

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 2(7) / 2008

CHIȘINĂU — 2008

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, 2008, 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.

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Medicină stomatologică : Publ. oficială a Asoc. Stomatologilor din
Rep. Moldova (ASRM) şi a Univers. de Med. şi Farm. „N. Testemiţanu” .
— Ch.: Grafema Libris, 2008. — 56 p.
ISBN 978—9975—52—006—5
300 ex.

616.31:061.231

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.

Adresa redacției:

bd. Ștefan cel Mare, 194B (blocul 4, et. 1)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova.

Tel.: (+373 22) 205-259

Fax: (+373 22) 243-549

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină

COLEGIUL DE REDACȚIE:

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

Pavel GODOROJA

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris GOLOVIN

Viceministru al Ministerului Sănătății RM

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

MEMBRU DE ONOARE AL COLEGIULUI DE REDACȚIE:

Arsenie GUȚAN

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Veronica BULAT

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

Alexandru BOSTAN

Machetare computerizată

CUPRINS

Teorie și experiment

Burlacu Valeriu
**O MODALITATE DE FORMARE A PREȚURILOR
PENTRU ACORDAREA ASISTENȚEI
STOMATOLOGICE..... 7**

P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase
**CONȚINUTUL DE FLUOR ÎN ORGANISME
VEGETALE ȘI ANIMALE 8**

Georgeta Zabolotnii, Dumitru Zabolotnii
ANGENOL GEL ÎN STOMATOLOGIE 10

Gheorghe Granciuc
**EVALUAREA ACTIVITĂȚII PROCESELOR REGE-
NERARII OSOASE LA ADMINISTRAREA COMPU-
SILOR ZINCULUI ȘI DETERMINAREA CELOR MAI
ACTIVI (I lot). APRECIEREA DOZEI OPTIME LA
ADMINISTRAREA ADUCTULUI TRIFLUORACETA-
TULUI DE ZINC CU PICOLINA..... 11**

A.C. Кушнир, Ф.Г.Шепель, Д.Ф.Шепель,
И.А.Тритиченко, В.А.Тритиченко, В.А.Кырлиг
**ПРИМИНЕНИЕ ФЕНГЛИКОЛЯ В
ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ..... 15**

Organizare și istorie

Elena Tintiuc
**ORGANIZAREA ASISTENȚEI STOMATOLOGICE
DE AMBULATOR ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRII
OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ..... 18**

Anatolie Pancenco
**APLICAREA MARKETINGULUI ÎN EVALUAREA
MORBIDITĂȚII DENTO-ORALE A PACIENȚILOR
CE AU SOLICITAT SERVICII STOMATOLOGICE ÎN
INSTITUȚIILE PRIVATE URBANE 19**

Anatolie Pancenco, Valeriu Gobjila, Liliana Gobjila,
Viorica Prodan, Viorel Prodan
**PLANIFICAREA STRATEGICĂ — OBIECTIV
DE REPER ÎN DEZVOLTAREA SERVICIULUI
STOMATOLOGIC..... 22**

Odontologie—parodontologie

Burlacu Valeriu
**TERAPIE MODERNĂ DE REFACERE DIRECTĂ
CU SISTEME COMPOZIȚIONALE..... 25**

Ștefan Lăcătușu, Tiberiu Târcă, Galina Pancu,
Angela Gheorghe, Simona Stoleriu, Lăcătușu Diana
**POSSIBILITĂȚI DE A ALEGE MATERIALUL DE
RESTAURARE A EROZIUNILOR CERVICALE
CAUZATE DE FORȚELE OCLUZALE PARAAXIALE
PRIN UTILIZAREA UNUI MODEL DE ANALIZĂ
PRIN „ELEMENT FINIT” 27**

CONTENTS

Theory and Experiment

Burlacu Valeriu
**A METHOD OF PRICE —
FORMING IN RENDERING
DENTAL ASSISTANCE..... 7**

P. Ia. Gnatiuc, E. V. Gnatiuc, C. I. Năstase
**THE CONTENTS OF FLUORINE
IN FOODSTUFFS OF ANIMALS 8**

Georgeta Zabolotnii, Dumitru Zabolotnii
THE USE OF ANGENOL GEL IN STOMATOLOGY 10

Gheorghe Granciuc
**THE EVALUATION OF THE ACTIVITY
OF OSTHOEREGENERATIVE PROCESSES
UNDER THE ADMINISTRATION
OF ZN COMPOUNDS DETERMINING
THE MOST ACTIVE ONES (I LOT). 11**

A.C. Кушнир, Ф.Г.Шепель, Д.Ф.Шепель,
И.А.Тритиченко, В.А.Тритиченко, В.А.Кырлиг
**CLINIC AND EXPERIMENTAL
PHENGLYCOL USING..... 15**

Organization and History

Elena Tintiuc
**ORGANIZATION OF AMBULARORY DENTAL
ASSISTANCE UNDER THE CONDITIONS
OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE..... 18**

Anatolie Pancenco
**MARKET APPLICATION IN THE EVOLUTION
OF PATIENT’S DEATH WHO HAVE SOLICITED
DENTURE SERVICES IN THE PRIVATE
TOWNS INSTITUTIONS 19**

Anatolie Pancenco, Valeriu Gobjila, Liliana Gobjila,
Viorica Prodan, Viorel Prodan
**PLANNING AS RESULT
OF EFFICIENT CONTROL
IN DENTISTRY SERVICES..... 22**

Odontology—Parodontology

Burlacu Valeriu
**CONTEMPORARY THERAPY OF DIRECT RESTO-
RATION BY MEANS OF COMPOSITE SYSTEMS.. 25**

Ștefan Lăcătușu, Tiberiu Târcă, Galina Pancu,
Angela Gheorghe, Simona Stoleriu, Lăcătușu Diana
**THE USE OF
„FINITE ELEMENT ANALYSIS”
IN TREATMENT OF CERVICAL EROSIONS
PRODUCED BY PARAAXIAL
OCCLUSAL FORCES 27**

Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Ursu Elvira.,
Ojovan Ala, Vataman Feodosii, Burlacu Victor
**ALBIREA DINȚILOR. CONSECINȚE ȘI
COMBATERE33**

Постолаки А.
**ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
СТРОЕНИЯ ДЕНТИНА И КЛИНИЧЕСКИЕ
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ АДГЕЗИВНОЙ
СВЯЗИ ПРИ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ35**

Жимжим Иван
**РЕСТАВРАЦИЯ ФРОНТАЛЬНОЙ
ГРУППЫ ЗУБОВ КОМПОЗИТНЫМИ
ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ37**

Valeriu Calmațui
**BIOPROTONUL ȘI UNELE REMEDII ÎN
TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR
PARODONTALE.....40**

Eni Ana
**TRATAMENTUL GINGIVO-STOMATITELOR
ULCERO-NECROTICE CU VMM
ȘI PAU D'ARCO.....41**

Chirurgie OMF și anestezie

Dumitru Hițu
**METODĂ PENTRU DETERMINAREA
DEPLASĂRII ÎN FRACTURILE ARCADEI
ZIGOMATICE.....42**

Protetică dentară

Слабковская А. Б., Теблоева Н. К.,
Баташвили Ш. М.
**КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕ-
НИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ
В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ44**

I.Postolachi, M.Ceban
**UTILIZAREA PROTEZELOR MOBILIZABILE
KEMENY DIN VALPLAST DOTATE CU
DISPOZITIVE DE ȘINARE ÎN TRATAMENTUL
COMPLEX AL PARODONTITELOR.....46**

Хорошилкина Февралина Яковлевна,
Чобанян Арман Гарикович,
Манучарян Артур Альбертович
**НАРУШЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ
МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ
САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ ПРИКУСА48**

Mariana Ceban
**ARMONIZAREA NIVELULUI PLANULUI DE
OCLUZIE ȘI REECHILIBRAREA OCLUZALĂ ÎN
TRATAMENTUL PARODONTITELOR CRONICE
MARGINALE ASOCIATE CU EDENTAȚII PARȚIALE
INTERCALATE52**

Шинкаренко В.Н., Шинкаренко М.В., Грекова В.И.
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
«Фтороплена»
ПРИ ГИПЕРЕСТКЗИИ ЗУБОВ53**

Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Ursu Elvira.,
Ojovan Ala, Vataman Feodosii, Burlacu Victor
**TOOTH WHITENING: CONSEQUENCES AND
CONTROL33**

Постолаки А.
**PECLIARITIES OF THE DENTINE
MORPHOLOGICAL STRUCTURE AND CLINICAL
POSSIBILITIES OF IMPROVING ADHESION
IN DIRECT RESTORATION35**

Жимжим Иван
**THE TEETH DIRECT
RESTAURATION WITH
COMPOSITE MATERIALES.....37**

Valeriu Calmațui
**BIOPTRON AND SOME REMEDIES
IN COMPLEX TREATMENT
OF PARADONTAL AFFECTION40**

Eni Ana
**THE TREATMENT OF ULCERO-NECROTIZED
GINGIVAL-STOMATITIS WITH VMM
AND PAU D'ARCO41**

OMF Surgery and Anesthesia

Dumitru Hițu
**THE METODS FOR DETERMINING
THE DISPLACEMENT OF FRACTURED
FRAGMENTS OF ZIGOMATIC ARCH.....42**

Dental Protetics

Слабковская А. Б., Теблоева Н. К.,
Баташвили Ш. М.
**OPPORTUNITIES OF MALOCCLUSION
TREATMENT USING
ORTHODONTIC IMPLANTS44**

I.Postolachi, M.Ceban
**USING OF REMOVABLE DENTURE TYPE
KEMENY FROM VALPLAST EQUIPPED
WITH SPLINTING DEVICES IN COMPLEX
TREATMENT OF PARODONTITIS46**

Хорошилкина Февралина Яковлевна,
Чобанян Арман Гарикович,
Манучарян Артур Альбертович
**ABNORMAL LOCALIZATION OF LIPS,
CHIN AND ABNORMAL ESTHETIC CONFUSION
OF FACE PROFILE48**

Mariana Ceban
**RESTORATION OF HARMONY OF THE LEVEL
OF OCCLUSAL PLANE AND OCCLUSAL EQUILI-
BRIUM AT TREATMENT OF CHRONIC MARGINAL
PARODONTITIS ASSOCIATED WITH INCLUDED
PARTIAL EDENTATION52**

Шинкаренко В.Н., Шинкаренко М.В., Грекова В.И.
**EFFICIENCY OF THE USAGE
OF «FTOROPLEN» MEDICAMENT IN CASE
OF HYPERESTHESIA OF THE TEETH53**

Рублева И.А., Слабковская А.Б., Персин Л.С.,
Заваденко Н.Н.

**ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ
АНОМАЛИЯМИ55**

Alexandru Smîntîna, Anatol Mănăscuță, Ion
Lungu, Vadim Boico, Alexandru Lușin

**ACRILATELE FLEXIBILE — ALTERNATIVA
ACTUALĂ DE SOLUȚIONARE A EDENȚĂȚII
PARȚIALE58**

Рублева И.А., Слабковская А.Б., Персин Л.С.,
Заваденко Н.Н.

**THE PSYCHONEUROLOGICAL
STATUS OF CHILDREN WITH
DISTAL OCCLUSION55**

Alexandru Smîntîna, Anatol Mănăscuță, Ion
Lungu, Vadim Boico, Alexandru Lușin

**FLEXIBLE ACRYLATES —
A NEW SOLUTION IN PARTIAL
EDENTATION58**

Medicina dentară pediatică

Nina Șevcenco

**PREPARATELE ANTIHOMOTOXICE ÎN
TRATAMENTUL GINGIVITELOR LA COPII60**

Diana Uncuța

**BIOR-GEL ȘI VALTREX ÎN TRATAMENTUL
COMPLEX AL HERPESULUI LABIAL ȘI
PERIORONAZAL62**

Pediatric Dentistry

Nina Șevcenco

**ANTIOMOTOXICAL PREPARATIONS FOR
TREATMENT IN CHILDREN WITH GINGIVITIS ...60**

Diana Uncuța

**BIOR — GEL AND VALTREX
IN THE COMPLEX TREATMENT OF LABIAL
AND PERIORONASAL HERPES.....62**

O MODALITATE DE FORMARE A PREȚURILOR PENTRU ACORDAREA ASISTENȚEI STOMATOLOGICE

Rezumat

Se propune o modalitate rațională de formare a prețurilor pentru serviciile stomatologice acordate populației prin sistemul de segmentare a serviciilor elementare (etapele tratamentului).

Summary

A method of price — forming in rendering dental assistance

A rational method of price — forming for dental services rendered to population is suggested. The method is based on a system of segmentation of elementary services (stages of treatment).

Burlacu Valeriu,
d. m., profesor
universitar,
șef catedră Stomatologie
Terapeutică FPM,
USMF „N. Testemițanu“

Una din cele mai însemnate probleme ale medicinei este cea de formare a prețurilor. Devieri esențiale în vederea acestui proces — lipsesc căi unice în formarea prețurilor la aceleași asistențe stomatologice — metodologiile, mai frecvent se bazează pe principii, care se exclud reciproc unul pe altul.

Este prompt faptul, că metodologia formării prețurilor nu poate fi elaborată abstract, fără reciprocitate cu condițiile concrete. Prețurile (tarifele) se prezintă ca elemente superlative ale finanțelor și prin urmare devine necesară intercalarea lor în sistemul general de finanțare.

Mai mult formarea prețurilor — este un proces evolutiv, care presupune corectarea metodologiei luându-se evidență, modificările nivelului cheltuielilor, condițiilor de finanțare, perfectarea bazei normativelor etc.

Actualmente în realizarea asistenței stomatologice unii din factori de bază rămân cei de elaborare a politicii de prețuri, controlul permanent și analiza prețurilor prezente a serviciilor.

Un ecou deosebit prezintă acestea pentru instituțiile stomatologice transferate totalmente sau parțial în baza de autofinanțare parțială, totală sau comercială.

Cunoscut este faptul, că cea mai populară procedură de apreciere a prețurilor a fost cea de apreciere a unei unități condiționale de muncă (UCM). O astfel de unitate, după sensul său, servește ca echivalentul eforturilor de timp cheltuite pentru acordarea asistenței stomatologice. În normativele, precedent aprobate, 1 UCM se egala timpului acordat tratamentului cariei dentare.

Metodologia determinării prețului 1UCM își are baza în aprecierea, achitarea semicostului tuturor serviciilor pe un an în volumul serviciilor acordate, exprimate în UCM. Apelând la metodologia dată, devine imposibilă aprecierea costului fiecărui serviciu stomatologic concret acordat sau chiar a tratamentului unei maladii. Această se lămurește prin faptul, că la determinarea costului 1UCM, de regulă, sunt apreciate cheltuielile după datele perioadei trecute. Indeele de preț în situația apărută de asemenea va prezenta un tablou aproximativ de cel viitoarelor cheltuieli.

În plus, devine imposibilă situația unei aprecieri veridice a timpului programat tratamentului maladiei în totalitate, deoarece combaterea cariei, spre exemplu poate fi realizată pe calea unui număr nelimitat de metodologii, fapt care poate prezenta deosebiri de cheltuieli în timp la fiecare pacient în parte. Deosebirile în procedeele terapeutice a afecțiunilor mai complicate, cum ar fi pulpita și periodontita apicală, devin și mai palpabile. Spre exemplu, tratamentul pulpitei poate necesita de la 45 minute până la 2—3 și mai multe ore, din care considerente aprecierea precisă a cantității de UCM pentru această procedură și la alte patologii stomatologice, devine imposibilă.

Reieșind din cele expuse, pentru o apreciere mai concretă a costului fiecărui serviciu stomatologic acordat (exemplu, tratamentul cariilor, pulpitei, periodontitei apicale și a altor patologii, devine comod costul segmentat în cel așa numitelor

servicii elementare, care în esență și sunt etapele de tratament a maladiei concrete. Prin această modalitate, tratamentul fiecărei maladii se va compune din multiple intervenții minore, și fiecare stomatolog va fi capabil să aplice metodologia de tratament selectată, ușor regulând (manevrând) costul serviciilor acordate, apelând la un astfel de preiscurant. Pe lângă precizitatea considerabil majoră a aprecierii prețurilor serviciilor acordate, o prioritate însemnată a a preiscurantului detaliat va oferi posibilitatea folosirii lui în calitate de indicație metodologică de tratament a diverselor maladii, prin procedee preferabil dirijate protocoalele clinice sau standarde. Medicul stomatolog, apelând la lista serviciilor elementare va putea supune controlului corectitudinea tratamentului realizat.

Costul serviciilor stomatologice se va alcătui din două elemente de bază — semicostul și venitul. Pentru aprecierea semicostului pe fiecare serviciu elementar poate fi folosită clasificarea economică în vigoare a cheltuielilor reale la momentul acordării asistenței stomatologice.

Materiale consumabile

Una din particularitățile acordării asistenței stomatologice este, că ele (materiale consumabile) se prezintă prin cea mai mare parte de cheltuieli din semicost. Cheltuielile materiale pentru acordarea serviciului stomatologic elementar poate fi calculat prin cheltuielile „de facto”, repartizate proporțional UCM pentru fiecare serviciu.

Pentru evidența cheltuielilor materiale, este necesar de cunoscut normele de cheltuieli a tuturor materialelor pentru fiecare serviciu. Pentru calcularea acestor norme este necesar de a face apel la datele bazei statistice foarte dure a instituției concrete. La prezența evidenței computerizate a serviciilor acordate de stomatolog și posibilităților de evidență a migrării materialelor la depozit, pentru fiecare medic în parte, elaborarea normativelor devine posibilă, printr-un proces de muncă foarte voluminos.

Au fost elaborate normele de decontare a materialelor pentru fiecare serviciu pe calea analizei rămășițelor materiale „de facto” și rămășițelor, apreciate prin calea calculărilor, folosindu-se formula:

unde: R_{mi} — rămășița de material;

$Ri\grave{a}$ — rămășițele la începutul perioadei;

Mip — cantitatea materialului primit într-o perioadă

Nik — norma pe materialul i și serviciul k ;

Ck — cantitatea serviciilor K , acordate într-o perioadă respectivă.

Uzurarea tehnicii medicale de bază (principală, amortizația) folosită pentru acordarea serviciilor stomatologice se va determina proporțională timpului de acordare a serviciului (adica UCM). Suma anuală a uzurei mijloacelor principale se determină reieșind din costul balanței mijloacelor principale și normei stabilite a uzurației.

Stabilirea cheltuielilor pentru serviciile comunale, serviciile de comunicare, deplasări materialelor pentru scopurile gospodăriei curente, publicitate, alte cheltuieli, poate fi determinată reieșindu-se din cheltuielile „de facto” a perioadei precedente cu evidența indicelui de prețuri. În costul serviciului cheltuielile secundare (auziliare) sunt apreciate proporționale cheltuielilor directe, revenite serviciului. Pentru simplitatea aprecierilor poate fi folosită formula:

$$Ccs=C_s/C_d$$

$$Ccss=C_d \times Ccs$$

unde: Ccs — coeficientul cheltuielilor secundare

Cd — cheltuielile directe

Cs — cheltuielile secundare

$Ccss$ — cheltuielile secundare pentru serviciu

Prin urmare, în stomatologie noțiunile de bază, folosite pentru aprecierea semicostului, sunt: UCM și norma materialelor decontate. Făcându-se suport pe aceste date, putem determina semicostul destul de precis.

Pe de altă parte la formarea prețurilor pentru servicii va fi necesar de apelat și la alți factori, cum ar fi norma rentabilității necesară dezvoltării cabinetului (serviciului), prețurile pe piața stomatologică a țării, creșterea inflației etc.

Flexibilitatea formării prețurilor, propunerea unor sisteme de reduceri și facilități v-or majora necesitatea serviciului, finalizând îmbunătățirea indicilor financiare ai instituției.

Prin urmare, sistemul formării prețurilor în stomatologie se bazează pe un număr major de factori, fiecare din ei acordând o influență considerabilă asupra situației financiare a întregii instituții profesionale.

Prezentat la 30.05.2008

CONȚINUTUL DE FLUOR ÎN ORGANISME VEGETALE ȘI ANIMALE

**P. Ia. Gnatiuc,
E. V. Gnatiuc,
C. I. Năstase**

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

Rezumat

S-a stabilit faptul că produsele vegetale cultivate pe solurile bogate în fluor conțin o cantitate sporită a acestuia, fapt valabil și pentru produsele alimentare de origine animală. Luînd în considerație faptul că în 13 raioane ale Republicii Moldova norma de fluor în apă este depășită se recomandă efectuarea procedurilor profilactice de 2 ori pe an.

Summary

The contents of fluorine in foodstuffs of animals

There were established, that the foodstuffs which have been grown up on rich fluorine soils contain increased amount, and also increased contents of fluorine in foodstuffs of animal origin were noted. In Republic of Moldova proceeding from 13 districts with fluorine content in drinking water, vegetative and animal organisms exceeds admissible norms, that's why is necessary to exclude from the food ration water and foodstuffs obtained and grown up in given district, and two times per year to hold preventive actions.

Резюме

Содержание фтора в пищевых продуктах животного происхождения

Было установлено, что продукты питания, выращенные на богатых фтором почвах содержат повышенное его количество, а также отмечено повышенное содержание фтора в пищевых продуктах животного происхождения. Исходя из того, что в Республике Молдова в 13 районах содержание фтора в питьевой воде, в растительных и животных организмах превышает допустимые нормы, необходимо исключить из рациона питания воду и продукты питания, добытые и выращенные в данной местности, и два раза в год проводить профилактические мероприятия.

Denumirea elementului Fluor (F) provine de la cuvântul grecesc „fthoris” — permisiv. El ocupă a 13-a poziție din elementele ce intră în componența scoarței terestre (0,08%, depășind astfel de 10 ori cantitatea de zinc și de 30 ori — cantitatea de plumb, — după Vinogradov, 1957).

Fluorul liber reprezintă un gaz incolor sau galben verzui cu miros iritant înțepător (pătrunzător). La temperaturi foarte joase (-188°C) fluorul se condensează într-un fluid de culoare galben morcoviu cu greutatea relativă de 1,513 g/cm³, și se solidifică la -220°C .

În sistemul periodic al lui Mendeleev numărul de ordine al fluorului este 9, greutatea atomică — 19. Este cel mai manifest metaloid, care posedă o capacitate reactivă deosebită dintre toate elementele nemetale.

Aproape toate elementele reacționează cu el la contact direct la temperatura camerei sau la una ridicată. El formează compuși până și cu gaze inerte. O moleculă de fluor este aptă de a înlocui oxigenul în mulți acizi.

Toate reacțiile cu participarea fluorului se remarcă prin efect termic (caloric) înalt.

O proprietate neobișnuită a fluorului e volatilitatea înaltă a compușilor săi.

Actualmente sunt cunoscute peste 100 de minerale ce conțin fluor. Din grupul fluoridelor simple fac parte NaF, MgF, $\text{AlF}_3\text{H}_2\text{O}$.

În sol fluorul ajunge la dezagregarea rocilor. La sporierea cantității particulelor de argilă în sol crește concentrația de fluor hidrosolubil. În majoritatea solurilor concentrația de fluor crește odată cu adâncimea.

O cantitate enormă de fluor ajunge în atmosferă, iar apoi în sol cu fumurile vulcanice acide, precum și în urma poluării industriale, comportându-l în formă de hidrură de fluor și săruri de acid fluoric.

Concentrația fluorului în apele naturale fluctuează în limite mari, fiind dictată în mare parte de solubilitatea compușilor săi.

Conform datelor Centrului național științifico-practic de medicină preventivă pe teritoriul Republicii Moldova există câteva zone cu conținut sporit de fluor în apa potabilă:

- Glodeni — 5—11 mg/l în fântâni arteziene și 1,2—1,7 mg/l — în fântâni obișnuite.
- Florești — 4—8 și 1,0—1,8 mg/l în bazine naturale de apă;
- Ungheni — 4—8 și 0,85—1,5 mg/l în bazine naturale de apă;
- Călăraș — 3—5 și 0,8—1,5 mg/l în bazine naturale de apă;
- Nisporeni, Anenii Noi, Hâncești — 2,0—4,0 și 0,8—1,5 mg/l ;
- Căinari, Taraclia, Basarabeasca — 3,0—8,0 și 0,8—1,2 mg/l ;
- Ceadâr-Lunga — 11,0—16,0 și 1,0—1,6 mg/l ;
- Fălești, Criuleni — 2,0—4,0 și 0,8—1,2 mg/l.

În apă fluorul este legat cu sodiu, potasiu, aluminiu. Prezența acestor compuși în ape freactice condiționează acumularea fluorului în plante.

Cantitatea de fluor în produsele alimentare fluctuează în limite largi. Așa plante ca grâul, orzul, orezul, mazărea, varza, măcrișul, pătrunjelul sunt apte de acumulare universală a fluorului. Cele mai bogate în fluor sunt părțile verzi ale plantelor, ele conținând de la 30 până la 140 mg/l de substanță uscată.

Este demonstrat faptul că produsele alimentare crescute pe soluri bogate în fluor îl conțin în cantitate sporită.

Este foarte importantă nu doar cantitatea absolută a fluorului în produsele alimentare, ci și cantitatea lui în condimente și apă, tehnologia preparării alimentelor. Gradul de absorbție a fluorului din apă de către produsele, în care ele sunt fierte, este inegal. O parte din produse acumulează din apă mai mult fluor, altele — mai puțin. La circuitul fluorului în natură participă nu doar lumea vegetală, ci și cea animală. În legătură cu aceasta un interes aparte îl prezintă datele despre cantitatea fluorului în țesuturile diferitor animale. Conținutului fluorului în produsele alimentare

de origine animală se află în următoarele limite:

- în carne — 0,16—2,0 mg/kg,
- în unt — 0,4—0,45 mg/kg,
- în lapte și lactate — 0,3—0,71,
- în ouă — 0,00—1,48,
- în pește de apă dulce — 0,09—0,26,
- în pește de mare — 0,02—84,47 mg/kg.

Peștele de mare conține mai mult fluor, deoarece fluorul este prezent în apa de mare într-o concentrație mult mai mare.

Reieșind din faptul că în Republica Moldova în 13 raioane conținutul de fluor în apa potabilă depășește normele admise, precum și că el se găsește în cantități mari în organismele vegetale și animale cu valoare alimentară, la populația locuitoare în aceste raioane poate apărea fluoroza nu doar dentară, ci și a oaselor.

Pentru profilaxia fluorozei în localitățile cu conținut sporit de fluor în apa potabilă este necesar de a aduce apă (de băut și preparat alimente) cu conținut

reduc de fluor. Alimentele trebuie să conțină produse bogate în calciu, care este antagonistul fluorului și contribuie la eliminarea fluorului din organism.

Se recomandă

- indicarea la copii a preparatelor de calciu și polivitamine de 2 ori pe an pe parcursul unei luni la fiecare jumătate de an;
- excluderea din igiena cavității bucale a pastelor de dinți cu conținut de fluor și recomandarea pastelor ce conțin preparate de calciu.

Bibliografie

1. Авцин А.П., Жаворонков А.А., „Патология флюороза“, Новосибирск, 1981.
2. Виноградов А.П., „Геохимия редких и рассеянных химических элементов в почвах“, 2-е изд., М., 1957, 237 с.

Prezentat la 26.05.2008

ANGENOL GEL ÎN STOMATOLOGIE

Georgeta Zabolotnii,
Dumitru Zabolotnii

Î.I. „Sănătate-
Zabolotnii“ Dondușeni

Rezumat

Preparatul Angenol gel a fost folosit la 120 pacienți cu afecțiuni parodontale și ale mucoasei, manifestând o eficacitate rapidă a tratamentului.

Summary

The use of angenol gel in stomatology

The Angenol gel preparation was used by 120 patients with cavities pathology as mucous rash and tissue defeat periodontium. The use of this preparation helped us to reduce the period of treatment and let the positive internist effect.

Varietatea afecțiunilor cavității bucale ne face să alegem în tratament o gamă largă de remedii cu o eficacitate diversă. Studiul lucrării a fost axat pe analiza rezultatelor tratamentului a 120 pacienți: gingivită catarală acută — 16; gingivită ulcerativă — 20; gingivită în sarcină — 10; parodontită cronică generalizată formă gravă — 20; parodontită cronică în exacerbare — 20; absces parodontal — 10; sindrom parodontal în diabetul zaharat — 15. Am folosit preparatul Angenol gel cu componența: Bior 0,05 gr, extract calendulă 1 gr, dimetilsulfoxid 5 gr. Medicația locală includea: prelucrarea mucoasei bucale cu soluții antiseptice, apoi se efectua badijonarea mucoasei cu angenol gel 3—4 ori pe zi după alimentare, sau pansament pe gingie timp de 30 minute. Reieșind din faptul că florile de gălbenele conțin Beta-carotină, flavonoide, acizi organici cu acțiune antiinflamatorie și regenerativă, dimexidul manifestă acțiune analgetică, antimicrobiană moderată, se absoarbe prin țesut, facilitează absorbția transcutanată a altor preparate, are acțiune fibrinolică. BioR-ur prezintă în componența sa aminoacizi, microelemente, stimulează procesul de regenerare a țesuturilor și influențează pozitiv asupra imunității celulare și hormonale. Prin această combinație se intensifică acțiunea antimicrobiană cu cea antiinflamatorie, virotică, citoprotectoare și imunomodulatoare. Rezultatele obținute au fost apreciate pe baza datelor de ameliorare a stării generale, dispariția edemelor, inflamației, hemoragiei gingivale și a eliminărilor purulente în a treia, a patra zi.

Concluzie

Rezultatele tratamentului obținute cu preparatul Angenol gel au demonstrat o

eficacitate înaltă în tratarea afecțiunilor parodontale. Ameliorarea stării generale și locale a evaluat în termen scurt, dolișitate, inflamația, epitelizarea s-a desfășurat mai rapid. Metoda a fost bine tolerată de pacienți, nu provoacă reacții adverse, reduce termenul de tratament ce justifică utilizarea ei pe larg în practică.

Bibliografie:

1. V. Ghicavii, S. Sirbu, Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice, (ed. 2) Chișinău 2002.
2. V. Burlacu, V. Fala, Secretele endodontologiei clinice, Chișinău 2007.
3. М. Д. Машковский, «Лекарственные средства», Москва 1988.

Prezentat la 19.05.2008

EVALUAREA ACTIVITATII PROCESELOR REGENERARII OSOASE LA ADMINISTRAREA COMPUSILOR ZINCULUI SI DETERMINAREA CELOR MAI ACTIVI (I LOT). APRECIEREA DOZEI OPTIME LA ADMINISTRAREA ADUCTULUI TRIFLUORACETATULUI DE ZINC CU PICOLINA.

Rezumat

A fost depistată aprecierea dozei optime la administrarea aductului trifluoacetatului de zinc cu picolina. Rezultatele analizelor au fost colectate în baza a 12 compuși de zinc administrați la 96 șobolani albi de laborator.

Grupul de studio a fost comparat cu grupul de referință după rezultatele biochimice în osul femoral și parodontal care a permis aprecierea gradului de influență enzymatic și evaluarea fiecărui component separat.

Doza optimă de administrare a fost testat pe 36 șobolani împărțiți în 5 grupe (0,25 mg; 0,5 mg; 0,75mg; 1 mg; 1,25 mg Zinc la 100 g din masa corporală).

Rezultatele biochimice au arătat că doza optimă a fost 1,0 mg Zinc/100g masa corporală.

Summary

The evaluation of the activity of osteoregenerative processes under the administration of Zn compounds determining the most active ones (I lot)

Finding the most optimal dozes for administering of Zn- Trifluoracetate with γ -picoline.

12 compounds of Zinc were administrated to 96 white lab. rats and the results were analyzed. The groups of study were compared to the whitnes group by the biochemical results in the paradontium and femoral bone, which have permitted to appreciate the grade of enzymatic influence and though evaluating each compound separately.

The optimal doze for administrating The Adduct of Trifluoracetate Zn with γ -picoline was analyzed on 36 rats separated in 5 grouops and the whitnes group (0,25mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg; 1,25 mg of Zinc at 100 g corporal weight)

The biochemical results have demonstrated that the most optimal was 1,0 mg Zn/100g corp. weight).

Actualitatea temei

Viteza celor mai diverse reacții de biosinteza, a proceselor de creștere și dezvoltare a celulelor și organelor, a proceselor de transport și de reparatie, și multor alte aspecte ale activității vitale este determinata de intensitatea proceselor metabolice. Datorita acestui fapt în ultimul timp un rol important în aprecierea timpurie a starii țesuturilor parodontale în dinamica dezvoltarii procesului patologic experimental, cit și sub influenta tratamentului le revin cercetarilor biochimice, inclusiv enzimologice . Cautarea de mai departe a testelor biochimice, ce ar permite de a aprecia starea functionala a țesuturilor parodontale atit la norma, cit și în cazul pa-

Gheorghe Granciu

*Universitatea de Stat de
Medicina si Farmacie
„N. Testemitanu“
Catedra de protetica
dentara si ortodontie*

tologiei, este absolut necesar și pentru dezvoltarea cunoștințelor despre patogeniza parodontitei. În conformitate cu aceste date concomitent cu examinarea obiectivă a țesuturilor parodontale, investigațiile radiografice, histologice, noi am efectuat diverse cercetări biochimice pentru a aprecia influența compusilor coordinați ai zincului asupra țesuturilor ce înconjoară dintele, separat și în oasele femorale. Metodele clinice stomatologice determină numai procese progresate, adică starea locală în cavitatea bucală, radiologia, alte metode, vor depista schimbările respective în țesuturile parodontale sub acțiunea diferiților factori abia numai după o perioadă mai îndelungată de timp. Din aceste considerente, cercetările enzimologice se aplică pe larg în stomatologia experimentală.

Material și metode

Cercetarea influenței compusilor zincului asupra proceselor osteoregenerative, în condiții normale, a fost efectuată pe 96 sobolani, cu masa corpului 180—220 g. Animalele au fost împărțite în 12 grupe egale. Sobolanilor tuturor grupelor, cu excepția grupei martor, li s-a introdus subcutanat 3 zile la rând compusul cercetat al zincului. În experiența a fost folosită cantitatea de substanță ce corespunde dozei 0,5 mg Zn / 100 g masa corp. Aprecierea influenței celui mai activ compus — aductului trifluoracetatului de Zn cu γ -picolina asupra proceselor osteoregenerative la administrarea lui în diverse doze, a fost efectuată pe 36 sobolani albi, cu masa corpului 90—110 g, împărțiti în grupa martor și 5 grupe experimentale.

Scopul cercetării

Cercetarea acțiunii compusilor coordinați ai zincului asupra proceselor regenerative în țesuturile parodontale și osoase. Evidențierea celui mai activ și aprecierea dozei optime de administrare a lui.

Rezultatele obținute

Evidențierea activității proceselor metabolice în țesuturile parodontale și osoase sub influența compusilor zincului. Pentru a găsi un compus al zincului care ar stimula pronunțat procesele regenerative în parodont, noi am cercetat o serie mare de compusi ai zincului, folosind metoda enzimologică. Având în vedere rolul fosfatazei alcaline în procesele de sinteză și mineralizare a matrixului osos organic, a fost studiată influența compusilor zincului asupra activității fosfatazei alcaline. Rezultatele obținute (fig. 1), permit a constata sporirea activității fosfatazei alcaline în țesutul osos al parodontiului sub influența $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$ și $Zn(CHO_2)_2 \cdot 2H_2O$.

Același proces de creștere a activității enzimei menționate are loc și în oasele femorale sub influența $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$; $ZnCF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$; $Zn(CF_3CO_2)_2 \cdot 4H_2O$; $Zn(CHO_2)_2 \cdot 2H_2O$. S-a relevat că în țesuturile parodontale și alte țesuturi osoase sporirea mai pronunțată a activității fosfatazei alcaline la administrarea compusului coordinațiv al zincului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$.

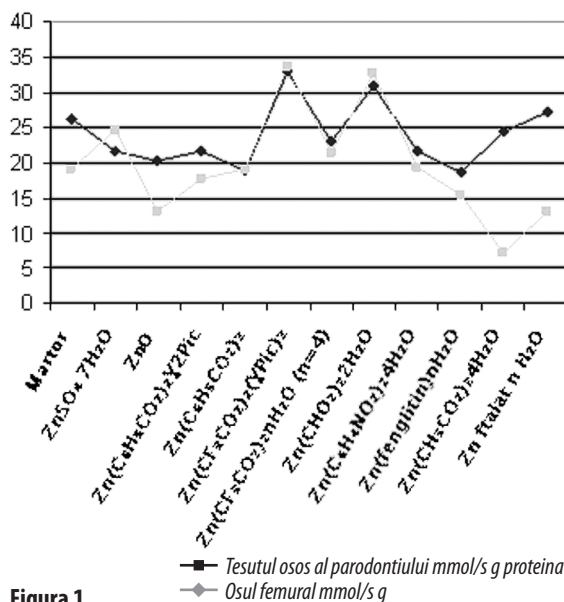


Figura 1

Influența compusilor zincului asupra activității fosfatazei alcaline în țesutul osos la sobolanii albi

Intrucât faptul creșterii însemnate a activității fosfatazei alcaline are loc în cazul sporirii numărului de osteoblaști sau a activității lor funcționale (. .), se poate conchide că cel mai pronunțat efect de stimulare a activității funcționale a osteoblaștilor s-a manifestat la folosirea compusului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$. Nesemnificativ se schimbă activitatea fosfatazei alcaline în țesutul osos al parodontiului sub influența compusilor $Zn(CH_3CO_2)_4 \cdot 4H_2O$; $Znftalat_n H_2O$; iar în oasele femorale — sub influența $Zn(C_6H_5CO_2)_2 \cdot \gamma Pic$; $Zn(C_6H_5CO_2)_2$.

În celelalte cazuri are loc scăderea activității fosfatazei alcaline. Astfel, în țesutul osos al parodontiului inhibă activitatea fosfatazei alcaline următorii compusi — $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$; ZnO , $Zn(C_6H_5CO_2)_2 \cdot 2Pic$; $Zn(C_6H_5CO_2)_2$; $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$; $Zn(C_6H_4NO_2)_2 \cdot 4H_2O$; $Zn(fenglitin)_n H_2O$. Dintre acești compusi ai zincului exercită acțiune inhibitoare mai puternică asupra fosfatazei alcaline compusul $Zn(C_6H_5CO_2)_2$ și $Zn(fenglitin)_n H_2O$. În oasele femorale scad activitatea fosfatazei alcaline compusii ZnO , $Zn(fenglitin)_n H_2O$; $Zn(CH_3CO_2)_2 \cdot 2H_2O$; $Znftalat_n H_2O$; mai puternic activitatea fosfatazei alcaline fiind inhibată de $Zn(CH_3CO_2)_2 \cdot 2H_2O$.

Urmărind influența compusilor zincului asupra activității arilsulfatazelor A și B (fig. 2) s-a stabilit că compusul $ZnCF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$ și $Znftalat_n H_2O$ contribuie la sporirea activității enzimei menționate în țesutul osos al parodontiului, ceea ce indică intensificarea proceselor de biosinteză a proteinelor în țesutul cercetat. Majoritatea compusilor studiați — ZnO , $Zn(C_6H_5CO_2)_2 \cdot 2Pic$; $Zn(C_6H_5CO_2)_2$; $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$; $Zn(CHO_2)_2 \cdot 2H_2O$; $Zn(C_6H_4NO_2)_2 \cdot 4H_2O$; $Zn(fenglitin)_n H_2O$ contribuie la creșterea activității ARS-azelor A și B în oasele femorale, această creștere fiind mai mare în urma acțiunii ZnO și $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$.

Modificările din activitatea ARS-azelor A și B s-a dovedit neînsemnate în urma acțiunii compusilor $ZnSO_4$

H_2O ; ZnO ; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{fenglitin})_n \cdot \text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CH}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ — pentru țesutul osos al parodontiului și în urma acțiunii $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2$ — pentru oasele femorale. Influența inhibitoare asupra ARS-azelor A și B exercitată în țesutul osos al parodontiului — $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2 \cdot 2\text{Pic}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2$ și $\text{Zn}(\text{CHO}_2)_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; iar în oasele femorale — inhiba puternic activitatea acestei enzime compusii $\text{Zn}(\text{CH}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ și Zn ftalat $n\text{H}_2\text{O}$.

Influența compusilor zincului asupra activității arilsulfatazelor A și B în țesutul osos la sobolani albi

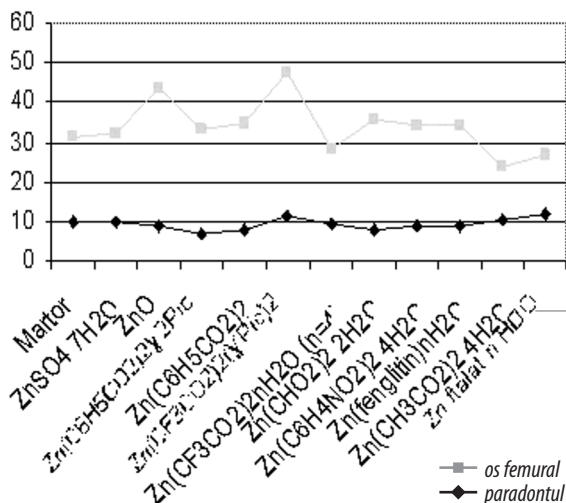


Figura 2
Influența compusilor zincului asupra activității arilsulfatazelor A și B în țesutul osos la sobolani albi

Printre numeroșii factori care reglează intensitatea reacțiilor metabolice, un rol deosebit revine nucleotidelor adenilice, cu funcții destul de diverse în organism. Reglarea metabolismului nucleotidelor adenilice în țesuturi se realizează cu participarea unor sisteme enzimatice, principalele enzime ale acestui sistem fiind adenzindezaminaza (ADA — za) și adenilatdezaminaza (AMP -aza), ce controlează nivelul AMP și adenzinei în celulă. Pentru a aprecia modificările în sistemul nucleotidelor adenilice prin acțiunea compusilor studiați ai zincului, noi am studiat activitatea ADA-azei și AMP-azei în oase. În figura 3 sunt prezentate datele despre acțiunea compusilor zincului asupra activității ADA-azei în oase.

Rezultatele obținute relevă, că majoritatea compusilor studiați ai zincului contribuie la creșterea în diversă măsură a activității ADA-azei în oase. Sporirea esențială a activității enzimei menționate în țesutul osos al parodontiului are loc sub influența compusilor $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2 \cdot 2\text{Pic}$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot (\text{Pic})_2$; $\text{Zn}(\text{CHO}_2)_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ și $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ în oasele femorale același proces este asigurat de compusii $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot (\text{Pic})_2$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot \text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$. Practic nu influențează asupra activității ADA-azei în țesutul osos al parodontiului — ZnO ; $\text{Zn}(\text{fenglitin})_n \cdot \text{H}_2\text{O}$ și Zn ftalat $n\text{H}_2\text{O}$; iar în oasele femorale — $\text{Zn}(\text{CH}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$.

În ceea ce privește efectul compusilor zincului asupra AMP-azei (fig. 4), contribuie la spori-

rea activității acestor enzime, în țesutul osos al parodontiului și în oasele femorale, numai respectiv $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2 \cdot 2\text{Pic}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2$; $\text{Zn}(\text{CHO}_2)_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; și $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot (\text{Pic})_2$; $\text{Zn}(\text{CHO}_2)_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ Acțiune inhibitoare asupra acestei enzime exercită în țesutul osos al parodontiului compusii $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; Zn ftalat $n\text{H}_2\text{O}$; iar în oasele femorale — compusii ZnO , $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{fenglitin})_n \cdot \text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CH}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; Zn ftalat $n\text{H}_2\text{O}$. Ceilalți compusi ai zincului influențează neînsemnat asupra activității AMP-azei.

Din rezultatele investigațiilor deducem, că activitatea enzimei beta glucuronidazei este marcată puternic de $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot (\text{Pic})_2$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ în oasele femorale. Compusii zincului — ZnO , $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot (\text{Pic})_2$; $\text{Zn}(\text{CHO}_2)_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{fenglitin})_n \cdot \text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{CH}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; Zn ftalat $n\text{H}_2\text{O}$ inhibă neînsemnat, iar compusii $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}_2)_2 \cdot 2\text{Pic}$; $\text{Zn}(\text{CF}_3\text{CO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$; $\text{Zn}(\text{C}_6\text{H}_4\text{NO}_2)_2 \cdot 4\text{H}_2\text{O}$ inhibă mai puternic activitatea — GLD-azei în țesutul osos al parodontiului.

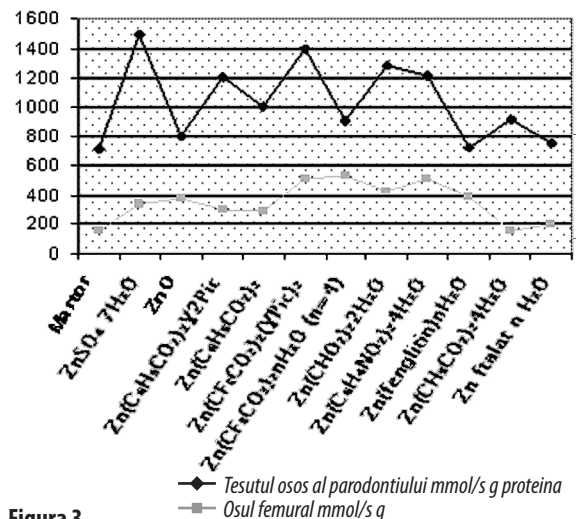


Figura 3
Influența compusilor zincului asupra activității adenzindezaminazei alcaline în țesutul osos la sobolani albi

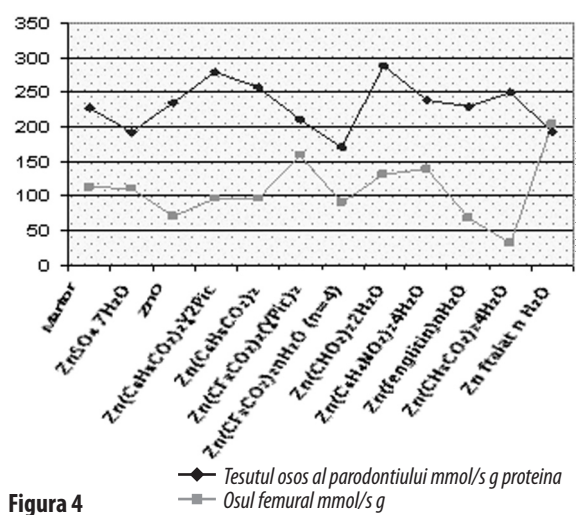


Figura 4
Influența compusilor zincului asupra activității adenilatdezaminazei alcaline în țesutul osos la sobolani albi

Compusii ZnO , $Zn(C_6H_5CO_2)_2 \cdot 2Pic$; $Zn(CH_3CO_2)_2 \cdot 4H_2O$ și Zn ftalat nH_2O contribuie la inhibarea esențială a activității — GLD-azei în oasele femorale. Aplicarea compusilor $Zn(C_6H_5CO_2)_2$; $Zn(CF_3CO_2)_2 \cdot 4H_2O$; $Zn(CHO_2)_2 \cdot 2H_2O$; $Zn(fenglitin)nH_2O$ nu se manifestă, în ansamblu, cu efecte sesizabile asupra activității — GLD-azei în oasele femorale. Schimbările sus menționate sînt imaginat schematic pe figura 5.

Din rezultatele cercetărilor efectuate concluzionăm că sub acțiunea compusilor zincului au loc modificări pronunțate ale indicilor principali ai metabolismului în țesuturile parodontale și alte oase. Compusii studiați ai zincului se manifestă diferit asupra activității enzimelor cercetate în oase: dacă compusii ZnO , $Zn(fenglitin)nH_2O$; Zn ftalat nH_2O inhibă, în fond, activitatea majorității enzimelor studiate; atunci compusii $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$; $Zn(CF_3CO_2)_4H_2O$; $Zn(CHO_2)_2 \cdot 2H_2O$; $Zn(C_6H_4NO_2)_2 \cdot 4H_2O$; $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$; $Zn(C_6H_5CO_2)_2 \cdot 2Pic$;

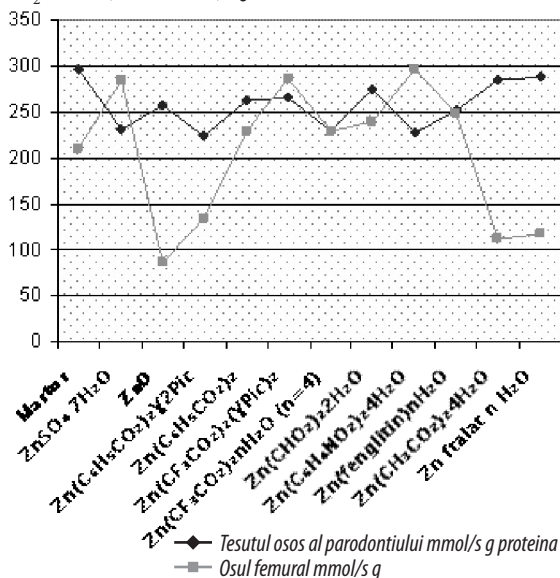


Figura 5
Influența compusilor zincului asupra activității beta-glucuronidazei alcaline în țesutul osos la sobolanii albi

$Zn(C_6H_5CO_2)_2$ au proprietatea de a spori în diversă măsură activitatea majorității enzimelor cercetate. Dintre acești compusi ai zincului, compusul $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$ contribuie la creșterea mai pronunțată a enzimelor cercetate, aceasta permitându-ne de a conchide că acest compus posedă efecte de intensificare a proceselor de biosinteză a proteinelor în țesuturile parodontale și alte oase. Din acest punct de vedere, utilizarea compusului coordinativ al zincului — aductul trifluoracetatului de zinc cu — picolina, formula generală $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$ este cea mai eficientă, în comparație cu ceilalți compusi ai zincului. Putem deduce, că efectul stimulator mai pronunțat asupra proceselor osteoregenerative, al compusului sus menționat al zincului, se definește prin intensificarea pronunțată a proceselor de biosinteză a proteinelor în țesutul osos al parodontiului și oaselor femorale. Substanța propusă provoacă un așa efect te-

rapeutic datorită înconjurării potrivite a liganzilor în jurul atomului central de simetrie tetraedrică de tipul $[ZnO N]$, ce ușor poate fi inclus în diferite procese vitale. În figura . este prezentată formula generală a compusului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$.

Rezultatele obținute

Aprecieră dozei optime la administrarea aductului trifluoracetatului de zinc cu picolina asupra unor procese metabolice în mandibula.

Pentru a elucida în ce măsură influențează aductul trifluoracetatului de zinc cu — picolina asupra proceselor osteoregenerative la administrarea lui în diverse doze, noi am cercetat pe țesuturile osului mandibulei împreună cu dinții, acțiunea compusului menționat, administrat cu diferite doze, asupra activității fosfatazei alcaline, adenozindezaminazei, adenilatdezaminazei. Rezultatele obținute (fig. 6), denotă tendința de sporire și efectul pronunțat de intensificare a activității fosfatazei alcaline în mandibule sub influența compusului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$, administrat cu cantitatea de substanță ce corespunde dozei 0,5 și respectiv 0,75; 1,0; 1,25 mg Zn / 100g masa corp. Deși diferența din activitatea fosfatazei alcaline în urma folosirii dozelor menționate nu este mare, totuși mai pronunțat acțiunea în sensul activării fosfatazei alcaline, compusul studiat al zincului, administrat cu doza de substanță ce conține 1,0 mg Zn / 100 g masa corp. Activitatea maximă a enzimei din cazul acesta e legată, după părerea noastră, de proliferarea intensă a osteoblastilor ce conțin fosfataza alcalină și de realizarea acțiunii stimulatorie a compusului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$ administrat cu doza de substanță ce conține 1 mg / 100 g masa corp. în ceea ce privește modificarea din activitatea fosfatazei alcaline în urma folosirii compusului zincului ce conține 0,25 mg / 100 g masa corp, ea practic s-a dovedit neînsemnată față de martor.

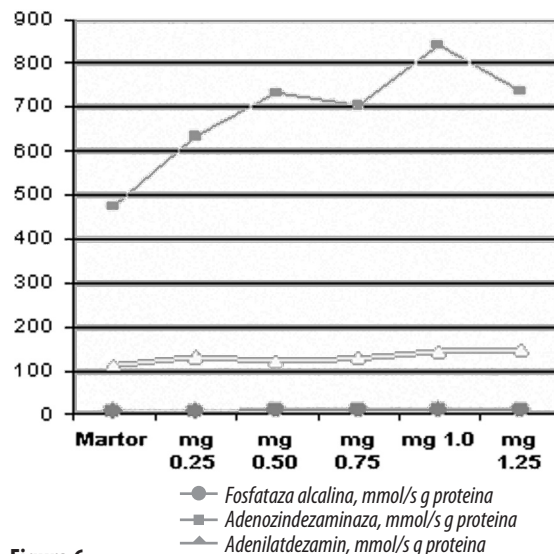


Figura 6
Influența compusului administrat asupra unor procese metabolice la nivel mandibular la sobolanii albi

Analizând efectul aductului trifluoracetatului de zinc cu — picolina, administrat cu diferite doze,

asupra parametrilor de baza ai sistemului nucleotidelor adenilice, se evidentiaza sporirea pronuntata și cea mai mare a ADA-azei, în urma întrebuintarii compusului dat al zincului, cu doza de substanta ce contine 1,0 mg Zn / 100 g masa corp, fata de acelaș compus care este, inșă, administrat cu celelalte doze studiate. Activarea AMP-azei în mandibule, deasemenia are loc sub influenta compusului studiat al zincului, administrat cu toate dozele cercetate, inșă mai pronuntat și tot odata veridic,aceș proces este realizat de compusul zincului administrat cu dozele de substanta ce contine 1,0 și 1,25 mg / 100 g masa corp. Sporirea activității de metabolizare a nucleotidelor adenilice constituie dupa parerea noastra reactia de adaptare, ce urmeaza sa intensifice biosinteza acizilor nucleici și astfel sa accelereze procesele reparatorii.

Concluzii

Astfel, modificarile determinate de noi în unele procese metabolice din mandibule, sub influenta compusului $Zn(CF_3CO_2)_2(\gamma Pic)_2$, administrat cu diferite doze, permit a constata, ca efecte mai pronuntate de stimulare a proceselor osteoregenerative, au loc în cazul administrării compusului mentionat al zincului cu doza de substanta ce contine 1,0 mg Zn / 100 g masa corp, fata de administrarea compusului dat cu doza de substanta ce contine 0,25; 0,5; 0,75; 1,25 mg Zn /100 g masa corporala.

Bibliografie

- 1) Aductul trifluoracetatului de Zinc cu γ -picolina \ A.Gulea, Gh. Novitchii, O.Ciuntu, Gh. Granciu — Brevet de inventie Nr. De inregistrare AGEPI Nr 711-04 , 95.-01.88
- 2) Gudumac V. Tagadiuc O., Sardari V., Granciu Gh. Diagnosticul de laborator al osteoporozei. Elaborare metodica, Chisinau, 2008

Prezentat la 21.07.2008

ПРИМИНЕНИЕ ФЕНГЛИКОЛЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

Rezumat

Utilizarea phenglycol-ului la tratarea inflamațiilor cavității bucale obținut din extracte de plante. A fost experimentat pe șobolani albi și în diferite cazuri clinice demonstrând o acțiune antibacterică. Nu au fost depistate efecte adverse, are un miros și gust plăcut și poate fi utilizat în pediatria stomatologică.

Summary

Clinic and experimental phenglycol using

A new preparation for the treatment of inflammatory diseases of the month cavity organs — phenglycol — has been obtained from medical plants. In experiments on white rats and clinically the preparation proved its wound-healing, anti-inflammatory, anesthetic and moderate bacteriostatic actions. It does not cause side-effects, has a pleasant smell and taste — facts giving the possibility to use it in pediatric stomatology.

В лечении заболеваний органов полости рта широко используются различные препараты лекарственных растений (марославин, сальвин, настойка календулы и другие). Многие из них или недостаточно эффективны или вызывают неприятные ощущения у больных. Так, весьма широко применяемый в стоматологической практике болгарский препарат марославин оказывает декадцинирующее действие на твердые ткани зубов вызывает их гиперестезию и сильное слюноотделение. Из-за побочных действий этот препарат не нашел широкого применения в детской стоматологии. Другие препараты оказывают временный клинический эффект. Ни один из препаратов не может быть использован в качестве профилактического средства.

Из составов, содержащих вещества растительного происхождения, применяемых в стоматологической практике, как гигиенические препараты, предложены зубные эликсиры, в состав которых входят водно-спиртовые настойки ромашки, бузины, коры дуба, алтея, хвоща полевого, мать-и-мачеха и отдельные химические -ментол, сорбит, нипачин, спирт этиловый в количестве 50—60% масс, глицерин 3—7% массы, вода. Эти составы (см. АС СССР № 708069%; А61К7/26; Бюлл. № 2, 1980) сравнительно хорошим лечебным

А.С. Кушнир,
Ф.Г.Шепель,
Д.Ф.Шепель,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко,
В.А.Кырлиг

Кафедра
терапевтической
стоматологии ФУВ
(зав. кафедрой
профессор
В.З.Бурлаку)

действием не обладают, особенно при лечении острых и хронических заболеваний тканей пародонта у взрослых и у детей.

Цель исследования и задачи

Целью нашего исследования было получение препарата, обладающее более выраженным фармакологическим действием, лучшими вкусовыми качествами, по сравнению с имеющимися, возможность использовать его в детской стоматологии. Для этого необходимо было подобрать соответствующие лекарственные растения, изготовить препарат, обладающий ранозаживляющим, противовоспалительным и обеззараживающим действием, хорошим вкусом и приятным запахом, исследовать препарат в эксперименте на животных, опробовать в клинике для лечения воспалительных заболеваний органов полости рта у взрослых и у детей.

Материалы, методика и обсуждение

Нами предложен препарат, основными компонентами которого являются экстракт плодов фенхеля и масла эвкалипта, в соответствующих соотношениях, на глицериновой основе. Другие компоненты играют вспомогательную роль. Препарат получил название фенгликоль.

В официальной и народной медицине плоды фенхеля довольно часто применяются для лечения различных заболеваний. Так, фенхелевое эфирное масло рекомендуют использовать при лечении бронхитов, как спазмолитическое средство при почечно- и желчнокаменных болезнях.

Однако нам не удалось найти в доступной литературе указание на применение фенхеля при воспалительных процессах в области стоматологии. Масло фенхеля представляет собой бесцветную или слегка желтоватую, легко подвижную с сильным запахом аниса, жидкость, которая имеет сначала горьковато-камфорный, затем сладковатый вкус.

Эвкалиптовое масло содержит не менее 60% цинеола, пинен и другие вещества. Легкоподвижная жидкость, бесцветная или слегка окрашенная в желтоватый цвет, с характерным запахом цинеола. Применяют в качестве антисептического средства для полосканий и ингаляций при заболевании верхних дыхательных путей, для лечения свежих и инфицированных ран (ГФ IX: ГФ X; М.Д. Машковский, 1977).

Ранозаживляющее и противовоспалительное действия фенгликоля исследовано на кафедре фармакологии Государственного Университета Медицины и Фармакологии им. Н. Тестемицану на 25 белых крысах. Предварительное клиническое испытание фенгликоля проведено с разрешения УМС МЗ Молдовы на 500 больных в различных стоматологических поликлиниках.

По направлению Фармакологического Комитета России препарат был апробирован в г. Мо-

ске в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии, в медицинском институте им. Семашко и в университете Дружбы народов им. П. Лумумбы.

Сравнительная оценка фенгликоля была проведена с болгарским препаратом марославином, который представляет собой смесь лекарственных растений Болгарии и винного уксуса. Препарат получил широкое распространение для лечения заболеваний пародонта как в Болгарии, так и в странах СНГ.

Декальцинирующее действие марославина и фенгликоля изучали на удаленных молочных зубах у детей в возрасте от 6 до 11 лет и на удаленных постоянных зубах у людей в возрасте от 30 до 50 лет.

Экспериментальные данные исследования показали, что марославин обладает выраженным декальцинирующим действием, так как у него Ph в пределах 4,5—5,0. Фенгликоль таким действием не обладает. Его Ph равно 6,9—7,1.

Сравнительное исследование противовоспалительного и ранозаживляющего действия этих препаратов проведено в эксперименте на 25 белых крысах. Было отмечено, что фенгликоль обладает более выраженным противовоспалительным свойством по сравнению с болгарским препаратом и значительно его превосходит. Раны, леченные фенгликолем заживали на 3—4 дня раньше, чем леченные марославином.

Был проведен опрос 120 больных, леченных фенгликолем и 120 больных леченных марославином. У 120 больных, лечившихся фенгликолем, отмечено обезболивающее и дезодорирующее действие, у 70 из них отмечали усиленное слюноотделение и ни один из них не пожаловался на повышенную чувствительность твердых тканей зубов. Что касается больных, леченных болгарским препаратом, то 105 человек отмечали повышенную чувствительность твердых тканей зубов, 31-дезодорирующее действие, 76-повышенное слюноотделение.

В поликлинических условиях проведено лечение больных с катаральным и гипертрофическим гингивитами, парадонтитом, альвеолитом, перикоронаритом, фарингитом, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, многоформной экссудативной зрительной, красным плоским лишаем эрозивно-язвенная форма, язвенно-некротическим стоматитом.

Результаты лечения показали, что препарат фенгликоль обладает выраженным противовоспалительным действием. Так, лечение перикоронарита устраняют боли в первый же день, а полное излечение наблюдалось после трех сеансов. По данным некоторых авторов альвеолит встречается в 24—35% случаев (Лысенко В.В., Хасынова Г.В., Шевченко С.А., 1993). Чаще всего он развивается в результате травматически проведенной операции удаления зуба или при несоблюдении

больным правил гигиены полости рта. Лечение альвеолита представляет значительные трудности. До настоящего времени нет метода лечения, который был бы эффективным. Для предупреждения альвеолита предложена предоперационная обработка полости рта растворами антисептиков (раствор перманганата калия, риванол, фурацилин, фурагин и др.). Этот метод несколько снижает количество альвеолитов, но не исключает при тяжелых операциях удаления зубов.

Нами приведено лечение 14 больных с альвеолитом, в основном после тяжелого оперативного удаления затруднительного прорезывания восьмых зубов на нижней челюсти. Сравнивая переносимость фенгликоля с другими препаратами, необходимо отметить отсутствие нежелательных реакций. Клинически, у больных после применения фенгликоля раны быстрее очищались от некротических масс и тканей, уменьшались боли и отек мягких тканей, заживление наступало на 3-4 дней быстрее, исчезал запах изо рта.

Довольно часто в практике врача-стоматолога встречается катаральный гингивит. Его лечение не представляет значительных трудностей. Однако при наличии сопутствующих заболеваний лечение представляет трудную задачу и затягивается на длительное время. Проведено лечение 17 больных катаральным гингивитом различной этиологии. Больные катаральным гингивитом отмечали уменьшение кровоточивости десен после первого применения фенгликоля, а полное выздоровление наблюдалось через 2—3 сеанса.

При комплексном лечении многоформной экссудативной эритемы быстро ликвидировался воспалительный процесс, а раны заживали на 3—4 дня раньше, чем при лечении другими препаратами. Больные отмечали меньшую болезненность ран, что показывает на болеутоляющее действие препарата.

Наблюдения над больными парадонтитом показало, что препарат приостанавливает дальнейшее прогрессирование этого заболевания. На курс лечения необходимо от 8 до 10 сеансов в зависимости от тяжести парадонтита. Следует отметить, что некоторые больные проводили повторные курсы лечения в том случае, если отмечались первые признаки обострения парадонтита. Это предупреждало дальнейшее прогрессирование болезни.

В процессе клинического апробирования было отмечено также лечебное действие этого препарата при заболеваниях, где традиционно использовались отвары из плодов фенхеля, фенхелевое и эвкалиптовое масла. Особенно хорошие результаты получены при лечении ряда лор-заболеваний воспалительного характера, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, колитах, почечно-желчекаменной болезнью при ожогах кожи и слизистой оболочки.

Лечебный эффект фенгликоля отмечается при лечении острых респираторных заболеваний, где он использовался в виде ингаляций.

По своим лечебным свойствам, отсутствию побочного действия, прекрасным вкусовым и дезодорирующим качествами препарат превосходит такие лекарственные средства, как марославин, сальвин, настойка календулы и может с успехом применяться в детской стоматологии.

Способ применения и дозы

Для лечения заболеваний тканей пародонта в стационарных и поликлинических условиях фенгликоль применяется в виде аппликаций. Для этого предварительно изолируется слизистая оболочка десны ватными тампонами, в десневые или в парадонтальные карманы закладываются турунды, смоченные в фенгликоле, на десну накладываются полоски марли (1,0 x 2,5 см), а также смоченные в препарате. Через 7—8 минут заменяются ватные валики и полоски марли, а еще через 10—15 минут удаляются ватные тампоны и турунды из карманов. Общая продолжительность аппликаций 20—25 минут. Такие сеансы проводятся каждый день или через день. Всего на курс лечения необходимо провести 10—12 сеансов.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта фенгликоль применяется в виде орошений и полосканий (на 1/л стакана теплой воды 25—30 капель препарата). Полоскания и орошения полости рта проводятся 4—5 раз в день, 5—6 дней подряд. В детской стоматологии фенгликоль можно применять при тех же заболеваниях, что и у взрослых.

Противопоказаний к применению фенгликоля не было отмечено.

Побочное действие

При аппликации на слизистую оболочку полости рта у некоторых больных может возникнуть чувство жжения, что обусловлено чрезмерно большой чувствительностью слизистой оболочки. В таких случаях рекомендуется применять полоскания.

Заключения и выводы

Получен новый препарат из лекарственных растений-фенгликоль. По своим лечебным свойствам, отсутствию побочного действия препарат превосходит существующие лекарственные средства, применяемые при лечении воспалительных заболеваний полости рта. Фенгликоль обладает противовоспалительным, ранозаживляющим, обезболивающим, дезодорирующим действием, хорошо переносится больными, имеет приятный запах и вкус, что дает возможность использовать его в детской стоматологии.

Препарат сертифицирован авторским свидетельством Р.М. № 2326 от 31/2 — 2003.

Литература

1. Государственная фармакология (СССР) IX
2. Государственная фармакология (СССР) X
3. А.С. СССР № 708069, А61К 7/26, Бюлл. №2, 1980.
4. М.Д. Машковский „Лекарственные средства“, Ч.1, Ч.2 — М.: Медицина, 1997

ORGANIZAREA ASISTENȚEI STOMATOLOGICE DE AMBULATOR ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Elena Tintiuc
șefa serviciului
stomatologic, d.ș.m.,
IMSP AMT Botanica,
Chișinău

Rezumat

Sunt prezentate materiale ce țin de direcțiile prioritare de dezvoltare a asistenței stomatologice garantată de stat în condițiile noi de implementare a sistemului Asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova.

Summary

Organization of ambulatory dental assistance under the conditions of compulsory medical insurance

Materials related to the priority directions in the development of state-guaranteed dental assistance under the new conditions of implementing the compulsory medical insurance in the Republic of Moldova are presented.

Asistența stomatologică garantată de stat la etapa actuală reprezintă una din direcțiile prioritare de dezvoltare a sistemului de sănătate din Republica Moldova. Această strategie de dezvoltare a asistenței stomatologice este prioritară în majoritatea țărilor Europene. Așa situație se lămurește prin faptul că asistența stomatologică garantată de stat realizează un management adecvat cerințelor și posibilităților pacienților.

Prioritare rămân și în condițiile actuale problemele ce țin de relațiile dintre medicul stomatolog și pacient, medicul stomatolog și colectiv, precum și respectarea normelor eticii și deontologiei specifice condițiilor de activitate în structurile stomatologice de profil terapeutic, chirurgical, ortopedic.

Aceste fenomene sunt determinate de mai mulți factori cum ar fi: particularitățile în organizarea asistenței stomatologice de ambulator; posibilitățile de supraviețuire în condiții de concurență; specializarea în stomatologie, utilizarea tehnologiilor avansate și rolul prioritar al procesului financiar în activitatea specialistului, condiții care pot umbri pacientul ca personalitate, pot trezi la o parte din medici stomatologi apreciere negativă a psihoterapiei, eticii și deontologiei în medicină.

Totodată, realizările în domeniul stomatologiei ce țin de implementarea în Republica Moldova a sistemului Asigurărilor obligatorii de asistență medicală (aa. 2004—2007) trebuie să asigure prioritar:

- accesul populației la serviciile stomatologice de ambulator persoanelor asigurate, persoanelor social-vulnerabile și vîrstnice, contingentelor de pacienți care necesită asistență stomatologică de urgență;
- dotarea instituțiilor stomatologice cu tehnologii avansate și materiale de calitate;
- majorarea prestigiului serviciilor stomatologice garantate de stat și a rolului medicului stomatolog în realizarea aspectelor de integrare a serviciilor medicale, orientate spre profilaxia, diagnosticarea precoce și tratamentul maladiilor;
- majorarea cotei de finanțare pe cap de locuitor pentru serviciile stomatologice de ambulator acordate populației prevăzute în Programul Unic aprobat de Guvernul Republicii Moldova;
- majorarea salariilor lucrătorilor medicali din domeniul stomatologiei ca factor prioritar în asigurarea calității serviciilor stomatologice și ridicarea prestigiului medicului stomatolog.

Aceste realizări presupun nu numai crearea bazei tehnico-materiale a instituțiilor stomatologice, dar și adaptarea activităților la condițiile actuale de realizare a principiilor economiei de piață, orientate spre acoperirea necesităților populației în asistență stomatologică de ambulator garantată de stat.

Astfel, dezvoltarea strategiilor în domeniul stomatologiei prevede o gamă largă de măsuri complexe ce țin de profilaxia primară, secundară și terțiară. În acest context la diferite etape s-au efectuat studii speciale și s-au argumentat metode performante, scopul principal fiind profilaxia maladiilor cavității bucale efectuate prin periajul dentar ca acțiune principală de menținere a igienei buco-dentare; utilizarea ozono-terapii în prevenirea și tratamentul parodontitei; utilizarea plantelor medicinale în profilaxia și tratamentul maladiilor cavității bucale; influența pozitivă a fluorului ca remediu anticarie; dispensarizarea și efectuarea măsurilor profilactice a pacienților cu maladii stomatologice.

Bibliografia:

1. Asigurarea obligatorie de asistență medicală, vol. II, Chișinău, 2007.
2. TINTIUC ELENA. Particularitățile acordării asistenței stomatologice de ambulator populației adulte în condițiile asigurărilor medicale obligatorii. Chișinău, 2007.
3. ABABII I., TINTIUC D., EȚCO C., CIOCANU M. Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă. // Conferința națională „Comunitățile rurale și renașterea satului,„. Chișinău, 2005, p. 16-22.
4. BURLACU V., EȚCO C., TINTIUC ELENA. Aspecte medico-sociale și organizatorice ale asistenței stomatologice de stat în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii. // Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1. Chișinău, 2007, p. 9-11.
5. GODOROJA P. Realizarea programului național de sănătate orală la copii în Republica Moldova. // Materialele congresului XII național al stomatologilor din Republica Moldova. Chișinău, 2003, p. 1-3.

Prezentat la 06.06.2008

APLICAREA MARKETINGULUI ÎN EVALUAREA MORBIDITĂȚII DENTO-ORALE A PACIENȚILOR CE AU SOLICITAT SERVICII STOMATOLOGICE ÎN INSTITUȚIILE PRIVATE URBANE

Rezumat

În lucrare autorul descrie aplicarea marketingului în estimarea morbidității dento-orale a pacienților ce au solicitat servicii stomatologice în instituțiile private urbane.

Scopul acestei lucrări este de a evalua și aborda în dinamică nivelul și structura morbidității dento-orale conform adresabilității populației urbane a municipiului Chișinău în structurile medicale stomatologice private.

Rezultatele acestui studiu vor servi drept reper pentru elaborarea strategiei de dezvoltare a serviciului stomatologic privat în Republica Moldova.

Summary

Market application in the evolution of patient's death who have solicited denture services in the private towns institutions.

In the article the author describes objective market application in the process of death evaluation of patients with denture oral problems in the private town institutions.

The objective of this work is to estimate and raise in dynamics the level and the structure of dietary oral death in the connection with people's appeals in the private stomatological institutions of the Chishinau district.

Introducere

Structurile stomatologice private, care își propun drept obiectiv prestarea către populație a unui spectru larg de servicii stomatologice, au devenit o reală alternativă clinicilor de stat.

Indicii morbidității dento-orale dau o informație amplă referitor la sănătatea populației, dezvăluie particularitățile decurgerii maladiilor dento-orale în societate, caracterizează frecvența și gravitatea acestora. În baza rezultatelor studiului morbidității dento-orale conform datelor adresabilității 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 structurile stomatologice private, sunt un fundament inițial în determinarea cererii contingentului dat pentru forme diverse de ajutor medical

Anatolie Pancenco

*Instituția Medico-Sanitară Publică
Centrul Stomatologic
Municipal Chișinău*

stomatologic contra cost. Indicatorii principali ai morbidității stomatologice a populației sunt: răspândirea cariilor dentare, caracterul intensiv de creștere al lor, incidența bolilor parodontale, ale mucoasei cavității bucale, prezența anomaliilor și deformațiilor dento-maxilare.

Scopul lucrării

Scopul este de a evalua și a elucida în dinamică nivelul și structura morbidității dento-orale conform adresabilității populației urbane a municipiului Chișinău în structurile medicale stomatologice private.

Materiale și metode

Metodica de studiere, a morbidității dento-orale aplicată în această lucrare, a fost structurată în corelație cu cerințele statisticii moderne și cu experiența acumulată în cercetările de acest gen.

Nivelul și structura morbidității dento-orale ale populației urbane, conform adresabilității, reflectă în exclusivitate date referitoare la înregistrările medicale ale maladiilor stomatologice pe parcursul anului 2007.

Volumul eșantionului selectiv al populației, supus studiului morbidității dento-orale, după datele adresabilității, a fost de 850 de locuitori ai urbei Chișinău, selectați proporțional cu volumul populației (selecție tipică) din cele cinci sectoare administrativ-teritoriale al municipiului Chișinău.

Datele au fost prelucrate statistic pentru fiecare sector separat și pentru întreg municipiul. În cadrul investigației au participat 354 de pacienți-bărbați și 496 de pacienți-femei cu repartitia procentuală respectivă de 41,6% și 58,4%.

Rezultate și discuții.

Analiza rezultatelor cercetărilor clinice la nivel de cavitare bucală, la pacienții instituțiilor stomatologice private, a confirmat o răspândire largă a tuturor formelor de carie, care constituie 98,7 %. Nivelul răspândirii cariilor dentare la pacienții din categoria de vârstă 36-45 ani constituie 100%.

Morbiditatea stomatologică este caracterizată predominant de indicele de intensitate al cariilor COE (carie, obturație, extracție), care reflectă numărul dinților bolnavi de carie (C), numărul dinților obturați (O) și numărul dinților extrași (E) ai unui pacient. Rezultatele cercetării noastre au arătat că indicele COE, la pacientul din instituțiile stomatologice private urbane, constituie în medie 13,4 dinți. Pentru un pacient din categoria de vârstă 36-45 ani indicele COE este egal în medie cu 17,3 dinți. Pentru un pacient din structurile medicale private indicele C (carie) are o valoare medie egală cu 3,8 dinți, indicele O (obturație) este în medie egal cu 4,7 dinți, iar indicele E (extracție) are o valoare medie egală cu 6,4 dinți.

Indicele ponderat COE, exprimat în procente, este un indicator al nivelului de organizare a asistenței stomatologice, acordate populației. Ponderea dinților obturați constituie 35,4 %, ponderea dinților extrași echivalează cu 34,9 %, iar ponderea dinților bolnavi de carie constituie 24,3 %.

Indicele C (cariilor) poate fi structurat în mai multe componente: carie superficială, carie medie, carie profundă, carie cu complicații. După criteriul topografic, componenta cariilor profunde constituie 39,5 % (1,53 dinți), ponderea cariilor cu complicații este egală cu 30,7 % (1,1 dinți), o pondere egală cu 20,2 % (0,7 dinți) are caria medie, iar ponderea cea mai mică, 9,7 % (0,3 dinți), îi revine cariilor superficiale.

Fără echivoc, instituțiile stomatologice private urbane oferă pacienților atât servicii de tratare a cariilor, cât și de tratare a altor patologii stomatologice, inclusiv a afecțiunilor parodontale.

Pornind de la răspândirea vastă a maladiilor țesuturilor parodontale în rândul populației, un interes deosebit îl capătă metodele complexe stomatologice clinico-roentghenologice de investigare a stării parodontale a populației care solicită asistență medicală în structurile stomatologice private din municipiul Chișinău.

Diagnosticul stabilit la timp și tratamentul maladiilor țesuturilor parodontale la etapa timpurie de dezvoltare permit obținerea unor stări stabile și sistarea proceselor patologice.

Pentru pacienții structurilor medicale stomatologice private, ponderea diferitelor afecțiuni parodontale are o incidență medie de 48,5 %. În același timp, ponderea acestor maladii stomatologice variază de la o categorie de vârstă la alta.

Existența depunerilor moi pe dinți se atestă la 60,4 % din persoanele investigate. Tartrul dentar supragingival s-a diagnosticat la 41,6 % investigați, existența tartrului dentar subgingival — la 61,8 % din persoanele investigate.

Depunerile dentare constituie una din cauzele inițierii procesului inflamator în gingii, formării pungilor parodontale și dezvoltării gingivitelor și parodontitelor.

Gingivita se atestă la 51,8 % din persoanele investigate.

După forma evoluției bolii prevalează gingivita catarală care se atestă la 46,7 % din persoanele care solicită asistență medicală în structurile stomatologice private.

Gingivita hipertrofică se atestă la 9,4 % din persoanele investigate.

Pornind de la starea de agravare a maladiei, prevalează gradul ușor de gingivită, care se atestă la 35,6 % din persoanele investigate. Gradul mediu de progresare a gingivitei la contingentul dat se atestă în cazul a 11,7 % de persoane, gradul avansat — la 5,4 % din persoanele investigate.

Parodontita se atestă la 51,4 % din persoanele investigate. Reieșind din forma de manifestare a proceselor patologice, parodontita poate avea un caracter localizat și generalizat.

Reieșind din gradul de evoluție a bolii putem diferenția următoarele forme ale parodontitei: incipientă, medie și gravă. Formele incipiente și ușoare de parodontită se atestă la 27,9% din persoanele investigate.

Forma medie de parodontită se atestă la 19,3 % din persoanele investigate.

Forma gravă de parodontită se atestă la 4,36% din persoanele investigate.

După felul de evoluție a parodontitei prevalează forma cronică, care se atestă la 24,8 % din persoanele investigate.

Parodontoza se atestă la 32,5% din persoanele investigate. După felul de evoluție a parodontozei prevalează forma cronică, care se atestă la 19,1 % din persoanele investigate. Parodontoza la etapa de remisie se atestă la 14,1 % din contingentul respectiv.

În cazul planificării științifice a dezvoltării asistenței ortodontice o importanță mare o are studierea răspândirii anomaliilor și deformărilor dento-maxilare în rândul populației mature din municipiul Chișinău și solicitările reale de către contingentul respectiv a acestui tip de asistență medicală. Analiza statistică a materialelor obținute în cadrul investigațiilor medicale stomatologice pe un eșantion de 850 de pacienți arată că răspândirea anomaliilor și deformărilor dento-maxilare în rândul pacienților structurilor medicale stomatologice constituie în medie 47,3 %. După gradul de afectare a pacienților cu aceste anomalii, ponderile cele mai mari revin categoriilor de vârstă 36-45 ani — 8,2 % și 19-25 ani — 5,2 %.

În complexul general al acțiunilor curativ-profilactice desfășurate cu scopul depistării și eliminării anomaliilor și deformărilor dento-maxilare trebuie să se întreprindă corecția chirurgicală a țesuturilor moi ale cavității bucale, mioterapia, etc..

Volumul protezării dentare necesare este determinat de caracterul extinderii și topografiei defectelor sistemului dentoalveolar. În mod condiționat se consideră că tratamentul ortopedic se recomandă în cazul afecțiunilor aparatului de mestecat la 25 % și mai multe.

Topografia, durata și frecvența defectelor sistemului dentoalveolar la persoanele care solicită asistență medicală în instituțiile stomatologice a fost studiată de către noi în baza materialelor de investigație a 850 de pacienți. În rezultatul studiului efectuat s-a stabilit că defectele dentare condiționate de pierderea dinților în urma cariei complicate și a afecțiunilor parodontale se atestă la 97,1 % din persoanele investigate.

În medie, fiecare pacient care a solicitat asistență medicală în instituțiile stomatologice s-au depistat câte 5,9 de dinți extrirpați.

Extinderea defectelor sistemului dento-alveolar cauzată de pierderea a 1-3 dinți se atestă la 15,9 % din persoanele investigate. Lipsa a 4—6 dinți s-a stabilit la 26,7 % din contingentul respectiv, pierderea a 7—12 dinți s-a înregistrat la 33,2 % din persoanele investigate, lipsa a 13 dinți și mai mulți — la 18,9 % din contingentul respectiv.

Topografia defectelor sistemului dento-alveolar se caracterizează în special de pierderea dinților molari, ceea ce se atestă la 28,9 % din persoanele investigate. Combinarea pierderii molarilor și a premolarilor se atestă la 26,3 % de pacienții care solicită asistență medicală în instituțiile stomatologice, lipsa dinților frontali, a molarilor și premolarilor se atestă la 19,9 % din contingentul respectiv. Defecțiuni ale sistemului dentar doar în secțiunea frontală în urma agravării afecțiunilor provocate de cariile dentare, a traumelor

și din alte cauze se atestă la 3,7 % din persoanele investigate.

Concluzie

1. Rezultatele studiului nivelului și structurii morbidității populației urbane detectă diferență în dependență de vârstă și sex. S-a evidențiat o răspândire largă a tuturor formelor de caries, care constituie 98,7%. Nivelul răspândirii cariesului dentar la pacienții din categoria de vârstă 36—45 ani constituie 100%. Concomitent s-a determinat o tendință de sporire a ajutorului stomatologic ortopedic. Rezultatele servesc drept bază în determinarea priorităților la optimizarea activităților medicului stomatolog în condițiile structurilor medicale private urbane.
2. La baza determinării potențialului economic al serviciilor medicale stomatologice se află necesitatea eventuală a populației care solicită asistență medicală în instituțiile stomatologice pe motiv de boală.
3. Identificarea aprofundată a indicilor de bază care caracterizează nivelul și structura maladiilor stomatologice ne permite să determinăm gradul de necesitate al populației care solicită asistență medicală în instituțiile stomatologice și să stabilim normele optime de specialiști stomatologi la completarea instituțiilor medicale stomatologice, ceea ce în viitor va servi drept bază pentru desfășurarea unei ample activități de marketing.

Bibliografie

1. Burlacu V. Unele măsuri tactice în dezvoltarea contemporană a stomatologiei terapeutice naționale // În „Probleme actuale de stomatologie„. Materialele Congresului III național al medicilor stomatologi, consacrat jubileului de 40 ani al facultății stomatologice a USMF „Nicolae Testemițanu„, 7 — 8 septembrie 1999, Chișinău, p. 11-14.
2. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău: Știința, 1994, 397 p.
3. Cărăușu E., Duda R., Gîrlea A.M. Studiul satisfacției pacientului ca indicator de calitate a asistenței stomatologice în sistem public și privat // În „Sănătatea populației și reformele asistenței medicale în Republica Moldova„. Materialele Congresului II al specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar. Chișinău, 1999, p.38-39.
4. Eni A. Parodontologie. Chișinău, 2003.
5. Pancenco A. Serviciile stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2007
6. Popușoi E., Lozan O., Ștefanet S., Berdaga V. Morbiditatea populației și accesibilitatea serviciilor medico — sanitare // În „Probleme actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale„. Chișinău, 2000, p. 25-27.
7. Postolachi I. Organizarea asistenței stomatologice ortopedice populației la etapa actuală // În „Probleme actuale de stomatologie„. Materialele Congresului XI național al medicilor stomatologi din Republica Moldova. 9 — 10 octombrie 2001. Chișinău. p. 66-67.
8. Postolachi I., Chiriac E., Bîrsa G. et. al. Protetica dentară. Chișinău: Știința, 1993, 446p.
9. Țîbîrnă Gh., Darii V., Gabunia M. Morbiditatea prin tumori maligne ale regiunii oro-maxilo-faciale în Republica Moldova // În „Principii și aspecte ale stomatologiei moderne„. Culegere de lucrări științifice, consacrată jubileului de 60 ani de la fondarea IMSP Centrul Stomatologic Municipal. Chișinău, 2005, p. 61-62.

Prezentat la 17.06.2008

PLANIFICAREA STRATEGICĂ — OBIECTIV DE REPER ÎN DEZVOLTAREA SERVICIULUI STOMATOLOGIC

Anatolie Pancenco,
Valeriu Gobjila,
Liliana Gobjila,
Viorica Prodan,
Viorel Prodan

*Instituția Medico-
Sanitară Publică
Centrul Stomatologic
Municipal Chișinău*

Rezumat

Autorii au propus analizei, în baza rezultatelor activității IMSP Centrul Stomatologic Municipal pe perioada aa. 2005—2007, unele aspecte economico-financiare ce dețin la bază planificarea ca element strategic de dezvoltare a serviciului stomatologic în sectorul de stat.

Scopul lucrării este de a evidenția importanța planificării ca rezultat al unei dirigerii administrative eficiente.

Summary

Planning as result of efficient control in dentistry services

Authors offered the analysis on the basis of data of work imsp csm for the period 2005—2007 the some people financial — economics aspects on the basis of business planning, as basis a stage of development dentistry services. The purpose of work — planning as result of efficient control.

Introducere

Pe parcursul ultimilor ani, activitatea instituțiilor medico-sanitare publice, este desfășurată avînd la bază bussines-planificarea, care poate exista numai în condițiile prestării serviciilor medicale contra plată. Statutul organozațional — juridic al instituțiilor medico-sanitare publice, politica de prețuri, imperfecțiunea metodelor economice de dirijare și a unei piețe a serviciilor medicale civilizate, din start le crează instituțiilor de profil medical condiții insuficiente de dezvoltare prosperă.

Studiind și analizînd morbiditatea stomatologică, starea condițiilor economice, ce se caracterizează prin o finanțare insuficientă, dezvoltarea serviciilor contra plată, formarea liberă a prețurilor, o concurență mare, dictează necesitatea instituțiilor medicale de profil stomatologic din Republica Moldova, direcționarea activității la asigurarea calității prestării acestor servicii, păstrării și promovării criteriilor de sănătate prin majorarea accesibilității.

Formarea serviciului stomatologic la etapa actuală subînțelege:

- perfecționarea dirigerii și planificării;
- coordonarea planificării și finanțării;
- implementarea tehnologiilor contemporane în organizarea asistenței medicale stomatologice;
- majorarea potențialului profesional al medicilor-stomatologi;
- optimizarea bazei legislative;
- perfecționarea asigurării cu resurse;
- majorarea eficacității dirigerii prin asigurarea calității serviciilor stomatologice.

Rezolvarea problemei expuse noi o vedem în perfecționarea dirigerii și anume a uneia din funcțiile ei de bază — planificarea.

Planificarea este un proces creativ ce permite de a realiza scopurile și obiectivele actuale ale instituției prin metode optime de efective.

Sarcina strategică al serviciului stomatologic este majorarea calității serviciilor prestate, ce, în consecință, influențează starea sănătății generale a populației.

Scopul lucrării este de a evolua și elucida analiza după exemplul activității IMSP Centrul Stomatologic Municipal, gradul programării și planificării dezvoltării instituției în asigurarea populației de servicii medicale stomatologice calitative.

Pentru realizarea acestui scop a fost necesar de a promova următoarele obiective:

- optimizarea structurii administrative a instituției;
- perfecționarea calificării personalului medical;
- instruirea și implementarea noilor tehnologii clinice și organizaționale;

- perfectarea bazei tehnico-materiale a instituției;
- majorarea calității serviciilor medicale stomatologice prestate.

Materiale și metode

Pentru analiza tehnologiei planificării în dezvoltarea unei instituții au fost folosite datele IMSP CSM pentru perioada 2005—2007. Bussines-planul de dezvoltare al Centrului, anual este analizat la adunarea generală a colectivului, fiind aprobat la ședința Consiliului Administrativ. Eficacitatea așteptată a activităților planificate — este majorarea calității serviciilor stomatologice prestate. Veridicitatea rezultatelor și selectarea reprezentată au fost confirmate cu ajutorul metodelor contemporane ale statisticii variaționale.

Rezultate și discuții

IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău deservește populația matură din municipiu, cât și din suburbii. Cu utilizarea datelor despre numărul populației din Chișinău, a materialelor de apreciere complexă al sănătății orale, cu determinarea fluxului de pacienți a fost apreciată necesitatea reală a populației în serviciile stomatologice.

În structura IMSP CSM Chișinău funcționează secția de terapie stomatologică și secția de protetică dentară cu laborator dentar, care prestează servicii terapeutice și de protetică dentară cu utilizarea tehnologiilor moderne.

Analiza structurii organizaționale a IMSP CSM permite de a constata că această instituție corespunde cerințelor contemporane despre ce ne denotă rezultatele acreditării de către CNEAS.

Un rol important în procesul planificării se atribuie caracterizării serviciilor stomatologice. Pentru anii 2005—2007 o pondere mai mare în activitatea IMSP Centrul Stomatologic Municipal au avut serviciile stomatologice contra plată (86,3%). Prestarea serviciilor stomatologice în cadrul Protecției Sociale a unor categorii de populație din grupa social-dezavantajată a fost financiar asigurată de către Consiliul Municipal Chișinău. Din contul surselor bugetului local au fost distribuite 13,7%.

O atenție deosebită în procesul de planificare, este acordată caracterizării bazei tehnico-materiale a instituției și potențialului ei avansat. În acești ani a fost achiziționată tehnică medicală, aparataj performant în sumă de 2771,2 mii lei. Ponderea utilajului stomatologic reînnoit la ziua de azi, care este exploatat mai puțin de 10 ani, constituie 70,0%.

Au fost efectuate lucrări de reparație curentă, ce constituie o sumă de 1293,9 mii lei.

Resursele umane reprezintă ansamblul angajaților, care influențează, prin calitatea pregătirii profesionale și prin participarea lor progresul organizației ce furnizează servicii de sănătate populației.

Pe parcursul anilor 2005—2007 numărul angajaților în instituția noastră se planifica în jur de 183 colaboratori, din care 71,5% personal medical, 28,5% infirmieri și alt personal. Din numărul total al personalului

medical 43 % sunt medici stomatolog și 57% specialiști medicali cu studii medii. În structura potențialului de medici a Centrului, medicilor-stomatologi terapeuți îi revine cota de 62,9%, 37,1% — medici-stomatologi ortopezi și medici-stomatologi chirurghi. Din numărul total al medicilor 49% dețin categoria superioară de calificare, 26,4% — categoria I, 16,9% — categoria II de calificare, 7,7% — fără categorie (tineri specialiști). Între tehnicienii dentari 78,7% dețin categoria superioară și I de calificare. Asistentele medicale 100% atestați.

Un interes major din punctul de vedere al dezvoltării instituției noi am acordat managementului clinic și marketingului serviciilor stomatologice.

Pe parcursul aa. 2005—2007 au fost studiate și implementate în practica cotidiană 11 tehnologii noi.

Planul de marketing era alcătuit din:

- aprecierea condițiilor optimale în corelația necesității și ofertei tehnologiilor moderne însușite în aa. 2005—2007;
- selectarea sortimentului serviciilor stomatologice prestate populației, capacităților de lucru, sistemii de asigurare tehnico-materială a potențialului resurse umane a Centrului, a posibilităților financiare, a sistemii de realizare și promovare a serviciilor stomatologice pe piața.
- aprecierea părților mai vulnerabile a riscurilor și posibilităților IMSP Centrul Stomatologic Municipal.

Funcționează 5 programe care analizează procesul de dirijare și asigură formarea deciziilor administrative și apreciază situația după următoarele criterii:

1. Evidența și analiza activității IMSP Centrul Stomatologic Municipal;
2. Aprecierea și analiza potențialului „resurse umane” a instituției;
3. Evidența contabilă și dările de seamă în contabilitate;
4. Evidența materialelor consumabile;
5. Repartizarea surselor financiare la compartimentul „Retribuirea muncii”;
6. Monitorizarea volumului și calității serviciilor stomatologice prestate;
7. Activitatea organizator-metodică a IMSP Centrul Stomatologic Municipal.

Analiza economică a activității IMSP Centrul Stomatologic Municipal Chișinău pentru aa. 2005—2007 a permis de a aprecia cheltuielile efectuate a instituției pe perioada de referință și corelația lor cu indicii de bază a activității medicale stomatologice în cadrul serviciilor de specialitate prestate populației. După cum urmează în continuare, cheltuielile de bază a instituției au fost efective la organizarea și acordarea asistenței medicale de profil.

Executarea bugetului global pentru perioada aa. 2005—2007

În tab. nr.1 și nr. 2 sunt reflectate veniturile planificate și efectuate.

Pe aceeași perioadă de activitate au fost realizate cheltuieli financiare. În tab. nr. 3 și nr. 4 sunt reflectate cheltuielile planificate și efectuate:

Tabelul nr. 1

Dinamica veniturilor planificate în perioada anilor 2005—2007

Nr. d/o	Planificate anii	2005		2006		2007		Raportul procentual
		Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	
1.	Planificate venituri total	4774,7	100%	5097,6	100 %	5633,5	100%	+17,9 / +10,5
	inclusiv: a) cont special	3824,7	80,1	4179,0	81,9	4683,5	83,2	+22,4 / +12,0
	b) buget	950	19,1	918,6	18,1	950,0	16,8	0 / +3,4

Tabelul nr. 2

Dinamica veniturilor efective în perioada anilor 2005—2007

Nr. d/o	efective anii	2005		2006		2007		Raportul procentual
		Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	
1.	Efective cheltuieli total	4241,8	100%	4896,0	100%	5210,5	100%	+22,8 / +6,4
	inclusiv: a) cont special	3291,8	77,6	3977,4	81,3	4260,5	81,7	+29,4 / +7,1
	b) buget	950	22,4	918,6	18,7	950,0	18,3	0 / +3,4

Tabelul nr. 3

Dinamica cheltuielilor planificate în perioada anilor 2005—2007

Nr. d/o	Planificate anii	2005		2006		2007		Raportul procentual
		Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	
1.	Planificate venituri total	4774,7	100%	5097,6	100 %	5633,5	100%	+17,9 / +10,5
	inclusiv: a) cont special	3824,7	80,1	4179,0	81,9	4683,5	83,2	+22,4 / +12,0
	b) buget	950	19,1	918,6	18,1	950,0	16,8	0 / +3,4

Tabelul nr. 2

Dinamica cheltuielilor efective în perioada anilor 2005—2007

Nr. d/o	efective anii	2005		2006		2007		Raportul procentual
		Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	Suma mii lei	cota%	
1.	Efective venituri total	4272,8	100%	4967,6	100%	5543627	100%	+29,7 / +11,5
	inclusiv: a) cont special	3322,8	77,7	4049,0	81,5	4593627	82,8	+38,2 / +13,4
	b) buget	950,0	22,3	918,6	18,5	950,0	17,2	0 / +3,4

După cum urmează din tabelurile de mai sus se observă tendința de majorare a planificării atât a veniturilor, cât și a cheltuielilor financiare din an în an.

Acest fapt este motivat, dacă de analizat structura veniturilor, majorării lente, dar stabile a nivelului de trai al populației, implementării tehnologiilor contemporane, lărgirii spectrului de servicii calitative de performanță, ce la rândul său sporesc cota veniturilor planificate. Ce privește cheltuielile la fel în dinamică se observă aceeași majorare, ce la rândul său se datorează la așa factori ca sporirea prețurilor la fluide, materiale și consumabile utilizate, cât și majorarea salariilor col-laboratorilor instituției supuse studiului.

Concluzii

1. Planificarea economico-financiară se consideră ca obiectiv de bază în dezvoltarea și promovarea cu succes a unei instituții medicale de profil stomatologic în condițiile economiei de piață.

2. Optimizarea activității economico-financiare prin perfecționarea unei dirijări administrative de performanță este cheia succesului în planificarea

strategică de dezvoltare a serviciului stomatologic în sectorul de stat.

3. Statutul non-profit al unei instituții medicale care activează prioritar la autogestiune (cont special), nu permite de dezvoltă la nivel decent baza tehnico-medicală, ce diminuează în consecință posibilitatea instituției de a se promova pe piața serviciilor medicale stomatologice de performanță.

4. Planificarea economică prosperă este posibilă în condițiile unei economii stabile a țării, prin asigurarea garantată a principiilor autogestiunii în sectorul de stat.

Bibliografie selectivă

1. Corneliu Amariei. Introduceri în managementul stomatologic. „Viața medicală românească„. București, 1998, 163 p.
2. Constantin Ețco, Liudmila Goma, Elizaveta Reabov, Sergiu Marin, Nina Globa. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău, 2000, 379 p.
3. I.Mereuță, V.Cojocaru, C.Ețco, V.Gherman, S.Lupu. Managementul financiar al sistemului sănătății. Chișinău, 2004, 174 p.
4. Anatolie Pancenco. Serviciile stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane. Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2007, 174 p.
5. Dumitru Tintuc. Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale. Chișinău, 2007, 211 p.

Prezentat la 22.07.2008

TERAPIE MODERNĂ DE REFACERE DIRECTĂ CU SISTEME COMPOZIȚIONALE

Rezumat

Au fost refăcuți prin tehnologie inovatoare, pluristratificată (trei mase compoziționale diferite) 79 de dinți masticatori.

Summary

Contemporary therapy of direct restoration by means of composite systems

Seventy-nine masticating teeth have been restored. An innovative, pluristratified (3 different composites) technology has been used.

Burlacu Valeriu,
d. m., profesor
universitar,
șef catedră Stomatologie
Terapeutică FPM,
USMF „N. Testemițanu“

Elaborarea materialelor noi pentru refacerile dentare și perfectarea maselor bine cunoscute în practica stomatologică au favorizat esențial acumulării cunoștințelor necesare în realizarea lucrărilor cu sisteme adezive moderne.

De rând cu tehnicile de protezare cu incrustații, metaloceramică și ceramică se dezvoltă cu mare succes alternativa lor — folosirea restabilirilor compoziționale directe.

Stomatologia practică demonstrează rezultatele bune la distanță în refacerile masive a molarilor după tratamentul andodontic, fiind strict menținută regula a 3 „R“. Compozitele microhibride sunt bine adaptate întru refacerea directă a cavităților cariate de toate clasele Black. Stabilitatea față de abraziune și rezistența acestor compozite corespund aceluiași parametri a țesuturilor dure naturale dentare și permit de a reface dinții, care suportă supraforțări ocluzale la defecte de clasele I și II. Mai mult de cât atât, modelarea corectă a anatomiei suprafețelor masticatorii exclude formarea supracontactelor ocluzale capabile să supraforțeze materialul obturativ. Reeșind din cele expuse scopul lucrării a fost de a raționaliza tehnologiile de refacere directe dentare cu folosirea sistemelor adezive și rășinelor compoziționale moderne.

Scopul lucrării a trasat obiectivul de a estima procedeul tehnic de refacere directă cu sisteme compoziționale moderne a cavităților cariate masive de clasele I și II Black.

Pentru astfel de realizări vom prevedea tehnica restaurării directe pluristratificate. Acest procedeu combină folosirea sistemelor adezive de generația V (primer and bond NT), compozitelor tradiționale lichide (X-Flow) și celor consolidate (SureFil).

Material și metode. Rezultate și discuții

Au fost refăcuți 79 de dinți masticatori (39 premolari și 40 molari).

Etapele realizării:

1. Curățirea dinților de depuneri cu ajutorul instrumentelor de înlăturare a depunerilor supradentare (de polizare, periute rotative, discuri etc.). Cu folosirea pastelor abrazive fără fluor. Acestor proceduri au fost supuși dintele cauză, cei vecini și antagonistul. Curățirea se finaliza prin spălarea abundentă cu apă.
2. Programarea construcției refacerii și selectarea tonalităților materialului compozițional- procedeu complicat și responsabil, de care depinde rezultatul final.

Am realizat:

- a) Elaborarea planului general de construire a refacerii;
- b) Elaborarea planului de preparare a țesuturilor dure;
- c) Selectarea masei de refacere adecvată, estetică și medicală;
- d) Determinarea necesităților folosirii pivoților;
- e) Aprecierea stării igienice;
- f) Aprecierea sănătății parodontale;
- g) Discutarea planului cu pacientul și a posibilităților complicații.

Acțiunile stomatologului la planificarea refacerii directe au inclus:

1. Diagnosticul anatomic:
 - Aprecierea dimensiunii dinților pentru refacere;
 - Aprecierea conturației externe, topografiei, contactelor, formeii marginii gingivale;
 - Aprecierea particularităților morfologice dentare, expresia curburii coronare, reliefului coetului etc;
 - Aprecierea coraportului ocluzal a dinților în refacere.
2. Diagnosticul de culoare:
 - Determinarea culorii de bază a dintelui și gradului de saturație;
 - Aprecierea particularităților individuale de culoare (tonalitatea de colet, marginea incizală și suprafețelor de contact) ;
 - Determinarea topografiei sectoarelor transparente;
 - Aprecierea particularităților individuale a structurii morfologice a suprafeței smalțului, care acționează procesele de reflecție și refracție a luminii.

Am dus cont de responsabilitatea de vârf a refacerii — aprecierea culorii (au participat trei persoane, responsabilitatea revenindu-i medicului stomatolog). Nu vom uita că culoarea dintelui în refacere poate fi modificată de culorile deschise ale pereților tavanului și perdelor. Anticipat determinării culorii am umecat dintele cauză și cel din cheia de culori.

Conform scalei „VITA SHADE“ dinții pot prezenta patru variante de culoare:

- Roșietică-brună: A1;A2;A3;A3,5;A4;
- Roșietică-galbenă: B1;B2;B3;B4;
- Gri: C1;C2;C3;C4;
- Roșietică-gri: D2;D3;D4.

Reeșind din faptul că dinții nu sunt monocolori materialele restaurative sunt elaborate în următoarele variante:

- a) Smalț — cu transparență corespunzătoare smalțului;
- b) Dentină — imitează transparența dentinei;
- c) Marginea incizală — posedă de transparență majoră.

Prin urmare dinții prezintă trei zone de culoare. Tehnologia „VITA SHADE„, determinând numai culoarea corpului propune următoarea asamblare a celorlalte două componente.

Coetul dintelui	A2	A3,3	C4	C3	B4	C4	C4	C4	C4
Corpul dintelui	A1	A2	A3,5	B2	B3	C2	C3	D2	D3
Marginea incizală	B1	C1	C1	B1	C2	C2	D3	C1	C1

Am dus cont de momentul, că intensitatea colorației refacerii va depinde de grosimea ei. Pentru o restabilire de esteticitate performantă v-or participa cel puțin 5—7 segmente.

3. Prepararea cavității cariate a fost efectuată prin

principiul „obturației profilactice“. În câteva cazuri au fost formate puncte de retenție nu au fost lăsat smalț subminat și bizotat marginile ocluzale.

4. Izolarea dintelui de salivă, a fost realizată prin aplicarea Kofferdamului — unica cale de izolare ideală.

5. Prelucrarea medicamentoasă și uscarea cavității preparate a prevăzut: înstrăinarea rumegușului de dentină, microorganismelor și salivei (cu apă distilat, Ser fiziologic și nici de cum apa oxigenată, etanol și eter). Uscarea a fost făcută atent, grijuliu și fără prezența aerosolilor de ulei.

6. Aplicarea obturației de bază. Sa reeșit din faptul, că sistemele moderne adezive prin formarea stratului hibrid izolează bine organul pulpar. Prin urmare, obturația de bază a fost folosită numai în cazurile de prezență a zonelor localizate la cornul pulpar (strederea lui) sau la o descoperire accidentală minoră a lui. Au fost folosite Dycal, Life, Ultrablend etc, în formă de picături de acoperire, administrată cu ajutorul sondei.

7. Aplicarea sistemii adezive- de regulă de generațiile V—VI (3:1), mai rar au fost folosite cele de generația IV. Am reeșit din faptul, că ultimile generații a sistemelor adezive sunt cele autogravante, pe când generațiile III—IV insistă realizarea procesului de gravare separată, urmată de praimarea (condiționarea) dentinei și bondingarea ambelor țesuturi dure dentare. Am menținut strict cerințele adnotărilor anexate la sistemele adezive.

Fotopolimerizarea bondingului a format o peliculă lucitoare a stratului inhibat de oxigen, fără care nu poate avea loc coeziunea primului strat de rășină compozițională. Prin urmare în lipsa acestei „pelicule“ procedura de bondingare a fost repetată.

8. Formarea stratului adaptiv incipient în cavitatea cariată preparată numai pe sectoarele problematice: peretele gingival, unghiurile între pereți și planșeul, reliefări neuniforme) prin aplicarea unei porțiuni subțiri de X-Flow compozit și fotopolimerizarea conform instrucțiunii. Am reeșit din faptul, că Flow compozitul acoperă toate microspațiile, aprovizionând adezivitatea marginală ideală, formând în același timp sub refacerea „o pernă elastică“ care poate compensa tensiunile, provocate de acțiunea forțelor ocluzale.

9. Refacerea cavității preparate cu compozit consolidat, nanoumplut (SureFil), în varianta infraobturație, cavitatea rămânând infrarefăcută cu 1—1,5 mm ocluzal. Restabilirea sa efectuat prin straturi orizontale de compozit de 2mm în grosime, fiind fotopolimerizate direcționat. Procedura obligatorie de aministrare a straturilor este contactul porțiunii doar cu un perete pentru preântâmpinare ruperii prin efectul de comprimare de la peretele opus.

10. Fațetarea suprafeței infraocluzale cu un compozit microhibrid (Esthet X improved). Sectorul rămas de 1—1,5 mm a fost supus umplerii cu o rășină compozițională microhibridă universală. Suprafața a fost modelată conform cerințelor reliefului ocluzal, fiind fotopolimerizată direct. La clasa a II Black a fost

refăcut punctul de contact prin folosirea penei interne cu fotopolimerizare suplimentară după înlăturarea matricei (plăcuței de separație). Sa finalizat procedura prin fațetarea suprafeței refăcute cu material micro-hibrid.

11. Prelucrarea finală a refacerii-procedeu de o responsabilitate majoră. Am dus cont de momentul, că șlefuirea și polizarea sunt elemente strict obligatorii, chiar și în cazul folosirii capelor, de oare ce polimerizarea suprafețelor contactante cu aerul rămâne incompletă (se păstrează stratul inhibat de oxigen-strat foarte slab la acțiunile exogene. În rezultatul prelucrării finale corecte a fost obținută o adeziune marginală ideală, demonstrată prin mișcarea sondei la hotarul „refacere — țesut„, care nu se reține dar lunică liber.

V-om menține regula „Timpul folosit la prelucrarea finală va fi egal cu timpul cheltuit la construirea refacerii“.

Etapele finale de prelucrare au inclus:

- Macroconturarea — corectarea formei refacerii cu evidența coraportului ocluzal (cu freze diamantate și răcire).
- Microconturarea — formarea suprafeței netede cu freze diamantate (mărunt granulate) cu răcire cu apă;
- Șlefuirea și polizarea cu folosirea completețelor speciale, având scopul de a obține netezire și luciu ideal, adecvat smalțului natural (Enhance cu instrumente abrazive, diverse după formă și structură, paste speciale fine și ultrafine). La șlefuirea și polizarea punctelor de contact am folosit stripse metalice plastice textile.

12. Postbonding și rebonding (peste 2 săptămâni după refacere) — etape de aplicare a ermeticilor de suprafață (Bondingul) întru umplerea microcrașurilor mai ales celor prezente între restabilirea și țesutul dur dentar.

Firma „Kerr“ a elaborat și propus practicii stomatologice un ermetic special cu numele „OptiGuard“,

care elimină și fluor în țesuturile dentare, prevenind recidivul cariilor. Ermetic asemănător a elaborat firma „Bisco“ cu numele „FortiFy“.

13. Fluorizarea sectoarelor de smalț adiacente refacerii își are scopul de majorare a procesului de mineralizare a smalțului, demineralizat prin gravare. Proedura poate fi realizată prin folosirea remediilor care conțin fluorul (soluții, geluri). Noi am folosit sistemul „OptiGuard“ care a exclus realizarea fluorizării suplimentare din considerențele mai sus menționate. Face de atenționat necesitatea de a preântâmpina folosirea fluor lacului, care modifică culoarea refacerii.

14. Recomandări pacientului. Am reeșit din faptul, că compozitul în momentul iluminării prezintă doar 50% de polimerizare, în următoarele 24 ore, aproximativ 40%, iar în timp de 7 zile încă 10% de polimerizare. Evoluția polimerizării compozitului a insistat necesitatea de a recomanda pacienților supuși refacerilor dentare directe:

- Să nu primească alimentație primile 2 ore;
- Să nu folosească în timpul de 24 ore după refacere produse alimentare iritante, dure;
- Li s-a interzis folosirea pe parcursul a 24 ore după refacerea a ceaiului, cafelei, tutunului, coca-cola, vin roșu, ruj de buze, fructe colorate, etc;
- Li s-a recomandat adresarea repetată la medicul stomatolog la păstrarea durerilor ușoare post tratament mai mult de 7—10 zile.

Concluzie

Tehnica de refacere directă multistratificată cu rășini compoziționale fluide, cele consolidate și hibride microumplate compensează tensiunile, provocate de acțiunea forțelor ocluzale.

Bibliografie.

1. Marek Tomankiewicz. Materialy ztozone kompozytowe w stomatologii Lublin, 2001, 131 pag.

Prezentat la 30.05.2008

POSSIBILITĂȚI DE A ALEGE MATERIALUL DE RESTAURARE A EROZIUNILOR CERVICALE CAUZATE DE FORȚELE OCLUZALE PARAAXIALE PRIN UTILIZAREA UNUI MODEL DE ANALIZĂ PRIN „ELEMENT FINIT“

Rezumat

Odată cu evoluția informaticii și a sistemelor electronice de calcul digital, cercetarea medicală și-a îndreptat tot mai mult atenția spre perfecționarea unor modele matematice capabile să simuleze evoluția unor structuri și procese biomedicale. Din acest motiv, modelarea și simularea biomecanicii unor tratamente ortodontice și de ortopedie dento-facială reprezintă domenii de cert interes în cercetarea medicală actuală. Analiza prin element finit utilizează un număr foarte mare de ecuații. Modelarea se poate efectua cu ajutorul programelor de modelare a elementului finit sau în alte programe de modelare 3D, cum ar fi: Rhinoceros, AutoCad, Algor, Cathia,

**Prof. Dr. Ștefan Lăcătușu,
Dr. Tiberiu Tărcă,
Dr. Galina Panca,
Dr. Angela Gheorghe,
Dr. Simona Stoleriu,
Lăcătușu Diana**

Facultatea de medicină dentară – Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“ Iași

3DstudioMax,etc. Modelarea tridimensională și analiza prin element finit permit studiul unui număr nelimitat de variante, create prin modificarea diversilor parametri, fiecare modificare ducând la obținerea unui nou model. Avantajul major al acestei metode este acela al posibilității de vizualizare a tensiunilor apărute la nivelul intern al structurilor. Oferă posibilitatea construirii unei baze de date și a implementării sale software în vederea predicției apariției riscului de fisură; aceste fisuri duc la deteriorarea integrității structurale a materialului, și la o scădere a rezistenței la acțiunea factorilor mecanici, fizici și chimici.

Cuvinte-cheie: eroziunilor cervicale, model de analiză prin element finit.

Summary

The use of „Finite element analysis“ in treatment of cervical erosions produced by para-axial occlusal forces

The development of informatic science allowed to medical research to focus on the mathematic models that simulate the evolution of the biomedical structures and processes. In actual medical research, the modeling and simulation of the dento-facial treatments biomechanic processes represents an area of high interest. The modeling can be processed with some modelling programs for finite element or 3D modeling programs as well as Rhinoceros, AutoCad, Algor, Cathia, 3DstudioMax. The tridimensional modeling and finite element analysis allows the study of numerous variants, created through modification of specific parameters. Finite element analysis allows visualisation of tensions produced in internal structures of dental tissues. Through finite element analysis can be predicted the risk of fissure producing at cervical areas. These fissures can contribute to degradation of the material integrity and reduce the resistance to the action of the mechanical, physical and chemical factors.

Key words: CERVICAL EROSIONS, FINITE ELEMENT ANALYSIS

Introducere

Biomecanica masticatorie și cea a punților dentare constituie un alt domeniu medical în care cercetarea prin modelare și simulare numerică reprezintă o soluție pentru surprinderea și investigarea unor aspecte biomecanice cu grad înalt de variabilitate intra- și interindividuală, a unor sisteme biologice deosebit de complexe morfo-funcțional și care, datorită dimensiunilor mici și accesului dificil, nu se pretează unor investigații directe, pe pacient.

Astfel, cercetările pentru dezvoltarea unor instrumente de modelare și simulare numerică în domeniile medicale amintite mai sus pot sta la baza unor instrumente rapide de investigare și evaluare a distribuției forțelor ortodontice și masticatorii, cu aplicații clinice în planificarea individualizată a tratamentului anomaliilor dento-maxilare, respectiv a unor forme de edentație parțială.

În încercarea de a înțelege mai bine tensiunile existente în structurile odonto-parodontale în timpul funcționalizării acestora, s-au utilizat de-a lungul timpului diferite metode.

Modelarea tridimensională și analiza prin element finit permit studiul unui număr nelimitat de variante, create prin modificarea diversilor parametri, fiecare modificare ducând la obținerea unui nou model, lucru ce nu ar fi posibil în nici una din metodele amintite. În plus, avantajul major al acestei metode este acela al posibilității de vizualizare a tensiunilor apărute la nivelul intern al structurilor.

Acestea răspund scopului principal al cercetării, de dezvoltare și validare experimentală a unui model analogic original și a modelului numeric asociat acestuia, pentru investigarea și evaluarea forțelor și biomecanicii ortodontice prin simularea deplasării dentare și a distribuției presiunilor periodontale la nivelul unor dinți monoradiculari supuși acțiunii unor forțe ortodontice unice sau asociate unui cuplu antirotational de forțe.

Material și metodă

Analiza prin element finit utilizează un număr foarte mare de ecuații, această analiză se bazează pe câteva principii relativ simple, cum ar fi:

- modelarea obiectului;
- definirea parametrilor materialelor și a contactelor;
- discretizarea modelului și stabilirea tipului de elemente (meshing);
- aplicarea constrângerilor și încărcărilor asupra obiectului;
- definirea tipurilor de contact;
- rezolvarea sistemelor de ecuații obținute în urma modelării matematice;
- afișarea rezultatelor simulării.

Modelarea se poate efectua cu ajutorul programelor de modelare a elementului finit sau în alte programe de modelare 3D, cum ar fi: Rhinoceros, AutoCad, Algor, Cathia, 3DstudioMax,etc. În urma modelării trebuie să se obțină un obiect solid, plin, realizat din suprafețe. Dacă modelul nu a fost realizat într-un program de analiză FEA (Finite Element Analysis) v-a trebui exportat într-un format compatibil cu programul de analiză.

Odată realizat modelul, acesta trebuie discretizat, adică „împărțit”, în elemente geometrice regulate (a căror dimensiune poate fi aleasă) elemente care au același comportament ca întregul, dar prin geometria regulată impusă de program devin ușor de analizat. Stabilirea tipului de elemente (tetraedrale, hexaedrale, etc.) este de multe ori arbitrară, deoarece structura polimorfă a structurilor anatomice necesită combina-

ții ale acestor elemente, lucru nepermis de către software, în marea majoritate a cazurilor.

Cu cât modelul discretizat (mesh-ul rezultat) va avea mai multe elemente, cu atât rezultatul final va fi mai apropiat de realitate. Dezavantajul unui număr crescut de elemente este reprezentat de numărul mare de ecuații, și deci un timp crescut de prelucrare uneori exagerat de mare. Simplificarea modelului reduce din sarcina mașinii, dar, subsecvent reduce și din fidelitatea analizei. Ulterior se adaugă și comportamentul materialului iar limitele sunt impuse fiecărui element. Rezultă un sistem de n-ecuații cu n-necunoscute, unde n este numărul nodurilor. Așadar capacitatea de calcul necesară este mare, dar algoritmi actuali precum și viteza de procesare a mașinilor de calcul moderne poate face față cu succes.

Așadar un proces FEA presupune parcurgerea următoarelor etape:

- preprocesarea;
- modelarea obiectelor;
- meshing-ul;
- definirea proprietăților de material, a încărcăturilor și a constrângerilor;
- analiza propriu-zisă;
- postprocesare.

Programul are o bază de date în care sunt cuprinse o serie de materiale cu principalii parametri. Atunci când materialele care interesează nu se regăsesc în baza de date, utilizatorul poate să le definească, cu constantele care servesc studiului. De obicei aceste constante de material sunt de tipul: constanta lui Poisson, modulul de elasticitate, densitate, rezistența la compresiune, rezistența la întindere, temperaturi de topire etc. Unele studii nu necesită toate caracteristicile de material ci doar 2-3 dintre ele, în funcție de tipul experimentului — solicitare mecanică (reacție la întindere, compresiune, șoc etc), studiu termic etc.

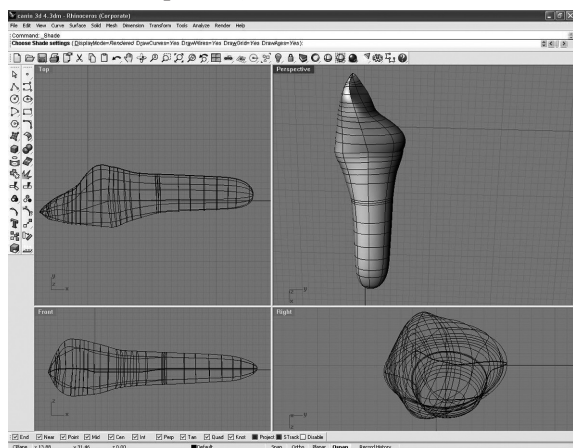


Figura 1. Modelarea 3D a caninului.

Odată realizat modelul, acesta trebuie exportat într-un format caracteristic solidelor (de ex. *.x_t, *.x_b, *.sat) în vederea analizei ulterioare.

Analiza solicitării se realizează folosind metoda elementului finit, care este potrivită analizei structurilor biologice de vreme ce ne permite o modelare mai

ușoară a unor domenii ce au o diversitate mare de materiale și o structură geometrică complexă. Platforma de element finit o reprezintă COSMOSWorks 2007.

Modelul discretizat este format din 48138 noduri și 32382 elemente cu o toleranță de $2,5 \cdot 10^{-5}$.

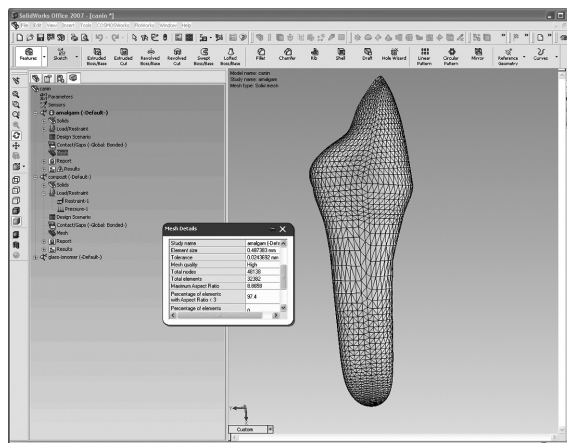


Figura 2. Mesh-area caninului.

Materialele folosite la analiză, cu parametrii caracteristici, sunt trecute într-o librărie de materiale, de unde sunt accesate. În cazul de față am analizat trei tipuri de materiale: amalgam, glass-ionomer și compozit.

Datorită naturii contactului ocluzal, în cursul masticației se produc solicitări (forțe) orizontale și axiale. Această combinație de forțe determină deplasarea dinților în orice direcție. Consistența alimentelor influențează frecvența și gradul de contact. Alimentele moi sunt mai puțin masticate iar în fiecare ciclu masticator survin contacte dentare tot mai dese cu cât alimentul este mai dur. Astfel, în cursul masticației cărnii este de 1.75 mm și de 0.9 în cazul masticației unui morcov.

Unghiul de contact este influențat de morfologia ocluzală. La om, forța de masticație este evaluată la 500 N în regiunea molară și de 100 până la 200 N în regiunea incizală. Solicitarea axială maximă este de 70—150 N.

Nivel mare al solicitării se descrie la bruxomani. Solicitarea ocluzală în bruxism poate atinge valori de până la 1000 N (Peters et al). Datorită naturii dinamice, solicitările reale în cursul masticației sunt dificil de evaluat (Anusavice). Datorită dispersiei acestor solicitări s-a luat în considerare un model de solicitare unitară astfel încât să se poată realiza o analiză parametrică lineară. Această unitate prezintă componente orizontale (laterale) și verticale (axiale) aplicate la nivelul punctului de contact.

Rezultate și discuții

Materialele supuse analizei au următoarele caracteristici:

Materialul	Modulul de Elasticitate (GPa)	Constanta lui Poisson	Rezistența la compresiune (Mpa)
Amalgam	55	0,33	310
Glass-ionomer	85	0,3	414
Compozit	220	0,22	551,49

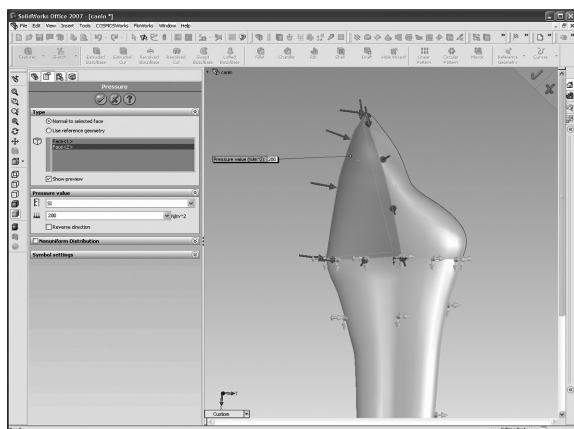


Figura 3. Aplicarea forțelor și constrângerilor — fața vestibulară.

Constrângerile simulează inserția (fixarea) caninului în alveola dentară.

Forțele aplicate au avut valori și orientări diferite. Acestea au fost alese pe când de la constatările făcute de diverși autori, conform cărora la nivelul caninilor se pot înregistra forțe funcționale de până la 200 de N.

În studiul nostru am ales această valoare ca fiind limita fiziologică superioară, la care modificările parodontale sunt fiziologice și reversibile, în cazul aplicării ei axiale. Ne-a interesat însă care sunt efectele în cazul aplicării ei dinspre vestibular, știut fiind că acțiunea excentrică a unor forțe considerate altfel fiziologice, poate induce tensiuni ce depășesc capacitatea de răspuns a materialelor și induc, de asemenea flexiunea dintelui.

În imaginile furnizate prin analiză, se constată zone de compresie în ariile de aplicație a forței și în cea de sprijin. De asemenea se observă, zone de întindere și compresione la nivelul zonei studiate, ceea ce susține constatările clinice conform cărora astfel de materiale, dacă nu sunt realizate și utilizate corespunzător, pot conduce la eroziune și deci la fisură.

După introducerea tuturor datelor, urmează etapa de rezolvare a sistemelor de ecuații diferențiale caracteristice procesului studiat. Afișarea rezultatelor obținute poate fi realizată cromatic, pe scală de culori sau alfa-numeric, dar interpretarea acestor date, se bazează pe cunoașterea intimității fenomenelor matematice obținute în urma analizei, a teoriilor de rezistență a materialelor (tensiuni von Mises, Mohr-Coulumb, temperatura, etc) care fundamentează obținerea unor rezultate corecte și pertinente.

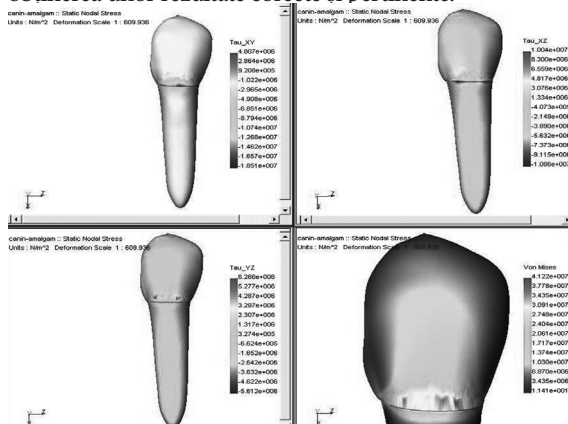


Figura 4. Tensiunile axiale și rezultanta lor

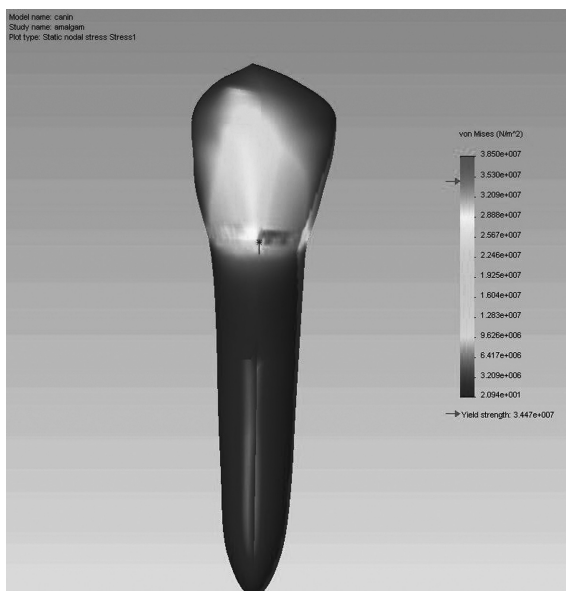


Figura 5.a. Rezultatul Von-Mises pentru amalgam — fața vestibulară

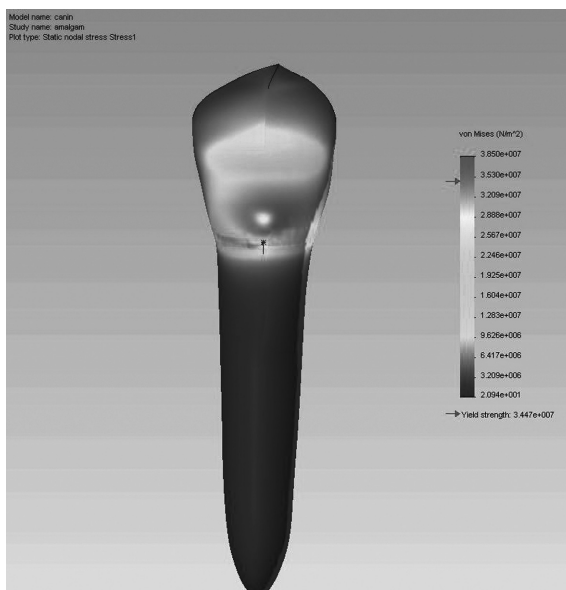


Figura 5.b. Rezultatul Von-Mises pentru amalgam — fața linguala

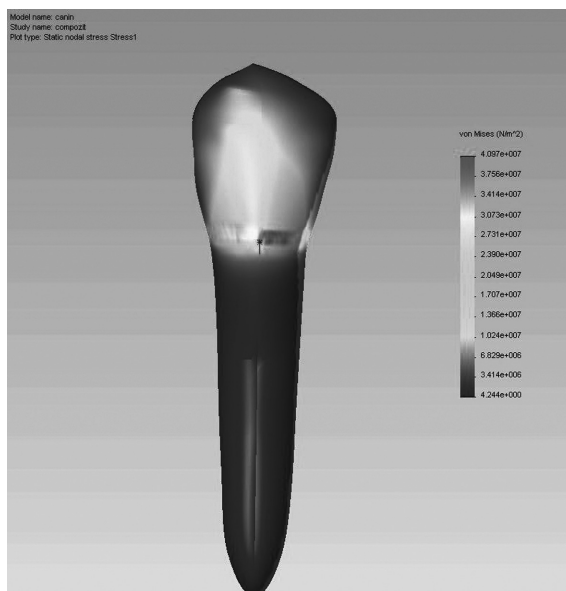


Figura 6.a. Rezultatul Von-Mises pentru compozit — fața vestibulară

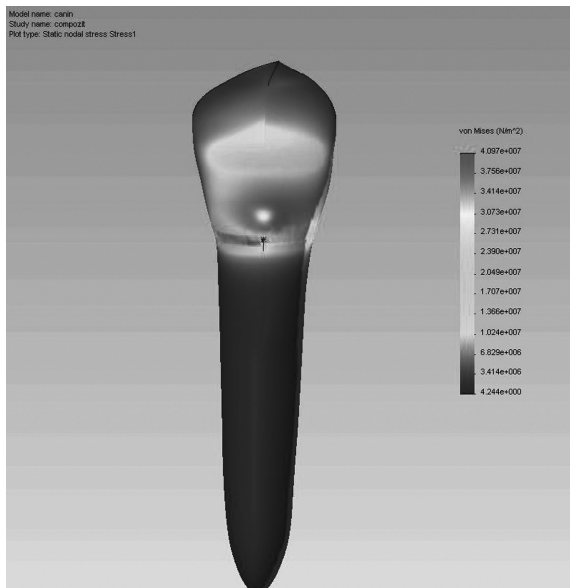


Figura 6.b. Rezultatul Von-Mises pentru compozit — fața linguala

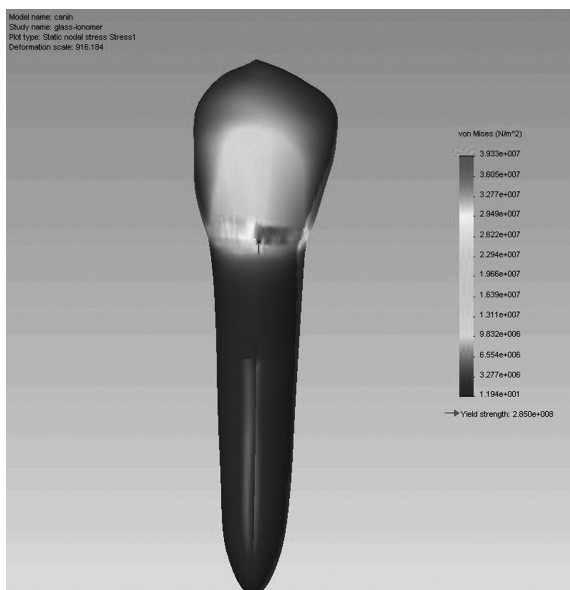


Figura 7.a. Rezultatul Von-Mises pentru glass-ionomer — fața vestibulară

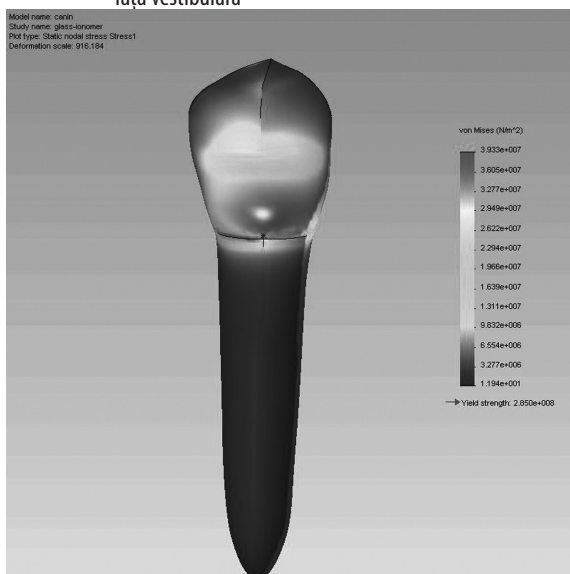


Figura 7.b. Rezultatul Von-Mises pentru glass-ionomer — fața linguala

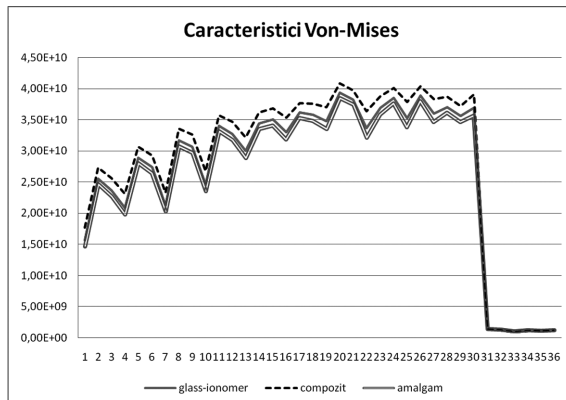


Figura 8. Distribuția tensiunilor Von-Mises pe fața vestibulara a caninului în funcție de material (punctele de maxim sunt înregistrate la nivelul cervical)

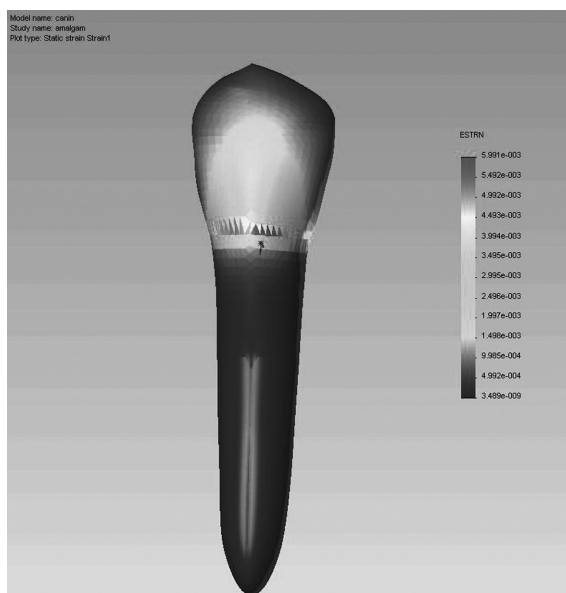


Figura 9. Deformarea amalgamului — fața vestibulară

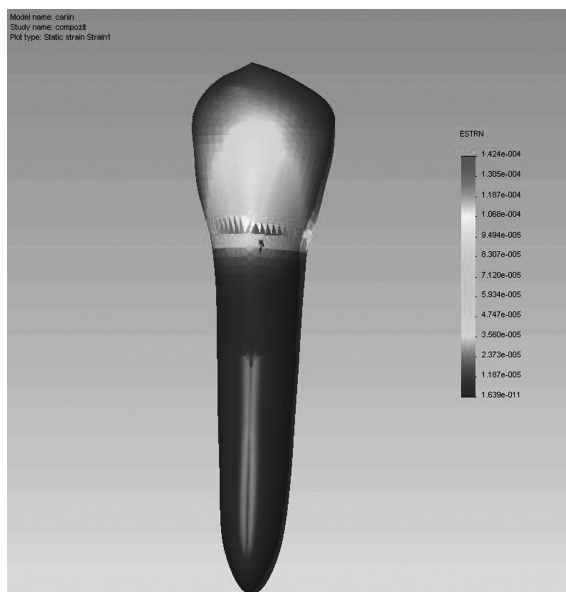


Figura 9. Deformarea compozit — fața vestibulară

Se observă diferențierea clară între cele trei materiale, datorată proprietăților de elasticitate specifice materialelor sub acțiunea unei forțe. Aplicarea unei

forțe medii de 111N va avea ca rezultat inducerea unor tensiuni maxime diferite cum ar fi: amalgam de $3,85 \cdot 10^7$ N/m², $4,097 \cdot 10^7$ N/m² pentru compozit și $3,933 \cdot 10^7$ N/m² în cazul glass-ionomerului. Deci, compozitul prezintă o rezistență scăzută față de glass-ionomer și amalgam, modificându-și structura mult mai ușor față de celelalte două materiale.

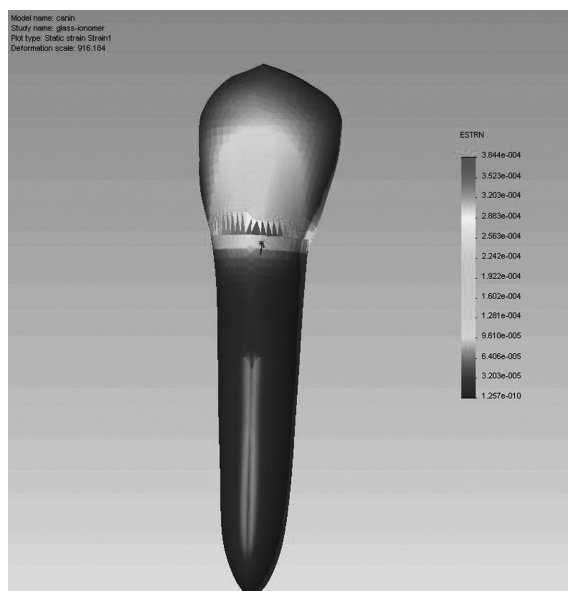


Figura 9. Deformarea glass-ionomerului — fața vestibulară

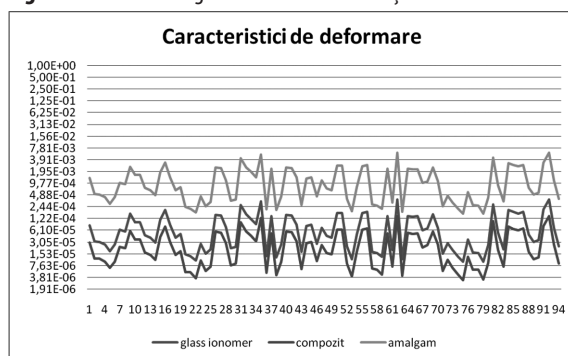


Figura 10. Deformarea materialelor la zona de tensiune maximă (cervicală)

Conform Figurii 10 se observă că intervalul de interes pentru fiecare material în parte diferă în mod semnificativ, lucru datorat proprietăților materialelor folosite. Astfel, amalgamul va prezenta un interval de deformare de până la 0.006, compozitul până la 0.00014, iar glass-ionomerul până la 0.00038.

Deformarea specifică, asociate forței de 111N nu prezintă un interes semnificativ în cazul nostru, deoarece are o valoare foarte mică (de ordinul nm), așa cum este ilustrat în figura următoare.

Se observă că diferite forțe generează tensiuni diferite. De aceea, tensiunea a fost distribuită pe toată lungimea dintelui dar a fost concentrată la nivelul regiunii cervicale. În urma simulării, tensiunile intrinseci rezultate din stres au apărut în principal la apexul rădăcinii; forțele extrinseci au generat tensiuni similare celor intrinseci.

Materialele supuse studiului au fost considerate omogene, izotrope și liniare din punct de vedere elas-

tic. Cu toate că o analiză exactă necesită tratarea lor ca fiind materiale anizotrope, studiile prin metoda elementului finit, în general, presupun că aceste materiale sunt izotrope. Acest studiu oferă totuși o fundație solidă și maleabilă pentru analiza FEM a unui sistem. Punctele forte ale acestui tip de analiză este acela că parametrii pot fi modificați oricât este necesar, atât în geometria construcției cât și în variabilitatea matematică a indicilor materialelor.

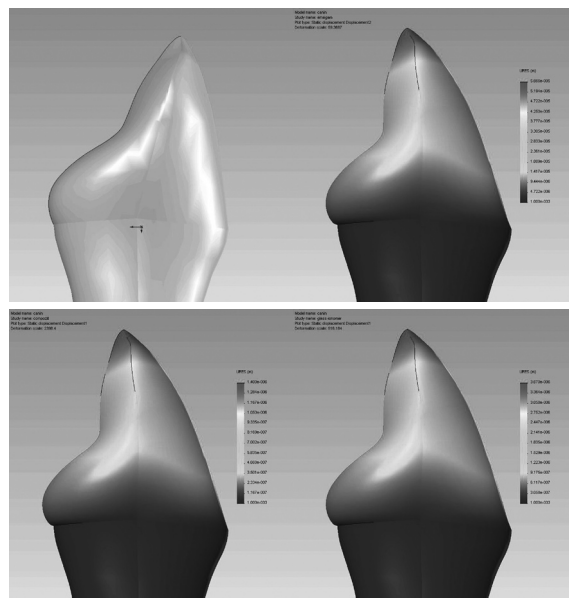


Figura 11. Deformarea specifică la aplicarea unei forțe, datorate grosimii materialului.

Concluzii

- Modelarea tridimensională și analiza prin element finit permit studiul unui număr nelimitat de variante, create prin modificarea diversilor parametrii, fiecare modificare ducând la obținerea unui nou model;
- Avantajul major al acestei metode este acela al posibilității de vizualizare a tensiunilor apărute la nivelul intern al structurilor;
- Oferă posibilitatea construirii unei baze de date și a implementării sale software în vederea predicției apariției riscului de fisură; aceste fisuri duc la deteriorarea integrității structurale a materialului, și la o scădere a rezistenței la acțiunea factorilor mecanici, fizici și chimici;
- Aceste fisuri pot acumula, în unele cazuri, placă bacteriană care să favorizeze dezvoltarea cariilor dentare;
- Se recomandă extinderea studiului pe situații clinice care să aibă în vedere diferite tipuri de solicitări.

Bibliografie

1. Black, J. Biological Performance of Materials: Fundamentals of Biocompatibility, N.Y., Marcel Dekker Inc. 1999.
2. Shackelford, J.F., Introduction to Materials Science for Engineers; fourth edition. 1996.
3. Cohen, B.I., Pagnillo, M.K., Deutsch, A.S. and Musikant, B.L. Fracture Strength of Three Core Restorative Materials Supported with or without a Prefabricated Split-Shank Post, Journal of Prosthetic Dentistry, 78: 560-565, (1997).

- Silver, F.H., and Christiansen, D.L., *Biomaterials Science and Biocompatibility*. New York, Springer-Verlag 1999.
- Holmgren EP, Seckinger RJ, Kilgren LM, Mante F. Evaluating parameters of osseointegrated dental implants using finite element analysis—a 2-dimensional comparative study examining the effects of implant diameter, implant shape, and load direction. *J Oral Implantol*. 1998; 24:80-88.
- Akpınar I, Anil N, Parnas L. A natural tooth's stress distribution in occlusion with a dental implant. *J Oral Rehabil*. 2000; 27:538-545.
- Hubsch PF, Middleton J, Knox J. A finite element analysis of the stress at the restoration-tooth interface, comparing inlays and bulk fillings. *Biomaterials*. 2000; 21:1015—1019.
- Tanne K, Mamoru S, Burstone C. Three-dimensional finite element analysis for stress in the periodontal tissue by orthodontic forces. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1987; 92:499-505.
- L. Boschian Pest, S. Guidotti, R. Pietrissima, M. Gagliani- „Stress distribution in a post-restored tooth using the threedimensional finite element method„, *Journal of Oral Rehabilitation* (33), 690-697, 2006
- P.M. Cattaneo, M. Dalstra, B. Melsen- „The Finite Element Method: a Tool to Study Orthodontic Tooth Movement„, *J Dent Res* 84(5):428-433, 2005.

Prezentat la 24.06.2008

ALBIREA DINȚILOR. CONSECINȚE ȘI COMBATERE

Rezumat

În procedeul de albire sunt posibile o sumedenie de efecte adverse, care pot fi preântâmpinate numai grație prin stricteția realizării etapelor de albire.

Summary

Tooth whitening: Consequences and control

The procedure of whitening can be associated with a great number of side-effects that can be prevented by the strict fulfilment of the stages of whitening.

Actualitate

Una din cele mai actuale probleme științei stomatologice este cea de elaborare a procedeele raționale de albire a dinților .

În spectrul metodologiilor de albire a lor este inclus și procedeul chimic. În baza lui sunt amplasate procesele de oxidare apărute asupra țesuturilor dure dentare. În anul 1847 a văzut lumina tiparul prima lucrare despre aplicarea peroxidului de hydrogen în calitate de albitor. Este bine cunoscut faptul, că peroxidul de hydrogen se descompune în apă și oxigenul atomic. De oarece apa oxigenată este o substanță nestabilă, în sistemele moderne de albire mai frecvent sunt folosite peroxidul de carbamidă și peroxidul de ureie, care în urma descompunerii de asemenea formează oxigenul atomic. Intensitatea discromiei dentare este determinată de numărul de compuși pari ai carbonului. Oxidarea favorizează formării unor compuși mai simpli, unitari ai carbonului, care aprovizionează minorizarea pigmentării, albind dinții. Este vădit faptul, că organismul uman va fi capabil să reprogrameze starea inițială a țesuturilor și peste o perioadă de timp respectiv efectul albirii va slăbi.

V-om menționa, că după albirea chimică această perioadă, constituie 1—2 ani, clinic satisfăcătoare pentru majoritatea pacienților.

Nu v-om uita că materialele artificiale nu se supun procesului de albire și prin urmare una din condiții necesare de menținut va fi lipsa lor pe suprafețele vestibulare dentare.

Altă condiție necesară menținerii va fi lipsa defectelor obturative și sectoarelor protejate de dentină, deoarece poate fi provocată senzații hiperestezice.

O conștientizare insuficientă a sensului problemei proceselor de albire poate provoca dubii atât din partea medicului stomatolog, cât și pacientului. Propunerilor de către firmele producătoare a sistemelor de albire sunt numeroase, dar câteodată dinții pacienților nu se albesc satisfăcător în contrarul realizărilor efectuate, parcă cu strictețe după cerințele și regulamentul instrucțiilor sau apar complicații nedorite. Care ar fi cauzele?

În general, vom duce contul, că albirea dinților este o reacție chimică dirijată (controlată). În această reacție se includ două sau câteva elemente inițiale, în urma căreia se formează compuși noi. Nu se exclude că reacție din diverse cauze poate să nu evolueze în genere. În cazul, când ea a avut loc, ne va îngrijora viteza ei și securitatea țesuturilor adiacente.

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

Cartaleanu Angela, d.m.,

Ursu Elvira d.m.,

Ojovan Ala, d.m.,

**Vataman Feodosii, categoria
superioară,**

Burlacu Victor,

USMF „N. Testemițanu“

Albirea dinților ca reacție are loc între un oarecare oxidant (exemplu oxigenul atomic) și moleculele țesuturilor dentare dure, care conțin pigmentul (discolorantul). Teoretic, în urma unei reacții nestăpânite, putem obține oxidul carbonic și apă. Strictețea controlului poate preîntâmpina formarea acestor compuși. Eficacitatea albirii va depinde pe de o parte, de tipul pigmentului găsit în țesuturile dure dentare, cantitatea lui și profunzimea penetrării lui și de altă parte, de reactivitatea oxidării, capacitățile ei de a pătrunde la profunzimea satisfăcătoare în țesut și viteza petrecerii reacției date. După procedura dinții devin vizual mai luminoși, deoarece produsele intermediare a reacției chimice sunt mai luminoase de cât cele inițiale.

Cum am mai menționat, în calitate de agenți albitori în sistemele moderne, de regulă, sunt folosite peroxidul de hidrogen și peroxidul carbamidei. Produsele date spontan se descompun cu formarea oxigenului atomic, care dispune de efectul oxidantului, prin urmare și de cel al albirii. Pătrunderea are loc prin calea matricei organice, între cristalele anorganice din profunzimea țesuturilor dure unde și are loc reacțiile mai sus enumerate, cu efectul de albire a smalțului și dentinei.

Scopul lucrării

De a analiza efectele adverse ale albirii în scopul preîntâmpinării apariției lor, obiectivele cercetării a reșit din scopul fluorării și a constituit procesul de determinare a cauzelor celor mai frecvente efecte adverse în albirea dinților.

Material și metode de cercetare, discuții

În practica de toate zilele medicii stomatologi aplică metodele de albire de oficiu și la domiciliu.

Rezultat pozitiv și rapid acordă administrarea gelului macro-concentrat pe dinții în cauză direct în oficiul medicului profesional. După izolarea gingiei, cu gel se acoperă suprafața vestibulară a dinților, iar pentru accelerarea reacției gelul administrat se activează cu sursă de lumină.

Cu atât este mai mare puterea luminii, cu atât mai rapid va avea loc reacția de albire.

Albirea la domiciliu include confecționarea capei supradentare individuale, elaborate de un aparat special termovacuum. Prin intermediul capei, pacientul de sinestător realizează administrarea remediei de albire (gel de concentrații mai mici). Procedura tehnologică individuală este propusă de medicul stomatolog și realizată de pacient, care este obligat strict să îndeplinească toate recomandările-schemă, deoarece în caz contrar procesul de albire va face eșec.

Un rol deosebit în procedeele de albire îi revine albirii intracoronare (AI). Tehnologia dată se aplică în dinții depulpați, fără elaborarea capelor și de regulă se efectuează câte pe un singur dinte. Albirea intracoronară, provoacă nedumerirea unor stomatologi prin faptul consecințelor distructive — rezorbarea radiculară cervicală.

În urma morții fascicolului neuro-vascular radicular hemoglobina și fierul, care contractând cu sulfatul de hidrogen, găsit în cantități mari în cavitatea orală, formează sulfatul de fier. El va precipita în tubulele dentinare,

provocând dintelui tonalitatea de culoare gri-murdară. Conform datelor Dahilstrom S. Wetal (1997), peroxidul de hidrogen, în timpul albirii, devine capabil să formeze radicali — hidroxili în prezența fierului. Acești radicali sunt foarte reactivi și difundând prin structura dintelui în periodontul de colet, distruge componentele țesutului conjunctiv — colagenul și acidul hialuronic, provocând procesele rezorbtiv — inflamatorii. Prin urmare problema microscurgerii, devine efect nespecific, de bază a procesului de albire intracoronară cu consecințe nefavorabile integrității dentare. Cu regret, până actualmente nu există bariere cu eficacitate de 100%, capabile să împiedice difuzia peroxidului de hidrogen în țesutul parodontal.

Este cunoscut bine faptul că peroxidul de hidrogen în concentrații majore provoacă acțiuni distructive asupra țesuturilor nu numai parodontale dar și cele dentare. Cauza sunt peroxidele reziduale, care relativ timp îndelungat după albire sunt prezente în țesuturile dure dentare și secundare periodontului de colet. Prin urmare rămâne actuală problema de neutralizare a restanțelor peroxide. În acest scop Rotstein I (1993) cu succes a folosit catalaza enzima de oxidare peroxidă. O singură procedură de aplicare a catalazei pe 3 minute îndată după seansul de albire lichidează totalmente peroxidul rezidual. Mai mult decât atât, leucoperoxidaza salivei umane în combinație cu catalaza aplicată după seansul de albire, păstrează vitalitatea fibroblastilor gingivali și inițiază producerea colagenului.

Vom menționa, că cea mai mare parte de pacienți după albire prezintă senzația hiperesteziei, condiționată de acțiunea negativă a peroxidului de hidrogen asupra organului pulpar. În paralel au loc modificări în morfologia adamantinei — scade microduritatea ei, se minimizează rolul coeficientului Ca/P. În scopul prevenției acestor modificări pot fi folosite mijloacele remineralizante, mai ales cu Ca, F, P.

În locul peroxidului de hidrogen cu succes pot fi folosite substanțe mai puțin agresive cum ar fi peroxidul de carbamidă, carbamida ureică, iar aplicarea perboratului de sodiu permite de minimalizat consecințele negative ale albirii.

Atât pe pacienți cât și pe medicii stomatologi îi preocupă problema păstrării rezultatelor albirii pe o durată mai lungă. Fermă va fi activitatea de albire care va întruni în sine diverse combinații: procedeul de uz casnic cu cel de oficiu; de uz casnic cu cel de albire intracoronară; microabraziune cu albirea de uz casnic etc.

Concluzie

Numai lucrul realizat în comun, cu menținerea strictă a regimului de exploatare a rezultatelor obținute pot servi păstrării tonului de albire rezultat din tratamentul estetic pe durată a 1—2 ani.

Bibliografie

1. Dahilstrom S.W. et al. Hydroxyl radical activity in thermocatalytically bleached root filled teeth // Endodontic and Dental Traumatology, 1997, Jun, 13 (3) p. 119/125.
2. Rotstein I., Role of catalase in the elimination of residual hydrogen peroxide following tooth bleaching // Journal of Endodontics, 1993, Nov., 19(11) p. 567-569.

Prezentat la 30.05.2008

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ДЕНТИНА И КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ АДГЕЗИВНОЙ СВЯЗИ ПРИ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ

Rezumat

Particularitățile de structură morfologică a dentinei și posibilitățile clinice de ameliorare a adeziunii în restaurarea directă

În lucrare se subliniază particularitățile morfologice ale dentinei și adeziunii compozitelor la acest țesut. În scopul ameliorării acestui fenomen în procesul de formare a cavității, se argumentează necesitatea creării micro-retentivităților cu aspect miniinvasiv în țesuturile dentare.

Cuvinte-cheie: dentină, compozite, adeziune, carie profundă

Summary

Peculiarities of the dentine morphological structure and clinical possibilities of improving adhesion in direct restoration

The article emphasizes the morphological peculiarities of dentine and the adhesion of composites to this tissue. Aiming at improving the effect in the process of cavity formation, the importance of creating micro-retentivities miniinvasively into the dental tissues is being reasoned.

Key-words: dentine, composite, adhesion, deep caries

Актуальность

В 70-х годах XX века было установлено, что после протравливания дентина к нему можно прочно и герметично присоединить композит. Но, гидрофобные эмалевые адгезивы не способны были запечатывать открытые дентинные каналцы, что обычно приводило к воспалению пульпы из-за прямого к ней доступа микроорганизмов. Появление к середине 90-х годов многоцелевых (гидрофильных) адгезивных систем, способных одинаково прочно присоединяться к эмали и дентину (17—20 мПа и выше), позволило решить, в основном, проблему защиты пульпы от инфекционной агрессии, эффективного прикрепления с кариозным или склерозированным дентином, избегая при этом применения дополнительных ретенционных элементов в виде штифтов или вкладок [1,2].

За последнее десятилетие в научной литературе сложилось представление о том, что после протравливания дентина адгезивная связь образуется за счет пропитывания радиально расположенных коллагеновых волокон и проникновения адгезива в раскрытые дентинные каналцы, по данным разных авторов, на глубину от 10 мкм до 30—50 мкм [1,3,4].

Цель исследования

На основании научных данных представленных в литературе о морфологическом строении дентина и принципах адгезивной связи с многоцелевыми адгезивными системами, обосновать клиническую тактику при реставрировании светоотверждаемыми композитами зубов пораженных глубоким кариесом.

Материалы и методика

Исследование основано на анализе результатов лечения светоотверждаемым композитом «Filtek Z 250» (3M ESPE) 17 зубов с хроническим глубоким кариесом, в которых одна или более стенок были разрушены патологическим процессом, у 13 пациентов в возрасте 36—44 лет. Пациенты были обследованы клинико-инструментальным методом, рентгенологическим

Постолаки А.

Республиканский
экспериментальный
центр
протезирования,
ортопедии и
реабилитации,
Кафедра
терапевтической
стоматологии
ГУМиФ им.
Н. А. Тестемицану

(ортопантомография, денто-пародонтальная), окклюзиография с последующим анализом окклюзионных контактов.

В процессе формирования полостей в зубах пораженных глубоким кариесом, мы создавали алмазными шаровидными борами, под постоянным водяным охлаждением, микроретенционные элементы в зависимости от особенностей конфигурации кариозной полости в пределах границ интактных тканей. Основным принципом индивидуального выбора локализации при создании микроретенции являлось особенность морфологического строения дентина в участках кариозной полости, например, где возможен риск постреставрационной краевой микропроницаемости.

Результаты и обсуждения

Одной из особенностей морфологического строения дентина является различное направление коллагеновых волокон в наружном или «плащевом» слое и в более широком внутреннем или «околопульпарном». Известно, что в наружном слое преобладают волокна, идущие в радиальном направлении и параллельно ходу дентинных канальцев — волокна Корфа, а во внутреннем, приблизительно под прямым углом к радиальным, более тонкие и густо расположенные волокна Эбнера [5]. Такое перпендикулярное, по отношению к друг другу, направление коллагеновых волокон поверхностного и внутреннего слоев дентина напоминает сетчатый тип конструкции, который является в механике одним из наиболее оптимальных решений обеспечивающее прочность при минимальных затратах строительного материала. Аналогичный тип конструкционного решения определяется и в эмали, в которой органическая основа на ранних стадиях своего развития является однородной и приобретает сетчатую или фибриллярную структуру в процессе своего обызвествления, что в значительной степени объясняется расположением в ней субмикроскопических кристаллов гидроксиапатита, что и обеспечивает значительную прочность этой зубной ткани.

Основываясь на данных фактах, можно предположить, что, во-первых, при адгезивной подготовке в сформированной полости зуба при глубоком кариесе, проникновение адгезива возможно только в дентинные канальцы, так как коллагеновые волокна Эбнера, расположенные к ним под прямым углом, как указывает Л. И. Фалин (1963), не могут полноценно участвовать в классической адгезивной связи. Во-вторых, хронический кариес характеризуется интенсивной пигментацией (коричневая, бурая), полным или почти полным отсутствием размягченной зоны и мощным развитием прозрачного и вторичного дентина, что приводит к сужению и облитерации дентинных канальцев, диаметр которых в норме в среднем равен 0,5—0,8 мкм. В-третьих, при кариесе вначале изменяется не диаметр дентинных

канальцев, а толщина располагающихся в них отростков одонтобластов (1-4), которые заполняют весь просвет канальца. В дальнейшем канальцы приобретают форму четкообразно вздутых, нередко сливающихся между собой с образованием обширных каверн. Следует также учесть, что в норме плазматическая мембрана отростка одонтобласта прилегает к стенке канальца, при этом волокна Томса образуют выросты или рукава, обращенные к стенке канальцев. И, в-четвертых, хорошо известно, что В. Мейер (1951), проводивший опыты с мацерацией срезов дентина в 50% соляной кислоте установил, что отростки одонтобластов обладают необычайно устойчивостью к действию крепких кислот и сохраняются на препаратах даже после полного растворения стенок дентинных канальцев [6].

Исходя из вышеизложенного, мы полагаем, что вследствие анатомических особенностей строения околопульпарного слоя дентина, кислотоустойчивых свойств отростков одонтобластов, а также патоморфологических изменений вызванных кариозным процессом, адгезивная связь с таким типом ткани будет ниже по сравнению с наружным (плащевым) слоем, что подразумевает, в процессе формирования кариозной полости, создание микроретенционных элементов. Из этого следует, что увеличение площади адгезивной связи композита на поверхности дентина за счет ретенционных элементов позволит обеспечить более высокую степень интеграции реставрации в зубные ткани.

Клинические наблюдения в течение 1—2 лет подтверждают целесообразность предлагаемой методики повышения адгезивных свойств композитов к дентину при лечении глубокого кариеса.

Выводы

При формировании полости в зубах с глубоким кариесом, в которых отсутствует одна или более стенок, в целях повышения адгезивной связи при реставрировании композитами, по нашему мнению, целесообразно создание дополнительных ретенционных элементов, так как известно, что сила адгезии к периферическому дентину выше, чем к дентину, расположенному вблизи пульпы.

Библиография

1. Блунк У. Адгезивные системы. Обзор и сравнение. ДентАрт. — 2003. — № 2, с. 5-11.
2. Радлинский С. Виды прямой реставрации. ДентАрт. — 2004. — № 1. — с. 33 — 40.
3. Шмидседер Дж. Эстетическая стоматология. М.: — 2004. — с. 121.
4. Николаенко С. А., Франкенбергер Р. Оценка эффективности современных самопротравливающих адгезивов. Стоматология. — 2006. — Т. 85, № 3. — с.4-7.
5. Фалин Л. И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М., 1963, 219 с.
6. Бушан М. Г., Кодола Н. А., Кулаженко В. И. Кариес зубов, лечение и профилактика с применением вакуум-электрофореза. Кишинев: Из-во «Карта Молдовеняскэ». — 1979. — 283 с.

Prezentat la 30.05.2008

РЕСТАВРАЦИЯ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ КОМПОЗИТНЫМИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Rezumat

Restaurarii directe a dintiilor frontal cu material compozit

In acest articol sunt descrise particularitatile restaurarii directe a dintiilor cu material compozit. Aceste metode dau posibilitatea restaurarii forme anatomice si esteticele dintiilor. La crearea articulului au fost examinate 20 de pacienti cu deformarea partiala a coroanei dintiilor frontali. Pentru restaurarea au fost folosite: material Te-Econom (Ivoklar), frezele Vaneti, Kerr-have Polish Sistem.

Summary

The teeth direct restauration with composite materiales

In these article are described the particularities of teeth direct restauration with composite materiales. These methods allow the anatomical shape and estetikal restauration of teeth. For these article were examined 20 patients with partiat of crown tissue loss of frontal teeth. For the restauration were used the following materials: material Te-Econom (Ivoklar), Vaneti, Kerr-Have Polish Sistem

Key words: restauration, estetik.

Жимжим Иван,

студент V курса,
гр. 3511

Научный
руководитель:
конференциар
университар
Валентина
Николайчук

Актуальность проблемы

Такое понятие как «эстетическая стоматология», родившееся совсем недавно, является связующим звеном всех областей стоматологии. При этом умение оценивать и воспроизводить оптимальные формы, размеры, цветоощущение является важным требованием не только к стоматологу, но и к ассистенту врача, а также к самому пациенту. Особый приоритет отдается изучению морфологии зуба, которое включает описание анатомических форм, текстуру поверхности эмали, гистологическое строение тканей. Оптимальное воссоздание естественного вида зуба требует знаний общих анатомических признаков, возрастных изменений, индивидуальных особенностей форм и размеров коронки, корня, их взаиморасположения, что позволяет восстанавливать реальные размеры и формы зубов.

В данной статье хотелось обратить ваше внимание на правила и методики реконструкции зубов фронтальной группы. По нашему мнению эта статья хорошо отражает многие нюансы связанные с трудностью реставрации во фронтальном отделе, от момента подбора цвета до полировки искусственной эмали зуба.

Методы и техника

В работе использовался метод прямой реставрации фронтальной группы зубов. Было принято 20 пациентов и реставрировано 25 зубов: из них с хроническим средним кариесом 15 зубов, хроническим глубоким кариесом 8 зубов, с травматическим отломом коронки зуба 2 зуба. Для проведения работы использовались следующие материалы: Композитный микро-гибридный светоотверждаемый материал Te-Econom (Ivoklar), боры фирмы Vaneti, Kerr-Have Polish Sistem.

Реставрация проводилась по следующим этапам:

1. Профессиональная чистка зубов.
2. Подбор цвета искусственного зуба
3. Препарирование тканей
4. Кислотное травление и нанесение адгезивной системы
5. Внесение композита и моделировка реставрации.
6. Конечная отделка реставрации (шлифовка и полировка).

Профессиональная чистка зубов проводится с целью очистки зубов от органических загрязнителей, микробной бляшки, пищевых красителей. Осуществляется при помощи скалеров, щеточек, паст не содержащих фтор. После проведения чистки, мы получаем очищенную эмаль и можем смело приступать к подбору цвета искусственного зуба.

Подбор цвета искусственного зуба является одним из важнейших этапов эстетической реставрации. Для правильного подбора цвета нужно хорошо знать топографическое и гистологическое строение твердых тканей. Из оптики нам известно что твердые ткани по разному поглощают и отражают свет. Так установлено, что дентин является наиболее не прозрачной тканью. Он отражает примерно 30—35% света и 70—65% задерживает. Глубокий слой более прозрачен, он поглощает около 30—40% света. Эмаль режущего края коронок наиболее прозрачна, т.е. пропускает больше лучей 70—75% и задерживает 25—30% лучей. При прохождении света через твердую субстанцию он рассеивается и воспринимается в виде различных оттенков.[1] Для точного подбора нужного оттенка необходимо коронку зуба условно разделить на 3 поля: пришеечную область, тело и режущий край, так как в этих зонах дентин покрыт разной толщиной прозрачной эмали, то в связи с просвечиванием дентина разные слои прозрачности расположены на поверхности зуба, у шейки более темные цвета, у режущего края цвет эмали более прозрачен, в центральной части цвет более насыщен.

Не следует забывать о том, что существуют определенные признанные соотношения ширины и длины зубов. Это касается прежде всего резцов (фронтальных зубов), которые наиболее видимы при разговоре, улыбке и пр. Соотношение ширины центральных резцов и ширины боковых — 1,3:1 При этом соотношение длины резцов должно быть 0,8:1[2]

Препарирование твердых тканей зуба осуществляется врачом, исходя из особенностей клинической ситуации. Из особенностей можно отметить максимальное сохранение твердых тканей, и тотальное удаление размягченного дентина, на дне полости вблизи пульпы можно оставить слой твердого пигментированного дентина. Для нашей клинической ситуации мы выбрали технику предложенную И.К.Луцкой, но с нашей модификацией, так как для исходной техники необходим режущий край, а у пациента в силу травматического отлома он отсутствует. Сначала обозначаем границы будущей реставрации. Для этого малым шаровидным бором на эмали наносят желобки глубиной не более 0,5 мм. В проксимальных участках, чтобы скрыть край реставрации, границы распространяем на контактные поверхности, но не доводим их до контактных пунктов на 1 мм. Пришеечную границу на 0,5 мм не доводим до десневого края. Специальным маркерным бором

наносим горизонтальные насечки в пришеечной области глубиной 0,3 мм, в экваторной — 0,5—0,6 мм, в области отлома — 0,8 мм. После обозначения периферических контуров облицовки эмаль с губной поверхности зуба шлифовывают на 0,3—0,5—0,8 мм удлиненным цилиндрическим и коническим бором (на глубину маркерных насечек) до ровной поверхности. Истончаем эмаль, начиная с пришеечной области, далее переходят на экваторную и заканчивают область режущего края. В пришеечной области и проксимальных областях имеется уступ, на котором делается скос 135 градусов. На оральной поверхности мы шлифуем эмаль до резцового небного бугра, на толщину 1 мм. Данной площади должно хватить для полного и долговременного функционирования реставрации в полости рта.

Кислотное травление и нанесение адгезивной системы.

Кислотное травление осуществляется 38% фосфорной кислотой (гель) с последующим промыванием водой. Время травления указывается производителем, и в среднем составляет 20-30 сек. для эмали и 15 сек для дентина. Нанесение адгезивной системы осуществляется при помощи аппликатора с последующей засветкой в течении 10-20 сек в зависимости от вида лампы. В данном клиническом случае была применена техника тотального травления эмали и дентина, и двойное нанесение адгезивной системы.

Внесение композита и моделировка реставрации.

В соответствии с планом реставрации площадь зуба можно разделить на следующие сектора: оральная поверхность, вестибулярная поверхность и режущий край, проксимальные поверхности. Нужно помнить об пропорциональном соотношении резцов: ширины центральных резцов и ширины боковых — 1,3:1 и ширина этих зубов составляет соответственно 8-9 мм и 6-7 мм. При этом соотношение длины резцов должно быть 0,8:1. В нашем случае мы учитываем только соотношение длины, т.к у нас имеется отсутствие режущего края. Первую порцию материала вносим в пришеечной области толщиной не более 1 мм и тщательно притираем к стенкам. Засвечивание производим со стороны обратной дефекту, в нашем случае с оральной, т.к инициаторы полимеризации активируются со стороны действующего света и отверждение материала происходит со стороны адгезивной поверхности и тем самым обеспечиваются лучшие условия для фиксации материала. Слабой стороной композитов является сильная пост полимеризационная усадка которая ухудшает краевое прилегание и может способствовать развитию вторичного кариеса. Во избежание этого мы советуем наносить слои толщиной не более 1 мм, это почти сведет пост полимеризационную усадку на нет, и тем самым позволит избежать грозных осложнений. После-

дующие порции материала наносятся согласно цветовому полю. Каждый слой хорошо притирается к ранее полимеризованному и засвечивается в течении 40 сек. (20 сек со стороны противоположной дефекту, и 20 сек со стороны дефекта). Для формирования контактного пункта мы применяем лавсановую светопроявляющую матрицу, предварительно проведя расклинивание зубов. Этот этап нужен, потому что область контактного пункта и контактных поверхностей трудно доступна для обработки, и малейшие погрешности (нависания, расслоения, шероховатость, ступеньки, очень сильный контакт или его отсутствие) грозят развитием таких осложнений, как краевое окрашивание, деминерализация и вторичный кариес, папиллит и гингивит. При помощи матрицы мы осуществляем притирку очередной порции материала к стенкам реставрации, добиваясь тем самым желаемого контура контактной поверхности. После финишной засветки приступаем к шлифовки реставрации. Для этого мы используем алмазный бор ультра мелкой зернистости, и снимаем излишки материала. В области контактного пункта следует быть более осторожной, т. к можно повредить соседний зуб, во избежание этого мы ограничиваем соседний зуб матрицей. При шлифовки контактного пункта и режущего края образуется ступенька, которая не всегда видна, ее можно определить при помощи флосса. Для ее удаления используется абразивная полоска, а контроль осуществляется флоссом, отсутствие шероховатости и гладкое скольжение флосса обязательно. На вестибулярной части моделируются эмалевые валики. Для этого тонким «белым» бором проводятся 2 борозды. Затем этот же финишный бор располагаем вдоль бороздок или вертикальной оси зуба. С легким давлением, слева направо выполняем финишным бором горизонтальные движения вдоль вестибулярной поверхности коронки. При попадании в прочерченную бороздку и при выходе из нее мы сглаживаем края бороздки и тем самым формируем объем вертикальных валиков. Из глубоких бороздок получаются более выраженные валики и, соответственно, из мелких — менее выраженные.[3] .С небной стороны вначале мы намечаем и углубляем собственно небную ямку. Затем формируем переход небной ямки в небный бугорок вертикальными движениями вдоль проксимальных краев. Затем проводим проверку окклюзионного контакта и уточнение взаимоотношений зубов при различных видах окклюзии. При полирования искусственной эмали мы применяем конус Энхенс, в сочетании с абразивной пастой (Полидент № 4), для контактной поверхности можно применить эту же пасту, в сочетании с флоссом.

Клинический случай

Пациент 20 лет. Обратился с жалобами на частичный травматический перелом коронки верх-

него латерального резца с лева-22 зуб с нарушение процессов откусывания пищи, на эстетические нарушения вследствие частичного перелома коронки, чувствительность от различных раздражителей (химических,термических)



Рис.1 Пациент на момент поступления



Рис. 2 Зуб после препарирования



Рис. 3 Конечный результат

Литература

1. И.К.Луцкая «Основы эстетической стоматологии» /«Беларуская наука» 2005\стр.68,78
2. А.В.Борисенко «Композиционные пломбировочные материалы». _Киев:Книга плюс,2002\стр.127
3. С.В. Радлинский. «Реставрация передних зубов» /ДентАрт. _1998. _№3. _С.29_41.

Prezentat la 25.06.2008

BIOPROTONUL ȘI UNELE REMEDII ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR PARODONTALE

Valeriu Calmațui

*medic stomatolog,
categorie superioară
Cabinetul stomatologic
„AVIDENT”,
„Î.I Calmațui Valeriu”,
mun.Chișinău*

Rezumat

1. Tratamentul parodontitelor este necesar sa fie în complex.
2. Bioptronul și OXY-spray stimulează la nivel celular procesele bioenergetice și de regenerare a țesuturilor parodontale.
3. Preparatul “Levobior” cu acțiunea antimicrobiană,citoprotectorie și imunomodulatorie acționează pozitiv în scurt timp la revendicarea proceselor patologice.
4. Gelul de Solcoseril are o acțiune de regenerare a țesuturilor afectate.

Summary

Bioptron and some remedies in complex treatment of paradontal affection

1. Parodontites is necessary to trate with complex treatment.
2. Bioptrone and a Oxy spray stimulated bioenergytic and cell process in regeneration of paradontal tissues .
3. “Levobior” preparation with antimicrobial,citoprotector and imunomodulator action can positive actionate in short time for recovering in pathological processes.
4. Solcosiril gel has a regeneration action for affectedated tissues.

Bioptronul e înzestrat cu o sistemă optică sofisticată, care produce o lumină analogică luminii solare, doar nu conține raze ultraviolete. Această lumină polarizată se obține prin reflectarea undei de lumină în oglinda cu multe straturi a lui Bruster. Lumina polarizată a Bioptronului mărește activitatea energetică a membranei celulare și biopotențialul energetic al celulei, activează procesele de regenerare și metabolismul celulelor.

OXY-spray conține apă oxigenată , care la descompunere elimină oxigen atomic, care sub acțiunea luminii polarizate al Bioptronului, pătrunde în țesuturile parodontului. În cabinetul “AVIDENT” au fost tratați 15 pacienți cu afecțiuni parodontale (gingivită, parodontită). După examinarea radioviziografică și anestezie s-a efectuat un detartaj cu ultrasunet, o prelucrare medicamentoasă cu sol. de Stomatidină dizolvată cu sol.3% de apă oxigenată în raport 1:1. Apoi am spălat cu un get de apă destilată suprafețele afectate și am aplicat OXY-spray și Bioptronul pe 3 minute la fiecare arcadă (superioară,inferioară). După care a urmat câte o aplicație pe fiecare semiarcadă , alcătuită din Levobior și jeleu de Solcoseril în raportul 1:1 pe 15 minute. Tratamentul a durat 5 vizite cu interval între ele de o zi. Cu fiecare vizită se observa îmbunătățirea dinamicii proceselor de revindicare, manifestată prin:

1. Lichidarea inflamației.
2. Lipsa durerii, pruritului, himoragiei.
3. Îmbunătățirea aspectului țesuturilor parodontale.
4. Regenerarea țesuturilor parodontale.
5. În cazul gingivitelor după ședința a 3- clinica patologică a dispărut.
6. Lipsa purulenței din pungile parodontale patologice.

Bibliografie

1. V.V.Calmațui, Tratamentul paradontitei marginale, Principii și aspecte ale stomatologiei moderne. Culegere de lucrări științifice consacrată aniversării a 60 ani de la fondarea Centrului Stomatologic Municipal, Chișinău 2005, pag.29-30.
2. Ursu E. - Tratament rațional endodontic reparative al periodontitelor apical cronice. Teza de d.ș.m.,Chișinău 2000.
3. V.Burlacu, A.Cușnir, A.Cartaleanu, A.Eni, V.Zagnat, E.Ursu, V.Stratu, Victor Burlacu, E.Sprinceană, T.Costru, E.Grosu, L.Curteanu, E.Scobioală, G.Spînu, Combatere rațională a proceselor inflamatorii parodontale, Probleme actuale de stomatologie, Materialele congresului XII Național al stomatologilor din rep.Moldova , Chișinău,2003.pag 10-12.

Prezentat la 29.05.2008

TRATAMENTUL GINGIVO – STOMATITELOR ULCERO–NECROTICE CU VMM ȘI PAU D'ARCO

Eni Ana d.ș.m.,

Catedra Stomatologie
terapeutică, FPM.

Rezumat

Au fost supuși tratamentului complex 29 pacienți cu gingivo-stomatita ulcero-necrotică, la care pentru tratamentul general au fost utilizate preparatele vegetale imunostimulatoare, antiinflamatoare VMM și Pau D'Arco.

Pentru tratamentul local se utilizau aplicații cu Eliminator. Eficacitatea preparatelor și metodei s-a dovedit destul de mare, deoarece timp de 3-4 zile procesul patologic dispărea.

Summary:

The treatment of ulcero-necrotized gingival-stomatitis with VMM and Pau D'Arco.

To 29 patients with ulcero-necrotized gingival-stomatitis were given a complex treatment. Where for the general treatment were used vegetal, imunostimulent, anti-inflammatory medicaments VMM and Pau D'Arco. The medicaments were found to be very efficient because after 3—4 days the pathological process disappeared.

Gingivo-stomatita ulcero-necrotică apare în rezultatul acțiunii simbiozei fuzospirulare care este considerată flora persistentă, saprofită în cavitatea bucală în cantități mici întâlnită la toți pacienții, iar o igienă insuficientă sporește cantitatea ei.

Simbioza fuzospirilară este considerată condiționat patogenă. Rolul principal în declanșarea procesului patologic al gingivo-stomatitei ulcero-necrotică îl joacă scăderea imunității organismului către infecție, care apare în rezultatul suprarăcelii, stresului, surminajului etc.

Preparatele vegetale VMM și Pau D'Arco (Neways) posedă acțiunea pronunțată imunostimulatoare, antiseptică și antimicrobiană, antiinflamatoare și antialergică. Reșind din funcțiile menționate aceste preparatele au fost utilizate pentru tratamentul general al gingivo-stomatitelor ulcero-necrotice a câte 3—4 pastile pe zi în funcție de gravitatea procesului patologic, în cazuri grave se administrau ambele preparate concomitent. Pe lângă efectul pronunțat general aceste preparate favorizau lichidarea simptomelor locale ale procesului ulcero-necrotic, stimulând regenerarea țesuturilor parodontale necrotizate.

Pentru tratamentul local al acestor forme de gingivo-stomatite a fost utilizat preparatul „Eliminator“ (Neways), care conține — Chlorine Dioxide cu acțiune pronunțată antiseptică și antiinflamatoare.

Acest preparat prezintă o soluție apoasă care se folosea în formă de aplicații locale pe complexul muco-parodontal de 3—4 ori pe zi la domiciliu după o igienă profesională minuțioasă, irigări și badijonări efectuate o dată pe zi de către medic.

Tratamentul a avut eficacitate foarte bună, deoarece la a 2—3 zi se începea epitelizarea, suprafețelor ulcerate locale, iar starea generală se îmbunătățea. Pentru menținerea rezultatului căpătat, la persoanele slăbite tratamentul general în special poate fi menținut un timp mai îndelungat deoarece preparatele descrise au acțiune imunostimulatoare .

Concluzie

În tratamentul complex al gingivostomatitelor ulcero-necrotice preparatele vegetale cu acțiune generală VMM și Pau D'Arco și Eliminatorul cu acțiune locală pot fi folosite cu o eficacitate foarte mare și fără complicații în comparație cu antibioticele care se folosesc în tratamentul și până în prezent, dar care ne pot da diferite complicații (candidoze, alergii).

Prezentat la: 30.05.2008

METODĂ PENTRU DETERMINAREA DEPLASĂRII ÎN FRACTURILE ARCADEI ZIGOMATICE

Dumitru Hițu,
doctor în medicină,
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie
Orală și Maxilo-
Facială, Laboratorul
de Chirurgie Orală și
Maxilo-Facială, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Stabilirea exactă a locului fracturii arcadei zigomatice are o mare importanță atât diagnostic cât și chirurgical. Prin această metodă au fost examinați 3 pacienți cu fracturi ale arcadei zigomatice tratați în centrul de chirurgie oromaxilofacială din Republica Moldova. Metoda e ușor de efectuat, economă și accesibilă tuturor pacienților. Dispozitivul nu are acțiune nocivă asupra organismului.

Cuvinte-cheie: metodă, diagnostic, tratament, accesibilă.

Summary

The Methods for Determining the Displacement of Fractured Fragments of Zygomatic Arch

The exact determining of the zygomatic arch is an important moment to diagnosis end treatment. 3 patients were examined with methods with zygomatic arch in the centre of OMF surgery Republic of Moldova. The apparatus is comfortable, accessible to all the patients and economic. The result are good and it is proposed to be used and discussed.

Key words: methods, diagnosis, treatment, accessible.

Introducere

Aspectul fizionomia reprezintă ansamblu trăsăturilor feței care au caracter particular exprimând personalitatea fiecărui individ. Fața este organul care are funcție biologică și socială, de aici și interesul mare a studiului către această regiune a corpului omenesc atât din partea medicilor cât și a sociologilor, oamenilor de cultură, filozofi. Nu există un alt organ a corpului omenesc la care cerințele estetice să fie așa de mari cum este față.

Traumatismul constituie o problemă socială și crește odată cu dezvoltarea societății. Regiunea feței este des expusă traumatismului datorită faptului că tot timpul este descoperită, spre deosebire de alte părți ale organismului care sunt protejate cu haine. Incidența traumei faciale este destul de frecventă dar diferită de la o țară la alta și depinde de: localizarea geografică, starea economică a țării, starea socială, și alți factori (1-6).

Factorii psihosociali au o importantă contribuție în patologia traumatică iar medicina actuală se află la cumpăna dintre „morfologic„ și „funcțional„.

Sub presiunea dezvoltării tehnologiilor înalte, supraaglomerării, creșterii vitezei de circulație și multiplicării agenților vulneranți în habitatul uman, urgențele traumatologice au cunoscut o majorare marcată a incidenței, transformându-le în „epidemie traumatică“.

Cauzele deceselor în cadrul traumatismelor și intoxicațiilor au fost situate stabil pe locul trei cu afecțiunile sistemului cardio-vascular și tumorile. Mortalitatea populației apte de muncă în urma traumatismelor și intoxicațiilor s-a stabilit pe primul loc între principalele cauze de deces.

Întrucât factorii de mediu joacă un rol important în declanșarea și evoluția unei boli, apariția lor poate fi prevenit, iar incidența — redusă prin modificarea mediului și corectarea atitudinii personale față de sănătate; dar, aceste măsuri profilactice de mare eficiență sunt dificile de a fi realizate în practică.

Datorită mijloacelor de informare medicală, calea principală fiind mass-media (presa, radio, televiziunea), bolnavul de astăzi a căpătat o nouă mentalitate despre medicină, viață și moarte. Scopul medicului este promovarea sănătății, transformarea sănătății publice în valoare civică a individului, prin intermediul modului sănătos de viață, într-o adevărată strategie a statului și individului.

Traumatismul întodeauna a amenințat sănătatea omului, afectând preponde-

rent populația tânără aptă de muncă și determinând un nivel înalt de invaliditate și mortalitate nu numai a acestui contingent, dar și al populației în genere. În cazul traumatismului accidentatului suportă modificări cosmetice, funcționale și anatomice, care deseori cauzează pierderea capacității de muncă. Astăzi traumatismul a devenit o problemă medico-socială stringentă, deoarece pe lângă frecvențele infirmității fizice el cauzează și prejudicii sociale și economice considerabile.

Scopul studiului

Scopul studiului este destinat pentru argumentarea clinică a deplasării fragmentelor fracturate ale arcadei zigomatice.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului scontat au fost examinați și tratați 3 bolnavi cu fracture ale arcadei zigomatice în secția de chirurgie OMF în perioada 2007.

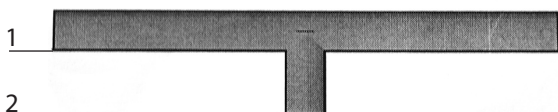


Fig. 1. Dispozitiv pentru determinarea deplasării în fracturile arcadei zigomatice

Esența invenției constă în aceea că: dispozitivul este efectuat în formă de bară cu diametrul 0,2 cm, cu partea orizontală având lungimea 4 cm dar partea verticală având lungimea 0,5 cm cu sudarea lui în centru perpendicular pe ea (Fig. 1.).

Metoda constă în aplicarea dispozitivului pe arca malară, cu partea lui orizontală, iar partea verticală se aplică în centrul regiunii afectate. Fixarea a fost realizată cu lipici (Fig. 2.).

Rezultatele și analiza lor

Traumatismul maxilo-facial, într-o perioadă de 5 ani clasează fracturile complexului malar pe locul patru. În decursul a 5 ani, la Centrul Republican de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, s-au tratat 377 de bolnavi cu fracturi ale complexului zigomatico-orbital, ceea ce constituie 34% din totalul accidentațiilor cu traumatisme ale etajului mijlociu al feței.

Mai jos vom prezenta un caz clinic. Pacientul A., anul nașterii 1980, s-a adresat de sine stătător la CNP-ȘDMU pe data de 19.06.07. Din istoricul dezvoltării bolii s-a constatat că trauma a primit-o la odihnă jucând fotbal pe 18.06.07. Pe 19.06.07 la policlinica de sector a fost examinat și îndreptat la CNPȘDMU pentru a stabili diagnosticul definitiv. Bolnavul a fost examinat clinico-radiologic și a fost stabilit diagnosticul de fractură a arcadei zigomatice din stânga cu deplasare.

Cu ajutorul dispozitivului s-a determinat deplasarea arcadei zigomatice, ceea ce a confirmat concluzia despre deplasarea arcadei zigomatice și exercitarea presiunii de către acestea asupra mușchiului

temporal și a servit drept temei pentru intervenție chirurgicală. Pacientul a fost supus intervenției chirurgicale cu re poziția arcadei zigomatice și restabilirea formei și funcției normale. După intervenția chirurgicală s-a efectuat al doilea examen al arcadei zigomatice cu ajutorul dispozitivului. Deplasarea arcadei zigomatice lipsea, ceea ce constituie limitele normale. Pe baza investigațiilor se poate trage concluzia că intervenția chirurgicală a fost efectuată cu succes, cu restabilirea completă a integrității arcadei zigomatice.

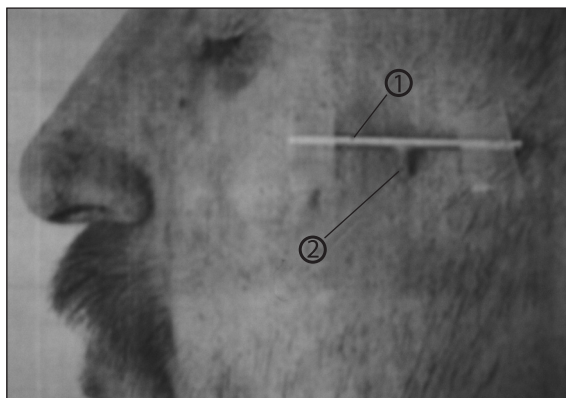


Fig. 2. Metodă pentru determinarea deplasării în fracturile arcadei zigomatice

Avantajele dispozitivului și metodei pentru determinarea deplasării în fracturile arcadei zigomatice ne permite vizualizarea deformației din partea laterală și verticală, la fel indică exact centrul regiunii afectate.

Concluzii

1. Stabilirea deformației cauzate de deplasarea fragmentelor fracturate în fracturile arcadei zigomatice.
2. Aprecierea centrului regiunii fracturate în fracturile arcadei zigomatice.
3. Metoda propusă permite vizualizarea deformației din partea laterală și verticală în fracturile arcadei zigomatice.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. — pag. 653-697.
2. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 343-348.
3. Hîțu D. Fracturile complexului zigomatic. Curierul medical, Nr. 2, 2006, pag. 69 — 74.
4. Hull A. M., T. Lowe, M. Delvin, P. Finlay, D. Koppel, A. M. Stewart. Psychological consequences of maxillofacial trauma: a preliminary study. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 41 2003, 317-322.
5. Seth R. Thaller, W. Scott Mc. Donald. Facial trauma. Florida USA, New York. 2004
6. Șcerbatiuc D., D. Hîțu, V. Cușnir, A. Dutca. Fracturile etajului mijlociu al feței. A IV-a Conferință a oftalmologilor din Republica Moldova cu participare internațională. Probleme actuale în oftalmologie. — Chișinău, 2002. — pag. 61.

Prezentat la 23.05.2008

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Слабковская А. Б.,
Теблочева Н. К.,
Баташвили Ш. М.

Кафедра ортодонтии
и детского
протезирования
МГМСУ
Кафедра детской
хирургической
стоматологии и
челюстно-лицевой
хирургии

Резюме

Современные технологии в ортодонтии, такие как сочетанное применение ортодонтических конструкций и имплантатов [1, 2, 3, 4, 5, 6], приводят к расширению возможностей ортодонтии. Цель исследования — определить клинические возможности использования ортодонтических имплантатов в ортодонтии.

Summary

Opportunities of malocclusion treatment using orthodontic implants

This article deals with clinical opportunities of malocclusion treatment using orthodontic implants.

Материалы и методы

Нами проведено обследование и лечение 20 пациентов с различными зубочелюстными аномалиями. Диагностика проводилась традиционными методами. Лечение проходило на несъемной ортодонтической технике с использованием ортодонтических имплантатов.

Результаты исследования

При ортодонтическом перемещении зубов основной проблемой является наличие стабильной опоры. Аппараты, используемые ортодонтами с этой целью, такие как Nance, лицевая дуга, небный бюгель, Utility-дуга и др. решают эту задачу, но, все же, не могут обеспечить абсолютную опору и гарантию ее удержания.

У пациентов такая аппаратура зачастую вызывает дискомфорт при ношении, что резко снижает кооперацию с врачом, и, как следствие, затрудняет ортодонтическое лечение и увеличивает его сроки. Задачу обеспечения абсолютной опоры решают ортодонтические имплантаты.

Дистализация клыков часто сопровождается удалением отдельных зубов по причине дефицита места и, как следствие, выраженной патологии в форме скученности во фронтальном отделе. Именно поэтому, в части современных методик предлагается сначала про-



Рис. 1 Сегментарные дуги для дистализации клыков (А) и моляров (Б)

водить дистализацию клыков, а только потом нивелировку и выравнивание зубных рядов.

Дистальное перемещение моляров позволяет создать место для впереди стоящих зубов, однако, степень их дистализации ограничивается размером ретромолярного пространства и положением третьих моляров. При дистализации основной проблемой является наличие стабильной опоры при перемещении зубов.

При лечении наших пациентов в качестве опоры при дистализации клыков мы использовали ортодонтические имплантаты, локализованные между первым и вторым постоянными молярами, а при дистализации моляров — между первым моляром и вторым премоляром. Для дистализации зубов использовали сегментарные стальные дуги диаметром 0.018" от клыков до первых или вторых постоянных моляров (рис.1А и 1Б).

В качестве ортодонтической силы применяли раскрывающие пружины, пружины сжатия и эластические цепочки. Активация проводилась один раз в три недели.

При перемещении клыка ортодонтический имплантат служил прямой опорой, а при перемещении моляра впередистоящий премоляр фиксировался к ортодонтическому имплантату с целью

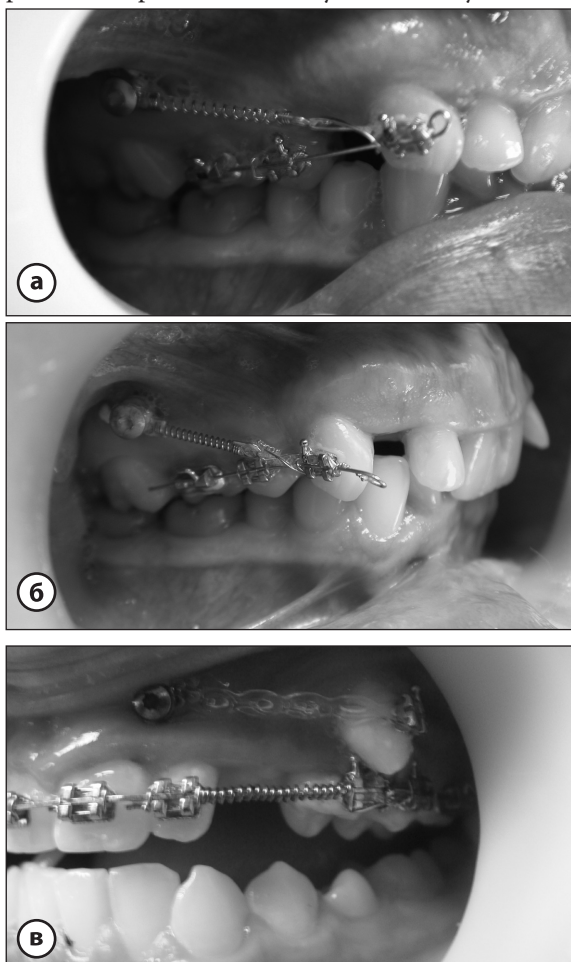


Рис. 2. Использование сегментарных дуг.
А. до дистализации клыков,
Б. после дистализации клыков,
В. мезиальное перемещение клыка

предотвращения отдачи на передний отдел зубного ряда. В результате перемещение было достигнуто до стадии нивелировки (рис. 2А и 2Б), что позволило исключить нежелательные движения зубов и изменения размеров зубных рядов, связанные с недостатком места для резцов или клыков. Так же работа на сегментарных дугах обеспечила отсроченную фиксацию брекетов на резцы, что улучшило гигиену полости рта и комфорт пациента.

При необходимости мезиального перемещения зубов ортодонтический имплантат размещали мезиальнее перемещаемого зуба. Перемещение можно проводить как на секторальных, так и на полных дугах. В качестве ортодонтической силы также использовали эластические тяги, металлические лигатуры и металлические пружины (рис.2В)

При лечении пациентов с ретенцией верхних клыков создавали вертикальную эластическую тягу между ортодонтическим имплантатом, установленным на нижней челюсти, и ортодонтической кнопкой, фиксированной на обнаженной поверхности коронки ретинированного клыка (рис. 3А и 3Б). Такой способ экстразии позволяет нам переместить клык не только в строго вертикальном положении, а совместить экстразию и изменение угла наклона зуба. Угол наклона зуба изменяется соответственно различной локализации ортодонтического имплантата.

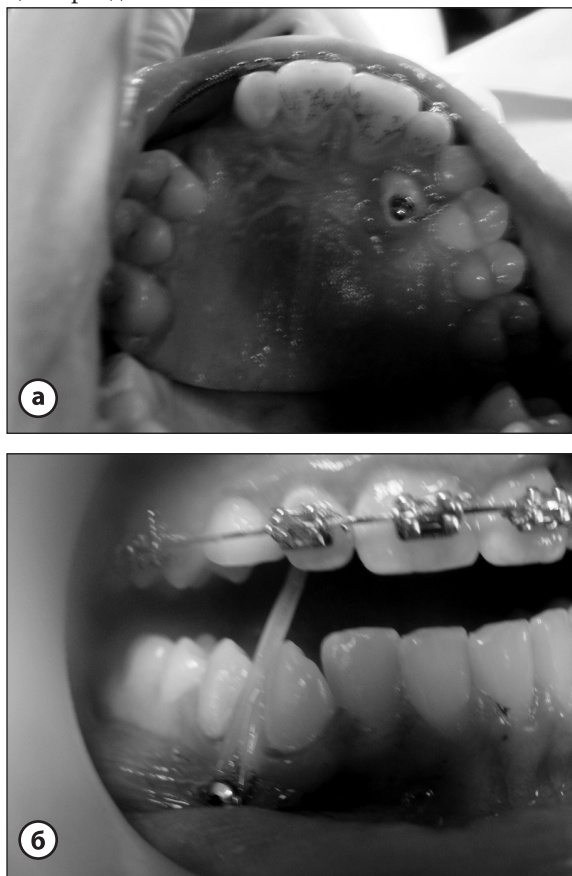


Рис. 3 Проведение экстразии зуба 1.3.
А. фиксация кнопки на поверхность клыка,
Б. межчелюстная эластичная тяга к имплантату.

Для интрузии фронтального участка верхнего зубного ряда ортодонтические имплантаты могут быть локализованы между центральным и латеральным резцами (рис. 4А), между латеральным резцом и клыком и между центральными резцами.



Рис. 4 Интрузия
А. фронтального отдела верхнего зубного ряда,
Б. нижних моляров.

С целью интрузии моляров нижней челюсти ортодонтические имплантаты устанавливались

с вестибулярной и оральной поверхностями альвеолярного отростка в области интрузируемых зубов. На жевательной поверхности моляров с помощью композита фиксировалась металлическая штанга. Между имплантатами устанавливалась эластическая цепочка (рис.4Б).

Выводы

- 1) Ортодонтические имплантаты стали необходимой частью планирования лечения. Дальнейшая разработка технологий перемещения зубов с использованием ортодонтических мини-имплантатов способствует упрощению конструкций, увеличению комфорта пациента и кооперации с ним, сокращению сроков лечения и количества побочных эффектов.
- 2) Использование ортодонтических имплантатов позволяет не только создать стабильную опору, но и проводить перемещение зубов на ограниченном участке зубного ряда.

Литература

1. Gainsforth BL, Higley LB. A study of orthodontic anchorage possibilities in basal bone. *Am J Orthod Oral Surg* 1945; 31: 406-117
2. Goodacre et al. Prosthodontic considerations when using implants for orthodontic anchorage. *J Prosth Dent* 1997; 77: 162-170.
3. Majzoub Z, Finotti M, Miotti F, et al. Bone response to orthodontic loading of endosseous implants in rabbit calvaria: early continuous distalizing forces. *Eur J Orthod* 1999; 21: 223-230.
4. Kanomi R. Mini-implant for orthodontic anchorage. *J Clin Orthod* 1997; 31: 763-767
5. Ueda M. Application of the principles of distraction osteogenesis using osseo-integrated implants. In: K. W. Higuchi (ed.) *Orthodontic Applications of Osseo-Integrated Implants*. Quintessence, Illinois, 2000, pp. 191-210.
6. Ismail. F. H., Johal A. S., Royal London Hospital, UK; The role of implants in orthodontics *Journal of Orthodontics*, Vol. 29, No. 3, 239-245, September 2002

Prezentat la 21.07.2008

UTILIZAREA PROTEZELOR MOBILIZABILE KEMENY DIN VALPLAST DOTATE CU DISPOZITIVE DE ȘINARE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL PARODONTITELOR

I.Postolachi,
M.Ceban

Catedra Protetică
dentară și ortodonție

Rezumat

Protezele dentare Kemeny din Valplast cu dispozitive de șinare pot fi cu succes utilizate și în tratamentul edentației parțiale complicate cu parodontite cronice. Elasticitatea materialului permite folosirea retenției anatomice din zona dinților restanți ca factor important în biomecanica protezei.

Cuvinte-cheie: edentație parțială, proteza Kemeny, parodontită cronică.

Summary

Using of removable denture type kemeny from valplast equipped with splinting devices in complex treatment of parodontitis

Dental prosthesis type Kemeny from Valplast with splinting devices may be successfully used in treatment of partial edentation complicated with chronic parodontitis. Elasticity of material permits using the anatomical retention from the zone of the remained teeth as important factor in prosthesis biomechanic.

Key words: partial edentation, prosthesis type Kemeny, chronic parodontitis.

Întroducere

Se consideră că la rând cu mulți factori etiologici la agravarea proceselor inflamatorii-distructive din țesuturile parodontale un rol deosebit îl are suprasolicitarea funcțională a dinților, deseori declanșată de dereglări ocluzale. Ca urmare dinții anterenați în proces devin mobili și ulterior se supun extracției. Din acest moment edentația parțială instalată și mai mult accelerează suprasolicitarea dinților restanți. Aceasta se explică prin obiectivul creării a două grupe de dinți: 1 — funcționali, care participă la realizarea actului de masticatie și, 2 — nefuncționali, lipsiți de dinți antagoniști și prin urmare neantrenați nu numai în funcția actului de masticatie, dar și la stabilizarea mandibulei față de maxilă în timpul deglutiției, când forța funcțională după durata sa este circa de 10 ori mai mare decât la actul de masticatie. În acest context important este de a sublinia, că în condiții fiziologice menținerea nivelului adaptiv a fluxului sangvin în țesuturile parodontului necesar în homeostazia structurilor parodontale este asigurat de forțele declanșate în timpul actului de masticatie, care alternativ solicită dinții pe hemiarcada activă. La lipsa dinților de pe hemiarcada de balans grupul de dinți de pe hemiarcada activă este suprasolicitat cu dezvoltarea ulterioară a ocluziei traumatice. Mult mai grave sunt consecințele pentru dinții restanți la lipsa molarilor sau și a premolarilor pe ambele hemiarcade la unul sau ambele maxilare. Din aceste motive se consideră rațional de a include între sistemul de ancorare și șeile protezei mobilizabile dezjunctori de forță. Așa construcții repartizează forțele funcționale preponderent asupra bazei osoase despoșărind astfel dinții restanți. Mai mulți autori menționează (1,2,5,6,9) raționalitatea de a lua măsuri de imobilizare a dinților restanți cu șini fixe sporind astfel tratamentul protetic cu proteze mobilizabile. Însă blocarea dinților prin șinare în grupe nu exclude influența negativă a forțelor funcționale asupra parodontului acestor dinți, din ce motiv protezele mobilizabile trebuie să includă și elemente de șinare (7). Din aceste considerente tratamentul ortopedo-protetic a parodontitelor cronice complicate cu edentații parțiale se consideră complicat. Aceasta se explică și prin faptul, că protezele-șine cu suport mu-

co-osos datorită flexibilității fibromucoasei câmpului protetic prin sistemul croșetar acționează asupra dinților restanți ca o extenzie, care cu atât mai mult îi suprasolicită cu cât breșa arcadei dentare este mai mare, flexibilitatea fibromucoasei este sporită, forța funcțională plasată pe zona distală a șeilor protezei, iar dinții restanți au un parodont deficitar. În așa situații clinice imobilizarea preventivă a dinților restanți v-a contribui la despoșărarea lor prin repartizarea uniformă a forțelor funcționale între unitățile odonto-parodontale și proteza mobilizabilă. La prezența contraindicațiilor către protezele parțiale mobilizabile scheletizate se folosesc cele acrilice cu elemente de imobilizare a dinților restanți. Totodată biomecanica acestor proteze datorită bazei rigide și a flexibilității fibromucoasei câmpului protetic accelerează procesele distructive în țesuturile parodontale. (4,7,9). Prin urmare problema micșorării influenței negative a protezelor parțiale mobilizabile acrilice cu elemente de imobilizare a dinților restanți continuă să rămână actuală.

Scopul lucrării

Evaluarea eficienței retenției anatomice în protezele parțiale mobilizabile din Valplast cu elemente de imobilizare a dinților restanți în tratamentul parodontitelor cronice asociate cu edentații parțiale.

Material și metode

În studiu a fost luat un lot de 14 pacienți (6 b., 8f.) cu edentații parțiale cl. I — III Kenedy sau subtotale la unul sau ambele maxilare, complicate cu parodontite cronice în remisie și mobilitatea patologică a unor dinți de gradul 1—2. Pacienții sau prezentat la specialist după finisarea tratamentului conservativ. La 7 pacienți tratamentul protetic sa efectuat cu proteze parțiale mobilizabile din Valplast cu elemente de imobilizare a dinților restanți în combinație cu retenția anatomică din această zonă (lotul de studiu), iar la 7 pacienți — cu proteze parțiale mobilizabile acrilice cu elemente de fixare și stabilizare clasice (lotul de referință). Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic: ortopantomografia zonei maxilo-faciale, ocluziografia, modele de diagnostic.

Rezultate și discuții

Studiul clinic și analiza rezultatelor examenului paraclinic au permis de a constata, că modificările morfologice în arcadele dentare produse de parodontite complicate cu edentație parțială variaiu de la individ la individ. Tabloul clinic al edentației terminale era dependent de evoluția procesului patologic, întinderea breșelor, numărul breșelor în arcada dentară restantă, de gradul de mobilitate a dinților restanți, de atrofie a procesului alveolar și de exprimare a indicilor biologici locali considerați ca retenție anatomică. Aceste obiective au stat la baza selectării pacienților fiind incluși în studiu persoanele cu prezența indicilor biologici aproximativ identici, atât în lotul de studiu, cât și în lotul de referință. Aceasta a permis o evaluare comparativă, nu numai a stării componentelor căm-

pului protetic și în primul rând a indicilor biologici locali, dar și a eficienței tratamentului ortopedo-protetic. Reeșind din acești criterii la pacienții din ambele loturi au fost diagnosticate edentații parțiale cl. I—III Kenedy la unul sau ambele maxilare în 19 cazuri. La 9 pacienți una din arcadele dentare a fost integrată sau restabilită cu punți dentare.

Măsurările efectuate pe modelele de diagnostic a pacienților din ambele loturi au permis de a stabili în principiu același grad de manifestare a indicilor biologici locali considerați ca retenție anatomică. Însă ținând cont de locurile plasării elementelor de fixare, stabilizare și șinare pe dinți restanți s-a atras atenția nu numai la gradul de atrofie și a formei procesului alveolar edentat, dar și la exprimarea versantului vestibular din această zonă, prezența și mărimea spațiilor interdentare, cât și gradul de dezgolire a porțiunii radiculare a dinților (3,8). Aceasta a permis de a folosi particularitățile de retenție anatomică din zona dinților restanți pentru o imobilizare cu însușiri biomecanice înalte, contribuind astfel la opunerea forțelor funcționale ce reiese de la proteză. S-a constatat că, datorită elasticității materialului Valplast este posibilă utilizarea mai largă a retenției anatomice din zona dinților restanți atât din partea orală, cât și din cea vestibulară. Mai mult ca atât tehnologia confecționării protezelor-șine și elasticitatea materialului permite o aderare precisă și cu o suprafață majoră de contact pe suprafețele verticale ale dinților asigurând imobilizarea lor satisfăcătoare.

Evaluarea clinică a eficienței imobilizatoare a protezelor-șine în ambele loturi de pacienți pe parcursul a 1—12 luni sa efectuat prin prisma biomecanicii acestor tipuri de proteze. Sa stabilit, că protezele

mobilizabile tip Kemeny din Valplast dotate cu sistem de imobilizare a dinților restanți micșorează influența nocivă a forțelor funcționale orizontale asupra lor prin opunerea retenției anatomice. Noi considerăm că acest efect este asigurat și de capacitățile de amortizare a materialului dat de care sunt lipsite acrilatele.

Concluzii

1. Protezele dentare mobilizabile tip Kemeny din Valplast pot fi dotate cu elemente de imobilizare a dinților restanți folosind și retenția anatomică din această zonă.
2. Combinarea retenției anatomice a protezelor parțiale mobilizabile tip Kemeny dotate cu elemente de imobilizare a dinților restanți asigură micșorarea nocivă a forțelor funcționale orizontale în biomecanica acestor proteze.

Bibliografia

1. Burlui V., Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia. Iași 2000.
2. Constantinescu M., Mocanu C., Nicolaescu V. Corelații privind disignul, conceperea și realizarea restaurărilor coronare și condiția parodontală. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Iași, 2005, p. 79 — 81.
3. Mărțu S., Mocanu C. Parodontologie. Iași, 2000.
4. Postolachi I și colab. Protetica dentară. Chișinău, 1993. 446 p.
5. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001. 301 с.
6. Каламкарров Х.А. Ортопедические методы лечения патологии пародонта. В кн.: Иванов В. С. Заболевания пародонта. Москва, 1981, с. 159 — 183.
7. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. Москва, „Медицина”, 1988 — 511с.
8. Мюллер Х.П. Пародонтология. Львов. ГалДент. 2004. 256с.
9. Трезубов В.Н., Щербаков А.С. Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2003. 481с.

Prezentat la: 30.05.2008

НАРУШЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ ПРИКУСА

**Хорошилкина Февралина
Яковлевна**

*д.м.н. профессор
— профессор кафедры
ортодонтии и детского
протезирования
Московского государственного
медицинского
стоматологического
университета;*

**Чобанян Арман Гарикович,
Манучарян Артур
Альбертович**
*кафедра ортодонтии
Российской Медицинской
Академии
Последипломного
Образования.*

Резюме

На основании комплексного обследования 88 пациентов (63 — с дистооклюзией, 25 — с мезиооклюзией) — клинического, антропо- и фотометрического и изучения боковых телерентнограмм головы — уточнена диагностика типа нарушений расположения губ и подбородка и эстетических отклонений в форме профиля лица, что важно для диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и выбора метода их лечения.

Summary

Abnormal localization of lips, chin and abnormal esthetic confusion of face profile

According to the findings of 88 patients (63 — distal malocclusion, 25 — mesio malocclusion) — clinical, anthropometrical and photometrical X-ray head plane investigations we have diagnosed abnormal localization of lips, chin and abnormal esthetic confusion of face profile, what is very important for dento-facial pathology and for choice of treatment method.

Введение

Зубочелюстно–лицевые аномалии, отражаются на форме лица. Оно становится не привлекательным, что доставляет глубокие переживания пациентам. (Ю.А. Гюева, Ю.М. Малыгин, Л.С. Персин, Л.В. Польша, R.G. Alexander, T.M. Graber, A.M. Schwarz и др.). При обращении к врачу ортодонту их основные жалобы на нарушенную эстетику лица, неправильно расположенные передние зубы.

Цель исследования — диагностировать нарушения расположения губ, подбородка, отражающих морфологические нарушения в зубочелюстно-лицевой области и степень их выраженности.

Материал и методы исследования

Обследовано 88 пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью в возрасте от 12 до 26 лет (мужского пола было 38, женского — 50). Изучено 88 боковых ТРГ головы и 176 диагностических моделей челюстей, полученных до ортодонтического лечения у 63 человек с дистоокклюзией и у 25 с мезиоокклюзией.

Применены следующие методы исследования: клинический, антропо- и фотометрическое изучение лица, его фотографий и диагностических моделей челюстей, анализ данных измерения боковых ТРГ головы по методу А.М. Schwarz. На профильных фотографиях лица и боковых ТРГ головы изучали расположение передних точек верхней и нижней губ, а также подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus и определяли нарушения эстетики и врожденный тип профиля лица у каждого пациента по А.М. Schwarz. На фотографиях изучали величину угла «Т» — угла гармонии нижней части лица. Его получали на фотографиях профиля лица при пересечении перпендикуляра из кожной точки назия (n) к горизонтальной линии, соединяющей кожные точки орбитальную (or) и верхнюю точку трагуса (tr) а также линии, соединяющей подносовую точку (sn) и выступающую точку подбородка (pg). На боковых ТРГ головы этот угол получали при пересечении перпендикуляра (Pn) к линии N–S, опущенного из точки n и линии, соединяющей кожные точки: подносовую (sn) и выступающую точку подбородка (pg).

По методу Ricketts уточняли расположение передних точек губ по отношению к эстетической линии, соединяющей выступающие точки кончика носа и подбородка.

Результаты исследования. На основании клинического исследования, осмотра родителей,

близких родственников и изучения анамнеза выявлены нарушения окклюзии зубных рядов и формы профиля лица у 18 пациентов из 88, в том числе у 13 — при дистоокклюзии и у 5 — при мезиоокклюзии.

Определяли величину угла «Т» по Schwarz. Благоприятную гармонию профиля лица наблюдали при средней величине этого угла. По данным Ф.Я. Хорошилкиной она находится в пределах от 10° до 16°. При расположении линии sn–pg позади перпендикуляра Pn этот угол положительный, при ее расположении впереди — отрицательный.

На основании изучения величины угла «Т» у 63 пациентов при дистоокклюзии и у 25 при мезиоокклюзии установлена частота встречаемости различной величины этого угла с интервалом в 5°.

Таблица 1. Количество обследованных с различной величиной угла «Т» при дисто- и мезиоокклюзии

Вид окклюзии	Количество обследованных с учетом величины угла «Т»								всего
	отрицательное значение угла «Т»			положительное значение угла «Т»					
	от -11° до -15°	от -6° до -10°	от 0° до -5°	от 0° до +5°	от +6° до +10°	от +11° до +15°	от +16° до +20°	от +21° до +25°	
дистоокклюзия	—	—	—	—	9	13	30	11	63
мезиоокклюзия	2	4	3	3	6	4	3	—	25
итого	2	4	3	3	15	17	33	11	88

У пациентов с дистоокклюзией величина угла «Т» была в пределах от +6° до +25°. У 72,6% пациентов он был больше средней нормы, а именно от 16° до 25°. Это свидетельствовало о постериальном расположении точки pg, т.е. о недоразвитии нижней челюсти — ее тела, ветвей и о выпуклом типе лица. (Рис. 1).



Рис 1. Нарушена форма профиля лица при дистоокклюзии, укорочена её нижняя часть, глубокая супроментальная борозда, постериальное расположение передней точки подбородка, угол Т равен 27,5°.

У 25 пациентов с мезиоокклюзией величина угла «Т» была в пределах от минус 15° до плюс 16°. У 63.5% пациентов величина этого угла была меньше средней нормы. Это свидетельствовало об антериальном расположении точки рg, что обусловлено увеличением размера нижней челюсти — её тела, ветвей и возможным ее смещением вперед в результате нарушения смыкания зубных рядов. В зависимости от степени уменьшения размера угла «Т» наблюдали прямой и вогнутый типы лица (Рис. 2).

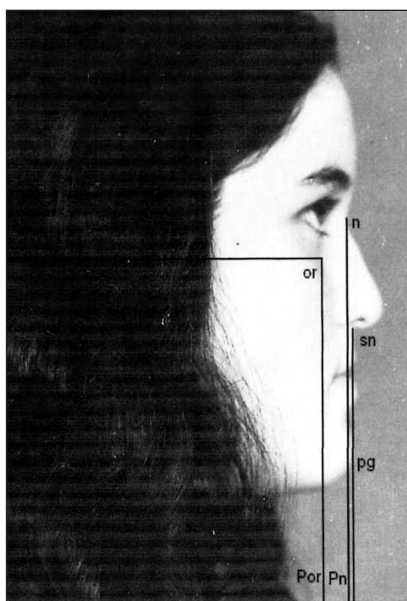
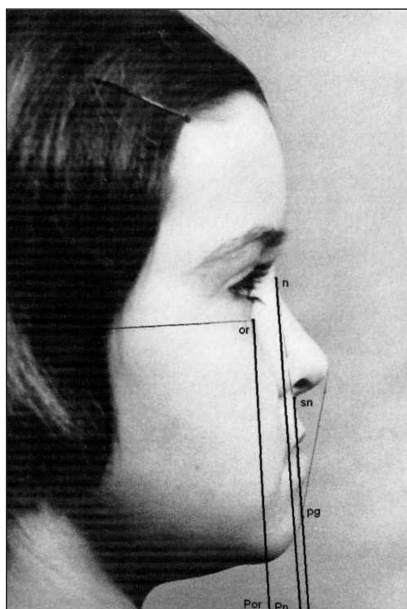


Рис. 2._{1,2} Разновидности расположения губ и подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus, по отношению к эстетической линии Ricketts, с учетом величины угла «Т» у двух пациенток с мезиоокклюзией:
у первой пациентки — губы значительно выступают за пределы линии Pn, превалирует нижняя губа, нижняя губа касается эстетической линии, угол «Т» равен 0°;
у второй пациентки — губы почти на линии Pn, отстоят от линии Ricketts, больше верхняя, угол «Т» равен 0°.

Учет индивидуального размера угла «Т» позволял уточнять степень нарушения гармонии профиля лица, дифференцировать гнатические и зубоальвеолярные нарушения и намечать план лечебных мероприятий для устранения морфологических, функциональных и эстетических нарушений, а также определять показания к ортодонтическому лечению, ортодонтическому после удаления отдельных зубов по ортодонтическим показаниям, или реконструктивным хирургическим мероприятиям на челюстях.

На профильных фотографиях лица изучали расположение передних точек верхней и нижней губ, подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus и устанавливали один из 9 типов лица по А.М. Schwarz. На боковых телерентгенограммах головы определяли величины углов: фациального ($\angle SNA = 85 \pm 5^\circ$) и инклинационного ($\angle NL NSL = 85 \pm 5^\circ$). (Рис. 3;4.)

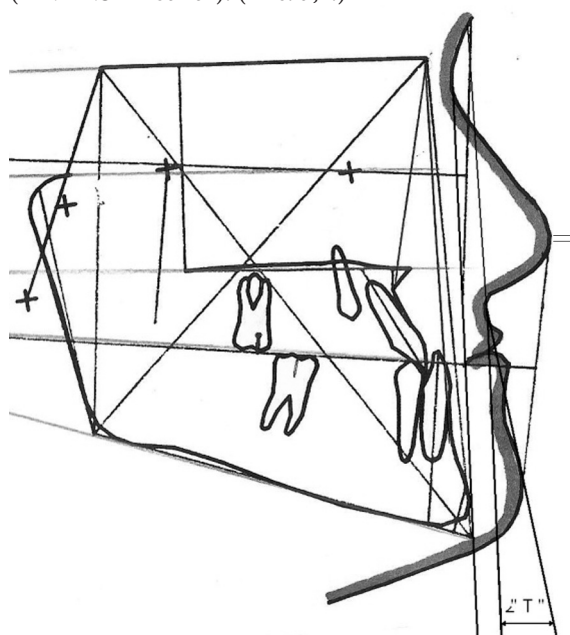


Рис. 3 Пациентка 13 лет, мезиоокклюзия, сагиттальная щель между резцами равна 4 мм, обратное резцовое перекрытие, верхняя микрогнатия и ретропозиция ($\angle SNA = 80^\circ$), нижняя макрогнатия и антепозиция ($\angle SNB = 91,5^\circ$), протрузия резцов верхней челюсти и ретрузия — нижней, угол Т равен 9°, горизонтальный тип роста челюстей ($\angle NL NSL = 2^\circ$), форма профиля лица нарушена

Углы, фациальный ($\angle SNA$) и инклинационный ($\angle I$) были средними — 85°, больше среднего — 90° или меньше — 80°, что отражалось на форме профиля лица. При увеличенном угле SNA верхняя челюсть занимает переднее положение по отношению к точке N — по определению А.М. Schwarz «лицо — смещенное вперед»; при уменьшенном угле — «лицо смещенное назад», при средней величине — среднее расположение верхней челюсти. Инклинационный угол отражает наклон гнатической части лицевого скелета по отношению к переднему основанию черепа. При увеличен-

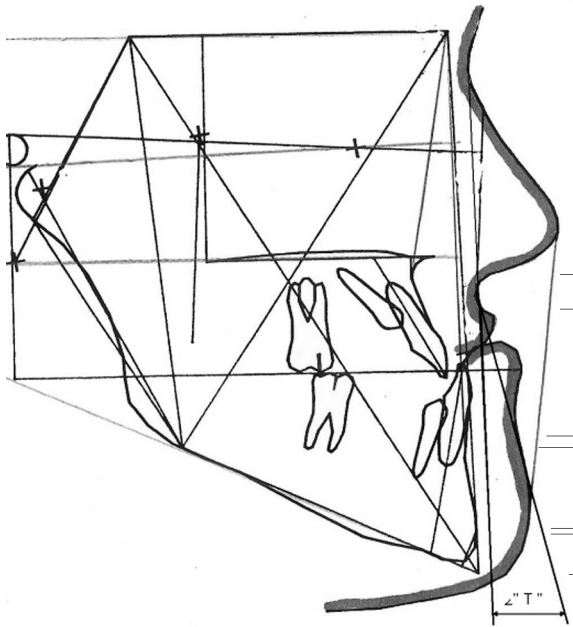


Рис. 4 Контуры, скопированные с боковой телерентгенограммы головы пациентки 19 лет с мезиоокклюзией; наличием сагиттальной щели между резцами верхней и нижней челюстей, равной 4 мм при обратном резцовом перекрытии; верхняя микрогнатия, нижняя макрогнатия, увеличенные углы нижней челюсти, резкая ретрузия резцов нижней челюсти; нарушена форма профиля лица, удлинена нижняя часть лица (sn–gn); резко выступает подбородок и нижняя губа, сглажена супраментальная борозда; угол «Т» равен минус 14°; вертикальный тип роста челюстей; показана хирургическая реконструктивная операция на челюстях.

ном угле наблюдается передняя инклинация, при уменьшенном — задняя инклинация, что отражается на форме лица и расположении губ и подбородка в антеро–постериальном направлениях.

При анализе результатов изучения расположения губ по отношению к эстетической линии по Ricketts были выделены следующие разновидности:

- 1 — верхняя губа расположена ближе к линии, чем нижняя;
- 2 — верхняя губа касается линии, нижняя — на расстоянии от нее;
- 3 — верхняя и нижняя губы касаются линии;
- 4 — верхняя губа впереди линии, нижняя губа позади;
- 5 — верхняя и нижняя губы впереди линии;
- 6 — нижняя губа впереди верхней, но позади линии;
- 7 — нижняя губа касается линии, верхняя позади;
- 8 — нижняя губа впереди линии, верхняя на линии.

Определена частота встречаемости этих разновидностей. Их учет в сочетании со сведениями о размерах базисов челюстей, ветвей нижней челюсти, величинами фациального и инклинационного углов, типах лица по А.М. Schwarz, величина угла «Т», углов наклона центральных резцов

верхней и нижней челюстей, об основных направлениях роста челюстей (нейтральный, горизонтальный и вертикальный) важны для диагностики сагиттальных аномалий окклюзии. Данные о расположении губ и подбородка позволяют определить причины нарушений формы лица, улыбки, поставить диагноз и наметить план ортодонтических и комплексных лечебных мероприятий.

Выводы.

1. Изучение на боковых телерентгенограммах головы влияния типа лица, основного направления роста челюстей, величины, расположения губ и подбородка на форму профиля лица по методам А.М. Schwarz и R.M. Ricketts позволяет дифференцировать зубоальвеолярные и гнатические нарушения и выбрать способ их устранения.
2. В периодах полового созревания целесообразно использовать потенциал роста челюстей и устранять сагиттальные аномалии прикуса, эстетические и функциональные нарушения в зубочелюстной области, применяя функциональные методы ортодонтического лечения с помощью регуляторов функции Френкеля (FR 1–3), твин — блока Кларка, а также различных типов активаторов.
3. После завершения активного роста челюстей возможно устранить патологические дисто- и мезиоокклюзию и улучшить форму лица за счет нормализации положения смещенной нижней челюсти, зубоальвеолярной компенсации, в том числе после удаления по ортодонтическим показаниям отдельных зубов или использования места в зубном ряду, возникшего в результате ранней потери отдельных зубов.

Список литературы

1. Арсенина О.И., Рогинский В.В., Шамсутдинов А.Г. Роль ортодонта в комплексном лечении пациентов с челюстно-лицевыми деформациями // Ортодент-Инфо. — 1998. — №2. — с. 6 — 12.
2. Гюева Ю.А., Польша Л.В., Гордина Е.С., Томина С.В. Изменение профиля лица как результат ортодонтического лечения мезиальной окклюзии // Матер. VII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб., 2003. — с. 49
3. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: Руководство для врачей. — М.: ООО «ИЗПШ «Информкнига», 2007. — 248 с., илл.
4. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. — М.: Центр-Ортодонт, 1996. — 43 с.
5. Польша Л.В. Анализ мягких тканей лица и костей лицевого отдела черепа при физиологической окклюзии зубных рядов. / Л.В.Польша, Ю.А. Гюева // «Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей». — Тверь, 2004 — с. 249.
6. Хорошилкина Ф.Я. и др. Руководство по ортодонтии. — М., «Медицина», 1999.
7. Хорошилкина Ф.Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М., «Медицина», 1976.

8. Alexander R.G. «Wick». The Alexander Discipline / Пер. с англ. С.Н.Герасимова.- СПб.: АОЗТ «Дентал-Комплекс», 1997.-138 с.
9. Bishara S.E., Textbook of Orthodontics.- Mosby, 2001.-P/375-376,387-400
10. Graber T.M., Vanarsdall R.L. Orthodontics Current Principles and Techniques. Second Ed. — St. Louis-Baltimore-Boston-Chicago-London-Madrid-Philadelphia-Sydney-Toronto: Mosby. — 1994.- 965p.
11. Nanda S.K. Growth patterns in subjects with long and short faces // Amer. J.Orthodont.Dentofas. Orthop.-1991.-Vol.98.- №3-P.247-258.
12. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary ortodontics.- Mosby, 1999.-742 p.
13. Racosi T.H. Anthologie und diagnostische Beurteilung des offenen Bisses. — Fortschr. Kieferorthop. — 1982. — Bd. 43. — P. 68 — 73/
14. Schwarz A.M. Roentgenostatic. A practical evaluation of the X-ray headplate//Amer.J.Orthod. — 1964. — Vol. 47. — 585 p.

Prezentat la 21.07.2008

ARMONIZAREA NIVELULUI PLANULUI DE OCLUZIE ȘI REECHILIBRAREA OCLUZALĂ ÎN TRATAMENTUL PARODONTITELOR CRONICE MARGINALE ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE INTERCALATE

Mariana Ceban

*Catedra Protetică
Dentară și Ortodonție*

Rezumat

Au fost examinați și tratați complex 12 (5b., 7f.) pacienți cu denivelarea planului de ocluzie, modificarea curbelor ocluzale și instalarea dezechilibrului ocluzal ca urmare a parodontitelor cronice marginale asociate cu edentații parțiale intercalate. Refacerea armoniei planului de ocluzie și a reechilibrării ocluzale s-a efectuat prin tehnici ortopedo-protetice în concordanță cu criteriile ocluziei funcționale.

Cuvinte cheie: plan de ocluzie, parodontită cronică marginală, edentație parțială, reechilibrare ocluzală.

Summary

Restoration of harmony of the level of occlusal plane and occlusal equilibrium at treatment of chronic marginal parodontitis associated with included partial edentation

There were examined and completely treated 12 (5m., 7f.) patients with changes of harmony of the level of occlusal plane, disorders of occlusal curves because of chronic marginal parodontitis associated with included partial edentation. The restoration of harmony of occlusal plane and occlusal equilibrium was carried out by orthopedical-prosthetic methods according to criteria of functional occlusion.

Key words: occlusal plane, chronic marginal parodontitis, partial edentation, occlusal equilibrium.

Întroducere

În procesul de dezvoltare și formare a arcadei dentare, datorită particularităților de structură a dinților și parodontului ei sunt integrați într-un sistem unic morfofuncțional. Fiecare dinte din arcada dentară ocupă o poziție specifică față de planul de ocluzie format prin unirea marginilor incizivale ale incizivilor centrali inferiori cu vârful cuspizilor vestibulo-distali ai molarilor doi sau mijlocul tuberculilor retromolari. Datorită acestor particularități de implantare suprafețele ocluzale ale dinților laterali sunt situate în plan sagital și transversal la diferit nivel formând astfel curbele de ocluzie sagitale Spee și transversale Monson-Willson (1, 2). În ocluzia fiziologică aceste curbe sunt în armonie cu planul de ocluzie și asigură echilibrul ocluzal prin repartizarea uniformă a forțelor funcționale între unitățile odonto-parodontale menținând astfel homeostazia sistemului stomatognat. Însă sub influența diferitor factori etiologici (caria dentară, abraziunea intensivă a țesuturilor dure dentare, parodontite cronice marginale cu prezența mobilității patologice a dinților, edentații parțiale, lucrări protetice și obturații cu caracter iatrogenic, etc.) conduc la migrarea dinților, deformarea arcadei dentare, denivelarea planului de ocluzie și derigrarea curbelor ocluzale. Toate acestea contribuie la instalarea dez-

echilibrului ocluzal cu consecințe grave asupra parodontului dinților restanți, articulației temporo-mandibulare și sistemului muscular. Prin urmare problema reechilibrării ocluzale continuă să rămână actuală.

Scopul lucrării

Evaluarea armonizării palnului de ocluzie ca criteriu reechilibrării ocluzale în tratamentul oropedo-protetic a parodontitelor cronice marginale asociate cu edentații parțiale intercalate.

Material și metode

Au fost examinați clinic, paraclinic (ortopantomografia, parodontometria, ocluziografia, paralelometria modelelor de diagnostic) și tratați 12 (5b., 7f.) pacienți cu vârsta cuprinsă între 32—49 ani cu parodontite cronice marginale asociate cu edentații parțiale intercalate, în ocluzia ortognatică. Direcția planului de ocluzie și gradul de denivelare s-au determinat clinic cu ajutorul șabloanelor cu borduri de ocluzie, iar măsurările respective se efectuau pe modelele de diagnostic după orientirile obținute în clinică.

Rezultatele și discuții

În baza examenului clinic și paraclinic la pacienții incluși în studiu au fost diagnosticate parodontite cronice marginale de grad ușor și mediu asociate cu edentații parțiale intercalate. S-a constatat că vechimea edentației varia între 7 luni — 3,5 ani de la prima extracție dentară. Analiza rezultatelor examenului clinic, a ocluziogramelor, modelelor de diagnostic și a paralelometriei au depistat denivelarea planului de ocluzie cu dereglarea echilibrului ocluzal manifestat

prin migrări dentare verticale a dinților fără antagoniști până la 2,5 mm, iar în plan orizontal, până la 190 și/sau prezența supracontactelor ocluzale. Aceste modificări morfologice în arcadele dentare au influențat negativ și curbele ocluzale.

Armonizarea planului de ocluzie cu reechilibrarea ocluzală între arcadele dentare sa realizat prin tehnici ortopedice utilizând șlefuirea selectivă a țesuturilor dure a dinților migrați și a supracontactelor ocluzale, asigurând astfel deblocarea mișcărilor mandibulare. Ulterior reechilibrarea provizorie ocluzală a fost definitivă și armonizată prin utilizarea punților dentare întregturnate, metaloacrilice, metaloceramice cu modelarea reliefului ocluzal în concordanță cu particularitățile individuale.

Evaluarea reechilibrării ocluzale s-a efectuat prin prisma ocluziei funcționale imediat după fixarea punților dentare și la distanță (3—6 luni). Rezultatele investigațiilor au confirmat eficiența reechilibrării ocluzale prin prezența contactelor ocluzale funcționale și alunecarea arca-dei dentare inferioare pe cea superioară fără obstacole.

Concluzii

Refacerea armoniei planului de ocluzie și reechilibrării ocluzale necesită etapizare prin pregătire protetică și tratament protetic individualizat cu respectarea criteriilor ocluziei funcționale.

Bibliografie

1. Burlui V., Morarușu C. Gnatologie. Ed. Apollonia. Iași. 2000 - 566 p
2. Burlui V., Forna N., Ifteni G. Clinica și terapia edentației parțiale intercalate reduce. Ed. Apollonia. Iași. 2001 — 639 p.
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт.Петербург. 2001 — 302 с.

Prezentat la: 30.05.2008

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ФТОРОПЛЕНА» ПРИ ГИПЕРЕСТКЗИИ ЗУБОВ

Rezumat

În această lucrare au fost prezentate date despre eficacitatea folosirii medicamentului «Ftoroplen» în cazul hiperesteziei dinților preparați sub coroane metalice și metaloceramice. Se cunoaște că în stomatologia contemporană se dă preferință păstrării vitalității dinților preparați sub construcții protetice. Dinții vii, alimentându-se prin pulpa dentară, sînt mai rezistenți și pot servi pacientului o perioadă mai îndelungată. În cazul nostru au fost examinați 25 pacienți (17 femei și 8 bărbați) cu vârsta medie de 39 ani, la care dinții au fost preparați sub coroane metalice și metaloceramice. Acești pacienți au fost divizați în două grupuri: I grup (11 pacienți) — aplicarea «Ftoroplenului» s-a efectuat imediat după prepararea dinților; II grup (14 pacienți) — aplicarea preparatului s-a efectuat peste 2—3 zile, cînd pacienții s-au adresat cu plîngeri la o reacție durabilă la acțiunea excitanților termici, mecanici și chimici. Pe parcursul tratamentului s-a determinat ameliorarea sau dispariția completă a hipersensibilității dinților după aplicarea peliculei de protecție cu lacul «Ftoroplen». Starea pacienților din I grup, la care lacul s-a aplicat imediat după prepararea dinților sub proteze, era mai favorabilă și hipersensibilitatea dinților a dispărut mai devreme în comparație cu pacienții din al II-lea grup. Folosirea preparatului «Ftoroplen» este o metodă eficientă în profilaxia și tratamentul hiperesteziei dinților preparați sub coroane metalice și metaloceramice.

Cuvinte-cheie: prepararea dinților, «Ftoroplen», hiperestesia dinților

Шинкаренко В.Н.,
Шинкаренко М.В.,
Грекова В.И.

Муниципальный
Стоматологический
Центр, Кишинэу

Summary

Efficiency of the usage of «Ftoroplen» medicament in case of hyperesthesia of the teeth

This work represents the data about the efficiency of the usage of «Ftoroplen» medicament in case of hyperesthesia of the teeth made under the metal and cermet crown. It is well known and absolutely clear that, in our day's stomatology, supposes preservation of the teeth vitality which was made under prosthetic devices. Vital teeth supplied by way of dental gum are more resistant and can serve the patient a longer period. During our research we have examined 25 patients (17 women and 8 men) of the average of 39 who had teeth made under the metal and cermet crowns. These patients were divided into 2 groups: I group (11 patients) — «Ftoroplen» was immediately introduced after the preparation of teeth. II group (14 patients) — «Ftoroplen» was used 2—3 days later when the patients complained of the pain reaction on the thermal, mechanical and chemical irritation. In course of treatment we determined the improvement or complete disappearance of teeth hypersensitivity after the application of the protective layer with «Ftoroplen». The state of patients from I group, which used «Ftoroplen» immediately after the preparation of teeth under the prosthetic device, was better and teeth hypersensitivity disappeared earlier in comparison with those of II group. The application of «Ftoroplen» represents the effective method of prophylaxis and hyperesthesia treatment of the teeth made under the metal and cermet crown.

Key-words: preparation, «Ftoroplen», hypersensitivity of a tooth

В практике работы врача-стоматолога нередки случаи обращения пациентов по поводу повышенной чувствительности зубов, причины которой различны. Чаще всего это препарирование витальных зубов под металлические и, особенно, металлокерамические зубные протезы, которое проводится, как правило, с помощью высокоскоростных бормашин (со скоростью вращения бора 250-300 тысяч оборотов в минуту). При этом неизбежно происходит нагрев тканей зуба вплоть до ожога пульпы и возникновения острого термического пульпита. Используемые современные технические средства воздушно-водяного охлаждения препарлируемых зубов не всегда приводят к желаемому результату, и в пульпе зуба возникает ряд изменений, как ответная реакция на препарирование тканей зуба^{1,2,3,4}.

Признаки асептического воспаления обнаруживаются даже через 10-15 дней после препарирования и со временем (через 1-12 месяцев) ис-

чезают. Согласно современным представлениям, культя отпрепарированного зуба рассматривается как открытая раневая поверхность, чувствительная к химическим и температурным воздействиям, остро нуждающаяся в защите и асептической обработке⁴. Из различных предложенных для этого методик мы выбрали способ защиты культи отпрепарированного зуба путем покрытия ее лаком «Фтороплен», который выпускается украинским производственным предприятием «Латус» (г. Харьков).

Цель исследования

Изучение эффективности применения фторвыделяющего лака «Фтороплен» при лечении гиперестезии зубов, отпрепарированных под металлические и металлокерамические зубные протезы.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 25 пациентов (17 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 25 до 49 лет (средний возраст составил 39 лет) без общей патологии, которым были отпрепарированы витальные зубы под металлокерамические и металлические коронки.

Препарирование зубов проводилось у всех пациентов алмазными борами турбинным наконечником с водяным охлаждением со скоростью вращения 300 тысяч оборотов в минуту под местным обезболиванием раствором «Убистезин Форте».

Больные были разделены на две группы. В первую группу больных было включено 11 пациентов (8 женщин и 3 мужчин), которым после препарирования и снятия оттисков проводилась антисептическая обработка и обработка с использованием шлифовальных щеток. Обработанную поверхность зубов промывали струей воды из пюстера бормашины, затем высушивали струей теплого воздуха до появления матовой поверхности зуба. Нужное количество лака при помощи кисточки равномерно наносили на всю поверхность отпрепарированного зуба. Затем в течение 1,5—2 минут лак высушивали теплым воздухом из пюстера.

При выявлении поверхностей зуба с очень тонкой пленкой лака, на эти места наносили второй слой лака аналогично первому, создавая равномерное покрытие зуба пленкой лака.

Пациентам рекомендовали в течение двух часов после нанесения лака не принимать пищу. А в период ожидания изготовления несъемного зубного протеза им рекомендовали принимать нежесткую, не требующую тщательного пережевывания пищу комнатной температуры, щадяще проводить гигиенические мероприятия полости рта, чтобы не подвергать отпрепарированные зубы воздействию механических, термических и химических раздражителей, а также для более длительного сохранения лаковой пленки.

Во вторую группу включили 14 больных (9 женщин и 5 мужчин), которые обратились за помощью на 2—3 день после препарирования зубов с жалобами на болезненную реакцию на термические, механические и химические раздражители. У этой группы пациентов проводили дифференциальную диагностику гиперестезии и травматического пульпита с помощью клинических методов исследования. В трудных для диагностики случаях проводили электроодонтодиагностику. Этим пациентам проводили лечение гиперестезии «Фторопленом» по изложенной выше методике.

Все пациенты были предупреждены о том, что в случаях снятия лаковой пленки они должны явиться на повторный прием. У большинства пациентов лаковая пленка держалась на зубах 2—3 дня. После примерки конструкции металлокерамических или металлических коронок всем пациентам наносилась лаковая пленка на зубы повторно и сохранялась до фиксации коронок цементом.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты первой группы отмечали болевые ощущения различной интенсивности в отпрепарированных зубах только в первые сутки после окончания действия анестезии. В последующие сутки наблюдалось полное исчезновение или уменьшение гиперчувствительности. Различная степень выраженности болевых ощущений может быть объяснена индивидуальной чувствительностью пациентов, а также неидентичностью проведенных манипуляций (различная толщина шлифованных тканей зуба, индивидуальное строение различных групп зубов и др.).

В то же время из 11 пациентов первой группы только трое ощущали повышенную чувствительность к холодному в течение первых 2—3 дней, остальные 8 человек чувствовали себя комфортно.

У пациентов второй группы, которым лак наносился на зубы на 2—3 день после их препарирования, исчезновение причинных болевых ощущений наступало лишь на 3—4 день после

препарирования зубов. А у двоих пациентов был диагностирован острый травматический пульпит, им была проведена девитализация пульпы по общепринятой методике.

Таким образом, пациенты первой группы, которым наносили лак на отпрепарированные зубы сразу после их шлифования, чувствовали себя более комфортно по сравнению с пациентами второй группы.

Следует отметить, что при строгом соблюдении правил препарирования витальных зубов под металлические и металлокерамические коронки с последующим покрытием культи зуба лаком «Фтороплен» сразу же после препарирования позволяет сохранить зубы витальными, облегчить пациентам жизнь в период ожидания изготовления зубного протеза, но не дает 100% гарантию успеха, поскольку имеется индивидуальная чувствительность пациентов, а также особенности строения различных групп зубов.

Выводы

1. Применения лака «Фтороплен» является эффективным методом лечения и профилактики гиперестезии зубов, отпрепарированных под металлические и металлокерамические зубные протезы.
2. Более выраженный профилактический эффект наблюдается при нанесении лака «Фтороплен» на отпрепарированные зубы сразу после их шлифования.

Литература

1. Postolachi I. et al. Protetică dentară. Chișinău: Știința, 1993. P. 163-180.
2. Григорьев В. Химический и механический метод защиты витальных зубов, отпрепарированных под металлокерамические коронки // Curierul medical. 2007. Nr. 6. С. 30-34.
3. Каламбаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. С. 215.
4. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. М.: Триада-Х, 1998. С. 144-146.

Prezentat la 09.07.2008

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Резюме

Более 45% детей имеют зубочелюстные аномалии, которые влияют на нормальное формирование и функционирование челюстно-лицевой области, дыхание, речь, эстетику, а также психологическое развитие ребенка. Зубочелюстные аномалии полиэтиологичны (Камышева Л.И. с соавт., 1993; Колесов А.А., 1985; Куроедова В.Д., 1998; Хорошилкина Ф.Я., 2005; Crause U., 2000).

**Рублева И.А.,
Слабковская А.Б.,
Персин Л.С.,
Заваденко Н.Н.**

*Кафедра Ортодонтии
и детского протезирования
МГМСУ
Кафедра Детской неврологии
РГМУ*

Summary

The psychoneurological status of children with distal occlusion

Sucking habits were revealed in 77.8% of the examined children. The psychoneurological status of these children is often altered and needs to be corrected. The sucking habits such as sucking lips and pens in 36% cause the distal occlusion in children with normal occlusion.

Многие авторы (Окушко В.П., 1965, Сальковская Е.А., 1981) отмечают взаимосвязь психоневрологического статуса и зубочелюстных аномалий. Наиболее часто в полости рта такие проблемы проявляются в виде вредных привычек и нарушений иннервации мягких тканей. По данным S. Green (2005) вредные привычки для детей являются успокаивающим средством во время каких-либо стрессовых ситуаций, и чем сильнее они выражены у ребенка, тем более вероятно развитие зубочелюстных аномалий. Е.А. Сальковская (1981) отметила, что в 71,8% вредные привычки являются ведущим этиологическим фактором возникновения и развития зубочелюстных аномалий (рис. 1а, б, в).

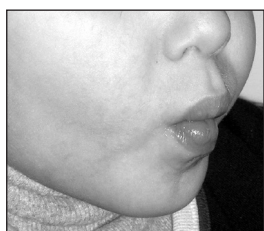
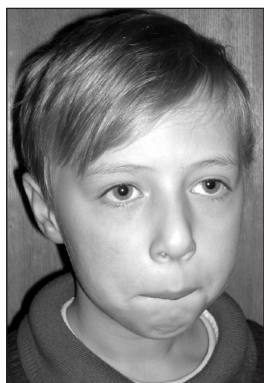


Рис.1 Вредные привычки, ведущие к развитию зубочелюстных аномалий.

А. Н. Geis, D. Н. Piarulle (1988) выявили, что уровень нейротизма у детей с вредными привычками выше, чем у детей контрольной группы. По данным В.О. Куроедовой (1990) в ортодонтическом лечении нарушений прикуса, причиной которых являются вредные привычки сосания, первой проблемой становится борьба с патологически привычными действиями. Для выбора правильной тактики лечения таких пациентов обязательным должно быть обследование детским психоневрологом.

При планировании ортодонтического лечения необходимо учитывать психоневрологический

статус пациента, что поможет достичь устойчивого результата лечения, хорошей эстетики, а также нормального функционирования зубочелюстной системы.

Цель исследования: проследить динамику изменений психоневрологического статуса детей с зубочелюстными аномалиями с возрастом.

Материалы и методы:

Проведено обследование 45 детей в возрасте 7—11 лет. Все пациенты были распределены на группы по наличию зубочелюстных аномалий и вредных привычек. Дети отвечали на вопросы детского варианта личностного опросника Айзенка, направленного на исследование индивидуальных качеств ребенка — интра-, экстравертность, нейротизм и лживость. Для них был также проведен рисуночный тест «моя семья». Родители заполняли специальную анкету, разработанную профессором кафедры неврологии педиатрического факультета РГМУ Н.Н. Заваденко, для выявления симптомов психоневрологических нарушений. Через 18 месяцев было проведено такое же повторное обследование.

Результаты исследования

При анализе групп с вредными привычками и без них определено, что в группе без вредных привычек диагностирована физиологическая окклюзия в 72% случаев.

В группе с вредными привычками распространенность зубочелюстных аномалий составляла 42,8%, у остальных 57,2% наблюдалась физиологическая окклюзия. Среди детей с зубочелюстными аномалиями было 64% с дистальной окклюзией (рис.2), 11,7% с мезиальной окклюзией (рис.3), 23,5% с перекрестной окклюзией (рис.4).



Рис. 2

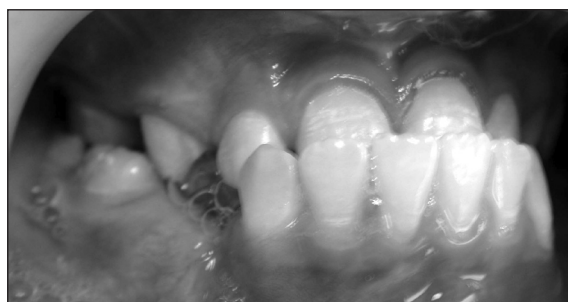


Рис. 3

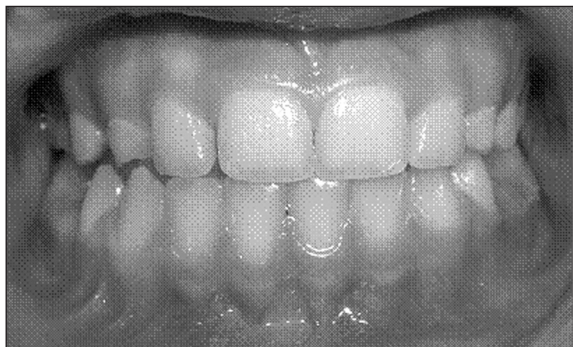


Рис. 4

При анализе групп пациентов с зубочелюстными аномалиями (44,4%) и с физиологической окклюзией (55,6%) определено, что все дети с зубочелюстными аномалиями имели вредные привычки. Анамнез пациентов с физиологической окклюзией в 33,4% случаев не отягощен вредными привычками, у оставшихся 65,6% физиологическая окклюзия сочеталась с вредными привычками.

Детский вариант личностного опросника Айзенка показал, что 40 % детей имеют признаки нейротизма. При дистальной окклюзии определяется 54,5% детей с признаками нейротизма, при перекрестной окклюзии - 33,3%, с вредными привычками и без зубочелюстных аномалий - 35% (табл.1).

Через 18 месяцев наблюдения у детей с дистальной и перекрестной окклюзией уровень нейротизма снизился у 34% обследованных, а у 36% — увеличился. У детей с вредными привычками, но без зубочелюстных аномалий уровень нейротизма снизился на 54%, но при этом у 36% детей были выявлены признаки дистальной окклюзии.

Табл.1. Изменение уровня нейротизма.

	Дистальная окклюзия	Перекрестная окклюзия	Физиологическая окклюзия у детей с вредными привычками
1этап обследования	54,5%	33,3%	35%
2этап обследования через 18 мес.	— у 36% увеличен; — у 34% уменьшен.		16,1%

Рисуночные тесты (рис.5 а,б,в) подтверждают полученные результаты или выявляют скрытые психологические проблемы.

По данным рисуночных тестов 54% детей с дистальной окклюзией нуждаются в консультации или лечении у психоневролога. Через 18 месяцев рисуночные тесты психологические проблемы выявили у 25% (табл.2).

Табл. 2. Изменения рисуночных тестов.

	1этап обследования	2этап обследования через 18 мес.
Психологические проблемы	54%	25%

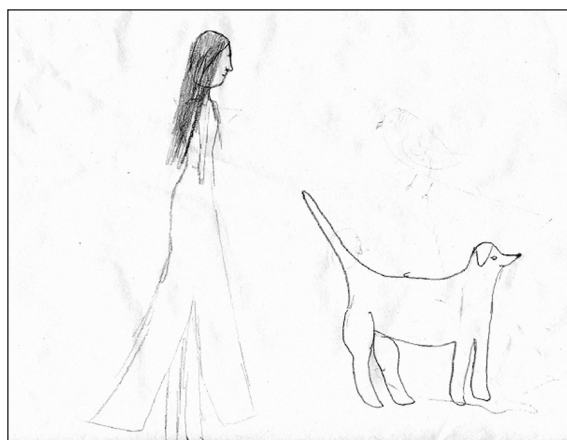
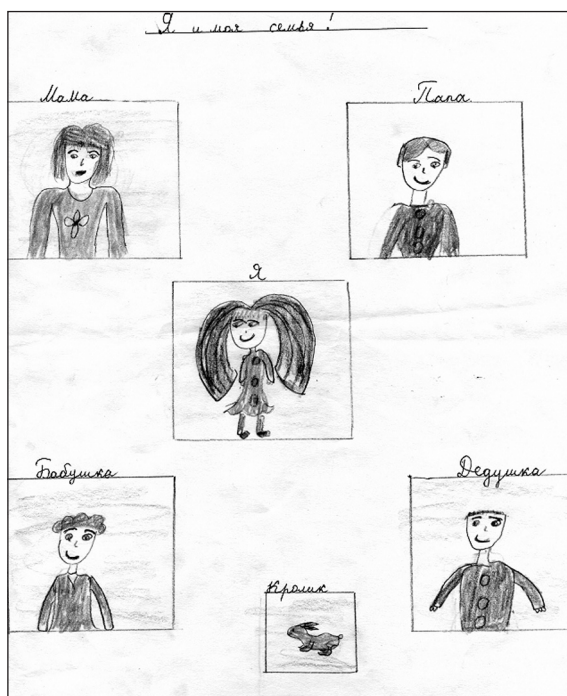
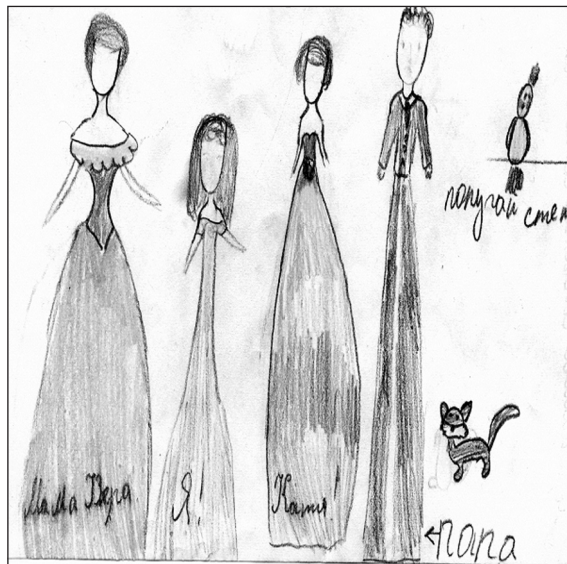


Рис. 5. Рисунки детей с психоневрологическими нарушениями.

Симптомы психоневрологических нарушений у детей с нормой выявлены только в 1 случае. Тогда как признаки тревожности определены у остальных детей в 20% случаев, гиперактивность — в

31%, психосоматические нарушения — 17%, нарушения устной речи — 11%, дефицит внимания 31%, эмоционально-волевые нарушения — 22,8%, проблемы поведения — 25%. Через 18 месяцев уровни гиперактивности, психосоматических и эмоционально-волевых нарушений, а также проблемы поведения остаются практически без изменений. Нарушения устной речи увеличиваются на 20%, дефицит внимания у 30 % детей увеличивается, а у 50% — уменьшается.

Табл.2. Изменения признаков гиперактивности и минимально-мозговой дисфункции.

	1этап обследования	2этап обследования через 18 мес.
1. Гиперактивность	31%	31%
2. Психосоматические нарушения	17%	17%
3. Тревожность	20%	20%
4. Нарушения устной речи	11%	15%
5. Дефицит внимания	31%	60%
6. Проблемы поведения	25%	50%
7. Эмоционально-волевые нарушения	22,8%	22,8%

Выводы

1. Дети с вредными привычками в 42,8% случаев имеют зубочелюстные аномалии.
2. Психоневрологический статус таких детей изменен и нуждается в коррекции.
3. Вредные привычки (сосание губы, ручек и карандашей) приводят у 36% детей к появлению дистальной окклюзии.

Список литературы:

1. Камышева Л.И., Теблоева Л.Т., Сашенкова Т.П. Этиология зубочелюстных аномалий. Связь с заболеваниями матери и ребенка.-М.:МСХА.-1993.-40с.
2. Куроедова В.Д. Новые аспекты болезни «Зубочелюстная аномалия».- Полтава.- 1997. - 255с.
3. Сальковская Е.А. Нарушение смыкания губ и глотания, методы их диагностики и устранения с целью профилактики рецидивов аномалий прикуса. Автореферат Дисс. канд. мед. наук / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии.-1981 г. - 17с.
4. Седых К.В., Куроедова В.Д. Результаты психокоррекции у детей с невротическими привычными действиями. Актуальные вопросы психиатрической практики. Выпуск 7. Полтава, 1993.- С. 114-118.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Книга IV. М., 2004г. - 25-48.
6. Geis A., Piarulle H. Psychological Aspects of Prolonged Thumb-sucking Habits. JCO. - 1988 Aug. C. 492-495.
7. Green, S. That little thumb can do an awful amount of damage. International Journal of Orofacial Myology. 2005. Apr. C. 67-80.

Prezentat la 21.07.2008

ACRILATELE FLEXIBILE — ALTERNATIVA ACTUALĂ DE SOLUȚIONARE A EDENȚAȚIEI PARȚIALE

Alexandru Smîntîna,
Anatol Mănăscuță,
Ion Lungu,
Vadim Boico,
Alexandru Lușin

Centrul Stomatologic
„VIVODENT“

Rezumat

Materialele flexibile ca de exemplu Valplast și Flexit prezintă alegerea optimă în cazurile când este indicată proteza scheletată sau când pacientul refuză proteza fixă. Au fost examinați și tratați protetic 120 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 40—70 ani cu edentații parțiale clasa II, III, IV după Kennedy la unul sau la ambele maxilare.

Summary

Flexible acrylates — a new solution in partial edentation

Flexible materials as Valplast and Flexit is the optimal choice anytime partials are indicated or the patient prefers not to use a fixed restoration. There were studied and treated 120 patients at the age of 40 — 70 years with different classes of partial edentation.

Introducere

De curând, pe piața produselor stomatologice au apărut noi materiale, Valplast și Flexit (acrilate flexibile), folosite în realizarea protezelor parțiale mobilizabile, fiind ca alternativă acrilatului clasic în situații clinice dificile. Aceste materiale sunt pe bază de neilon, nu conțin metilmecrilat, nu provoacă alergii și nu se fracturează.

Acrilatul flexibil este un material elaborat și aprobat în SUA încă din anii '60. Clinica și laboratorul dentar „Vivodent“ folosește această sistemă din anul 2006. Din practica obținută în decurs de doi ani, atât medicii specialiști din clinică, cât și

tehnicienii dentari, au acumulat o experiență prețioasă privind confecționarea și comportamentul acestor proteze în timp.

Fiind de culoare roz-translucid, estetica protezelor confecționate din acest material este impecabilă. De asemenea, el posedă elasticitate pentru o mai bună stabilitate și rezistență. Protezele din acrilat flexibil sunt indicate în cazurile similare când se recomandă proteza scheletată, în anodonție la copii, la confecționarea obturatoarelor chirurgicale și de asemenea în cazurile când dinții restanți au axe divergente nefiind necesară paralelizarea lor.

Materiale si metode

Au fost examinați și tratați protetic 120 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 40—70 ani cu edentații parțiale clasa II, III, IV Kennedy la unul sau ambele maxilare. Decizia de a utiliza materialele Valplast și Flexit în tratamentul edentației parțiale a fost luată după determinarea unor particularități individuale ale câmpului protetic (forma atipică a procesului alveolar, migrări dentare, prezența exstoazelor, etc.). Pacienții au fost examinați clinic-instrumental și radiologic prin radiografia dento-parodontală la indicații și ortopantomografia zonei maxilo-faciale.

Rezultate si discuții

Acrilatul flexibil permite tehnica de retenție care nu necesită prepararea dinților sau țesuturilor dure dentare, iar tehnicianul dentar are nevoie doar de o amprentă a câmpului protetic, precum și de o contra-amprentă. Fixarea lucrării pe câmpul protetic are loc prin plasarea protezei, inițial, în apă caldă pentru aproximativ un minut, ce asigură o bună inserare și adaptare a protezei la țesuturile cavității bucale. Dacă un croșet nu se adaptează perfect, se poate corecta ușor prin afundarea zonei necesare a protezei parțiale în apă caldă și îndoirea croșetului după necesitate. Dacă, ulterior, din cauza iritației persistente este necesară o corectare, rășina trebuie să fie tratată altfel decât acrilatele. Se recomandă utilizarea pietrei abrazive 13, utilizată de obicei pentru porțelan. Dacă rămân careva fire, se pot elimina cu o lamă ascuțită, iar orice rugozitate cu o roată de cauciuc maro. Și apoi se va repolei suprafața cu compus pentru lustruit.

Efectuarea unor schimbări în proteza din acrilat flexibil, la necesitate, se realizează cu ajutorul tehnicianului, fiind posibilă modificarea protezei. Pentru a adăuga dinți în locul celor extrași se obține o amprentă din alginat cu proteza plasată pe câmpul protetic apoi în laborator se realizează modelul după tehnicile cunoscute.

La rebazarea protezei parțiale mobilizabile din acrilat flexibil e necesară amprentarea cu cauciuc de

bază pentru refacerea suprafeței interne a protezei. Pentru a asigura o ocluzie corectă, gura pacientului în timpul amprentării trebuie să fie închisă în ocluzie centrica, apoi se obține o supra amprentă cu material amprentar din grupul alginatelor. Amprenta împreună cu proteza, se examinează și se realizează modelul.

Astăzi proteticienii prescriu materiale flexibile la confecționarea protezelor parțiale mobilizabile deoarece acestea posedă o rezistență înaltă la fracturare. Aceste proteze se adaptează perfect la varietatea de condiții din cavitatea bucală. Este simplificată și proiectarea acestor proteze. Flexibilitatea materialului îl face mai adaptabil în cazuri dificile, inclusiv pediatrice, sau defecte ale palatului dur deoarece materialul își păstrează proprietățile, chiar și atunci când este foarte subțire. Acrilatul flexibil este, de asemenea, ideal pentru înlocuirea acrilatului simplu, atunci când pacientul este alergic la acrilat, sau atunci când formațiuni ale bazei osoase împiedică aplicarea unei proteze acrilice.

Protezele din acrilat flexibil, la fel ca și propriii dinți, necesită o îngrijire și o igienă orală bună. În acest context se recomandă:

- Proteza din acrilat flexibil trebuie curățată regulat, iar pentru dezinfectarea ei se introduce 10—15 minute pe zi, peste noapte sau cel puțin de trei ori pe săptămână, într-un vas cu preparatul respectiv.
- Periajul aparatului din acrilat flexibil nu este recomandat pentru că aceasta ar putea elimina luciul și va face ruгоasă suprafața în timp.
- La posibilitate, proteza trebuie înlăturată după alimentație pentru a elimina orice particulă alimentară.
- Proteza trebuie păstrată în apă ori de câte ori aceasta nu este purtată pentru a păstra suprafața hidratată.
- Periajul dinților restanți se efectuează cu regularitate.

Prin urmare, protezele confecționate din acrilat flexibil eficiente în cazul când pacientul nu dorește o proteză fixă, iar proteza parțială mobilizabilă din acrilat dur va fi aplicată cu dificultăți, în ele nu se folosesc croșete metalice, astfel dinții restanți fiind protejați de o eventuală traumă.

Concluzie

În situațiile clinice dificile, manifestate de particularități excepționale ale câmpului protetic, cu succes pot fi utilizate protezele parțiale mobilizabile din acrilate flexibile Valplast și Flexit.

Bibliografie

1. www.valplast.com
2. www.dentas.cz

Prezentat la: 09.06.2008

PREPARATELE ANTIHOMOTOXICE ÎN TRATAMENTUL GINGIVITELOR LA COPII

Nina Șevenco

asistentă universitară
Catedra Chirurgia
oro-maxilo-facială
pediatică și Pedodontie
USMF „Nicolae
Testemițanu”

Rezumat

În ultimul timp tot mai fervent în practica stomatologică au început să se utilizeze preparatele antihomotoxice. Sunt prezentate rezultatele aplicării în tratamentul gingivitelor la copii preparatelor Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot și tradiționale (Metrogil-denta). Eficacitatea tratamentului cu utilizarea acestor preparate a fost confirmată dinamicilor indicilor clinici și parametrilor biochimici.

Cuvinte cheie: gingivită, PMA, glutation, glutation-S-transferaza, TraumeelS

Summary

Antihomotoxic preparations for treatment in children with gingivitis

Lately, many antihomotoxic preparations are used in stomatological practice. In the article have been adduced the results of the application in treatment of gingivitis in children the antihomotoxic preparations (Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot) and traditional (Metrogil-denta). Effectiveness of treatment was confirmed by the dynamics of clinical indexes and biochemical parameters.

Key words: gingivitis, PMA, glutathione, glutathione-S-transferase, Traumeel S

Introducere

Inflamația în cazurile gingivitei duce la secreția în salivă a factorilor inflamației, toxinelor microflorei patogene. Drept răspuns la pătrunderea microflorei patogene și a toxinelor ei în celula gingiei pacientului se observă o inducție a sistemelor de protecție a pacientului. Inflamația duce la intensificarea proceselor de oxidare peroxidică a lipidelor (OPL), mărirea peroxidelor și hidroperoxidelor lipidelor, toxinelor, care caracterizează stresul de oxidare. Drept răspuns se poate aștepta activarea sistemelor antioxidante de protecție a celulei, la care se referă antioxidantul hidrosolubil tripeptid-glutation, enzimu glutation-dependent glutation-S-transferaza. [1,2]

Saliva, fiind lichidul biologic al organismului, poate reflecta starea țesuturilor cavității bucale, metabolismului organismului în general. Cercetarea componentelor salivei este îndeosebi de informativă în cazul existenței focarului de infecție în cavitatea bucală, care are loc în cazurile gingivitei.

În ultimii ani tot mai frecvent au început să se utilizeze preparatele antihomotoxice în calitate de terapie independentă sau în complex cu metodele tradiționale de tratament. De exemplu, preparatul antihomotoxic Traumeel S este bine cunoscut prin utilizarea sa în caz de leziuni inflamatorii, precum și în tratamentul complex al gingivitelor. Pentru intensificarea efectului terapeutic se utilizează deseori metodele complexe de tratament cu utilizarea metodelor tradiționale în combinație cu unul sau câteva preparate antihomotoxice. Astfel de preparate, care de asemenea se utilizează cu succes în practica medicală, este Coenzyme compositum și Lymphomyosot. Aceste preparate au proprietăți de dezintoxicare, antialergice, de limfodrenaj și metabolice. Utilizarea lor la etapele precoce de dezvoltare a reacției inflamatorii este argumentată și actuală. [3]

Scopul lucrării a fost evaluarea eficienței tratamentului gingivitei catarale la copii cu unguentul complex (Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot) și prin metoda tradițională cu utilizarea gelului „Metrogil-denta”.

Material și metode

Pentru cercetare au fost examinați 28 de copii cu vârsta de 11—12 ani. La 10 copii a fost depistată gingivită catarală, forma ușoară și medie.

La prima vizită la copii cu gingivită catarală s-a efectuat igienizarea profesională. După aceasta ei au fost împărțiți în două grupe, cărora li s-a aplicat tratamentul prin metoda tradițională și complexă, ce include trei preparate antihomotoxice.

Grupa de control pentru efectuarea cercetărilor clinice și biochimice era constituită din 20 de copii sănătoși de vârstă corespunzătoare.

Metodele cercetării clinice la pacienți cu gingivită. Pentru cercetarea clinică a copiilor cu gingivită a fost efectuată determinarea indicelui igienei (OHI)-s (Green-Vermilion, 1969), indicilor clinici: PMA [C.Parma,1960].[4]

Caracteristica metodelor de tratament

Tratamentul tradițional. Copiilor din grupa de comparație li s-a aplicat pe regiunea gingiilor pe un bandaj de tifon gelul „Metrogyl-denta”, produs de firma „Unique Pharmaceutical Laboratories”. Timpul expunerii preparatului constituia 30 minute. Tratamentul s-a efectuat timp de 7 zile. [5]

Tratamentul complex. În calitate de metodă complexă de tratament s-a utilizat unguentul special pregătit, constituit din trei preparate antihomotoxice: unguentul Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot (Heel GmbH, Baden-Baden, Germany) [preparatele homeopatice complexe ale firmei «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ»; ЗАО «Арнебия», М., 2001].

Pregătirea unguentului complex. La unguentul Traumeel S (1—2g) se adăuga 0,2 ml de Coenzyme compositum și 0,2 ml Lymphomyosot, după care se amesteca bine. Unguentul se aplica pe gingie pentru 30 min 1 dată/zi timp de 7 zile.

Material și metode biochimice de investigație

Saliva (lichidul bucal) s-a utilizat în calitate de material biologic, care reflectă starea metabolismului. [1,2] Saliva amestecată se aduna la ora 9 dimineața din cavitatea bucală, se centrifuga la 600 g (3000 r/min) timp de 10 minute. Pentru cercetare s-a utilizat lichidul supernatant. Toate cercetările biochimice s-au efectuat cu ajutorul micrometodelor la spectrofotometrul „Humalyzer 2000”, (Germany) la Catedra Biochimie și Biochimie clinică, USMF „Nicolae Testemițeanu”.

Cercetările în saliva pacienților cu gingivită s-au efectuat de 2 ori: până la începutul curei de terapie și după finalizare, a 7 zi.

Rezultatele obținute și discuții

Intensificarea proceselor OPL în membranele celulelor, dezechilibrul sistemului antioxidant de protecție sub influența endo- și exotoxinelor microflorei patogene exercită o acțiune distrugătoare asupra tuturor componentelor membranelor celulare. Formarea produselor primare și secundare OPL aduce la dereglarea funcției microcirculației, inflamarea și distrucția țesuturilor parodontiului. De aceea, este pe deplin argumentată utilizarea oportună a antioxidantilor la etapele precoce de dezvoltare a reacției inflamatoare la gingivită. [5]

Rezultatele cercetării parametrilor clinici la copiii cu gingivită catarală au arătat că mărimea indicelui PMA la tratarea copiilor în mod tradițional a scăzut către a 7 zi de la 22,92% până la 7,1% (3,2 ori). PMA la copiii tratați cu unguent complex s-a redus de la 21,12% până la 4,68% (4,5 ori) (figura 1).

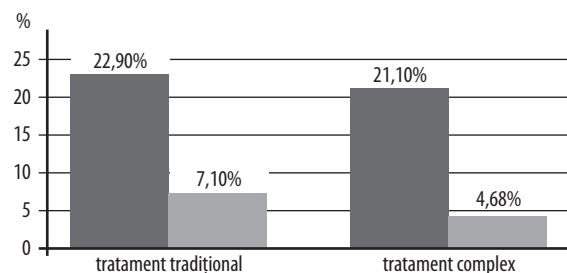


Figura 1. Dinamica PMA la pacienții-copii cu gingivită în procesul de tratament

Este necesar de menționat, că majoritatea copiilor au apreciat gustul preparatului complex, ca „mai plăcut” spre deosebire de gelul „Metrogyl-denta”.

Studierea tratamentului copiilor cu gingivită tradițional și prin metoda complexă, cu utilizarea amestecului a trei preparate (unguentul Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot), pe parcursul a 7 zile a permis stabilirea dinamicii pozitive a valorilor coeficientului indicilor clinici PMA și igienei (OHI-s). După cum arată rezultatele obținute, conținutul glutadionului, glutation-S-transferazei se deosebeau considerabil de indicii corespunzători în saliva copiilor sănătoși.

Glutation (GSH). Conținutul glutadionului în saliva copiilor sănătoși constituia 0,175 mmol/l și 0,143 mmol/g proteină (figura 2).[1]

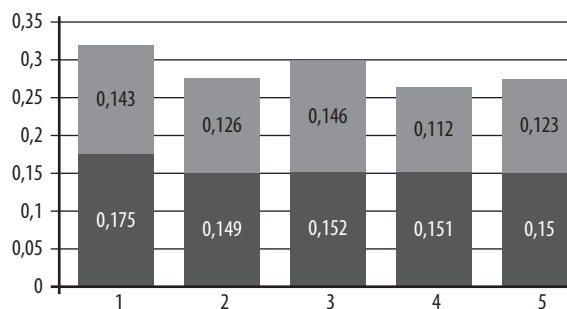


Figura 2. Cantitatea glutadionul (GSH) în salivă copiilor cu gingivită C — concentrația: mmol/l (în jos); mmol/g (în sus).

- 1 — copii sănătoși;
- 2 — pînă la tratament complex;
- 3 — după tratament complex;
- 4 — pînă la tratament tradițional;
- 5 — după tratament tradițional.

La copiii cu gingivită, conținutul glutadionului în salivă era scăzut în comparație cu copiii sănătoși. Cura terapiei tradiționale a ridicat conținutul glutadionului pînă la 0,150 mmol/l (85,7%) și 0,123 mmol/g (86,0%), dar mult mai puțin decât la terapia complexă. Aplicarea metodei complexe de terapie la copiii cu gingivită cu utilizarea a trei preparate antihomotoxice a arătat, că conținutul glutadionului (GSH) crește

în saliva copiilor deja peste 7 zile de tratament. Cura terapiei tradiționale de asemenea ridică conținutul GSH în saliva copiilor, dar mai puțin însemnat.

Glutation-S-transferaza (GT). Glutationtransferaza îndeplinește funcția antitoxică în organism.[2] La copiii grupului de control activitatea ei în salivă era egală cu 3706 U/l sau 3028 U/g proteină. După cura de terapie tradițională activitatea GT s-a ridicat pînă la 4029 U/l (108,7%) și 3839 U/g (126,8%; $P < 0,05$). Terapia complexă n-a acționat asupra activității GT. Astfel, pînă la începutul terapiei activitatea GT în saliva copiilor cu gingivită era egală cu 3935 U/l (106,2%) sau 3791 U/g (125,2%; $P < 0,05$). La sfârșitul terapiei complexe activitatea GT corespundea 3891 U/l (105,0%) și 3841 U/g (126,8%; $P < 0,05$) (figura 3).

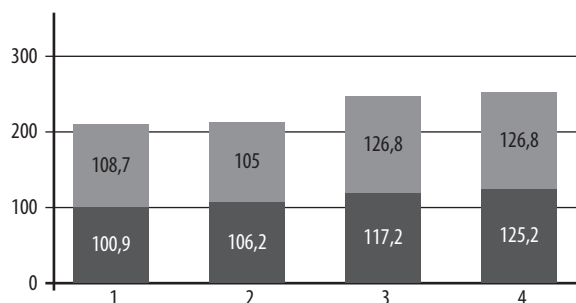


Figura 3. Modificările activității a glutation-S-transferazei în salivă copiilor cu gingivită în procesul tratamentului complex. Activitatea GST în salivă pacienții sănătoși — 100%. (1,2 — U/l; 3,4 — U/g proteină); pînă la terapie — în jos; după terapie — în sus). 1,3 — terapie tradițională; 2,4 — terapie complexe.

Cercetând activitatea GT în saliva copiilor cu gingivită, tratați prin metoda tradițională, s-a observat, că ea continuă să crească și la a 7 zi de tratament. Metoda complexă de tratament a stabilizat activitatea GT în saliva copiilor bolnavi, ceea ce mărturisește despre

o eficiență mai bună a unguentului complex. Acest fapt este condiționat de ingredientele preparatelor antihomotoxice, care îndeplinesc acțiunile antioxidantă și de dezintoxicare.

Concluzii

Terapia complexă, care include trei preparate antihomotoxice Traumeel S+Coenzyme compositum+ Lymphomyosot este mai eficientă, decât numai terapia tradițională. Acest fapt ne confirmă dinamica indicilor (OHI-S, PMA) și concentrația în salivă glutatationului și glutatation-S-transferazei. De aceea preparatele antihomotoxice pot fi utilizate în stadiul inițial de dezvoltare a procesului patologic.

Importanța practică

Metoda propusă de noi, care include trei preparate antihomotoxice Traumeel S+Coenzyme compositum+ Lymphomyosot (inovația nr. 4437) este eficientă și poate fi recomandată pentru implementarea largă în practica stomatologică în tratamentul gingivitei catarale la copii.

Bibliografia

1. Sedlak, I, Lindsay, R.H. Estimation of total protein bound and nonprotein sulfhydryl groups in tissue with Ellman's reagents. Anal Biochem, 1968, vol. 25, no.2, p.192-198.
2. Habig, WH, Jacoby, WB. Assays for differentiation of glutathione S-transferases. Methods in Enzymology, 1981, vol. 77, p. 398-405.
3. Zorean, E.V, Larentsova, L.T, Zorean, A.V. The use of antihomotoxic therapy in dentistry. Stomatologia, 1998, vol. 77, no. 6, p. 9-11.
4. Godoroja, P.D, Spinei, A.F, Spinei, Iu.G. Stomatologie terapeutice pediatrică. Chișinău, 2003, p.257-267.
5. Грудянов, А.И, Овчинникова, В.В, Дмитриева, Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. Москва: МИА, 2004. С.42-44.

Prezentat la 09.07.2008

BIOR-GEL ȘI VALTrex ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL HERPESULUI LABIAL ȘI PERIORONAZAL

Diana Ucuța

*Conferențiar universitar,
doctor în medicină
Catedra Chirurgie OMF
pediatrică și Pedodontie
Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu“*

Rezumat

Studiul a testat un preparat biologic autohton — BioR gel, indicat în completarea terapiei sistemice cu Valtrex la 17 pacienți cu erupții herpetice localizate labial, la 11 bolnavi cu vezicule cantonate labial și extinse pe tegumentul facial, și la alți 5 cu cruste nazale și perioronazale. Toți cei 33 bolnavi au prezentat semne clare de Herpes simplex.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi de observare subcurativă: I grup a inclus bolnavi tratați în program uzual aplicat în serviciile stomatologice, cel de al II-lea a încadrat pacienții cărora preparatul BioR-gel li s-a administrat ca tratament topic în completarea curelor sistemice cu Valtrex. Efectele reușite au fost evidente, mai rapide și mai eficiente sub aspectul durabilizării remisiunilor intercritice. Această nouă formulă se poate deci indica și ca terapie profilactică.

Summary

BIOR — gel and Valtrex in the complex treatment of labial and perioronasal herpes

The study Bior — gel, native, biologic preparation has been tested. It is indicated in the Valtrex systemic therapy completion in 17 patients with labial herpetic localized eruption, 11 patients with labial billeted vesicle and they are extended on facial tegument and 5 ones with nasal and perioronasal crusts. In all 33 patients the clear Herpes simplex symptoms have been observed. The patients were divided into 2 subcurative observation group. The 1-st group includes patients treated in the usual program applied in the stomatological service, the 2-nd one — patients, where Bior — gel was administered as a topic treatment in the systemic regimen completion with Valtrex. The significant effects were evident, rapid and efficient under durability aspect of intercritic remission. This new formula can be indicated as a moment therapy and prophylaxis one also.

Actualitatea temei

Agravarea situației ecologice și tensiunile psihono-emoționale ce confruntă condiția fizică a omului contemporan au diminuat rezistența organismului acestuia la infecțiile oportuniste, inclusiv la virusul herpes simplex (HSV). La rândul-i, și infecția herpetică dezvoltată compromite rezistența naturală a omului la alte infecții, în special la cele induse de flora saprofită levuriformă [6, 7,10,14].

Herpes simplex este o maladie infecțioasă care se specifică cu erupții veziculoase unice sau aglomerate, care tind să recidiveze. Agentul provocator este un virus dermatoneurotrop dotat cu DNA — virusul herpetic simplu. Rezervorul virusului, care conține germele în stare de latență sunt ganglionii regionali senzitivi (în special cei retrași în ganglionii spinalii și cranio-cerebrali faciali). Virusul latent se poate reactiva ca formă infecțioasă, provocând infecția recurentă — herpesul recidivant.

La prezumtivele mecanisme ce reactivează HSV se atribuie provocațiile prin factori fizici și afectivi, modulațiile climaterice de sezon, deteriorarea rezistenței imune. În ipostaza de factori declanșatori se pot manifesta infecțiile virale acute, gripa ș.a., dereglările digestive, neuro-endocrine, stresul emoțional, radiațiile cu ultraviolete, diferite traumatisme [1,4, 5,8].

Cel mai important moment în infecția cu herpes virus recidivant este terapia preventivă, care asemenea altor maladii cu tentă de recidivare, începe prin tratamentul cât mai adecvat al primoinfecției. În raport cu HSV este adesea dificil să afirmăm cu siguranță că este vorba de o infecție primară, de aceea orice episod de revenire a infecției se va trata la modul cât mai sigur, adică se va acționa pe toate planurile: combaterea fenomenelor acute prin îngrijiri primare locale, terapia sistemică a fe-

nomenelor toxice (dacă acestea există) — starea de rău general a pacientului și desigur consolidarea pe toate căile a terenului organic, inclusiv cu remedii fortifiante și imunomodulatoare aplicate infecțiilor rebele [2,3,9].

Majoritatea cercetărilor care s-au realizat până în prezent constată că asistarea medicamentoasă eficientă contra primoinfecției cu herpes virusuri este un deziderat foarte greu de realizat, de aceea se face miză pe calitatea tratamentului antiherpetic, care, fiind bine condus și complex, poate asigura o protecție mai mult sau mai puțin durabilă contra reacutizării infecției herpetice [10,13].

Deci miza de suport a profilaxiei secundare pentru stomatita herpetică, cea mai frecventă formă de primoinfecție cu virusul herpes simplex, este instituirea unui tratament antiviral eficient, pentru care se aplică preparate antiherpetice de înaltă specificitate — nucleozide ciclice, care sunt niște analogi sintetici ai componentelor DNA uman și ai virusului herpetic. Primul și până la moment cel mai eficient preparat antiviral este aciclovirul (Zovirax).

Au fost elaborate și testate și alte preparate antivirale, dar pentru un atac complex și mai multă siguranță a remisiunilor îndelungate se aplică preparate antiherpetice în combinație cu agenți imunotropi. Și pentru acest fel de abordare s-au pronunțat mulți specialiști, mai ales că suplimentarea terapiei cu remedii ce intervin echilibrant în sistemul imun al organismului este un gest de justificare etiopatogenică, reactivarea infecției virale demonstrând lipsa de vigoare imună a organismului gazdă [10,15].

Dacă primele tranșe curative sunt bine cunoscute de către medicii din teren și se aplică la modul indicat, în ceea ce se referă la tratamentul adjuvant și la consolidarea terenului organic există încă numeroase necunoscute.

Există și se aplică mai multe remedii topice specifice, cel mai redevabil fiind precum menționam, Aciclovirul, care este cunoscut sub mai multe denumiri, Zovirax, Virolex, elaborat în diferite formule de forță și concentrație și al cărui mecanism combativ se reduce la stoparea replicării virale.

Deși este un incontestabil agent antiviral, aciclovirul s-a compromis printr-o serie de fenomene adverse ce le induce, în special când se impune creșterea volumului de preparat (unguent de cele mai multe ori), care generează excitația structurilor din zona de aplicare. Acest inconvenient impune căutarea de remedii care să fie inofensive și eventual protective în raport cu țesuturile afectate, de aceea am decis să testăm sub acest aspect calitățile curative ale unui recunoscut remediu natural — BioR, preparat autohton de elaborare recentă și aplicat cu succes în multiple domenii medicinale.

Scopul studiului

Extinderea arsenalului de remedii destinate pentru tratamentul maladiilor dermice și ale mucoaselor de etiologie virală, în particular a herpesului perioronazal și bucal, prin testarea și valorificarea preparatului BioR în calitatea de remediu antiviral.

Materialul și metodele de investigare

Cercetările au vizat 33 pacienți cu herpes labial și perioronazal și pentru tratamentul cărora s-a folosit BioR gel administrat în aplicații locale în continuarea sau concomitent cu terapia locală și sistemică ce se indică în funcție de severitatea fenomenelor curente, de evoluția maladiei, numărul de pusee de reactivare.

Astfel am avut sub observare curativă dinamică 17 pacienți cu erupții herpetice localizate labial, 11 — cu vezicule cantonate labial și extinse pe tegumentul facial, 5 — cu manifestări nazale și perioronazale. Toți cei 33 bolnavi au prezentat semne clare de Herpes simplex, având vârste cuprinse între 12—25 ani.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi de observare subcurativă: I grup a inclus bolnavi tratați în program uzual aplicat în serviciile stomatologice, cel de al II-lea a încadrat pacienții cărora preparatul BioR-gel li s-a administrat ca tratament topic în completarea curelor sistemice cu Valtrex (la pacienții cu manifestări clinice severe ori imunocompromiși) sau în monoterapie.

BioR gel conține extract din biomasa cianobacteriei *Spirulina platensis*, dimetisulfoxid, gelifiant cu excipienți și apă. Interacțiunea componentelor menționate a atribuit produsului final un efect sinergic, ce asigură intensificarea considerabilă a efectului antiviral și, în special antiherpetic, în lipsa oricăror efecte adverse. Calitățile relevante se datoresc compoziției cantitative și calitative ajustate optimal de componente din respectivul preparat: dimexidul favorizează penetrarea adâncă în țesutul zonei lezionale a substabnțelor biologic active ce se conțin în extractul de biomasă *Spirulina platensis* și blochează pătrunderea virusului în interiorul celulei. Substanțele bioactive pătrunse în celulă favorizează accelerarea proceselor regenerative, ameliorează imunitatea celulară, iar prin efect sinergic — și intensificarea activității antivirale ale componentelor de ingredientă.

Remediul BioR-gel a fost aprobat în Clinica Stomatologică a USMF „Nicolae Testemițanu“, Catedra de Stomatologie pediatrică, la Spitalul Clinic Republican pentru copii „E.Coțağa“ [11,12].

Valtrex (sinonim — Valaciclovir) este un analog nucleozidic al purinei (guanină) aplicat ca remediu antiviral, care, potrivit firmelor producătoare, este rapid și aproape complet transformat în Aciclovir. Acesta din urmă este un inhibitor specific al virusului herpetic cu activitate in vitro împotriva virusului herpes simplex (HSV) tip 1 și 2, dar și a virusului de Varicela Zoster (VZV), citomegalovirusului (CMV), virusului Epstein-Barr (EBV) și virusului herpes uman 6 (HHV-6). Aciclovir inhibă sinteza ADN-ului virusului herpetic imediat ce a fost fosforilat la forma activă trifosforică. Prima etapă — cea a fosforilării implică antrenarea unei enzime specifice virusului. În cazul virusurilor HSV, VZV și EBV această enzimă este timidinkinaza virală (TK), care este singura prezentă în celulele infectate cu virus. Aciclovir trifosfat inhibă competitiv polimeraza ADN-ului viral, și astfel se întrerupe lanțul proceselor de sinteză a ADN-ului viral prin care se blochează replicarea virală.

Proprietăți farmacocinetice: La administrare orală valaciclovir (valtrex) se absoarbe rapid, fiind transformat în Aciclovir. După prima doză — de 1000 mg valaciclovir concentrația maximă plasmatică este de 25 mM (5,7 μg/ml), la un interval de 1,75 ore după administrare. Biodisponibilitatea Aciclovirului din valaciclovir este de 54% și nu este afectată de alimentație. Timpul de înjumătățire plasmatic al Aciclovir după doze unice sau multiple de valaciclovir este de 3 ore. Mai puțin de 1% din doza de valaciclovir administrată este eliminată urinar.

Preparatul BioR-gel se administrează ușor, nu produce iritații, senzații dureroase. Efectele clinice observate asupra celor 33 de pacienți incluși în tratament se manifestă prin ameliorarea clară și rapidă a statutului local: dispariția edemului, hiperemiei, pruritului, stingerii și dispariția elementelor veziculoase și a crustelor. Este remarcabil procesul de epitelizare accelerată a focarelor eruptive și ameliorarea stării generale a pacienților. Astfel, se reduce mult timpul de tratament și cel mai important — efectul obținut este durabil. La toți pacienții aflați sub evidență boala nu a mai recidivat.

Vă prezentăm un caz clinic de soluționare rapidă a unui puseu de herpes labial și perioral recurent.

Pacienta S., 21 ani, nr. fișei 3106

Acuze: Prezența erupțiilor frecvente și a crustelor în sectorul buzei inferioare și superioare, cojirea lor, prezența unei presiuni, disconfort al buzelor.

Antecedente: Prezența herpesului după orice suferință de 3—4 ori pe an pe parcursul a 3 ani, stres, imunitate scăzută, anemie feripriva — stă la evidența medicului de familie. Apar vezicule la nivelul buzelor și tegumentelor cutanate în jurul buzelor, care apoi se sparg și se acoperă cu cruste gălbui. Rămân pete pigmentate care dispar foarte încet. Au fost recomandate diferite unguente ca: Euvirox, Aciclovir, Zovirax, dar cu efect trecător.

Obiectiv: Mucoasa bucală fără elemente lezante herpetice. În sectorul buzelor și perioral prezența veziculelor grupate în buchet, care apoi s-au spart, transformându-se în cruste dureroase la atingere, suprafață sângerândă. Mucoasa buzei inferioare este acoperită cu scuame de aspect neglijent, localizate mai ales în zona Klein.



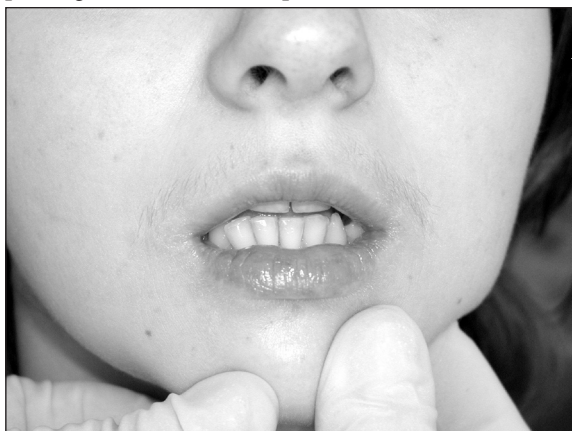
Herpes labial și perioral recurent. Cheilită exfoliativă.

S-a administrat:

I. Terapie sistemică: Valtrex a câte 500 mg de 2 ori pe zi, 5 zile. Polivitamine Vitrum antisres 1pastilă de 2 ori pe zi.

II. Proceduri de îngrijire locală: Prelucrarea medicamentoasă cu 1% sol. H₂O₂, sol. 0,9 % fiziologică ozonată, Spray DESI homeopatic, aplicări BioR-gel 20 min. De prelungit la domiciliu aplicările cu BioR-gel.

Obiectiv: epitelizarea completă a elementelor lezante după 5 ședințe de tratament. Se recomandă de prelungit tratamentul complex.



Aspect clinic postcurativ al herpesului labial și perioral recurent

Tratamente preventive: Asanarea cavității bucale, igiena cavității bucale, periaj dentar cu paste dentare care conțin ierburi medicinale, s-a prezentat la control peste o lună, 3, 6 luni, 1 și 2 ani.

Ultimul control a apreciat stare generală bună. Mucoasa orală și a buzelor fără elemente lezante. S-a recomandat respectarea tuturor rigorilor de igienă bucală.

Concluzii

1. Fiecare pacient care se prezintă la serviciul de asistență stomatologică cu elemente herpetice necesită să fie informat despre caracterele specifice ale infecției cu Herpes simplex, el fiind instruit cum să prevină recidivele și cum se poate stopa definitiv sau pentru un mare interval de viață revenirea maladiei.
2. Valtrex se poate administra pacienților cu herpes perioral recidivant nu doar pentru terapia

sigură a manifestărilor acute, ci și pentru a preveni reactivarea infecției herpetice, deoarece în combinație cu BioR gel, asigură consolidarea terenului organic.

Bibliografie selectivă

1. Elish D, Singh F, Weinberg JM. Therapeutic options for herpes labialis, I: Oral agents. //Cutis. 2004 Jul;74(1):31-4.
2. Gilbert S, Corey L, Cunningham A, Malkin JE, Stanberry L, Whitley R, Spruance S. An update on short-course intermittent and prevention therapies for herpes labialis. //Herpes. 2007 Jun;14 Suppl 1:13A-18A.
3. Kolokotronis A, Doumas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. //Clin Microbiol Infect. 2006 Mar;12(3):202-11.
4. Miller CS, Cunningham LL, Lindroth JE, Avdiushko SA. The efficacy of valacyclovir in preventing recurrent herpes simplex virus infections associated with dental procedures. //J Am Dent Assoc. 2004 Sep;135(9):1311-8.
5. Neville B et al. Recurrent Herpes labialis. //Color Atlas of clinical oral pathology, 1991, p.118.
6. Nichifor M. și coaut. Manifestări clinice orale ale infecției HIV la pacienții aflați sub terapie cu antiretrovirale. //Viața stomatologică, 2007, 2:29.
7. Rabinovich OF, Rabinovich IM, Pinegin BV, Razzhivina NV. Effects of immunomodulating therapy on immune status and the disease course in patients with relapsing herpetic stomatitis. //Stomatologia (Mosk). 2004;83(5):20-3.
8. Rudic V., Gudumac V., Gulea A., Uncuța D. et al. Valorificarea formelor medicamentoase de BioR în stomatologie. //Intellectus, 2006, 4: 47-52.
9. Sims CR, Thompson K, Chemaly RF, Shpall EJ, Champlin RE, Safdar A. Oral topical cidofovir: novel route of drug delivery in a severely immunosuppressed patient with refractory multi-drug-resistant herpes simplex virus infection. //Transpl Infect Dis. 2007 Sep;9(3):256-9.
10. Spînu C., Bîrca L., Rusu G. Infecția cu Herpes simplex — particularități clinico-epidemiologice de evoluție, diagnostic, tratament, profilaxie (ghid practic). Chișinău, 2006, 130 p.
11. Straten N. A. Review of Antiviral Therapy for Herpes Labialis. // Arch. Dermatol. Vol 137, 2001: 1232-35.
12. Spruance S.L. Pathogenesis of Herpes simplex labialis: Excretion of Virus in the Oral Cavity. // Journal of Clinical Microbiology, 1984, vol 19 (5): 675-79.
13. Thomas E. A complication of primary herpetic gingivostomatitis. //Br Dent J. 2007 Jul 14;203(1):33-4.
14. Uncuța D. Certitudinea și operativitatea diagnosticului citomorfologic al stomatitelor herpetice. //Viața stomatologică, București, 2007, 3: 41-45.
15. Whitney R. et al. Herpes simplex virus infections. //Lancet, 2001; 357 (9267): 1513-18.

Prezentat la 04.07.2008

