinate (are loc fracturarea arcadei împreună cu alte oase faciale)
 - A. Fracturi simple (unice) ale arcului zigomatic
 - B. Fracturi multiple
 - a. cu deplasare
 - b. fără deplasare

Tabloul clinic este diferit de la caz la caz și dependent de tipul de fractură. În cazul fracturilor fără deplasare (fisuri) bolnavii prezintă dureri la palpare în regiunea afectată, modificări ale pielii cauzate de traumă: contuzii și excoriații ale țesuturilor moi. În fracturile cu deplasare, bolnavul acuză, pe lîngă dureri, deformarea etajului mijlociu al feței de partea afectată, limitarea deschiderii gurii.

În cazul traumatismelor pacienții ne indică cu exactitate, în majoritatea cazurilor, timpul, locul și circumstanțele; natura, intensitatea și caracterul agentului traumatic. Aceasta joacă un rol important în managementul fracturilor faciale.

La inpecția regiunii afectate se observă, în primele ore după traumă, în cazul fracturilor cu deplasare, o înfundare (prăbușire): „aplatizarea hemifetei“ [1,2,5,6] care ulterior este mascată de edem. Această deplasare se poate determina cu ajutorul metodei propuse de Hițu D. cu ajutorul instrumentului (brevet de invenție nr.5713 din 30.09.08), cit și visual. [7]

Deasemenea se pot vedea modificări ale tegumentelor din această zonă rezultate la acțiunea agentului traumatic și dependente de caracterul și intensitatea acestuia: de la contuzii și excoriații pînă la plăgi profunde de diferit caracter (tăiate, zdrobite) complicate cu hemoragii.

Un alt semn clinic este blocarea sau deschiderea limitată a gurei care se datorează deplasării fragmentelor fracturate de arcadă zigomatică medial, și care în rezultat apasă asupra procesului coronoid al mandibulei. Acest semn clinic poate fi considerat tipic fracturilor arcadei zigomatice, el fiind întâlnit clinic practic în toate fracturile cu deplasare. Blocajul maxilar este rar prezent. Mișcările laterale ale mandibulei sunt dereglate și deficitare. La traumarea mușchiului temporal și maseter poate apărea trismusul care agravează și mai mult deschiderea gurii.

La palpate, în cazul fracturilor fără deplasare, pacientul acuză durere în locul fisurii, iar în fracturile cu deplasare se percepe o întrerupere a continuității osoase în „treapta“, în „U“, în „V“ sau în „M“ ori proeminente eschiloase ale arcadei.

Examenul radiologic este necesar pentru precizarea diagnosticului, localizarea fracturii, dislocarea fragmentelor precum și pentru depistarea fracturilor asociate. El trebuie să cuprindă arcadele și apofizele coronoide bilaterale pentru a se putea face comparația. Incidența indicată este incidența semiaxială Hirtz prin care se obține degajarea arcadei zigomatice de suprapunerea masivului facial și a craniului. Radiologic se determină dereglarea integrității arcadei zigomatice, deformarea arcadei zigomatice, fracturi liniare, eschiloase, cu ori fără deplasare.

Un diagnostic clinic definitiv îl stabilim în urma examenului clinic complet al pacientului, precum și cu ajutorul celui complementar.

Clinic depistăm:

- leziuni ale țesuturilor moi (escoriații, contuzii, tumefacții)
- dureri în regiunea feței, în special de partea afectată
- deformarea feței („aplatizarea feței“), imediat după traumă
- limitarea deschiderii gurei
- dereglări funcționale (masticație)
- întreruperea continuității osoase (palpator)

la examenul radiologic depistăm:

- liniile de fractură, numărul lor
- gradul de deplasare
- raportul fragmentelor cu osul și structurile învecinate.

Tratamentul optimal al fracturii izolate de arcadă zigomatică este în timp de 72 de ore după traumă

[10]. În decursul acestei perioade de timp arcada poate fi ușor redusă și nu necesită de cele mai multe ori fixare.

În întocmirea unui plan de tratament se ține cont de:

- tipul de fractură
- gradul și direcția de deplasare
- numărul, locul și direcția liniilor de fractură
- Prezența leziunilor asociate (comoții, contuzie cerebrală, leziuni ale toracelui)
- Maladii concomitente.

În dependență de toți acești factori și după consultarea cu alți specialiști (neurochirurg, traumatolog, internist etc.) se alege un program optim de asistență medicală. Indiferent de tipul fracturii, se indică și tratament medicamentos, regimul adecvat de comportare și alimentare (D. Șcerbatiuc, 2002; Holmes S.B., 2001; Laster Z., 2001).

Tratamentul fracturilor izolate de arcadă zigomatică fără deplasare este la momentul actual conservator.

Se indică:

- Liniște, repaus la pat
- Excluderea presiunilor în zona respectivă, timp de 6 luni
- Prișnițe (punga cu gheață) în primele 2 zile pe 10-15 zile pentru diminuarea edemului
- Limitarea deschiderii exagerate a gurei, timp 10-12 zile
- Vitaminoterapie pentru stimularea procesului de refacere tisulară
- Dacă există plagi se recurge la prelucrarea chirurgicală respectivă
- Alimentație semilichidă
- Tratament medicamentos (analgezice).
- Ser antitetanic 0,5 ml subcutan în cazul leziunilor țesuturilor moi.

Tratamentul fracturilor izolate de arc zigomatică cu deplasare necesită pe lângă un tratament conservator și unul chirurgical propriu-zis care constă în reducerea și fixarea, după caz, a fragmentelor deplasate. Fractura complexului zigomatic fără deplasare (radiologic), dar cu dereglări funcționale, este supusă tratamentului chirurgical cu reducerea lor [7].

De obicei fracturile cu un grad semnificativ de deplasare necesită reducerea fragmentelor. Sunt câteva metode de reducere a fracturilor de arcadă zigomatică:

- Procedeu Keen (acces intraoral)
- Procedeu Ghahan et al-Zachariades (acces percutanat)
- Metoda Gillies-Dan Theodorescu (acces temporal)
- Procedeu Dingman-Natvig (acces supraorbital)
- Acces hemicoronal - în fracturile cominutive
- Reducerea și fixarea cu cateterul Foley în fracturi instabile
- Reducerea și fixarea cu ajutorul tubului nasogastral siliconic în fracturi instabile

- Reducerea și fixarea prin acces endoscopic
- Metoda Towel-Clip de reducere

Metoda Gillies-Dan Theodorescu și Procedeu Dingman-Natvig asigură un acces direct către arcada zigomatică și scade riscul lezării ramurilor nervului facial, deoarece el rămâne între ambele planuri de disecție.[10]

Unii cercetători raportează că Metoda Gillies este cea mai des utilizată deoarece oferă o serie de avantaje: ușor se efectuează sub anestezie locală, posibilități reduse de traumare a ramurilor nervului facial sau a globului ocular, cicatrice invizibilă mascată sub păr [11]. În același timp alții afirmă că comparativ cu metoda Gillies, Procedeu Ghahan et al-Zachariades (acces percutanat) este o metoda mult mai simplă și mai scurtă în timp [12]. Deci alegerea metodei de tratament depinde de experiența și de cunoștințele pe care le posedă medicul dar și de dotarea cabinetelor curative din cadrul intuiției date.

Fracturile de arcadă zigomatică de obicei sunt tratate prin metode „oarbe“. Deoarece liniile de fractura nu pot fi direct vizualizate în reducerea închisă, exploararea digitală și sunetul de crepitație sau o radiografie convențională sunt folosite clinic ca un ghid în reducerea fragmentelor. Din această cauză reducerile închise cu succes sunt deseori dificile.

Alinierea corectă a arcadei zigomatice ne indică o poziție proprie a osului malar și asigură o proeminare adecvată a masivului medial lateral al feței.

Concluzii

1. Fracturile izolate de arcadă zigomatică au o incidență destul de înaltă și practice mereu sunt însoțite de dereglări funcționale marcate

2. Factorul etiologic principal rămâne a fi agresiunea.
3. Metodele de tratament depend de cunoștințele, abilitățile și practica individuală a fiecărui medic, precum și de dotarea cabinetelor curative din intuiția în care activează.

Bibliografie

1. Cealligh PO, Ekanaykae K, Beirne CJ, et al; Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 3: Orbitozygomatic complex and zygomatic arch fractures. *Emerg Med J.* 2007 Feb;24(2):120-2.
2. Seiff SR, Orbital fracture, zygomatic; eMedicine last updated June 2006.
3. Hopper RA, Salemy S, Sze RW; Diagnosis of midface fractures with CT: what the surgeon needs to know. *Radiographics.* 2006 May-Jun;26(3):783-93. [abstract]
4. Ker K, Chinnock P; Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD005244. [abstract]
5. Cealligh PO, Ekanaykae K, Beirne CJ, et al; Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 4: orbital floor and midface fractures. *Emerg Med J.* 2007 Apr;24(4):292-3. [abstract]
6. Hițu D. Traumatismul etajului mijlociu al feței. Chișinău, 2008. p. 85-101
7. Hițu D. Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale. Teză de doctor în medicină, Chișinău. 2008, p.1-17
8. Popovici T.V. Traumatismele buco-maxilo-faciale. Chișinău, 1991, p. 119-131
9. Chidzonga MM Reduction of isolated fracture of the zygomatic arch using a bone hook. *Odontostomatol Trop.* 1989 12:65
10. Graham WP, Acker G, Rosenfeld K, Lehr HB Simple reduction of "zygomatic arch" fractures. *J Trauma* 1970,10:874
11. Randall DA, Bernstein PE. Epistaxis balloon catheter stabilization of zygomatic arch fractures. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996, 105:687.
12. Uglešic V, Virag M. A method of zygomatic arch stabilization. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1994, 32:396.

ASPECTE CLINICE DE ȘLEFUIRE SELECTIVĂ A SUPRACONTACTELOR DINȚILOR ÎN TRATAMENTUL PROTETIC AL EDENȚAȚIEI PARȚIALE

Ana­to­lie Pan­cen­co,
Alexan­dru Postolachi,
Mariana Ceban,
Viorel Prodan,
Alexan­dru Li­sen­co

*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
oro-maxilo-facială
și Implantologie
orală, USMF „Nicolae
Testemițanu”
IMSP Centrul
Stomatologic Municipal
Chișinău*

Rezumat

Au fost selectați, examenați clinic și paraclinic 132 pacienți, cu vârsta cuprinsă între 34—58 ani, cu diferite forme clinice ale edentației parțiale în ocluzia ortognată. S-a constatat, că în evoluția sa edentația parțială produce suprasolicitarea funcțională a dinților restanți ulterior reflectată prin apariția supracontactelor dento-dentare. Obținerea unui echilibru ocluzal optimal în tratamentul protetic al acestei patologii necesită șlefuirea selectivă a supracontactelor dentare, cât și individualizarea reliefului ocluzal a lucrărilor protetice.

Cuvinte cheie: edentație parțială, șlefuire selectivă, echilibru ocluzal, tratament protetic.

Summary

CLINICAL ASPECTS OF SELECTIVE GRINDING OF THE DENTAL OVER-CONTACTS IN THE PROSTHETIC TREATMENT OF THE PARTIAL EDENTATION

There were selected and examined clinically and paraclinically patients aged between 34 and 58 years, with different clinical forms of partial edentation and with orthognatic occlusion.

It was found that in its evolution, partial edentation causes functional overloading of the remaining teeth, reflected afterwards by the appearance of the dento-dental over-contacts.

Achieving of an optimal occlusal balance in prosthetic treatment of this pathology requires the selective grinding of the dental over-contacts, as well as the individualization of the occlusal relief of the prosthetic works.

Keywords: partial edentation, selective grinding, occlusal balance, prosthetic treatment.

Întroducere

Edentația parțială este una din cele mai frecvente afecțiuni stomatologice, ce necesită un tratament protetic (1, 2, 8). Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), edentația parțială se întâlnește la circa 75 % din populație (2, 11). Manifestările clinice ale acestei patologii reflectă prezența diferitor forme clinice cu dereglări morfofuncționale în toate componentele sistemului stomatognat. Edentația parțială netratată în timpul apropiat după ultima extracție dentară produce mai multe complicații locale (suprasolicitarea funcțională a dinților restanți, migrări dentare, abraziunea țesuturilor dentare a dinților restanți, etc.), loco-regionale (dereglări echilibrului ocluzal între unitățile dento-parodontale în tratamentul protetic cu diferite construcții protetice, conform indicațiilor. Prin urmare, principiul fundamental al intervențiilor protetice la tratamentul complex al edentației parțiale este restituirea integrității arcadelor dentare și repartizarea uniformă a forțelor funcționale asupra dinților restanți (3, 4, 6). În acest plan o deosebită importanță o constituie problema apariției supracontactelor și dispovărarea dinților suprasolicitați funcțional (9, 10). Ca regulă, aceasta se referă la dinții restanți, ce mențin dimensiunea verticală de ocluzie (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Prin urmare, atât la etapa inițială, cât și la cea finală de tratament protetic a edentației parțiale sunt necesare măsuri de lichidare a suprasolicitării acestor dinți și crearea unui echilibru ocluzal optim (4, 5, 6, 7, 8, 9, 11).

Scopul lucrării — diagnosticul supracontactelor la prezența suprasolicitării funcționale a dinților restanți în edentația parțială și rolul șlefuirii selective în asigurarea echilibrului ocluzal în tratamentul protetic.

Materiale și metode.

S-a examinat 132 pacienți (78 — femei, 54 — bărbați) în vârstă de 34—58 ani, cu edentație parțială la unul sau ambele maxilare, în ocluzie ortognată. Conform examenului clinic la toți pacienții ca factor etiologic de producere a edentației parțiale a fost extracția dinților ca urmare a cariei complicate. Aceasta ne-a permis ca pe parcursul studierii stării parodontiului dinților restanți să interpretăm mai corect mecanismul de producere a suprasolicitării funcționale, cu apariția supracontactelor dentare.

Pacienții au fost examenați clinico-instrumental, s-a efectuat radiografia dento-parodontală, ortopantomografia, proba Șiller-Pisarev, ocluziografie, iar în situații complicate sau studiat și modelele de diagnostic, înainte de tratament, iar la o parte din pacienți și după tratament, la distanța de 3—6 luni după finisarea tratamentului protetic.

Rezultate și discuții.

Conform clasificării Kennedy edentația parțială de clasa I a fost constatată la unul sau ambele maxilare în 17 cazuri; de clasa II — în 123 cazuri; de clasa III — în 125 cazuri, iar în 19 cazuri — unul din maxilare era integral. De menționat, că la 68 pacienți, edentația era subtotală, la 64 pacienți au fost depistate migrații dentare cu diferit grad. Rezultatele examenului radiografic și analiza ocluziogramele efectuate pînă la tratament, au depistat semne de suprasolicitare a dinților restanți la 127 pacienți, prin prezența supracontactelor dentare și modificări clinico-radiologice în țesuturile parodontiului acestor dinți.

Analiza datelor anamnezei, a tabloului clinic și rezultatele examenului paraclinic ne-a dat posibilitatea să conchidem, că suprasolicitarea dinților restanți în edentația parțială se produce treptat în raport de numărul dinților păstrați, topografia și întinderea breșelor și timpul ce s-a scurs după extracție, cu cît mai puține perechi de dinți antagoniști s-au păstrat și cu cît mai mult timp s-a scurs de la extracția dinților absenți, cu atît mai profund se manifestă suprasolicitarea funcțională. Noi ca și (3, 4, 5, 6, 7, 9, 11) considerăm aceste particularități ale tabloului clinic manifestate prin dereglări ocluzale ca formă clinică a disfuncției ocluzale cu toate consecințele. Odată cu începerea tratamentului protetic conform rezultatelor ocluziogramele, se efectua și șlefuirea selectivă a dinților suprasolicitați funcțional după metoda Schuyler modificată de Kalamcarov. Tratamentul protetic s-a efectuat conform indicațiilor utilizînd proteze parțiale mobilizabile, acrilice, scheletate, sau punți dentare.

La finisarea tratamentului protetic, conform ocluziogramele, se efectua o șlefuire individuală a reliefului ocluzal artificial. Noi socotim, că o așa individualizare ocluzală permitea repartizarea forțelor funcționale pe dinții restanți asigurînd homeostazia sistemului stomatognat. Aceasta se confirmă prin rezultatele examenului paraclinic efectuat după 3 — 6 luni de la finisarea tratamentului. Prin urmare, șlefuirea selectivă a supracontactelor dinților suprasolicitați în tratamentul protetic al edentației parțiale, cît și individualizarea reliefului ocluzal asigură crearea unui echilibru ocluzal, optimal necesar în homeostazia sistemului stomatognat.

Concluzii:

1. Evoluția edentației parțiale se manifestă prin extindere, micșorarea numărului perechilor de dinți antagoniști și producerea suprasolicitării funcționale a dinților restanți.
2. Dinamica suprasolicitării funcționale a dinților restanți în edentațiile parțiale întinse conduce la apariția supracontactelor ocluzale cu consecințe nedorite din partea parodontiului.

Bibliografia.

1. Bratu Dorin. Aparatul dento-maxilar: date de morfologie funcțională clinică. Editura „Helicon”, Timișoara, 1998.
2. Postolachi Ilarion și coautorii. Protetica dentară. Chișinău „Știința”, 1993, 446 p.
3. Postolachi Alexandru. Particularitățile manifestărilor clinice și ale tratamentului protetic în edentațiile parțiale clasa III Kennedy complicate cu disfuncția ocluzală. Anale științifice USMF „Nicolae Testimîțanu”, vol. 3, Chișinău, 2003. — p 331 — 334.
4. Postolachi Alexandru. Reabilitarea ocluzală în restaurările protetice ale arcadele dentare cu punți dentare. Anale științifice USMF „Nicolae Testimîțanu”, vol. 3, Chișinău, 2004. — p 552 — 556.
5. Postolachi Alexandru. Manifestările clinice ale dereglărilor ocluzale la pacienți cu leziuni odontale coronare. Anale științifice USMF „Nicolae Testimîțanu”, vol. 3, Chișinău, 2004. — p 556 — 560.
6. Postolachi Ilarion, Postolachi Alexandru. Restaurarea ocluzo-protetică în edentațiile laterale intercalate complicate cu dereglări ocluzale. //Principii și aspecte ale stomatologiei moderne. Chișinău, 2005. — p- 83.
7. Postolachi Alexandru. Aspecte clinice și tratamentul morfofuncțional a pacienților cu dereglări ocluzale. Autoreferat științific al tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2006. — 24 p.
8. Oineagră Vasile. Morfologia și fiziologia ocluziei dentare. Chișinău, 2005. 57 p.
9. Гросс М.Д. Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии. Москва, „Медицина”, 1986.
10. Шептелич И.М., Постолаки И.И., Кирияк Е.Л. Избирательная шлифовка зубов как метод ортопедического лечения. (Методические рекомендации). Кишинэу, 1988. 15 с.
11. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. М.1994.

UNELE ASPECTE ALE ESTETICULUI ALB ȘI ROȘU ÎN IMPLANTOLOGIA ORALĂ: PREZENTĂRI DE CAZURI CLINICE

Aureliu Gumeniuc
*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
și Implantologie
Orală USMF „N.
Testemițanu“, ISMP
Centrul Stomatologic
Municipal*

Valentin Topalo
*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială și
Implantologie Orală
USMF „N. Testemițanu“*

Grigore Țira
*Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
și Implantologie
Orală USMF „N.
Testemițanu“, ISMP
Centrul Stomatologic
Municipal*

Rezumat

Actualmente restaurările protetice pe implantate pe lângă aspectele funcționale sunt influențate și de aspecte gnatologice, estetice și igieno-profilactice. Efectul estetic este dictat de corelația dintre esteticul alb și cel roșu. Condițiile anatomo-topografice, locul nefavorabil din punct de vedere protetic de inserare a implantului creează condiții de apariție a unei dezarmonii estetice. În acest sens, a fost propus un procedeu protetic original de soluționare a acestei probleme.

Summary

SOME ASPECTS OF RED AND WHITE AESTHETICS IN ORAL IMPLANTOLOGY: PRESENTATION OF CLINICAL CASES

Nowadays, implant based prothetic restorations, apart from functional aspects, are influenced by gnathological, esthetical and hygiene-prophylactic aspects. Esthetical impact depends on the correlation between white and red esthetics. The anatomico-topographic environment, adverse prothetic location of the implant insertion, all these generate favorable conditions for esthetical imbalances. For avoiding the above, an original prothetic method was suggested.

Actualitatea temei

Restaurările protetice pe implantate constituie obiectivul final al unui tratament implantar. Totodată, etapa protetică este considerată primară a fazelor unui tratament implantar. În trecutul nu prea îndepărtat, restaurările protetice pe implantate au avut ca scop principal restabilirea funcției masticatorii. Actualmente, însă, conceperea suprastructurii implanto-purtate este influențată și de aspecte gnatologice, **estetice** și igieno-profilactice [3]. Conform datelor literaturii de specialitate, factorii determinanți pentru realizarea unei restaurări protetice pe implantate sunt [3, 8, 11]:

- restabilirea integrității anatomice și funcționale ale arcadei dentare și ocluziei;
- alegerea metodei de tratament protetic (fix, mobilizabil, combinat);
- alegerea modalității de ancorare a suprastructurii (sau a mezostructurii);
- alegerea modalității de agregare a suprastructurii (sau a mezostructurii);
- adaptarea pasivă a scheletului metalic la infrastructură;
- distribuirea adecvată a sarcinilor funcționale asupra structurilor osoase periimplantare;
- crearea condițiilor pentru regenerarea fiziologică a țesutului osos;
- atingerea efectului estetic al tratamentului;
- crearea accesului pentru igienizare;
- stabilitatea în timp a RPI.

Așa dar, unei din sarcinile actuale de bază a tratamentului implantologic îi revine problemei atingerii efectului estetic. În implantologia orală **efectul estetic** al tratamentului este constituit din: **cel alb** — ce ține de partea coroanei clinice, și **cel roșu** — ce ține de gingia spațiului edentat.

Scopul lucrării

Ameliorarea reabilitării pacienților edentați parțial prin atingerea unui efect estetic superior a restaurărilor protetice implanto-purtate.

Material și metode

Spre discuție propunem prezentare de caz a 4 situații clinice legate de utilizarea procedeelor protetice de soluționare a problemelor estetice apărute în urma inseră-

rii implantelor în locurile cu condiții anatomico-topografice nefavorabile. La toți pacienții au fost inserate implantate demontabile de stadiul doi (în total 5 dintre care 4 sistemul „Alpha-Bio“ și 1 „MIS“, Israel). Examenul a fost făcut conform schemei standard ce a inclus: anamneza, examenul exo- și endobucal, aprecierea stării și gradului de atrofie a crestelor alveolare reziduale și a mucoasei, determinarea relațiilor mandibulo-craniene, studiul modelelor de diagnostic (după necesitate), examenul radiologic — ortopantomografia, radiografia retroalveolară. La examinarea pacienților au fost luate în considerație indicațiile și contraindicațiile acceptate în implantologia orală. Fiecare situație clinică a fost analizată preventiv în prezența pacientului. În toate cazurile s-au luat în considerație metodele alternative de soluționare a situației clinice concrete. După consultația primară, pacienții suplimentar au fost familiarizați cu intervențiile necesare și particularitățile tratamentului cu utilizarea implantelor dentare (sensul intervenției chirurgicale, perioada postoperatorie, complicațiile posibile etc.), după care pacienților li s-a propus tratament protetic cu utilizarea implantelor dentare. După consultația în comun cu chirurgul a fost întocmit planul de tratament, coordonând termenii intervențiilor chirurgicale și protetice.

Implantele au fost inserate transgingival fără decolarea lambourilor mucoperiostale. La toate implantele a fost obținută stabilitate primară și secundară bună. Gradul de stabilitate a implantelor a fost apreciat cu ajutorul aparatului „Periotest - Siemens“ (Germania).

Tratamentul a fost efectuat cu respectarea cerințelor protezării pe implantate dentare endoosoase.

Rezultate și discuții

Ținând cont de condițiile cantitative și calitative ale osului restant C. Misch (1989) descrie cinci variante protetice posibile în implantologie [7, 9]:

1.1. Proteze fixe (Fixed Prostheses):

FP-1 — care înlocuiește doar coroana dentară, având aspectul unui dinte natural;

FP-2 — care înlocuiește coroana dentară și o porțiune din rădăcină;

FP-3 — care înlocuiește coroanele dentare și țesutul gingival din zonele edentate;

1.2. Proteze mobilizabile (Removable Prostheses):

RP-4 — cu sprijin complet pe implantate;

RP-5 — cu sprijin atât pe implantate, cât și pe țesuturile moi.

Pentru protezele mobilizabile implanto-purtate (RP-4, RP-5), utilizate mai des în edentațiile totale, această problemă este soluționată de componentele protezelor mobilizabile și anume a versantului vestibular al șei protezei, care restabilește atât papilele interdente, cât și volumul vestibular al crestei alveolare atrofiate.

Protezele fixe, în acest sens (FP-1, FP-2, FP-3), pot fi agregate prin înșurubare (demontabile) sau cimentare. **Proteza implanto-purtată demontabilă** este definită ca o restaurare protetică agregată de infrastructură prin intermediul șurubului de fixare. Variantele de ancora-

rea pot fi **unitare** (separate) — pe un singur element de sprijin și **plurale** (în bloc) — pe mai multe unități de sprijin. Cele unitare sunt indicate în cazul osului dur, stabilității bune, suprafeței implantului corespunzător suprafețelor rădăcinilor dinților înlocuiți (pentru molari un implant gros sau 2 implantate) [1, 4, 5, 10]. Pentru restaurările protetice demontabile plurale o importanță deosebită o are pasivitatea aplicării suprastructurii, care se verifică prin **testul Sheffield**. El este considerat pozitiv când prin înșurubarea definitivă numai a unui singur șurub de fixare la nivelul oricărui implant inclus ca stâlp al suprastructurii, obținem o adaptare perfectă a conexiunii la nivelul tuturor emergențelor (lipsa discrepanțelor) și lipsa basculării carcasului pe segmentele periferice opuse. Verificarea testului Sheffield se face separat, succesiv, obligatoriu pe toate implantatele incluse în lucrare atât în laborator cât și în cavitatea bucală cu ajutorul unor seturi de lupe. Valoarea negativă a testului la nivelul măcar a unui singur implant provoacă supratensionări în toate structurile incluse — proteză, șurub de fixare, implant, os [2, 3, 6, 10].

Protezele implanto-purtate fixe pot fi utilizate în toate tipurile de edentații având un avantaj net superior în ceea ce privește confortul pentru pacient. Totuși însă ele au un șir de dezavantaje mai mult din considerente fizionomice decât funcționale. Corelația dintre esteticul alb și roșu în aceste situații este cauzat de tipul și topografia edentației, gradul de atrofie a țesutului osos, condițiile anatomico-topografice de inserare a implantelor și este manifestat clinic prin:

- efectul de dinte alungit, din cauza atrofiei osoase;
- efectul de dinte scurtat (mai des pentru edentațiile unidentare);
- spații interdente largi pentru edentațiile plurale cauzate de nepotrivirea locului de aplicare a implantelor cu poziția dinților lipsă;
- ambrazuri cervicale largi pe motivul atrofiei papilei interdente.

Dezavantajele menționate anterior, propunem a fi înlăturate printr-un procedeu protetic original, care constă în esență în următoarele etape:

1. Amprentarea câmpului protetic după metodele cunoscute în implantologie.
2. Turnarea modelului de lucru obligatoriu cu gingie artificială.
3. Răzuirea spre vestibular în gingia artificială a unui sector corespunzător parametrilor estetici dinților vecini, care după realizarea suprastructurii va conforma dirijat gingia.
4. Realizarea individuală din plastic calcinabil a stâlpului protetic preponderent pentru suprastructuri demontabile.
5. Realizarea nemijlocită a suprastructurii

Pentru elucidarea celor expuse mai sus prezentăm câteva cazuri clinice în care pozițiile de inserare ale implantelor, cauzate de condițiile anatomico-topografice nefavorabile din punct de vedere protetic pentru atingerea armoniei între esteticul alb și roșu, au fost soluționate prin restaurări protetice.



Fig. 1 Raportul negativ al esteticului alb și roșu (vedere vestibulară)



Fig. 2 Raportul negativ al esteticului alb și roșu (vedere ocluzală)



Fig. 3 Profilul emergenței



Fig. 4 Stâlpul protetic artificial aplicat în implant



Fig. 5 Lucrarea protetică inițială



Fig. 6 Răzuirea spre vestibular din gingia artificială



Fig. 7 Supraproteza finală demontabilă



Fig. 8 Supraproteza finală demontabilă aplicată pe implant



Fig. 9 Statusul intraoral la 10 zile după aplicarea suprastructurii

Cazul clinic nr. 1

Pacienta GN ♀ 33 ani: edentație unidentară intercalată 2.5

A fost aplicat un implant tip șurub de stadiul II („Alpha-Bio“, Israel, 4,2/13,0 mm) pe mijlocul crestei alveolare. Poziția limitei vestibulare a conformativului de gingie atât din vedere ocluzală cât și vestibulară nu corespunde liniei coletului dinților limitrofi breșei, creând corelație negativă între esteticul alb și roșu (fig. 1, 2, 3). Pentru prima dată a fost realizată o coroană metaloceramică preconizată pentru agregarea prin cimentată la stâlpul protetic înșurubat în implant. Din punct de vedere estetic pacienta nu a fost satisfăcută (fig. 4, 5). Prezența volumului gingival ne-a permis realizarea unei suprastructuri demontabile, care prin înșurubare în momentul atașării la implant presează gingia conformând-o dirijat după nivelul coletului dinților vecini. Modelarea suprastructurii se face în baza stâlpului protetic din plastic calcinabil după răzuirea gingiei artificiale de pe modelul de lucru în corelație cu linia coletului dinților vecini (fig. 6). Suprastructura a fost anexată prin înșurubare la prima etapă cu o forță de 30 Ncm (fig. 7, 8), după care canalul de acces a fost obturat provizoriu. În rezultatul presiunii gingiei vestibulare, la a 3-cea zi s-a observat o reacție de răspuns mani-

festată prin inflamație la nivelul coletului. După înlăturarea obturației provizorii cu cheia dinamometrică s-a verificat gradul de sucire a șurubului de fixare a suprastructurii. Pacientei i-au fost indicate băi cu soluții antiseptice și aplicații cu unguent JoGel. La ultima etapă — peste 10 zile, semne neesențiale de inflamație mai persistau și suprastructura a fost fixată definitiv cu forța de 35 Ncm (fig. 9).

Cazul clinic nr. 2

Pacientul VG ♂ 38 ani: lipsa 1.1, 2.1 — edentație cl. IV Kennedy.

Au fost inserate 2 implante de stadiul II în regiunile dinților 1.1, 2.1 („Alpha-Bio“, Israel, ambele 4,2/13,0 mm). Problema ridicată este analogică cazului clinic precedent. Cazul prezintă interes prin alegerea metodei de agregare a suprastructurii (după caz prin cimentare sau înșurubare) pentru soluționarea problemei apărute. Nivelul emergenței 2.1 prezintă decalaj din vedere ocluzală și vestibulară față de 1.1 (fig. 10, 11), care nu corespunde poziției liniei coletului dintelui lipsă. Prezența stratului gingival suficient (fig. 12) a permis utilizarea dezavantajului de inserare a implantului la nivelul 2.1 prin realizarea unei suprastructuri demontabile, iar la nivelul 1.1 a unei agregate prin cimentare (fig. 13-18).



Fig. 10 Raportul negativ al esteticului alb și roșu (vedere vestibulară)

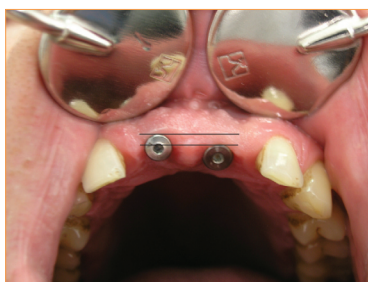


Fig. 11 Raportul negativ al esteticului alb și roșu (vedere ocluzală)



Fig. 12 Profilul emergenței



Fig. 13 Suprastructurile pe modelul de lucru (vedere vestibulară)



Fig. 14 Suprastructurile pe modelul de lucru (vedere vestibulară)



Fig. 15 Suprastructurile pe modelul de lucru (vedere ocluzală)



Fig. 16 Vedere intraorală fără suprastructura pe 1.1



Fig. 17 Suprastructurile după fixare în PIM

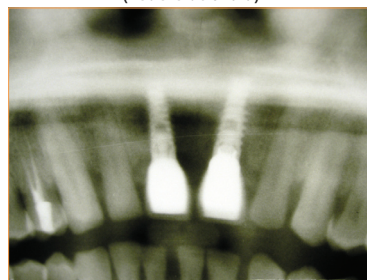


Fig. 18 OPG după fixarea suprastructurii

Cazul clinic nr. 3

Pacienta PV ♀ 24 ani: edentație unidentară 2.4; egresiunea antagonistului până aproape la nivelul crestei alveolare.

Situația clinică este aleasă pentru prezentare deoa-

rece îmbină în sine nu numai elemente de estetic (fig. 19) dar și o soluție de rezolvare a unei probleme la capitolul contraindicațiilor relative de implantare legate de insuficiența spațiului protetic (fig. 20). În spațiul edentat a fost aplicat un implant de stadiul II („MIS“,



Fig. 19 Raportul negativ al esteticului alb și roșu (vedere vestibulară)



Fig. 20 Insuficiența spațiului protetic



Fig. 21 Suprastructura demontabilă



Fig. 22 Suprastructura aplicată



Fig. 23 Suprastructura aplicată la 2 săptămâni



Fig. 24 Suprastructura aplicată la 6 luni

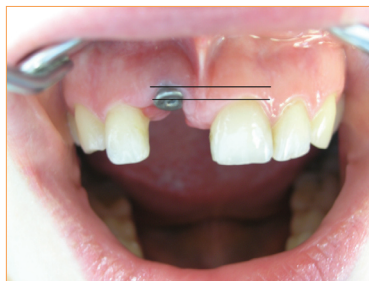


Fig. 25 Raportul pozitiv al esteticului alb și roșu (vedere vestibulară)



Fig. 26 Poziția înaltă a stâlpului protetic



Fig. 27 Corelarea esteticului alb și roșu prin gingie artificială

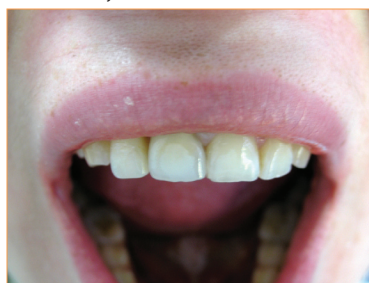


Fig. 28 Vederea restaurării protetice de sub buza superioară



Fig. 29 Relația ocluzală în PIM



Fig. 30 Relația ocluzală în ocluzie anterioară

Israel, 3,75/13,0 mm) la 2 ani după extracția dintelui 2.4. Tipul de ocluzie adânc, ignorarea metodelor de prevenire a anomaliilor secundare de poziție a dinților au provocat egresiuni dentare severe atât la nivelul 2.6 cât și la nivelul 3.4 creând spațiu insuficient pentru o restaurare protetică pe implante. Grosimea gingiei de la nivelul implantului până la festonul gingival, tipul de conexiune de hexagon intern, redactarea ușoară a cuspidului vestibular 3.4 au permis realizarea unei suprastructuri protetice demontabile implanto-purtate (fig. 21, 22). Micro-abcetul apărut după a doua etapă chirurgicală, a dispărut la 2 săptămâni după aplicarea suprastructurii fără tratament medicamentos suplimentar (fig. 23, 24).

Cazul clinic nr. 4

Pacienta LN ♀ 25 ani: edentație unidentară 1.1.

Corelația dintre esteticul alb și roșu în această situație este inversă (fig. 25, 26), cauzată de inserarea prea înaltă a implantului, când linia coletului dinților limitrofi breșei, dar mai ales a omologului, este mult prea joasă, iar oferta osoasă și unghiul de inserare a implantului nu poate asigura plastii gingivale corespunzătoare soluția protetică vine prin realizarea unei suprastructuri FP-3 (C. Misch) cu înlocuirea țesutului gingival al zonei edentate.

Concluzii

1. Integritatea arcadelor dentare în cazul edentațiilor parțiale cu succes poate fi restabilită cu ajutorul implantelor dentare endoosose.
2. Cerință actuală în restaurările protetice pe im-

plante, pe lângă funcționalitate, constituie și atingerea efectului estetic dorit.

3. Grosimea gingiei are o importanță majoră în corelarea esteticului alb și roșu.
4. S-a propus metoda protetică originală de alungire a coroanei clinice a restaurării pe implant.
5. Restaurările protetice demontabile pe implante cu succes pot soluționa situațiile clinice grave legate de insuficiența spațiului protetic.

Bibliografie selectivă:

1. Aouate G. L'implantologie non enfouie / Paris. — Ed. Masson. — 2008. — 273 p.
2. Bessade L. Le système Ankylos: 20 ans de fiabilité clinique / Paris. — Ed. CdP. — 2007. — 125 p.
3. Bratu E., Karancsi O., Sită R. Tehnologia restaurărilor protetice cu sprijin implantar / Timișoara. — Ed. Eubee. — 2007. — 256 p.
4. Le Gall MG., Laurent JF. La fonction occlusale: implications cliniques / Paris. — Ed. CdP. — 2007. — 300 p.
5. Martinez H., Renault P., Georges-Renault G. et al. Les implants : chirurgie et prothèse. Choix thérapeutique stratégique / Paris. — Ed. CdP. — 2008. — 379 p.
6. Michalakis KX., Hirayama H., Garefis PD. Cement-Retained Versus Screw-Retained Implant Restorations: A Critical Review / Int J Oral Maxillofac Implants. — 2003. — vol. 18. — p. 719-728.
7. Misch CE. Bone classification, training keys / Dent Today. — 1989. — vol. 8. — p. 39-44.
8. Misch CE. Contemporary implant dentistry. 2nd edition. / St. Louis. — Ed. Mosby. — 1999. — 684 p.
9. Misch CE. Prosthodontics options in implant / Int J Oral Implantol. — 1991. — vol. 7. — p. 17-21.
10. Picard B., Tavernier B., Hary F. Prothèse implantaire / Paris. — Ed. CdP. — 2000. — 80 p.
11. Параскевич ВЛ. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. 2-е изд. / Москва. — ООО „Медицинское информационное агенство„. — 2006. — 400 с.

UNELE PARTICULARITĂȚI A MATERIALELOR DE REGENERAREA OSOASĂ UTILIZATE ÎN IMPLANTOLOGIE

Rezumat

Evoluția progresivă înregistrată în ultimii ani de către utilizarea materialelor și tehnicilor restaurative create a făcut ca potențialul medicinei stomatologice contemporane de a reface în condițiile optime toate funcțiile sistemului stomatognat prin utilizarea de substitute artificiale — implanturi orale — să se găsească într-o continuă ascensiune.

Summary

SOME FEATURES OF MATERIALS FOR OSEOUS REGENERATION USED IN IMPLANTOLOGY

The registered progressive evolution in the latest years by using of materials and restaurative equipment created made the potential of the modern dentistry to remake all the functions of the stomatological system by using of artificial substituents — of oral implants in a continuous ascendance.

Actualitatea temei

Osul alveolar are capacitatea de regenerare în urma unei leziuni, fie ea extracție dentară sau aplicare de implanturi endoosoase prin intermediul proceselor de remodelare sau vindecare fiziologică. Materialele de comblaj au drept scop creșterea cantității și calității permițând ulterior utilizarea unui număr corespunzător de implanturi orale cu dimensiuni (lungimi, diametre) optime pentru realizarea unui tratament protetic corect, care să asigure repartizarea favorabilă a forțelor ocluzale și să refacă funcțiile sistemului stomatognat. Alegerea în practica stomatologică a unor materiale ce ar favoriza formarea și regenerarea osului cu un timp cât mai rapid este o problemă importantă.

Obiectivul lucrării

Comblarea defectelor osoase cu materiale care posedă mecanisme, osteoinductive și/sau osteoconductive generatoare de procese osteoreparatorii care funcționează ca un suport pe care organismul își depune propriul țesut osos. S-a propus un studiu al materialelor de remodelare osoasă.

Material și metode

Există două forme principale a regenerării osoase: reparativă și fiziologică. Regenerarea reparatorie este restituirea suprafețelor osoase după trauma (inclusiv și în urma intervenției chirurgicale).

Regenerarea fiziologică este remodelarea elementelor structurale osoase pierdute în urma procesului funcționării vitale a osului.

Materialele de comblaj pot acționa asupra osului gazdă prin trei mecanisme: osteoconducție, osteoinducție și/sau osteogeneză.

Osteoconducția, caracterizează creșterea osoasă prin apozitie dinspre și de la nivelul osului restant, acest proces necesită pentru a se putea desfășura prezența osului sau a celulelor mezenchimale diferențiate pe linie osteoblastică. Vindecarea osoasă în jurul unui implant integrat biologic este un proces de tip osteoconducție și urmărește fazele tipice de vindecare la interfața țesut — implant.

Osteoinducția este un tip de formare osoasă care nu începe direct de la celulele osteogenice. Aceasta include două etape: mai întâi diferențierea celulară de la celule non-osteogenice la celule osteogenice, și apoi morfogeneza osoasă pe linie osteoblastică într-o regiune în care acest fenomen nu s-ar putea întâmpla în mod natural.

Un material osteoinductiv este capabil de a transforma celulele mezenchimale nediferențiate în celule mezenchimale diferențiate.

Celulele stem reprezintă un sistem de fundamentare a dezvoltării unui organism pluricelular plecând de la o singură celulă sau de regenerare de necesitate a

Gheorghe Nicolau

Prof. univ.,

Mihail Barbuț,

Iurie Marina,

Mihai Enache

USMF „N. Testemițanu“,

facultatea Stomatologie,

UTM.

unor componente celulare afectate și stau la baza dezvoltării domeniului novator al medicinei regenerative. Aceste celule prezintă două caracteristici esențiale:

- sunt complet nediferențiate, ale căror resurse numerice se regenerează în perioade apreciaabile de timp
- în anumite condiții sau experimentale pot fi induse în scopul diferențierii supraspecifice funcționale.

Un factor cu influență asupra potențialelor osteoinductive îl reprezintă chimismul și structura biomaterialului.

Evoluția sistemelor și tehnicilor de implantare a presupus optimizarea unor parametri care țin pe de o parte de structura implanturilor:

1. forma implanturilor,
2. suprafața implanturilor
3. utilizarea bonturilor protetice angulate,
4. utilizarea bonturilor protetice ceramice sau acoperite cu Au,
5. utilizarea elementelor de silicon în vederea ameliorării rezilienței,
6. asocierea tehnicilor de implantare cu o serie de metode de regenerare tisulară,
7. aplicarea postextracțională a implanturilor orale,
8. posibilitatea de a aplica implanturi dentare cu asistență din partea calculatorului.

Cerințele necesare implantelor și materialelor de substituție endoosoasă pentru o osteointegrare mai bună, este suprafața macroporoasă. Porozitatea este necesară pentru stimularea contactului implantului cu țesuturile înconjurătoare și posibilitatea concreșterii materialului implantat cu vase sangvine și țesut fibros pentru o mai bună fixare a materialului în defect. Sunt cunoscute diferite posibilități de formare a suprafeței macroporoasă a implantului:

- se efectuează curățarea suprafeței implantului cu ajutorul pulverizării cu acid, curățând-o suprafața devine ușor poroasă cu păstrarea cantității sporite a peliculei de oxid;
- acoperirea cu plasmă de titan, în cazul în care suprafața este supusă temperaturii de 13000°C și presiune înaltă ce schimbă compusul în torent ionizat ce este îndreptat spre implant;
- acoperire cu hidroxiapatită;
- acoperire cu Bone Morfologic Protein;
- acoperirea implantelor cu un strat adăugător de oxid.

Există o gamă diversă de materiale pentru implantarea, precum și augmentarea defectelor osoase. După modul de obținere a materialelor se împart în patru grupe mari:

1. Materiale naturale (origine biologică) includ: -transplante osoase (auto-, alo-, și csenoțesuturi, ca exemplu materialul Bio-Oss)
2. Materiale sintetice complet compuse din substanțe sintetice și se împart în:
 - obținute prin sinteză neorganică (biosticla, bioceramica),
 - obținute prin sinteză organică sau fermentativă (polimeri organici ca exemplu D,L-polilactidă, factori de creștere a țesutului

osos (proteină osoasă morfogenetică BMP)

3. Materiale semisintetice- materiale de origine naturală care sunt supuse tratării chimice, fizice și termice. Pentru aceasta mai des se folosește osul de la animale.
4. Materiale compozite, ele prezintă o combinație dintre materialele naturale sintetice și semisintetice. De obicei aceste materiale se prezintă ca un amestec între câteva componente diferite (LitAr).

Materialul „LitAr“ se prezintă ca un amestec de component organic colagen (xeno) și partea neorganică hidrofosfat de calciu $[Ca_{10}(OH)_2(PO_4)_6]$ sau hidrofosfat de calciu $[Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_{(2-x)}F_x]$.

După interacțiunea cu țesuturile biologice este un material biodegradabil. „LitAr“ manifestă un înalt nivel de integrare a componentilor și porozitate de aproximativ 70—75% ce oferă o înaltă viteză a biotransformării pentru materialele de tipul acesta din cauza vascularizării rapide a defectului.

După caracterul interacțiunii cu țesuturile sistemului biologic materialele de implantare se împart în biodegradabile, rezorbabile (diferențindu-se după viteze de biotransformare) și nebiodegradabile.

Ceramicile pe baza de fosfați de calciu sunt hidroxiapatita (HA), sintetică sau derivată din corali și fosfatul tricalcic (TCP). Aceste materiale, utilizate pentru acoperirea implanturilor sau umplerea unor defecte, se prepară la temperaturi și presiuni mari pentru a se obține ceramice dense, înalt cristaline și inerte. Ambele ceramice sunt osteoconductive, lipsite de un potențial osteogenic intrinsec, înalt biocompatibile, dar diferă prin răspunsul biologic dezvoltat la situsul implantat — TCP este îndepărtat pe măsura ce noul țesut osos se dezvoltă, în timp ce HA rămâne permanent. Fiind analogul principalului component al țesutului osos, hidroxiapatita manifestă posibilități osteoinductive evidențiate, cu proprietatea de adeziune a proteinelor și celulelor țesutului osos, activ se implică în schimbul ionilor și metabolismul matricii osoase menține legături covalente și ionice cu mineralele osului. Ele sunt ușor accesibile, lipsite de un potențial infecțios sau imunogenic și reduc semnificativ morbiditatea.

Concluzie:

În ultimii ani au fost dezvoltate o serie întreagă de tehnici în beneficiul optimizării tratamentului din punct de vedere funcțional și estetic. Se aplică în special la regiuni ale maxilei și a mandibulei cu un volum osos redus. Aplicarea corectă a materialelor, implantelor și tehnicilor de restaurare favorizează la obținerea rezultateilor de performanță în practica stomatologică.

Bibliografie:

1. Naytam Nofal, Cercetări privind regenerarea osoasă ghidată periimplantară, Iași, 2008 p. 41-48
2. Параскевич В.Л., Дентальная имплантология — Основы теории и практики, Минск, 2002,
3. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З., Практическая дентальная имплантология
4. Леонтьев В.К., Литвинов С.Д., Судакова Т.В., Имплантационные материалы для замещения дефектов костной и хрящевой ткани (Аналитический обзор), Российский вестник дентальной имплантологии.-2003.-№2. -с. 10-19

PROFESORUL ION MUNTEANU LA 70 ANI



Patrimoniul țării noastre îl constituie nu numai știința, cultura, resursele naturale, ci și personalitățile, care își aduc contribuția la prosperarea neamului.

Momentele jubiliare oferă ocazii frumoase de a ne cunoaște mai bine personalitățile marcante ale neamului, de a-i admira și a transmite gândurile și sentimentele de aleasă admirație pentru cei care și-au dedicat întreaga lor viață unei activități nobile, cum ar fi sănătatea societății.

Un astfel de moment pentru colectivul catedrei noastre, pentru Universitatea întreagă este jubileul de 70 de ani din ziua nașterii pe care îl celebrează doctorul habilitat în medicină, profesorul universitar Ion Munteanu.

La 6 ianuarie 2010 se împlinesc 70 de ani din ziua nașterii și 47 de ani de activitate pedagogică, științifică și medicină practică a doctorului habilitat în științe medicale, profesorului universitar Ion Munteanu. La aniversarea sa de 70 ani Dl profesor vine cu un bogat bagaj de realizări frumoase în domeniul activității sale multilaterale. Ion Munteanu este autorul și coautorul a 140 lucrări științifice, inclusiv 2 monografii, 2 compendii, 3 invenții și 50 inovații. Un merit deosebit al profesorului universitar Ion Munteanu îl constituie rezultatele cercetărilor în domeniul neurostomatologiei, efectuate în timp de mai mult de 18 ani. E vorba de terapia tisulară cu homogrefă de nerv a nevralgiei nervului trigemen. Concepția de bază a terapiei tisulare constă în aceea că țesuturile, supuse unui anumit proces de conservare, se restructurează biochimic dând naștere unor substanțe hiperactive biologic (stimulatori biogeni) care au un rol deosebit în mobilizarea forțelor de protecție a mezenchimului funcțional, reticuloendoteliului și a funcției celulare.

E bineînțeles că aceste concluzii au venit în urma unui lucru titanice, multilateral cu multe discuții pro și contra, dar viața, și experiența clinică au pus punctul pe i.

Din dinamica lucrărilor publicate de Dl profesor se evidențiază etapele și greutățile a multor ani de activitate: recoltarea și prepararea grefei de nerv; procedeele de conservare a preparatelor; administrarea preparatului; dimensiunile grefelor utilizate; frecvența transplantărilor; locul receptor al grefei; explorarea structurii proteice a homogrefei de nerv; pregătirea psihologică a bolnavului pentru intervenție; pregătirea nervului pentru grefare; îngrijirea preoperatorie a pacientului; pregătirea chirurgului; tehnica operatorie; rezultatele clinice etc.

Publicațiile, inclusiv și monografia „Implicații multidisciplinare în durerea orală și cranio-facială” în coautor cu prof. A. Rotaru, C. Sîrbu, R. Câmpianu, M. Rotaru, Cluj-Napoca, Clusium, 2001, a devenit o lucrare clasică. Grație rezultatelor științifice de mare valoare și aptitudinilor creative și organizatorice, capacităților intelectuale și morale alese, Dumnealui s-a plasat în pleada personalităților de vază ale țării.

Profesorul Ion Munteanu este unul dintre acele personalități marcante care a contribuit și prelungește să contribuie la dezvoltarea chirurgiei oro-maxilo-faciale și pedagogiei moderne.

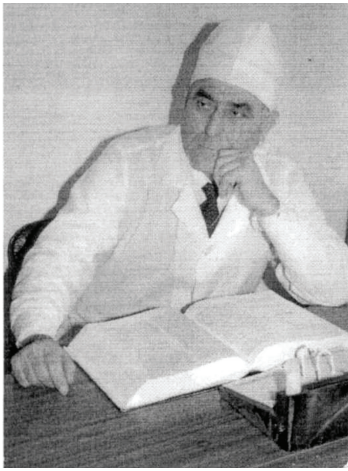
Profesorul Ion Munteanu este o personalitate proeminentă, unde capacitatea de muncă și memoria, fiindu-i prosperă, se manifestă din plin în ciuda vârstei.

Domnia Sa vine cu un frumos palmares de momente memorabile de viață și de muncă închinată luptei dârze pentru sănătatea Omului, Poporului, Patriei. Profesor universitar Ion Munteanu face parte din pleada celor care și în prezent activează și își aduc aportul la prosperarea chirurgiei oro-maxilo-faciale, la pregătirea tinerilor specialiști și a cadrelor științifico-didactice.

După absolvirea Institutului de Stat de Medicină „N.Pirogov” din Odesa (1963) își începe activitatea didactică în calitate de profesor la Colegiul medical din or. Tiraspol, acumulând aici o practică bogată de pedagog și medic practician.

Valentin Topalo,

*Doctor habilitat în
științe medicale
Profesor universitar
Șef catedră*



Anul decisiv 1964 unde pe scena academică Ion Munteanu devine doctorand la Institutul de Stat de Medicină Chișinău, în cadrul catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială, unde ulterior activează ca asistent, conferențiar, profesor-universitar. În 1974 a susținut teza de doctor în medicină cu genericul „Ciclofosfanul în terapia complexă a tumorilor maligne cu localizare maxilo-facială“. Din 1975 dl. Ion Munteanu sub îndrumarea academicianului A.Ș. R.M. d-lui Diomid Gherman (șeful catedrei de neurologie) și d.h.ș.m. și a profesorului universitar d-lui Arsenie Guțan (șeful catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială), inițiază un studiu multilateral al sindromului algic în teritoriul oro-maxilo-facial. Cercetările profunde ale acestei probleme s-au încununat cu succes, servind drept bază pentru teza de doctor habilitat în științe medicale cu denumirea „Terapia tisulară a nevralgiei nervului trigemen prin greșa nervului cadaveric conservat“. Rezultatele acestor cercetări, unice în această direcție, au fost apreciate înalt de specialiștii în domeniul din republica noastră, și din întreg spațiul ex-sovietec, ca o problemă prioritară în domeniul stomatologiei și a neurologiei. Comunicările făcute de autor pe această problemă la diverse foruri științifice din Republica Moldova, Moscova, Sanct-Petersburg, România, Olanda, Ungaria ș.a. au trezit vii discuții. Specialiștii s-au adresat după preparatele propuse de autor și au exprimat dorința de a însuși procedeele de aplicare. Sub conducerea d-lui Ion Munteanu au fost îndeplinite și susținute două teze de doctor în științe medicale.

Cercetările științifice efectuate sub conducerea prof. Ion Munteanu au relevat mecanismul imunologic în etiopatogenia nevralgiei de trigemen și au argumentat implementarea terapiei tisulare în tratamentul nevralgiei de trigemen. Pe parcurs metodele de diagnostic și tratament specific al nevralgiei de trigemen au fost perfecționate.

O altă direcție științifică modernă în care activează prof. Ion Munteanu e perspectiva dezvoltării stomatologiei naționale. La momentul actual în stomatologie sunt două orientări: de stat și privată. Ultima, ca și în multe alte țări, devine tot mai răspândită, de aceea argumentarea și direcțiile ei de dezvoltare sunt actuale. Referitor la direcția privată de dezvoltare a stomatologiei în Republica Moldova au fost evaluate, propuse măsuri concrete de perspectivă, luând în considerație și experiența altor țări.

Rezultatele științifice ale domnului profesor Ion Munteanu sunt reflectate în monografii, lucrări publicate, brevete de invenții, etc. Sub conducerea Dum-

nealui s-a format în Republica Moldova o școală de terapie tisulară a nevralgiei trigeminale, recunoscută, citată și implementată departe de hotarele țării.

Profesorul Ion Munteanu a consacrat mult timp și lucrului didactic.

perfecționând procesul pedagogic, împreună cu colegii catedrei (A.Guțan, P.Godoroja, D.Sherbatiuc, I. Iluța, V.Ouatu, T.Popovici, V.Cojocari, E.Balan,) a elaborat multiple indicații metodice, programe de studii, teste pentru verificarea cunoștințelor studenților. Dl Ion Munteanu posedă toate metodele chirurgicale utilizate în regiunea maxilo-facială, deține titlul onorific de Inventator URSS(1990)

Este confirmat în calitate de consultant la secțiile Stomatologice în diferite policlinici ale municipiului Chișinău, mulți ani a fost curator în raioanele (județe) republicii. Un ajutor important specializat a acordat pacienților pe linia aviației sanitare.

Profesorul Ion Munteanu în diferite perioade ale activității sale a urmat cursurile de perfecționare a măiestriei profesionale în orașele Moscova, Sanct-Petersburg, Chișinău, București, Constanța, Cluj-Napoca, Iași etc.

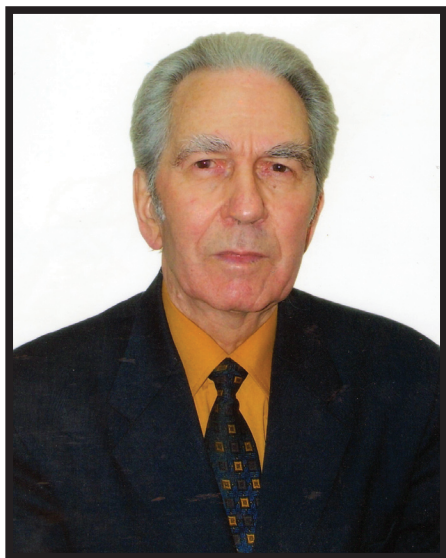
În anii 1997-2002 a activat în cadrul catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială în calitate de profesor-universitar, șef catedră chirurgie oro-maxilo-facială, șef secție chirurgie stomatologică, director al clinicii stomatologie în Universitatea Liberă Internațională din Moldova.

Desigur, este foarte greu de redat în mod succint întreaga și bogata activitate multilaterală a dlui profesor Ion Munteanu ca medic-chirurg oro-maxilo-facial, pedagog și om de știință. Una este cert, faptul că Domnia Sa, pe parcursul a 47 ani de activitate, depășind obstacole și greutăți mari, s-a manifestat ca o personalitate cu calități omenești alese, cinstit și modest, permanent vine în ajutorul tinerilor specialiști, transmitând altor generații ștafeta. Se bucură de o autoritate bine meritată printre colegi, rezidenți, studenți și pacienți.

Colegii, studenții, pacienții îl felicită cordial pe doctorul habilitat în științe medicale, profesorul universitar, domnul Ion Munteanu cu ocazia frumosului jubileu de 70 de ani, urându-i sănătate și succese, noi forțe intelectuale și fizice într-o propășire științifică și practică a chirurgiei oro-maxilo-faciale din țară, mulți ani de activitate și de prosperitate, forțe creative într-o realizare a năzuințelor progresiste, pe care le poartă încă din copilărie. La mulți ani, domnule profesor!!!



IN MEMORIAM PROFESOR UNIVERSITAR ARSENIE GUȚAN



La 13 martie anul curent profesorul-consultant la catedra de Ortopedie Stomatologică, Chirurgie Oro-maxilo-facială și implantologie orală, specialist coordonator în decanatul facultății de stomatologie USMF „Nicolae Testemițanu”, ex-decan, fondator al facultății de stomatologie USMF și ULM, profesionist recunoscut în țară și peste hotare, specialist de categorie superioară în domeniul stomatologiei, Om de mare omenie, savant recunoscut avea să împlinească 83 de ani, dar pe data de 20.01.2010 a plecat pe calea neîntoarcerii. A lăsat în urma sa mare jale și multe regrete în inimile familiei, prietenilor și colegilor. Acum 40 de zile (28.02.2010) un ultim omagiu i-au

adus confrății săi de la Alma Mater, colaboratorii facultății de stomatologie, catedrei de Chirurgie oro-maxilo-facială studențească și catedrei de Ortopedie Stomatologică, Chirurgie Oro-maxilo-facială și implantologie orală, rudele, consătenii, discipolii și alte persoane care l-au cunoscut, recunoscut în timpul activității.

Organizarea conducerii pe ultimul drum face parte din arsenalul bogat al tradițiilor USMF, aici totul se sprijină pe sentiment curat și înțelegere omenească; pe adevărul că a muri e soarta tuturor oamenilor, a lăsa în urmă merite anumite este privilegiul omului virtuos, iar răsplata lui cea mai plăcută e să bizuie pe recunoștința posterității. Numele Arsenie Guțan se va asocia întotdeauna cu nașterea și progresul stomatologiei naționale. Am convingerea, că domnia sa a avut un loc aparte în istoria stomatologiei și este de neînlocuit atât ca savant, specialist, cât și ca om de omenie.

Acum când profesorul Guțan nu mai este mulți colegi se întreabă nedumeriți: cum au putut unii să-l urască atât de mult, să-i pună pedică, să-i scurteze zilele persoanei care a stat la baza organizării facultății stomatologice, pe care el i-a acceptat și i-a ajutat să crească, i-a încurajat, i-a apărat. Profesorul Guțan a fost și el om și a avut și slăbiciuni omenești. Dar nu pentru aceasta era el urât. Profesorului Arsenie Guțan nu i s-a iertat talentul, capacitatea de muncă și bunătatea. Domnia sa a fost o personalitate care în multe situații era foarte elastic, aceasta îi permitea inteligența, cunoștințele profunde și experiența de viață (Siberia). În unele cazuri d-lui se exprima în felul următor: dacă nu le-am ajutat, atunci nu le-am încurcat.

Am mai zis și mai repet că profesorul Arsenie Guțan a făcut în decursul vieții sale atâta pentru noi, încât vom fi mereu datori față de Măria Sa care a dispus de bunătate, onestitate, răbdare și credință. Am avut un mare noroc să-l avem și ne-am dat cu adevărat seama cât de mare era, abia, după ce l-am pierdut. Dar în pofida tuturor acestor mai sus numite calități omenești, domnul profesor Arsenie Guțan a avut și „ani grei” în viața sa, și unul din ei „ani negri” a fost 6 iulie (1949 - 1956) când juniorul de 22 de ani cu visuri mari de viitor a fost deportat în Siberia, în regiunea Irkutsk, unde împreună cu alți concetățeni suferea și unul dintre ei a fost pînă la ultima răsufare a lui prieten din Siberia, coleg de institut și toată perioada postuniversitară, doctorul stomatolog Vladimir Luft. Din spusele ambilor în Siberia au împărțit și binele și răul.

Acești 7 ani siberieni omul muncitor i-a petrecut în muncă, muncă și încă o dată muncă. Concomitent d-lui a plecat în clasa X-ea (1950-1951) la Taișet, pentru că vorbind retrospectiv e necesar de menționat că în satul natal (Pelivan) nu era școală și părinții săi Manole și Eufrosenia Guțan, buni gospodari și doritori să-și învețe copii s-au mutat la Orhei. Și aici Arsenie Guțan, la vârsta de 13 ani este plecat în clasa I-ii. Dar când a finisat 9 clase a fost deportat în Siberia. Au

*Doctor habilitat în
medicină, profesor
universitar
șef catedră
Valentin Topalo*

*Doctor habilitat în
medicină, profesor
universitar
Ion Munteanu*

fost duși cu trenul în taiga, unde afară de păduri nimic nu era. Li s-au dat corturi în care trăiau câte trei, patru familii. Concomitent singuri au construit din lemn „baracuri” unde puteau să ierneze cu condiția că permanent ardea soba. Fiind doritor de carte s-a adresat în scris la tovarășul Stalin, care i-a permis să finiseze clasa a 10 la Taișet (150-160 km) de la punctul destinației, unde puteai să ajungi numai cu trenul. În 1951 a absolvit școala rusă din Taișet. După aceasta din nou, în scris, i se adresează tovarășului Iosif Stalin, de data aceasta împreună cu prietenul său Vladimir Luft, să le permită să prelungească studiile mai departe și în 1951 sunt înmatriculați la Institutul de Medicină din Irkusk, facultatea de stomatologie. Deja în cursul întâi pe Arsenie Guțan l-au numit starosta de curs, unde și-a îndeplinit obligațiunile în timp de un an, și pe urmă a fost eliberat din funcție socotindu-l „dușman al poporului”. Concomitent dumnealui era și starosta a orchestrei simfonice a Institutului, unde cânta la trompetă și aici a activat pe tot parcursul anilor de învățământ.

În 1956 A. Guțan și V. Luft cu eminentă au absolvit Institutul. În urma unei adresări în scris către Ministerul Sănătății al URSS le permite să fie repartizați în RSS Moldovenească. Arsenie Guțan își începe activitatea de doctor stomatolog și chirurg generalist în satul Isacova, apoi în spitalul din or. Orhei, mai târziu face secundariatul clinic în or. Sant-Petersburg. Din 1962 activează la USMF „Nicolae Testemițanu” la catedra de chirurgie oro-maxilo-facială.

Scopul vieții îl vedea în muncă asiduă: citea, scria, se ocupa cu activitatea științifică de cercetare. În 1965 susține teza de doctor în medicină cu tema: „Osteosinteza mandibulei prin construcții heterogene”, iar în 1982 – cea de doctor habilitat cu tema: „Aspecte actuale ale problemei displicaturilor labio-palatinala congenitale”. Pe parcursul deținerii funcției de șef al catedrei a pregătit 7 doctori în științe medicale: Victor Catană cu tema: „Заболеваемость и нормативы потребности сельского населения Молдавской ССР в амбулаторно-поликлинической помощи по стоматологии” Кишинёв – 1973; Ion Munteanu cu tema: „Циклофосфан в комбинированном лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой локализации” Кишинёв – 1974; Ion Iluța la tema: „Связь патологии зубо-челюстной системы с признаками ускорения физического развития” Киев – 1981; Gheorghe Cebanachi cu tema: „Функциональное состояние околоушных слюнных желез и биохимические сдвиги ее секрета у больных ревматизмом” Кишинев – 1974; Vasile Lungu la tema: „Острые гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и некоторые показатели щитовидной железы” Ленинград – 1984; Ion Lupan la tema: „Пути улучшения результатов уранопластики” Кишинев – 1993 și a mai fost consultant științific la 1 teză de doctor habilitat la Ion Munteanu cu tema: „Terapia tisulară a nevralgiei nervului trigemen prin grefa nervului cadaveric conservat” Chișinău – 1993.

Rezultatele sale și a colegilor mai sus enumerați, științifice și practice, realizate pe parcursul a circa 50 ani de activitate au fost reflectate în 133 de lucrări publicate, inclusiv 1 manual „Stomatologia chirurgicală” (volum I și II) 1990, 200 p. coautor, 3 monografii, 2 îndreptare, 1 compendiu, 3 indicații metodice, 2 invenții și 23 inovații. Deține titlul de „Inventator al URSS”.

Pe parcursul activității a fost referent la 12 teze de doctor și doctor habilitat în medicină (Chișinău, Kiev, Sant-Petersburg, Odesa), a dat recenzii la mai mult de 30 autoreferate. Ulterior profesorul Arsenie Guțan a devenit unul dintre cei mai importanți savanți din RM, care ne prezenta la diferite foruri științifice în mai multe țări, făcea legături cu personalități, la care pe urmă se îndreptau la doctorantură, secundariat clinic, cadre naționale. Profesorul Guțan a fost și un exemplu de omenie, de cumsecădenie, de modestie, de bunătate și alte calități omenești deosebite.

Profesorul Arsenie Guțan în decursul a mai mult de 4 decenii activ a executat mai multe funcții în USMF „Nicolae Testemițanu” și în medicina RM, în deosebi în stomatologie. În decurs de mai mulți ani a condus comisia metodică, comisia de concurs a facultății, comisia de problemă a Ministerului Sănătății, membru al consiliului de experți al MS RM, specialistul principal în domeniul stomatologiei pediatrice, membru al consiliului științific al Universității și facultății.

În cadrul Societății (Asociației) Stomatologilor din RM a executat funcțiile de membru, secretar, vicepreședinte, președinte a cărmuirii, delegat, membru al colegiului sau redactor responsabil al lucrărilor tuturor conferențelor (congreselor) stomatologilor din RM. În societatea stomatologilor din URSS a deținut funcțiile de membru al cărmuirii și prezidiului acestei organizații, în calitate de delegat a participat la lucrările a 5 congrese postbelice ale stomatologilor din URSS (1962; 1968; 1975; 1981; 1987). În anii 1991-1997 a deținut funcția de membru al colegiului de redacție al revistelor „Curierul Medical” și „S.O.S” ale MS RM. Din 2008 este redactor – șef de onoare al revistei „Medicina stomatologică”. Deține titlul de membru de onoare al Academiei Europene de implantologie dentară.

Pe parcursul întregii sale activități, profesorul Arsenie Guțan a acordat o mare atenție pregătirii cadrelor medicale (studenți, rezidenți, cursanți) și științifico-didactice. A lăsat în urma Sa o școală de specialiști de performanță înaltă care fac față în țară și peste hotare.

Savantul recunoscut și clinicistul de categoria superioară Arsenie Guțan a fost distins cu titluri ca Medalia Jubiliară 100 ani de la nașterea lui V. I. Lenin (1970), Medalia de Veteran al Muncii (1986), Medalia „Nicolae Testemițanu” (2005), titlul onorific Om Emerit (2006).

Obligațiunea celor pe care i-a învățat Dl profesor-universitar Arsenie Guțan să slujească destoinic Stomatologiei Naționale și să contribuie progresului specialității la nivel European și Mondial.

Dumnezeu să-l ierte și să-l odihnească în pace.

CURRICULUM VITAE

PROFESOR UNIVERSITAR ARSENIE GUȚAN

- **13 martie 1927** — a văzut lumina zilei, fiind al 7-lea copil din cei 11 născuți, în comuna Mitoc, județul Orhei;
- **1927—1932** (la vârsta de 5 ani) cu familia din cauza calamităților pleacă din Mitoc în comuna vecină Pelivan;
- **1940** — toată familia au trecut cu traiul în or. Orhei;
- **1940** — la vârsta de 13 ani pleacă în clasa I în or. Orhei pentru că în com. Pelivan nu era școală;
- **1949** — absolvete clasa a IX;
- **6 iulie 1949** — deportat în Siberia;
- **1949—1950** — Taișet (lucrează la tăiat pădure);
- **1950—1951** — absolvete clasa a X-a în orașul Taișet din regiunea Irkutsk;
- **1951—1956** — absolvete cu mențiune Institutul de Stat de Medicină din or. Irkutsk, facultatea de stomatologie;
- **1956** — Ministrul Sănătății al URSS îi permite să fie repartizat în RSS Moldova;
- **1956—1960** — activează ca medic stomatolog și chirurg generalist, la început în s. Isacova, apoi în spitalul or. Orhei;
- **1960—1961** — secundariatul clinic în Institutul de Medicină nr. 1 „I. P. Pavlov” din Leningrad (Sankt-Petersburg) la catedra de chirurgie maxilo-facială și stomatologie;
- **1962—1994** — Institutul (Universitatea) de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (asistent, conferențiar, profesor-universitar);
- **1965** — susține teza de doctor în științe medicale cu tema: „Osteosinteza mandibulei prin construcții heterogene”;
- **1966—1971** — decan al facultății de stomatologie;
- **1971—1994** — șef catedră chirurgie oro-maxilo-facială;
- **1982** — susține teza de doctor habilitat în științe medicale cu tema: „Aspecte actuale ale problemei despicăturilor labio-maxilo-palatine congenitale”;
- **1983** — profesor universitar;
- **1971—1994** — a pregătit 7 doctori și 1 doctor habilitat în medicină
- **1994—2002** — ULLIM - șef al catedrei de stomatologie, decan al facultății de stomatologie;
- Autor a 133 de lucrări științifice:
 - a) Manuale: Stomatologia chirurgicală (volum I și II), 1990, p.200 (coautor);
 - b) Монографии : Краткий справочник стоматолога, 1966, 290 с. (соавт);
 - c) Карта сэнэтэции, 1967, 307 с. (соавт);
 - d) Гетеросинтез нижней челюсти, 1968, 106 с.;
 - e) Врожденные расщелины губы и нёба, 1980, 142 с.;
 - f) Уранопластика взаимоперекидными лоскутами, 1982, 100 с.;
 - g) Справочник челюстно-лицевых операций, 1990, 291 с. (соавт);
 - h) Челюстно-лицевые операции, 1997, 387 с. (соавт);
 - i) Autor a 2 invenții și 23 inovații de implementare în stomatologie;
 - j) A pregătit 7 doctori și 1 doctor habilitat în științe medicale;
 - k) Specialist chirurg oro-maxilo-facial de categorie superioară, pedagog iscusit, care a participat la pregătirea a 4120 de stomatologi;
- Șef a comisiei metodice;
- Șef a comisiei de concurs a facultății;
- Șef a comisiei de problemă MS RM;
- Membru al consiliului de experți al MS RM;
- Specialistul principal în domeniul stomatologiei pediatrice;
- Membru al consiliului științific al Universității;
- Membru al consiliului științific al facultății de stomatologie;
- Membru, secretar, vicepreședinte, președinte al cărmuirii Societății (Asociației) Stomatologilor din RM;
- Redactor responsabil al lucrărilor tuturor conferențelor (congreselor) stomatologilor din RM începând cu anul 1963;
- Membru a Cărmuirii și Prezidiului în societatea stomatologilor din URSS;
- Delegat a congreselor postbelice ale stomatologilor din Uniunea Sovietică: IV (1962), V (1968), VI (1975), VII (1981) și VIII (1987).
- **1991—1997** Membru al colegiului de redacție al revistelor „Curierul Medical” și „SOS” al MSRM;
- Redactor-șef de onoare al revistei „Medicina Stomatologică”;
- Membru de Onoare al Academiei Europene de implantologie dentară.

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.

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 14 în Microsoft Word la 1.5 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autori și va fi însoțită de două recenzii (semnate de unul din membrii Colegiului de Redacție și de Redactorul-șef al publicației) completate pe o formă standard ASRM. Lucrarea prezentată va mai conține foaia de titlu cu următorul conținut: prenumele și numele complet a autorilor, titlurile profesionale și științifice, instituția de activitate, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunde, data prezentării.

Lucrările vor fi prezentate trezorierului ASRM, asistent universitar Dr. Oleg Solomon la sediul ASRM pe adresa: bd. Ștefan cel Mare 194B, et.1.

Lucrările vor fi structurate după schema:

- titlul concis, reflectând conținutul lucrării;
- numele și prenumele autorului, titlurile profesionale și gradele științifice, denumirea instituției unde activează autorul;
- rezumatele: în limba română și engleză (și, opțional, rusă de autorii din Republica Moldova) pînă la 150—200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 pînă la 6.
- introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- bibliografia — la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. *Treatment of Malocclusion of the Teeth* (ed 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru o cercetare originală, 5 pagini pentru prezentare de caz clinic, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat al unei lucrări publicate peste hotarele republicii. Publicațiile altor catedre cu profil stomatologic (ex: farmacologia) nu vor depăși 10 pagini și nu vor conține mai mult de 30 de referințe.

Tabelele — enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului. Toate fotografiile și desenele se vor publica din sursele autorului și necesită a fi prezentate în formă electronică în format — nume.jpg.

Articolele ce nu corespund cerințelor menționate vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

Numărul lucrărilor de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru veridicitatea materialelor publicate.

Informații suplimentare la tel: +373 22/205-259, fax: +373 22/243-549,
e_mail: asrm_md@yahoo.com, www.asrm.md