

10. Uncuța Diana. // Contribuții în diagnosticul clinic și citomorfologic al stomatitelor virale herpetice. Curierul medical nr.3 (291), 2006, p. 17-20.
11. Uncuța Diana. // Stomatitele herpetice — clasificări actuale și sugestii de departajare diagnostică, Chișinău, 2007, p. 3-21.
12. Банченко Г. В. Максимовский Ю. М. Гринин В. М. Язвенно-некротический стоматит Венсана.// Язык — „зеркало“ организма. Москва 2000, стр. 106-107
13. Барер Г.М., Волков Е.А. и др. Язвенно-некротический стоматит Венсана.// Заболевания слизистой оболочки полости рта. часть 3, Москва, 2005 стр. 108-115.
14. Боровский Е.В., Иванов В.С. и др. Язвенно-некротический стоматит Венсана.// Терапевтическая стоматология. Москва, 2005 стр. 530-538.
15. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К. Несин А. Ф. и др. Язвенно-некротический стоматит.//Заболевания слизистой оболочки полости рта. Москва, 2001 стр. 98-104.
16. Курякина Н.В. Язвенный гингивит.// Терапевтическая стоматология детского возраста. Москва,2001 стр. 466-468.
17. Иванова Е.Н., Кукушкина Е.А. и др. Язвенно-некротический гингивито-стоматит Венсана.// Заболевания слизистой оболочки полости рта. Ростов-на-Дону, 2007, стр. 78-95.
18. Ласкарис Д. Некротический язвенный гингивит. // Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Москва,2006 стр. 145-146.

UTILIZAREA APARATULUI VECTOR ÎN TRATAMENTUL PARODONTITEI MARGINALE CRONICE

Radu Bolun,
Medic Stomatolog,

Valeriu Fala,
Doctor în medicină,

Valeriu Burlacu,
Prof. univ.

*Catedra Stomatologie
terapeutică, FPM,
USMF „Nicolae
Testemițanu“
Clinica stomatologică
„Fala Dental“*

Rezumat

Aparatul Vector reprezintă o nouă generație a aparatelor ultrasonice, destinată tratamentului minimal invaziv al afecțiunilor inflamatorii ale parodontului. Pentru a determina eficacitatea acestuia am recurs la un studiu clinic ce a avut la bază examinarea și tratamentul unui lot de 10 pacienți (7 bărbați și 3 femei). Pacienții implicați erau diagnosticați cu parodontită marginală cronică forma: ușoară, medie și gravă și au fost repartizați în 2 grupe câte 5 persoane.

Summary

THE USAGE OF VECTOR MACHINE IN TREATMENT OF MARGINAL CHRONIC PERIODONTITIS

Vector System is a newly developed ultrasonic device for minimally invasive periodontal therapy. The efficacy of the Vector ultrasonic system was determined in a clinical study which included 10 patients (7 men and 3 women) with moderate to advanced chronic periodontal disease and were sorted into two groups of 5.

Introducere

Parodontitele marginale cronice reprezintă una din cauzele principale de disfuncție a aparatului dentomaxilar. Această manifestare patologică este răspândită în toate regiunile globului, afectând, fără deosebire de sex și de așezare geografică, toate grupurile de vârstă ale populației.

Deși boala parodontală ține de o arie locală de manifestare, prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație, se cunosc multiple interferențe cu starea generală a organismului. Din acest punct de vedere această afecțiune e necesar să fie privită prin prisma unui proces patologic complex, care trebuie abordat numai printr-un complex de măsuri de tratament.

Dacă metodele de fluorizare (cu excepția zonelor endemice) au transformat boala carioasă dintr-o epidemie într-o afecțiune clinică tratabilă, iar dezvoltarea implantologiei oferă noi soluții pentru abordarea edentațiilor, boala parodontală, o altă problemă majoră cu care se confruntă medicul stomatolog, continuă să reprezinte o amenințare pentru integritatea aparatului dento-maxilar, constituind o problemă socială a medicinei în general.

Cercetările moderne stabilesc cu certitudine etiologia microbiană a îmbolnăvirii parodontale, ceilalți factori fiind favorizanți sau predispozanți. Boala parodontală este rezultatul unui dezechilibru între microorganismele potențial patogene, natura și eficiența reacției locale și sistemice a gazdei. Virulența diferită a bacteriilor din placa bacteriană și rezistența variabilă a gazdei explică varietatea

mare a formelor de evoluție, caracteristice bolii parodontale.

Pacienții de sinestător nu pot realiza prezența și gravitatea afecțiunii, cu atât mai mult să conștientizeze caracterul și diversitatea metodelor de tratament, ce sunt absolut necesare pentru ameliorarea situației. Deseori ei așteaptă apariția unor simptome clare ale bolii parodontale cum ar fi: sângerarea gingiilor, mobilitatea și migrarea dinților, rețracțiile gingivale și eliminări purulente cu miros fetid din pungile parodontale; adresându-se la medicul stomatolog în fazele avansate, de multe ori cu caracter ireversibil și greu de tratat.

Etapa inițială de tratament are drept scop stoparea evoluției bolii prin eliminarea și controlul asupra plăcii bacteriene. În acest sens, dorința de cooperare a pacienților are un rol deosebit de important în succesul tratamentului scontat.

În prezent sunt diferite păreri privind utilizarea metodelor conservative sau radicale în înlăturarea pungilor parodontale, care rămâne a fi principalul obiectiv în tratamentul parodontitelor marginale cronice.

Deși mulți autori sunt de părere că anume metodele chirurgicale asigură lichidarea procesului inflamator și focarele de infecție din țesuturile parodontale, rezultatele obținute în tratamentul conservativ sunt satisfăcătoare și aproape identice cu cele chirurgicale, asigurând o perioadă de remisie îndelungată și reduce într-o măsură mare timpul de vindecare a pacientului.

Tehnicile de chirurgie parodontală conduc la grade variabile de rețracție gingivală ce poate crea disfuncție estetică, dificultăți de menținere și pot crea condiții favorabile pentru apariția hipersensibilității, cariilor radiculare, eroziunii.

Pe lângă acestea în zonele anatomiche cu țesut osos îngust unde substanța medulară e redusă, acesta practic rămâne dependent de vascularizația din partea periostului, iar pierderea acesteia duce în cele mai dese cazuri la o rezorbție osoasă accelerată.

Unii pacienți refuză intervențiile chirurgicale, deși le este explicată necesitatea și avantajele operației, aceștia sunt orientați spre metodele alternative conservative.

Tendința generală în medicină este îndreptată spre intervențiile minimal invazive, care reduc maximal gradul de hemoragie, durerea și disconfortul în timpul tratamentului cât și după acesta. Iată de ce industria tehnicii stomatologice tinde să producă aparate și instrumente care să ușureze munca medicului, să ofere posibilitatea obținerii succesului scontat într-un interval de timp cât mai scurt și micșorarea numărului de vizite a pacientului pe întreaga perioadă de tratament.

Luând în considerare că utilizarea instrumentarului manual duce la o înlăturare excesivă a cementului radicular și a țesuturilor moi, care au un rol important în procesul de regenerare a parodontului.

Iar obișnuitele aparate ultrasonice, deși ușurează cu mult munca, lasă în urma prelucrării suprafe-

țe rugoase ce favorizează depunerea rapidă a plăcii bacteriene. Și în același timp norul de aerosol format micșorează câmpul vizual și contaminează aerul în cabinetul stomatologic până la o rază de 2 m conținând o serie de microorganisme și particule mineralizate din placa bacteriană, iar răcirea insuficientă a părții active duce la o supraîncălzire, distrugând elementele pulpei dentare și a parodontului.

În anul 1999 compania germană Durr Dental (Bietigheim-Bissingen, Germania) vine pe piața produselor stomatologice cu o soluție în această direcție, un nou aparat ultrasonic, util în tratamentul minimal invaziv al afecțiunilor inflamatorii ale parodontului — VECTOR.

Elementul principal ce-l deosebește de alte aparate ultrasonice îl reprezintă inelul de rezonanță din vârful piesei manuale unit cu partea activă printr-un unghi de 90°, fiind pus în acțiune de aparatul ultrasonic la o frecvență de 25.000 Hz. Această configurație înlătură mișcările elipsoidice, circulare și laterale ale părții active, tipice obișnuitelor aparate ultrasonice, rezultând o direcție liniară paralelă cu suprafața dintelui în axul vertical al acestuia cu o amplitudine constantă cuprinsă între 30 și 35 μm .

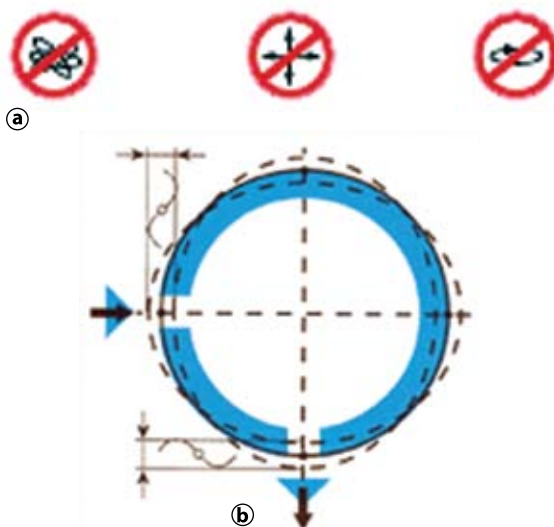


Fig.1 a) Mișcările elipsoidice, circulare și laterale ale părții active tipice obișnuitelor aparate ultrasonice și **b)** mișcările longitudinale paralele axului vertical.

Piesa aparatului Vector prin lipsa vibrațiilor laterale oferă o sensibilitate tactilă marită și permite medicului să prelucreze calitativ fără un acces vizual direct, toate suprafețele radiculare.

Pentru răcirea părții active în timpul lucrului în componența bazei aparatului intră un rezervoar de 120 ml pentru apă și două pungi cu suspensii, care conțin particule mici de pînă la 10 μm de hidroxiapatită și respectiv particule de carbură de siliciu (SiC) cu dimensiuni de pînă la 40-50 μm . Lichidul și suspensia intră în contact cu partea activă prin pulsații intermitente cu o rată a scurgerii de 6 ml/min, astfel el nu este dispersat sub formă de aerosol, dar este propulsat hidrodinamic pe partea activă a piesei asigurând un

efect major de curățire, iar menținerea la vârful instrumentului a unei pelicule cu lichid evită supraîncălzirea și distrucția țesuturilor parodontului. Acest principiu de generare a peliculei cu lichid și suspensiei cu particule de hidroxiapatită în vârful părții active este asemănător aparatului litotritor utilizat în înlăturarea calculilor din tractul urinar.



Fig. 2. a) Transmiterea indirectă a energiei ultrasunetului către câmpul operator **b)** suspensiile din componența aparatului Vector.

Studiile *in vitro* au demonstrat că efectivitatea înlăturării tartrului subgingival nu diferă esențial în urma utilizării aparatului Vector, comparativ cu instrumentarul manual și aparatele ultrasonice obișnuite.

Inițial se credea că endotoxinele (lipopolizaharidele), rezultate din fagocitarea microorganismelor patogene se află în straturile profunde ale cementului radicular, iar pentru obținerea rezultatului pozitiv în tratament e necesară înlăturarea excesivă a acestuia.

În 1975 Aleo și coautorii au cercetat activitatea biologică a endotoxinelor din cementul radicular și au conștientizat că înlăturarea excesivă a acestuia în timpul chiuretajului și poleirii radiculare, cu înlăturarea endotoxinelor prezente în cementul necrotizat, este unica cale de obținere a succesului în tratamentul parodontitelor marginale cronice, deși aceasta duce la un grad înalt de hipersensibilitate.

Ulterior în 1986 Moore a demonstrat că endotoxinele se află doar în straturile superficiale ale cementului radicular în cazul parodontitelor marginale cronice, iar pentru obținerea succesului în regenerarea țesuturilor parodontale e necesar doar de înlăturat un strat superficial de cement radicular.

În 1986 și 1988 Nyman în urma cercetărilor efectuate a demonstrat că efectul postoperator în urma planării suprafeței radiculare prin înlăturarea cementului și respectiv pastrarea acestuia intact, rămâne practic același în procesul de regenerare dacă suprafața radiculară este bine prelucrată și decontaminată cu soluții antiseptice.

În prezent se consideră că o asemenea înlăturare a cementului radicular nu e necesară, iar studiile recente asupra dinților extrași au demonstrat că endotoxinele se află doar în limitele superficiale ale cementului radicular, iar înlăturarea acestora poate fi efectuată printr-o prelucrare precaută.

Aparatul Vector indică o înlăturare minoră a țesuturilor dentare, ceea ce micșorează riscul apariției hipersensibilității și dezvoltării pulpului. Mai mult ca atât putem obține o suprafață mai puțin rugoasă în comparație cu alte instrumente ceea ce are o importanță vădită în reducerea acumulării repetate a plăcii bacteriene.

Timpu necesar prelucrării suprafețelor radiculare cu ajutorul aparatului Vector pînă la obținerea unei suprafețe netede este mai scurt decît în cazul instrumentarului manual și aparatelor ultrasonice, cînd sunt prezente cantități mici de depuneri, în timp ce înlăturarea depunerilor masive este în raport invers.

În 1995 Mambeli susține că pentru obținerea succesului e necesar de micșorat concentrația microorganismelor în pungile parodontale și evitînd pătrunderea acestora în canaliculele dentinare.

Astfel studiile clinice au demonstrat că atît cu instrumentarul manual cît și cu aparatul Vector, în urma prelucrării subgingivale obținem o reducere similară a microorganismelor potențial patogene la pacienții diagnosticați cu parodontite marginale cronice.

Datele literaturii ne demonstrează că aparatul Vector este o metodă eficientă de tratament al parodontitelor marginale cronice, oferind rezultate clinice similare, exceptînd recesia gingivală, cu cele obținute aplicînd alte metode cum ar fi utilizarea instrumentarului manual și a aparatelor ultrasonice standarde. De asemenea tratamentul e lipsit de durere și nu necesită anestezie, ceea ce duce la complicitate și încredere sporită din partea pacienților.

SCOPUL LUCRĂRII:

Studiul clinic al efectivității utilizării aparatului Vector în tratamentul parodontitelor marginale cronice.

Pentru realizarea scopului s-a pus în față următoarea sarcină:

Analiza parametrilor clinici în tratamentul cu aparatul Vector: adîncimea pungilor parodontale, indicele de sîngerare gingivală și gradul retracției gingivale.

MATERIALE ȘI METODE

Pentru realizarea scopului și obiectivelor trasate, am recurs la un studiu clinic ce a avut la bază examinarea și tratamentul a unui lot de 10 de pacienți (7

bărbați și 3 femei). Pacienții implicați erau diagnosticați cu parodontită marginală cronică forma: ușoară, medie și gravă. Ei au fost repartizați în 2 grupe câte 5 persoane: lotul de studiu și lotul martor.

Pentru formularea diagnosticului a fost folosită clasificarea afecțiunilor parodontale, adoptată la plenara a XVI-a a Societății Științifice a Stomatologilor în 1983 cu unele modificări.

Din punct de vedere general ei erau clinic sănătoși, nu li se administrase antibiotice în ultimele 12 luni și nu au fost tratați de afecțiuni ale parodontului în ultimii 2 ani. Vârsta cuprinsă între 26 și 54 de ani, iar media de vârstă a constituit-o 39 ani. Înainte de tratament toți pacienții au fost instruiți în privința igienei bucale corecte. Repartizarea în grupe a pacienților a fost făcută la întâmplare.

Acuzele principale prezentate de pacienți la adresare au fost: sîngerare și durere în regiunea gingiilor în timpul periajului și alimentației, alungirea coroanei clinice, ca urmare a retracției gingivale, hipersensibilitate în regiunea coletului, mobilitatea dentară, miros fetid din cavitatea bucală.

Examenul clinic obiectiv a urmărit evaluarea următorilor parametri clinici:

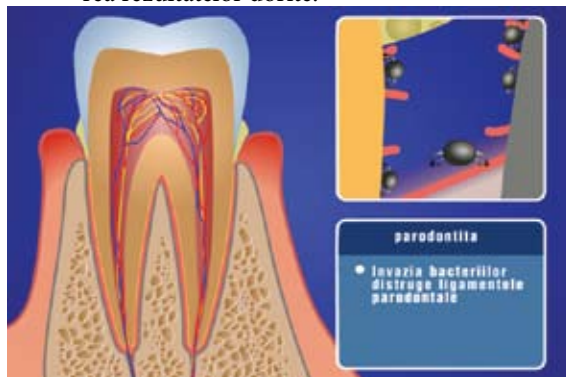
1. **Indicele de evaluare a igienei bucale** a fost exprimat procentual în urma administrării pacientului unui comprimat *Plaqsearch* pentru evidențierea plăcii bacteriene. În componența sa intră eritrozina 3% — un colorant vegetal hidrosolubil, care colorează placa recentă (2–3 zile) în roșu și placa mai veche (9–18 zile) în albastru. Gradul depunerilor dentare pe fiecare suprafață dentară (mezială, distală, vestibulară și orală) va fi exprimat procentual și demonstrează deprinderile practice a pacientului de periaj al dinților. Aceasta e considerată corespunzătoare când suprafețele dentare cu placă nu depășesc 15%, respectiv indicele de igienă bucală depășește 85%.
2. **Indicele de sîngerare gingivală.** Se exprimă procentual introducîndu-se sonda parodontală în șanțul gingival respectiv celor patru suprafețe (mezială, distală, vestibulară și orală), și dacă după 10 s. apar picături de sînge se marchează suprafața respectivă.
3. **Parodontometria** a inclus măsurarea adâncimii pungilor parodontale, mobilității dentare și retracția gingivală. Se introduce sonda parodontală marcată milimetric cu o presiune de 25 g la maxilarul superior și fără presiune la maxilarul inferior (doar greutatea sondei), între dinte și gingie în toate cele patru direcții: lingual sau palatinal, distal, mezial, vestibular. În calcul se va lua suprafața cu dimensiunea cea mai mare a pungii.

Examenul complementar.

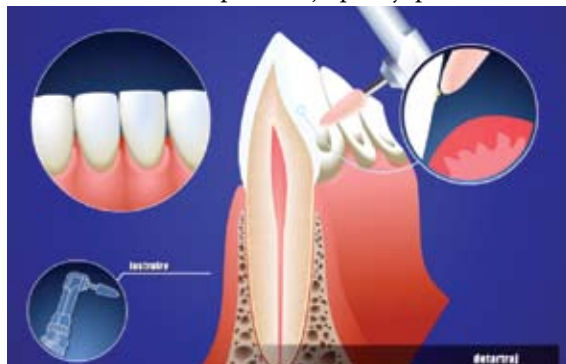
1. Examenul radiologic (ortopantomograma și radioviziografia)
2. Fotografierea — a fost efectuată până la tratament și peste 1 lună după efectuarea acestuia.

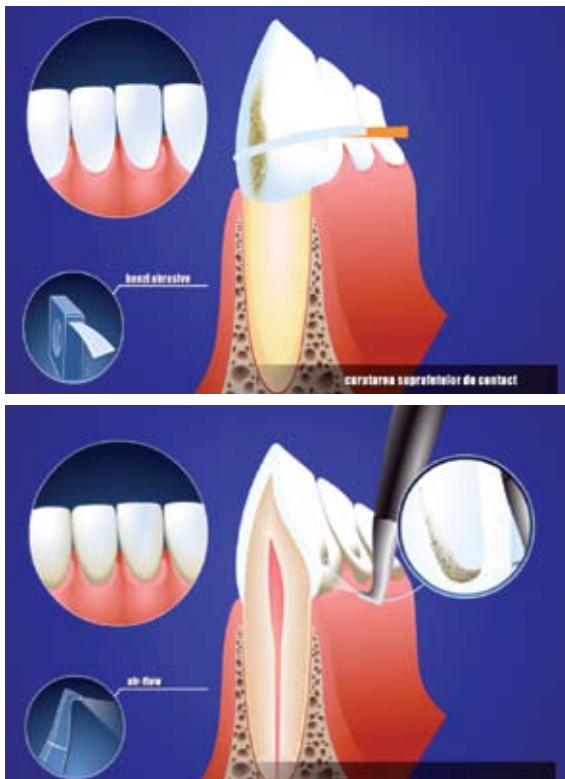
Schema metodelor de tratament

- 1) Motivarea pacienților: — li s-a demonstrat și explicat în programul „Stomatologie Inteligibilă” etiologia, evoluția și complicațiile afecțiunilor parodontale printr-un filmuleț tematic, motivîndu-i să conștientizeze gravitatea afecțiunii și rolul colaborării cu medicul în obținerea rezultatelor dorite.



- 2) Instruirea pacienților ambelor grupe privind igiena bucală corectă, cu recomandări în alegerea mijloacelor de igienă.
- 3) Igienizare profesională a cavității bucale. Aceasta a inclus: detartraj cu aparatul sonic SONICflex, poleire și periaj profesional cu





pasta Hawe Cleanic Fluoride, interdental s-au utilizat ștripsuri de finisare și prelucrarea cu Air Flow Prophyflex 3 (KaVo).

4) Prelucrarea cu aparatul Vector a grupului de studiu.

Au fost prelucrate pungile parodontale de cel puțin 3 mm. Conducându-ne de principiul „one-stage full-mouth disinfection” s-a prelucrat întreaga cavitate orală într-o singură vizită.

Capacitatea de lucru al aparatului Vector depinde de tipul părții active și a suspensiei utilizate în procesul de lucru. Părțile active rămân a fi minimal invazive, fiind fabricate atât din metal cât și din fibre de carbon.

Pentru prelucrarea grupului de dinți superiori poziția medicului față de pacient, trebuie să fie îndreptată între orele 12 și 2 a acelor de ceasornic, în timp ce pacientul ocupă o poziție culcată, iar pentru prelucrarea grupului de dinți inferiori poziția medicului față de pacient, trebuie să fie îndreptată între orele 9 și 12 a acelor de ceasornic, când pacientul ocupă poziția semiculcată.

Prelucrarea cu aparatul Vector se începe cu suprafețele proximale ale dinților, când partea activă e constituită de către chiuretele Vector, și se efectuează dinspre vestibular sau oral folosind suspensia Polish.

Instrumentul este mișcat lent în direcție de jos în sus și dinspre oral spre vestibular, în așa mod ca suprafața activă a chiuretei să atingă o arie cât mai mare posibilă din suprafața dintelui, în timp ce se aplică o presiune minimă. În cazul prelucrării pungilor parodontale adânci e necesar tactil ca presiunea aplicată pe instrument în direcțiile apicale să nu provoace traume adăugatoare. E mai rațional de început prelucrarea su-

prafetelor proximale din partea orală a cadranelor I și din partea vestibulară a cadranelor II, menținând poziția instrumentului aceeași, 90° în dreapta față de piesa manuală. Ulterior se schimbă poziția instrumentului la 90° în stânga față de piesă și se prelucreză suprafețele proximale accesibile din partea orală în cadranelor II, și vestibulară din cadranelor I.

Aproximativ 70 % din timpul total al tratamentului cu aparatul Vector îl ocupă lucrul cu chiureta Vector. Suprafețele fără depuneri tari se prelucreză mai rapid în comparație cu suprafețele cu depuneri de tartru. Tartrul dentar poate fi înlăturat total numai după o prelucrare minuțioasă cu acces atât vestibular cât și oral, până când obținem o suprafață radiculară netedă și bine prelucrată.

Depunerea efortului suplimentar asupra piesei nu grăbește procesul de lucru. Pentru înlăturarea în unele regiuni a depunerilor dentare în cantități mari se poate de utilizat și Vector Fluid Abrasive, însă cu precauție deosebită și bine dozată, pentru a evita distrugerea țesuturilor dentare sănătoase. Regiunea prelucrată cu Vector Fluid Abrasive, obligatoriu trebuie prelucrată și cu Vector Fluid Polish pentru a conferi suprafeței radiculare un aspect neted, care ulterior va evita depunerea rapidă a microorganismelor și respectiv a plăcii bacteriene, rezultată cu declanșarea procesului inflamator.

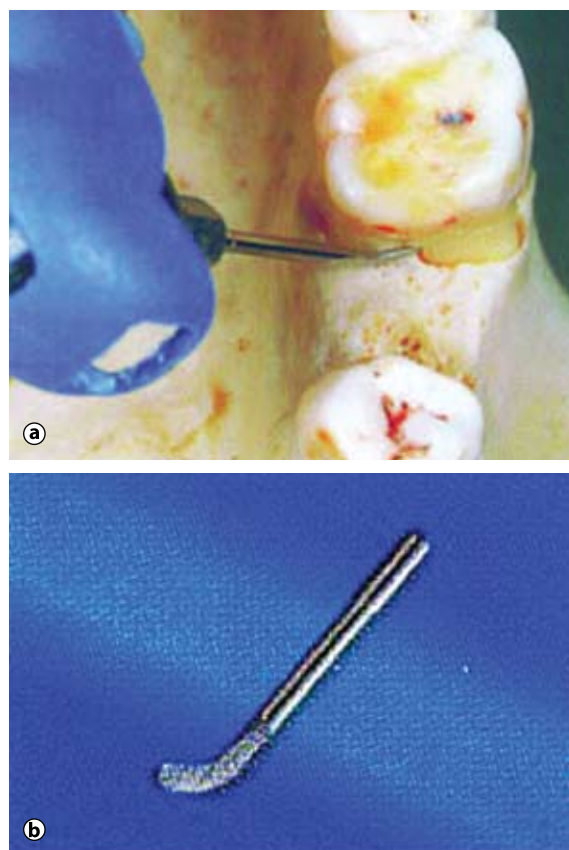


Fig. 3) Prelucrarea suprafețelor proximale: **a)** exemplu pe model și **b)** chiureta Vector

Pentru prelucrarea regiunii bifurcațiilor se utilizează sonda Vector curbă și Vector Fluid Polish. Cu acest instrument se prelucreză intrarea în regiunea

bifurcației la nivelul trecerii smalț-cement și pereții interiori ai acestora. Inițial sonda se fixează la 90° la stânga față de piesă și se prelucurează regiunea interradiculară accesibilă dinspre bucal la molarii din dreapta superiori și inferiori, încit și cea accesibilă dinspre lingual la molarii din stînga inferiori. Apoi bifurcațiile contralaterale sunt prelucrate fixând instrumentul la 90° la dreapta față de piesă.

Pentru o apreciere tactilă a neregularităților anatomice se recomandă sondarea regiunii date inițial fără ca aparatul să fie pus în funcție. Metoda de lucru constă în rotirea sondei în așa mod ca partea convexă maximal să corespundă și să atingă suprafața bifurcației, apoi din această poziție pornesc mișcări mezo-distale și respectiv vestibulo-orale. De asemenea sonda Vector curbă poate fi o alternativă a sondei Vector dreaptă în cazul deschiderii dificile a cavitații bucale, în regiunile greu accesibile și la pacienții cu anomalii dento-maxilare.

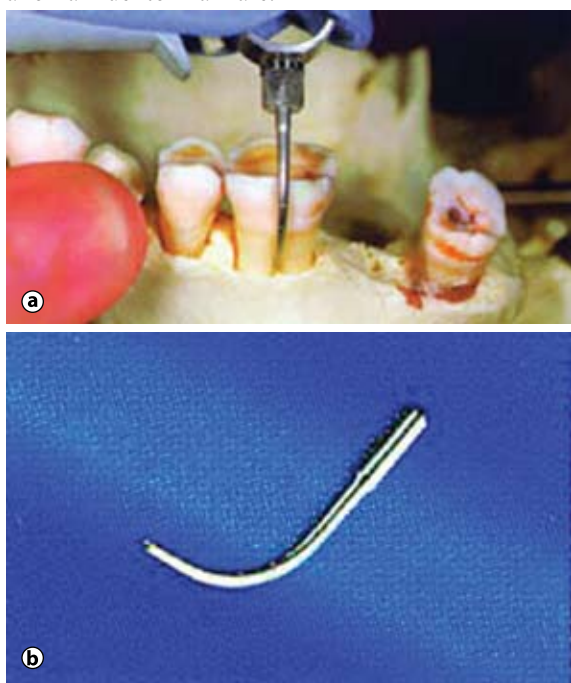


Fig. 4) Prelucrarea zonei bifurcației:
a) exemplu pe model și b) sonda Vector curbă

Prelucrarea instrumentală a suprafețelor vestibulare, linguale și palatine se face cu ajutorul Vector lanțetei în cazul pungilor parodontale de până la 5–6 mm și cu Vector sonda dreaptă în pungile mai mari de 6 mm, utilizând Vector Fluid Polish până la regiunile proximale și la intrarea în regiunea bifurcației. Viteza de înlăturare a depunerilor dentare cu ajutorul acestor instrumente e mai mică decât în cazurile precedente și astfel ele sunt indicate în stadiile finale ale tratamentului.

Datorită transmiterii indirecte a energiei ultrasunetului, prin intermediul Vector Fluid Polish, riscul distrugerii țesuturilor dentare sănătoase în timpul lucrului cu aparatul Vector e foarte mic, în comparație cu instrumentele manuale și alte aparate sonice și ultrasonice.

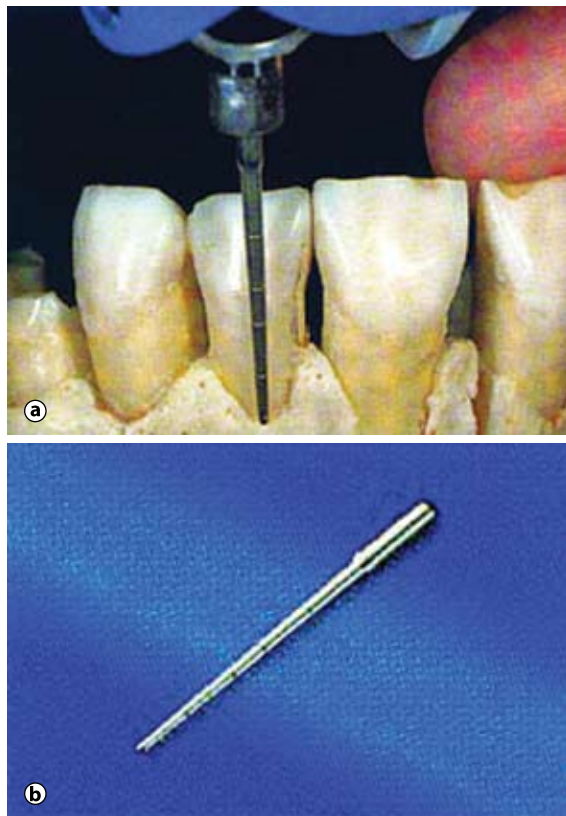


Fig. 5) Prelucrarea suprafețelor vestibulare și orale:
a) exemplu pe model și b) sonda vector dreaptă și lanțeta Vector

5) **Tratament general.**

În ultimul timp esențial s-a micșorat interesul stomatologilor în indicarea antibioticilor cu urmarea dezvoltării disbiozei, reacțiilor alergice, scăderea reactivității imune a țesuturilor cavitații bucale și a întregului organism. Utilizarea acestora în cele mai dese cazuri fără efectuarea antibioticogramei, duce la formarea rezistenței microorganismelor patogene la majoritatea preparatelor antiinflamatoare. Bacteriemia provocată poate fi periculoasă pentru pacienții din grupele de risc: endocardita reumatică, vicii cardiace congenitale și cei cu proteze vasculare și cardiace. Pentru aceștia înainte de tratament se fac 20 sec. clătiri cu soluție de clorhexidină 0.2 % de două ori pentru a reduce flora microbiană. Și de asemenea lor li se administrează cu o oră înainte de tratament 3 gr. amoxicilină conform American Heart Association (1997).

Pentru întărirea sistemului imun ambelor grupe li s-au indicat preparate imunomodulatoare (Imudon, Bior).

6) **Tratament local.**

Clătiri antiseptice cu soluție Trachisan.

Rezultatele obținute

Rezultatele finale au fost evaluate la un interval de 4 săptămâni reieșind din indicațiile producătorului aparatului Vector, dar și din datele literaturii este interzisă sondarea pungilor parodontale în termen de 21 de zile până când nu are loc finalizarea formării fibrelor de colagen periodontale.

În total au fost examinați 96 dinți, câte 54 în grupul de studiu și respectiv 42 în grupul martor. Deși în ambele grupuri s-au obținut ameliorări ale parametrilor clinici totuși o efectivitate crescută se observă în grupul de studiu.

Indicele de igienă a cavității bucale după instruirea pacienților s-a mărit de la 31% la 74% la întreg lotul de pacienți. Aceasta denotă că majoritatea pacienților au conștientizat rolul igienei bucale corespunzătoare în menținerea și prevenirea afecțiunilor parodontului.

Indicele de sângerare gingivală s-a redus semnificativ în grupul de studiu (de la 71 % la 30 %) în comparație cu grupul martor (de la 67% la 51%). Această diferență statistică fiind de aproximativ 25%.

De asemenea și adâncimea pungilor parodontale s-a micșorat în ambele grupe, totuși în grupul de studiu se observă o ameliorare vădită, unde acest parametru clinic s-a redus cu 1.95 ± 0.3 mm, în comparație cu lotul martor doar 0.6 ± 0.3 mm.

Analizând gradul recesiei gingivale în ambele grupe observăm că diferența între cele 2 grupe este puțin în favoarea grupului martor, ceea ce ne demonstrează că aceasta se produce pe contul reducerii procesului inflamator.

În timp ce în grupul martor gradul recesiei gingivale e aproximativ egală cu nivelul de micșorare a pungilor parodontale rezultă că nivelul inserției dento-gingivale rămâne practic neschimbat, atunci în grupul de studiu gradul recesiei gingivale este cu mult mai mic decât gradul de reducere a adâncimii pungilor parodontale ceea ce denotă faptul că crește atașamentul dento-gingival, ca rezultat al creării unei suprafețe radiculare biocompatibile procesului de regenerare.

Cazuri clinice:

Pacientul y.

Anul nașterii 1983. Domiciliat în or. Nisporeni.

S-a prezentat cu următoarele acuze: sîngerarea gingiei și dureri în timpul alimentației, miros fetid din cavitatea bucală, prezența depunerilor dentare pe suprafața linguală și vestibulară a grupului frontal de dinți.

Din anamneză s-a stabilit că sângerările gingiei au apărut cu 1.5-2 ani în urmă. Nu s-a adresat anterior la medic.

Din anamneza vieții: este fumător, se consideră sănătos.

Examenul endobucal:

Gingia liberă e ușor edematiată și hiperemiată cu tenă cianotică. Papilele interdente sunt tumefiate, rotunjite, la sondare ușor sîngerează. Se determină tartru supra și subgingival la dinții inferiori. Adâncimea medie a pungilor parodontale o constituie 4,8 mm. Indicele de sîngerare gingivală constituie 67 %.

Pe *ortopantomogramă* se determină distrucția vîrfurilor septurilor interdente cu 1/3 în cazul dinților inferiori.

Diagnosticul: Parodontită marginală cronică forma ușoară.

Tratament: s-a efectuat igiena profesională a cavității bucale, ulterior s-au prelucrat pungile parodontale cu ajutorul aparatului Vector. Tratament general s-au indicat preparate imunomodulatoare (Bior, Imudon), iar local s-au efectuat clătiri antiseptice cu sol. Trachisan.

Peste 1 lună acuzele lipsesc. Mucoasa gingivală este de culoare roz-pală, densă, la atingere nu sîngerează, pungile parodontale nu se depistează. Gradul retracției gingivale nu s-a modificat. Indicele de sîngerare gingivală a scăzut pînă la 19 %. Indicele igienei cavității bucale a crescut pînă la 80%.



Fig.1 Pacientul y până la tratament.



Fig.2 Evaluarea indicelui de igienă a cavității bucale.



Fig.3 Parodontometria (măsurarea adâncimii pungilor parodontale și gradului retracției gingivale) până la tratament.



Fig.4 Evaluarea indicelui de sângerare gingivală până la tratament.



Fig.5 Ortopantomograma.



Fig.6 Etapă a igienizării profesionale (detartrajul).



Fig.7 Prelucrarea suprafețelor radiculare cu ajutorul aparatului Vector.



Fig.8 Starea țesuturilor parodontale după tratament.



Fig.9 Starea țesuturilor parodontale după 1 lună de la tratament.



Fig.10 Parodontometria peste 1 lună după tratament.



Fig.7. Evaluarea indicelui de igienă a cavității bucale peste 1 lună.



Pacientul x.

Anul nașterii 1975. Domiciliat în or. Chișinău.

S-a prezentat cu următoarele acuze: sîngerarea gingiei, miros fetid, mobilitatea dinților.

Din anamneză s-a stabilit că sîngerările gingiei au apărut cu 7-8 ani în urmă. Nu s-a adresat anterior la medic. Din anamneza vieții neagă obiceiurile vicioase și se consideră sănătoasă.

Examenul endobucal:

Gingia este edemațiată și hiperemiată. Papilele gingivale sunt tumefiate, vîrfurile lor sunt rotunjite, ușor sîngerează la sondare.

Media de adîncime a pungilor parodontale de 5,6 mm.

Gradul retractiei gingivale a constituit o medie de 2.1 mm.

Indicele de igienă orală — 34 %

Indicele de sîngerare gingivală — 84 %.

Mobilitatea dinților de gradul I-II, cu excepția dintelui 27, care avea gradul III de mobilitate și ulterior a fost supus extractiei. Hipersensibilitatea dinților de gradul II.

Pe *ortopantomogramă* se determină distrucția vîrfurilor septurilor interdentare cu ½ și lărgirea spațiului periodontal.

Diagnosticul: Parodontită marginală cronică forma medie.

Tratament: s-a efectuat igiena profesională a cavității bucale, ulterior s-au prelucrat pungile parodontale cu ajutorul aparatului Vector. Tratament general s-au indicat preparate imunomodulatoare (Bior, Imudon), iar local s-au efectuat clătiri antiseptice cu sol. Trachisan.

Peste 1 lună acuzele lipsesc. Mucoasa gingivală este de culoare roz-pală, densă, la atingere nu sîngerează. Adîncimea pungilor parodontale a scăzut pînă la o medie de 4,0 mm. Gradul retractiei gingivale nu s-a modificat. Indicele de sîngerare gingivală a scăzut pînă la 40 %. Indicele igienei cavității bucale a crescut pînă la 70%.



Fig.1 Pacientul x pînă la tratament.



Fig.2 Evaluarea indicelui de igienă bucală pînă la tratament.



Fig.3. Parodontometria (măsurarea adîncimii pungilor parodontale și gradului retractiei gingivale) pînă la tratament.



Fig.4 Evaluarea indicelui de sîngerare gingivală pînă la tratament.



Fig.5 Ortopantomograma.



Fig.6 Pacientul x peste 1 lună după tratament.



Fig.7. Evaluarea indicelui de igienă a cavității bucale peste 1 lună.



Fig.8 Parodontometria peste 1 lună după tratament.

Concluzie:

Procesul de distrugere a parodontului este rezultatul reacțiilor inflamatorii, precum și răspunsul imun umoral cât și celular provocate de microorganismele plăcii bacteriene și produșii metabolici ai acestora.

Aparatul Vector rămâne a fi o soluție optimă în stoparea acestui proces.

Ca urmare a rezultatelor studiului clinic de modificare a parametrilor clinici, acesta poate fi indicat în tratamentul de corecție a parodontitelor marginale cronice forma ușoară și medie, cu o adâncime a pungilor parodontale de până la 6 mm, iar în cazul parodontitelor marginale forma gravă poate fi utilizat doar în etapa de pregătire prechirurgicală. Astfel calitatea și succesul tratamentului inițial va influența succesul tratamentului de înlăturare a pungilor parodontale și restabilirii funcționalității parodontului.

Presiunea mică depusă nu cere un efort substanțial și oferă medicului timpul necesar de a prelucra minușios toate suprafețele radiculare datorită diferitelor forme a părților active.

Fiind ușor tolerat de către pacienți, datorită faptului că nu provoacă dureri intense și disconfort în timpul tratamentului, aparatul Vector sporește complicitatea pacienților și prezentarea acestora la etapele tratamentului de menținere. De asemenea el poate fi indicat la pacienții alergici la anestezie și care refuză intervențiile chirurgicale.

Bibliografie

1. Ciobanu S., Sorin Hîncu,- Izohidrafulorul–nou remediu antibacterian in tratamentul bolii parodontale Anale Stiintifice,editia IX,vol.4,Chisinau 2008,p.309- 311..
2. Guentsch Arndt and Philip M. Preshaw -The use of a linear oscillating device in periodontal treatment: a review.Journal of Clinical Periodontology, Volume 35, Issue 6, 2008.P. 514–524.

3. Hahn Rainer -The vector method: a translation of the clinical and scientific principles, 2000.
4. Hahn Rainer — Tips and tricks for handling the Vector instruments, Private Institute for Minimal Invasive Dentistry 2000..
5. Kahl Maren — Clinical effects after subgingival polishing with a non-aggressive ultrasonic device in initial therapy. Journal of Clinical Periodontology Volume 34, Issue 4, Pages 318-324.
6. Nyman S. — Role of „diseased“ root cementum in healing following treatment of periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology, Volume 15, Issue 7, Pages 464 — 468.
7. Sculean Anton, Frank Schwarz, Mohammad Berakdar — Non-surgical periodontal treatment with a new ultrasonic device (Vector™-ultrasonic system) or hand instruments. Journal Of Clinical Periodontology Volume 31, Issue 6, Pages 428-433.
8. Орехова Л.Ю., Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Кисил — Основы профессиональной гигиены полости рта. „Поли Медиа Пресс“, 2004.

RESTABILIREA DINȚILOR TRATAȚI ANTERIOR ENDODONTIC CU DISTRUCȚII CORONARE MASIVE

Rezumat

Restaurările dentare la pierderi masive de țesuturi dure dentare după un tratament endodontic reprezintă una din problemele actuale ale stomatologiei. Restaurarea unui dinte tratat anterior endodontic este frecvent cert dificilă deoarece: 1. avem de a face cu distrucții coronare importante grație unui proces patologic sau a unui traumatism mecanic; 2. după tratamentul endodontic diametrul canalului principal se mărește aproximativ de două ori. Inlay-core și onlay-core, folosite tradițional (în cazurile clinice respective) au anumite restricții.

În această situație apariția în ultimii zece ani a pivoturilor dentare fibrooptice și a materialelor restaurative de ultimă generație (*compozite flowable dual-cured*, — de ex. *RxCem* / „Dental Life Science“/ sau *cimenturi ionomeri de sticlă triple-cured* /VITREMER/ „3M“), creează precondiții pentru dezvoltarea unor soluții clinice moderne de o biocompatibilitate maximă. Tehnologiile corespunzătoare necesită de a fi folosite cu implicarea unor procedee și tehnici speciale, și de a concretiza obiectivele, factorii agravanți, indicațiile și contraindicațiile, recomandările și tehnicile.

Cuvinte cheie: tratament endodontic, pivoturi fibrooptice, restaurare.

Corneliu Năstase,
asistent universitar

Gheorghe Nicolau,
d.h.ș.m., profesor
universitar, șef
catedră Stomatologie
terapeutică USMF
„N. Testemițanu“,
R. Moldova

Alexei Terehov,
d.ș.m., conferențiar
universitar

Summary

RESTORATION OF EARLY ENDODONTIC TREATED TOOTH WITH SIGNIFICANT DESTRUCTION OF THE CROWN

Teeth restorations with large loose of tooth structure after a endodontic treatment is one of actual topic of dentistry. Restoration of early endodontic treated tooth is often a certain difficulty because: 1. it necessary deals with significant destruction of the crown because of a pathologic process or mechanical injury; 2. after endodontic treatment the diameter of the main channel increases approximately 2 times. Traditional used inlay-core and onlay-core have certain limitations.

In this case appearance in the last decade of dental fiber-optical posts and restoration materials of last generation (*flowable dual-cured composites* — *RxCem* /“Dental Life Science“/ or *triple-cured glassionomers* /VITREMER/), created the preconditions for the development of new clinical solutions with a maximal biocompatibility.

These technologies need to be used with involvement of special procedures and techniques, begin beforehand with specific objectives, aggravating factors, indications and contraindications, recommendations and techniques.

Keywords: endodontic treatment, fiber-optical posts, restorations.