

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

ASOCIAȚIA STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”



Teorie și experiment

Determinarea în vitro a acțiunii fluorului și inflamația sistemului limfatic
pag. 7—18

Odontologie—paradontologie

Aspecte radiografice paradontale, evaluarea modificărilor potențialului cariogen al biofilmului bacterian, tratamentul periodontitei și a afecțiunilor paradontale
pag. 19—37

Endodonția clinică

Tratamentul endodontic a cariei profunde, a pulpitei acute și responsabilitatea juridică în endodonția din SUA
pag. 38—46

Protetică dentară

Edentații parțiale terminale întinse și corelația între lichenul roșu, galvanoza și protezele metalice
pag. 47—58

Chirurgie OMF

Tabloul clinic al hemoragiilor postextractionale dentare și cercetări statistice a pacienților cu osteomielită postraumatică a mandibulei
pag. 59—67

Implantologie

Tratamentul implantar a edentației totale prin restaurări și aplicarea materialului nanocompozit „LitAr”
pag. 68—81

Chirurgie OMF pediatrică și pedodontie

Tratamentul parotiditei cronice parenhimatoase la copii
pag. 82—83

Ortodonție

Tratamentul disarmoniei dento-alveolar cu spațiere, tratamentul classic și modern în transpozițiile dentare și elucidarea problemelor estetice
pag. 84—95

Noutăți

*Curriculum Vitae
Prof. Dr. Adam Maxim
Curriculum Vitae
Conf. univ. Dr. Vasile Nicolae*
pag. 96—102

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 2 (15) / 2010

S 21045
Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

sl. №3

CZU 616.31:061.231
M52

ISBN 978-9975-52-006-5

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

Adresa redacţiei:

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

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

Articolele publicate sunt recenzate de către specialişti în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conţinutul şi redacţia articolelor publicate.

Universitatea de Stat de
Medicină şi Farmacie
"Nicolae Testemiţanu"
Clinica Ştiinţifică Medicală

Reprezentant oficial



PROUDENT.COM SRL
Str. Tâlcu 3/4
2003 Chişinău
Republica Moldova
Tel: +373 22 400003
Fax: +373 22 400000

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică“

a fost înregistrată la Ministerul de Justiție
al Republicii Moldova la 13.12.2005,
Certificat de înregistrare nr. 199

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „N. Testemițanu“

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste.

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

«MEDICINA STOMATOLOGICĂ» — это периодическое издание с научно-дидактическим профилем, в котором могут быть опубликованы научные статьи с фундаментальным и практическим значением в сфере стоматологии от отечественных и иностранных авторов, информация о самых свежих новинках в научной и практической стоматологии, изобретение и патенты, защиты диссертации, исследование клинических случаев, объявление и рецензий к книгам и журналам.

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

MEDICINA STOMATOLOGICĂ — is a periodical edition with scientific-didactical profile, in which can be published scientific articles with a fundamental and applicative value in dentistry, of local and abroad authors, scientific and practical dentistry newsletter, obtained inventions and patents, upheld thesis, clinical cases, summaries and reviews to books and journals.

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Certificat de înregistrare nr. 61 din 30.04.2009
Acreditată de Consiliul Național de Acreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „C“.

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABIL

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Maxim ADAM (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Vasile NICOLAE (Sibiu, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Ilarion POSTOLACHI

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBĂȚIU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. Gnoinski (Elveția)

Doctor în medicină

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, asistent universitar

Svetlana POPESCU

Secretar Referent ASRM

Tatiana CIOCOI

Redactor literar

SUMAR

Teorie și experiment

Cristina Arendt, Corneliu Amariei, Stefan Lacatusu, Simona Stoleriu, Galina Pancu
DETERMINAREA IN VITRO A ACȚIUNII FLUORULUI APLICAT LOCAL ASUPRA MICRODURITĂȚII SMAȚULUI DINȚILOR ALBIȚI CU DIFERITE SISTEME PROFESIONALE DE ALBIRE 7

Hîțu Dumitru
INFLAMAȚA SISTEMULUI LIMFATIC (PRELEGERE)..... 13

Odontologie—Paradontologie

Anca Frățilă, Cornel Boitor, Mariana Sabău, V. Sebesan, Dr. Liana Stanciu
ASPECTE RADIOGRAFICE PARODONTALE GENERATE DE IATROGENIA PROTETICĂ FIXĂ 19

Galina Pancu, Andrian Sorin, Ganina Iovan, Angela Ghiorghe, Claudiu Topoliceanu, Antonia Moldovanu, Ion Pancu, Simona Stoleriu
EVALUAREA MODIFICĂRILOR POTENȚIALULUI CARIOGEN AL BIOFILMULUI BACTERIAN ÎN URMA ACȚIUNII UNOR PREPARATE DE REMINERALIZARE. 23

Alexei Terehov, Corneliu Năstase, Gheorghe Nicolau
TUNELIZAREA ORIZONTALĂ: INDICAȚII, CONTRAINDICAȚII, METODE ȘI TEHNICI DE REALIZARE 28

Adriana Vasilașcu
MANIFESTĂRI ALE EROZIUNILOR DENTARE ÎN CADRUL ALCOOLISMULUI CRONIC... 31

A.C. Кушнир, Л.А. Тимченко, Г.Ф. Попа
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМА В ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ.... 33

Ana Eni, Mariana Dragoste, Ion Pascal
PRINCIPII GENERALE DE REZOLVARE A PROBLEMELOR ESTETICO-FUNCTIONALE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR PARODONTALE 35

CONTENTS

Theory and experiment

Cristina Arendt, Corneliu Amariei, Stefan Lacatusu, Simona Stoleriu, Galina Pancu
IN VITRO DETERMINATION OF FLUORIDE'S ACTION TOPICALLY APPLIED ON ENAMEL'S MICROHARDNESS OF TEETH WHITENED BY MEANS OF VARIOUS PROFESSIONAL WHITENING SYSTEMS .. 7

Hîțu Dumitru
SYSTEMIC INFLAMMATORY LYMPH..... 13

Odontology—Parodontology

Anca Frățilă, Cornel Boitor, Mariana Sabău, V. Sebesan, Dr. Liana Stanciu
PERIODONTAL RADIOGRAPHIC ASPECTS GENERATED BY FIXED PROSTHETICS IATROGENY 19

Galina Pancu, Andrian Sorin, Ganina Iovan, Angela Ghiorghe, Claudiu Topoliceanu, Antonia Moldovanu, Ion Pancu, Simona Stoleriu
THE ASSESSMENT OF BACTERIAL FILM CARIOGENIC POTENTIAL CHANGES FOLLOWING THE ACTION OF REMINERALISATION AGENTS..... 23

Alexei Terehov, Corneliu Năstase, Gheorghe Nicolau
HORIZONTAL TUNNELLING: INDICATIONS, CONTRAINDICATIONS, ACHIEVEMENT METHODS AND TECHNIQUES 28

Adriana Vasilașcu
THE MANIFESTATIONS OF THE DENTAL EROSION IN CHRONIC ALCOHOLISM.... 31

A.C. Кушнир, Л.А. Тимченко, Г.Ф. Попа
VACUUM IN THE TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS..... 33

Ana Eni, Mariana Dragoste, Ion Pascal
GENERAL PRINCIPLES OF SOLVING AESTHETIC-FUNCTIONAL PROBLEMS IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE COMPLEX..... 35

Endodonția clinică

Olga Gurin, Sofia Sîrbu, Maria Burduja,
Anatolie Solovei
**ASPECTE MODERNE DE TRATAMENT
ENDODONTIC.....38**

Angela Cartaleanu, Valeriu Burlacu, Victor
Burlacu, Valeriu Fală, Elvira Ursu, Oleg Chiriac
**PRINCIPII BIOMECANICE ÎN TRATAMEN-
TUL CARIEI PROFUNDE ȘI A PULPITEI
ACUTE FOCARE41**

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu,
Victor Burlacu
**RESPONSABILITATEA JURIDICĂ ÎN ENDO-
DONȚIA STATELOR UNITE ALE AMERICII.44**

Protetică dentară

Vitalie Pântea, Ilarion Postolachi
**MANIFESTĂRI CLINICE ȘI REABILITAREA
COMPLEXĂ A PACIENȚILOR CU EDENȚAȚII
PARȚIALE TERMINALE ÎNTINSE ȘI
DISFUNȚIE MANDIBULO CRANIANĂ ..47**

Ana Eni, Ștefan Vlas, Haralambie Vlas,
Mariana Dragoste
**CORELAȚIA ÎNTRE LICHEN ROȘU PLAN,
GALVANOZĂ ȘI PROTEZELE METALICE .52**

A.C. Кушнир, В.В. Бурлаку, А.Т. Ожован,
В.А. Кырлиг
О ГАЛЬВАНОЗЕ В ПОЛОСТИ РТА55

Chirurgie OMF

Oleg Zănoagă, Valentin Topalo,
Dumitru Sîrbu, Ion Corcimaru
**PARTICULARITĂȚILE TABLOULUI CLINIC
AL HEMORAGIILOR POSTEXTRACȚIONALE
DENTARE ÎN DEPENDENȚĂ DE ETIOLOGIE.59**

Mihail Radzichevici
**REZULTATELE CERCETĂRIILOR STATISTICE
A PACIENȚILOR CU OSTEOMIELITĂ
POSTTRAUMATICĂ A MANDIBULEI
TRATAȚI ÎN CNȘPMU PE PARCURSUL
ANILOR 2005—2009.....63**

Наталья Русу, Дмитрий Щербатюк,
София Лехтман, Михаил Чеботарь
**НЕКРОЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА У
БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. .65**

Clinical endodontics

Olga Gurin, Sofia Sîrbu, Maria Burduja,
Anatolie Solovei
**MODERN ISSUES OF THE ROOT CANAL
TREATMENT38**

Angela Cartaleanu, Valeriu Burlacu, Victor
Burlacu, Valeriu Fală, Elvira Ursu, Oleg Chiriac
**BIOR THE TREATMENT OF DEEP
MAJUSCULE CARIES AND SOME FORMS
OF PULPITS41**

Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu,
Victor Burlacu
**LEGAL RESPONSIBILITIES IN
ENDODONTICS USA44**

Dental protetics

Vitalie Pântea, Ilarion Postolachi
**CLINICAL MANIFESTATIONS AND COM-
PLEX REABILITATION OF PATIENTS WITH
PARTIAL TERMINAL EDENTITIONS AND
CRANIO MANDIBULAR DYSFUNCTION .47**

Ana Eni, Ștefan Vlas, Haralambie Vlas,
Mariana Dragoste
**CORRELATION BETWEEN LICHEN RUBER PLA-
NUS, GALVANISM AND METAL DENTURES.52**

A.C. Кушнир, В.В. Бурлаку, А.Т. Ожован,
В.А. Кырлиг
GALVANIZATION IN THE ORAL CAVITY .55

Surgery OMF

Oleg Zănoagă, Valentin Topalo,
Dumitru Sîrbu, Ion Corcimaru
**ETIOLOGY-BASED PECULIARITIES OF THE
CLINICAL PICTURE OF POSTEXTRACTIO-
NAL DENTAL HEMORRHAGES59**

Mihail Radzichevici
**RESULTS OF STATISTICAL INVESTGATIONS
OF PATIENS WITH MANDIBLE
POSTTTTRAUMATIC OSTEOMYELITIS
WERE TREATED IN MEHRNC DURING
THE 2005—200963**

Наталья Русу, Дмитрий Щербатюк,
София Лехтман, Михаил Чеботарь
**FACE SOFT TISSUE NECROSIS OF
DIABETES MELLITUS DISEASED.....65**

Implantologie

Aureliu Gumeniuc
**TRATAMENTUL IMPLANTAR A EDENTAȚIEI
TOTALE — STUDIU RETROSPECTIV PE
PARCURSUL A 5 ANI..... 68**

Vasile Nicolae, Dana Dumitra
**ANALIZA ASPECTELOR BIOMECANICE
ÎN RESTAURĂRILE PE IMPLANTURI 74**

Gheorghe Nicolau, Serghei Litvinov,
Mihail Barbuț, Nicolae Bajurea, Iurie Marina,
Mihai Enache
**APLICAREA MATERIALULUI NANOCOMPO-
ZIT „LITAR“ ÎN IMPLANTOLOGIA EXPERI-
MENTALĂ CU UTILIZAREA IMPLANȚILOR
DIN TITAN CU SUPRAFAȚA NANOSTRUC-
TURATĂ DE OXID DE TITAN 79**

Chirurgie OMF pediatrică și pedodonție

Ion Iluța, Ion Bușmachiu
**METODĂ DE TRATAMENT AL PAROTIDITEI
CRONICE PARENHIMATOASE
(RECIDIVANTE) LA COPII..... 82**

Ortodonție

Gheorghe Mihailovici, Pavel Mihailovici,
Olga Barancean
**ASPECTE DE TRATAMENT AL DISARMONIEI
DENTO-ALVEOLARE CU SPAȚIERE 84**

Lilia Solomon, Oleg Solomon, Valentina Trifan,
Maria Guțanu, Ion Borș
**ASPECTELE CLINICE ȘI PARTICULARITĂȚILE
TRATAMENTULUI CLASIC ȘI MODERN
ÎN TRANSPOZIȚIILE DENTARE 88**

Ion Lupan, Oleg Solomon, Lilia Solomon,
Ion Borș, Maria Guțanu
**TRATAMENTUL ORTODONTIC
LA MATURI..... 91**

Ștefan Vlas, Ana Eni, Haralambie Vlas
**ELUCIDAREA PROBLEMELOR ESTETICE
ÎN CAZUL ANOMALIILOR
DENTO-OCUZALE 94**

Noutăți

CV PROF. DR. ADAM MAXIM 96
CV CONF. UNIV. DR. VASILE NICOLAE .. 100

Implantology

Aureliu Gumeniuc
**IMPLANT TREATMENT IN TOTAL
EDENTULOUS — A RETROSPECTIVE
5-YEAR FOLLOW-UP STUDY..... 68**

Vasile Nicolae, Dana Dumitra
**ANALYSIS OF THE BIOMECHANICAL ASPECTS
OF RESTORATIONS ON THE IMPLANTS 74**

Gheorghe Nicolau, Serghei Litvinov,
Mihail Barbuț, Nicolae Bajurea, Iurie Marina,
Mihai Enache
**APPLYING OF THE NANOCOMPOSIT MATE-
RIAL „LITAR“ IN EXPERIMENTAL IMPLAN-
TOLOGY BY USING OF TITAN IMPLANTS
WITH NANOSTRUCTURED SURFACE OF
TITAN OXIDE..... 79**

Surgery OMF paediatric and pedodontics

Ion Iluța, Ion Bușmachiu
**METHOD OF TREATMENT OF CHRONIC
PARENCHIMATOUS (RECURRIENT)
PAROTIDIS AT CHILDREN 82**

Orthodontics

Gheorghe Mihailovici, Pavel Mihailovici,
Olga Barancean
**ASPECTS OF TREATMENT TOOTH SIZE-ARCH
LENGTH DISCREPAENCY WITH SPASING .84**

Lilia Solomon, Oleg Solomon, Valentina Trifan,
Maria Guțanu, Ion Borș
**CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT PAR-
TICULARITIES OF DENTAL TRANSPOSITION
USING CLASSIC AND MODERN METHODS 88**

Ion Lupan, Oleg Solomon, Lilia Solomon,
Ion Borș, Maria Guțanu
**ORTHODONTIC TREATMENT
FOR ADULTS 91**

Ștefan Vlas, Ana Eni, Haralambie Vlas
**HIGHLIGHTING THE AESTHETIC
PROBLEMS IN DENTAL OCCLUSAL
ABNORMALITIES..... 94**

News

CV PROF. DR. ADAM MAXIM 96
CV CONF. UNIV. DR. VASILE NICOLAE .. 100

DETERMINAREA IN VITRO A ACȚIUNII FLUORULUI APLICAT LOCAL ASUPRA MICRODURITĂȚII SMAȚULUI DINȚILOR ALBIȚI CU DIFERITE SISTEME PROFESIONALE DE ALBIRE

Rezumat

Cerințele estetice ale pacienților, presiunea socială a unui zâmbet perfect, incidența crescută a disarmoniilor dentare de multiple etiologii impun în ultimul timp tot mai mult tratamente cu caracter de albire a dinților și îmbunătățirea a esteticii dentare.

Fapt ce ne-a făcut să studiem acțiunea unor preparate de albire asupra microdurității smalțului dentar și capacitatea unor produse de remineralizare pe bază de fluor de a influența modificările ce pot apărea în urma acțiunii sistemelor de albire.

Summary

Aesthetic demands of patients, social pressure of having a perfect smile, high incidence of dental disorders of multiple etiologies require lately more and more treatments of teeth whitening and of dental aesthetics improvement.

This made us study the action of some whitening preparations on dental enamel's microhardness and the capacity of some fluorine based remineralization products to influence changes that may result from the action of whitening systems.

Introducere

În ultimii 20—30 ani se remarcă o creștere importantă a cerințelor estetice ale pacienților. Incidența crescută a discromiilor dentare de multiple etiologii, alături de pretențiile estetice tot mai ridicate ale pacienților și de presiunea socială a unui zâmbet perfect au impus în ultimul timp, tot mai mult tratamente care vizează albirea dinților și îmbunătățirea per ansamblu a esteticii dentare.

Albirea dinților devine unul din cele mai populare tratamente dentare din zilele noastre. Procesul chimic care stă la baza albirii este simplu. Peroxidii și peroxizii tamponați sunt aduși în contact intim cu dintele, oxigenul fiind eliberat din aceste materiale și descompus în părțile sale componente. Oxigenul se combină cu moleculele de culoare depuse la nivelul structurii reticulare a smalțului și canaliculelor dentinare, crescându-le gradul de solubilizare. Producții de degradare rezultați în urma albirii includ: oxigen, apă și amoniac, produși existenți în mod normal în organismul uman.

Considerând că până în urmă cu un deceniu albirea dinților la domiciliu nu era cunoscută și că procedura de albire în cabinet era limitată ca efect și folosire, această rapidă acceptare în rândul pacienților preocupați de aspectul dinților lor este un fenomen spectaculos.

Cu toate acestea există o serie de studii care pun sub semnul întrebării siguranța acestei proceduri, efectul negativ pe care îl pot avea atât asupra structurilor dure dentare cât și asupra țesuturilor moi. Cel mai frecvent efect advers sesizat este — hipersensibilitatea dentară: în 14-78% din cazuri. Hipersensibilitatea dentară apare ca urmare a demineralizării țesuturilor dure dentare sub acțiunea produșilor pe bază de peroxid și a altor componente ce intră în compoziția substanțelor de albire (de ex. cele pe bază de polimer- karbocol)

Există cercetări care au decelat aspecte morfopatologice modificate ale stratului superficial de smalț, caracterizate prin fenomene de porozitate cauzate de pierderea stratului mineral aprismatic. Frecvent au fost semnalate fenomene de afectare a țesuturilor moi (gingie, parodontiu, mucoasă jugală, buze), cum ar fi: iritații, arsuri, fenomene alergice, hipersensibilitate post-albire. Cercetările unor autori au identificat modificări morfostructurale ale straturilor de suprafață ale smalțului și de microduritate ale țesuturilor dure dentare.

Aplicarea unor preparate de remineralizare pe baza de fluor, concepute pentru a contracara aceste efecte nedorite, pare a fi o soluție indicată de mulți cercetători.

**Dr. Cristina Arendt,
Prof. Dr. Corneliu Amariei,
Prof. Dr. Stefan Lacatusu,
Dr. Simona Stoleriu,
Dr. Galina Panca**

*Universitatea de
Medicină și Farmacie
„Ovidius” Constanța
Universitatea de
Medicină și Farmacie
„Gr. T. Popa” Iasi*

Scopul acestui studiu este:

- de a evalua acțiunea unor preparate de albire asupra microdurității smalțului dentar și
- capacitatea unor produse de remineralizare pe bază de fluor de a influența modificările ce pot apărea în urma acțiunii sistemelor de albire.

Material si metoda:

În acest studiu s-au utilizat 30 de dinți monoradiculari integri extrași din motive ortodontice sau parodontale.

Au fost aplicate preparatele de albire profesionale: Opalesance Xtra Boost (Ultradent) ce conține 38% peroxid de hidrogen; și Viva Style (Ivoclar Vivadent) cu principiu activ peroxidul de carbamida 30%, aplicate conform indicațiilor producătorului (tabel 1).

Preparatul de remineralizare post-albire folosit a fost sistemul Flor-Opal Varnish (Ultradent) ce are ca principiu activ fluorură de sodiu 5%.

Tabel II. Compoziția salivei artificiale.

Compoziția salivei artificiale	
Substanță	Concentrație (g/l)
Na ₂ HPO ₄	0,260
NaCl	6,700
KSCN	0,330
KH ₂ PO ₄	0,200
NaHCO ₃	1,500
KCl	1,200

Microduritatea dinților a fost evaluată utilizând metoda Vickers. În vederea stabilirii microdurității dinților înainte și după albire, aceștia au fost secționați în sens longitudinal utilizând discuri diamantate active pe ambele fețe, sub răcire continuă cu apă. Secțiunile au fost înglobate în rășină epoxidică autopolimerizabilă (fig.1,2).

Tabelul I.

Denumire comercială	Compoziție chimică	Firma producătoare	pH	Consistență	Timp și periodicitate
Opalesance Xtra Boost	peroxidul de hydrogen 38 %	(Ultradent)	6,7	Consistență crescută, chitoasă (după amestecare)	45 min; 3 aplicari
Viva Style	peroxidul de carbamida 30%, propilenglicol, apa, carbomer, ulei menta.	(Ivoclar Vivadent)	Ne-pre-cizat	Consistență de gel	60 min; 3 aplicări
Flor-Opal Varnish	5% fluorura de sodiu	(Ultradent)	Ne-pre-cizat	De gel, fluidă.	Se amesteca cele doua seringi ale produsului se aplica în strat subțire, 5 aplicări la interval de 3 zile.

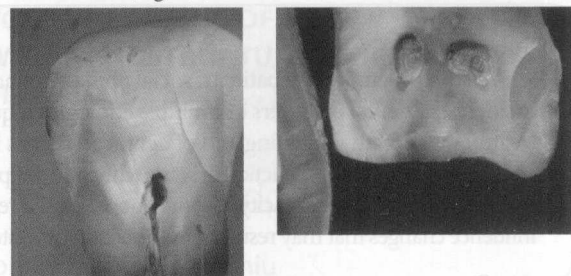


Fig. 1, 2. Aspectul dinților secționați înglobați în rășină epoxidică.

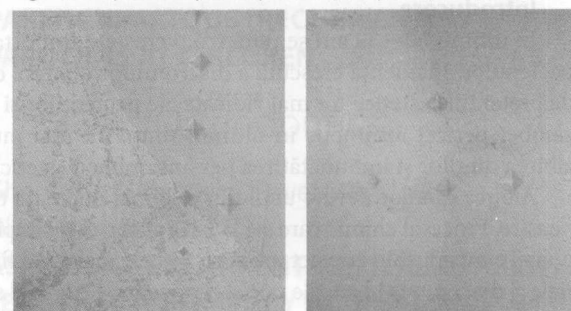


Fig. 3, 4. Aspect microscopic indentațiilor la nivelul dinților luați în studiu.

Indentațiile durității Vicker au fost analizate și măsurate cu microscopul optic metalografic Neophot 21. Aspectele indentațiilor corect realizate sunt prezentate în fig.3,4.

REZULTATE:

Au fost obținute următoarele date: Valori medii ale microdurității Vickers pe dinții luați în studiu.

Tabel III. Lot 1. (LOT Martor) = 2 grupe: 1a. secțiuni fără albire și fără remineralizare și 1b. secțiuni fără albire cu remineralizare

LOT 1. Martor (probe)	1a. secțiuni fără albire și fără remineralizare	1b. secțiuni fără albire cu remineralizare
1	312	314
2	321	323
3	317	320
4	319	320
5	315	315
6	328	330

Loturile au fost repartizate după cum urmează: **Lot martor** a cuprins 2 grupe: 1a. dinți la care nu s-au realizat proceduri de albire și de remineralizare și 1b. dinți la care nu s-au realizat proceduri de albire, dar la care s-a aplicat procedura de remineralizare. Loturile de studiu au fost împărțite astfel: **lotul 2** a fost reprezentat de dinți albiți cu sistemul Opalesance Xtra Boost și împărțit în doua grupe: grup 2a. secțiuni albite cu **Opalesance Xtra Boost** fără remineralizare și 2b. secțiuni albite cu Opalesance Xtra Boost și care au beneficiat de remineralizare; **lotul 3** a fost reprezentat de dinți albiți cu sistemul cu Viva Style și împărțit în doua grupe: grup 3a. secțiuni albite cu **Viva Style** fără remineralizare și 3b. secțiuni albite cu Viva Style și care au beneficiat de remineralizare. După fiecare sesiune de albire, respectiv remineralizare probele au fost ținute în salivă artificială. S-a procedat în mod identic și cu probele din lotul martor.

7	323	327
8	320	324
9	328	328
10	319	323

Tabel 4. Lot 2. (Illumine) 2a. secțiuni cu albire Illumine și fără remineralizare și 2b. secțiuni cu albire Illumine, cu remineralizare

LOT 2. (probe)	2a. secțiuni albite cu Opalescence Xtra Boost fără remineralizare	2b. secțiuni albite cu Opalescence Xtra Boost care au beneficiat de remineralizare
1	294	302
2	288	307
3	285	298
4	294	305
5	289	310
6	278	289
7	301	309
8	298	305
9	290	299
10	305	307

Tabel 5. Lot 3. (Viva Style) 3a. secțiuni cu albire Viva Style și fără remineralizare și 3b. secțiuni cu albire Viva Style, cu remineralizare

LOT 3. (probe)	3a. secțiuni albite cu Viva Style fără remineralizare	3b. secțiuni albite cu Viva Style și care au beneficiat de remineralizare
1	265	272
2	278	289
3	280	301
4	267	278
5	281	298
6	254	267
7	276	280
8	283	289
9	301	302
10	299	300

Tabel V.

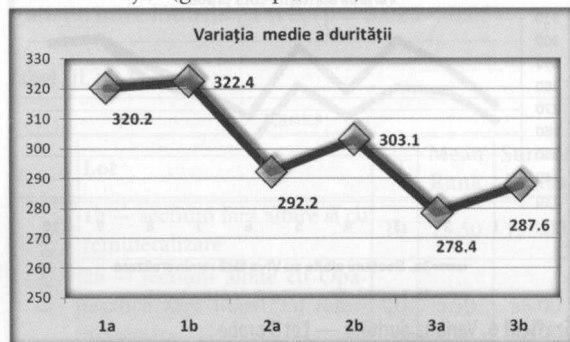
Elemente de statistică descriptivă											
	N	Min.	Max.	Media		Std. Deviation	Skewness		Kurtosis		
				Statistic	Std. Error		Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	
Lot1a	10	312	328	320.20	1.625	5.138	.249	.687	-.323	1.334	
Lot1b	10	314	330	322.40	1.668	5.275	-.293	.687	-.725	1.334	
Lot2a	10	278	305	292.20	2.511	7.941	-.102	.687	-.071	1.334	
Lot2b	10	289	310	303.10	2.008	6.350	-1.269	.687	1.628	1.334	
Lot3a	10	254	301	278.40	4.566	14.439	.091	.687	-.096	1.334	
Lot3b	10	267	302	287.60	4.042	12.782	-.361	.687	-1.382	1.334	
Valid N (listwise)	10										

Constatăm că în cazul loturilor „cu remineralizare“ (1b, 2b, 3b) există o creștere a microdureții smalțului.

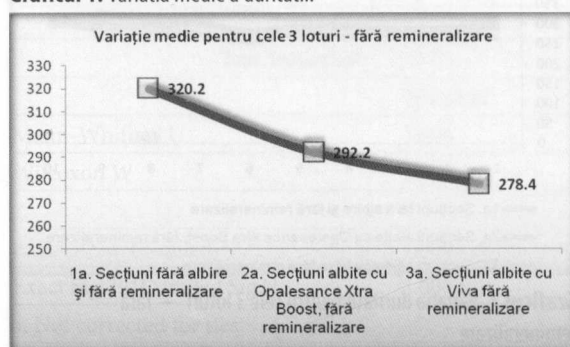
De asemenea, constatăm valori foarte mari ale deviației standard (ale gradului de împrăștiere ale valorilor în jurul valorii medii) în cazul Lotului 3 Probe.

Pentru a vedea dacă aceste creșteri sunt semnificative din punct de vedere statistic vom aplica testul Mann-Whitney — echivalentul neparametric al testului *t* pentru eșantioane independente.

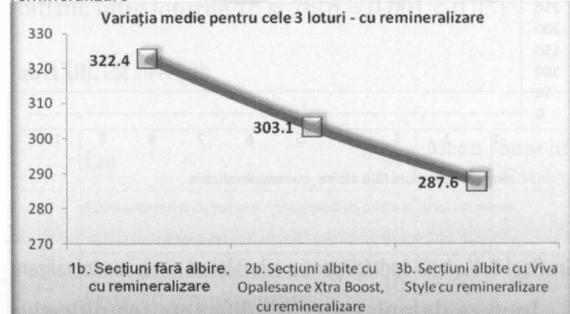
Variația durtăților în cazul fiecărui lot, variația medie a durtăților în cazul loturilor „fără remineralizare“ sau „cu remineralizare“, variația medie în cazul tuturor loturilor avute în atenție este figurată în graficele de mai jos (grafice tip „line“)



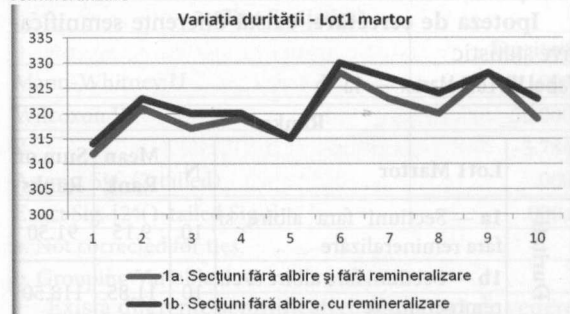
Graficul 1. Variația medie a durtății.



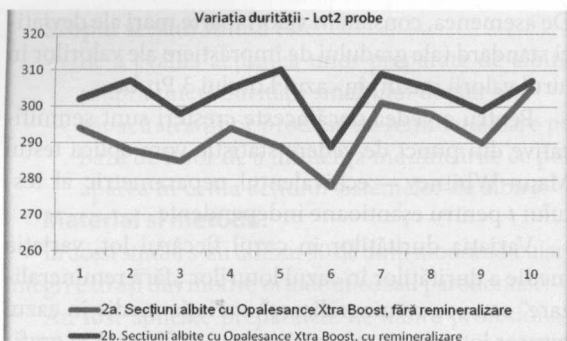
Graficul 2. Variația medie pentru cele 3 loturi cu albire și fără remineralizare



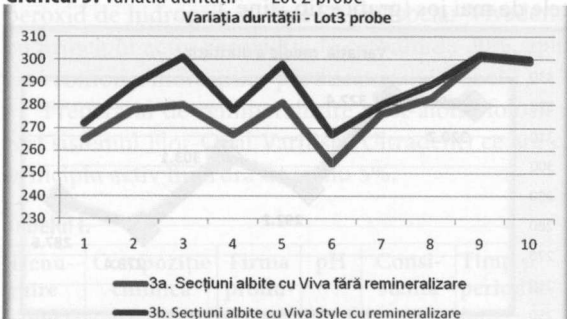
Graficul 3. Variația medie pentru cele 3 loturi cu albire și cu remineralizare



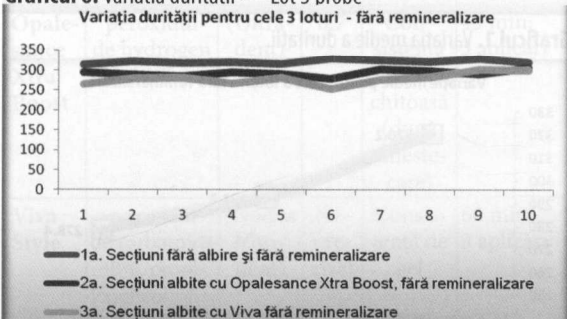
Graficul 4. Variația durtății — Lot 1 mart



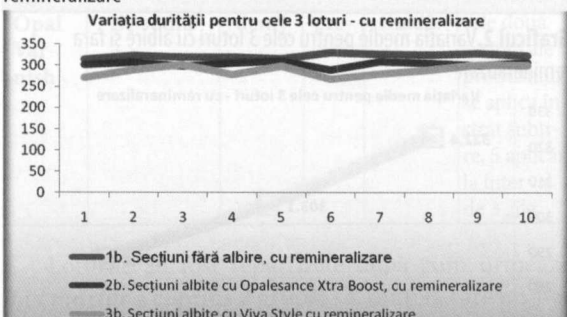
Graficul 5. Variația durtății — Lot 2 probe



Graficul 6. Variația durtății — Lot 3 probe



Graficul 7. Variația durtății pentru cele 3 loturi — fara remineralizare



Graficul 8. Variația durtății pentru cele 3 loturi — cu remineralizare

Ipoteza de nul: nu există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între variația durtății smalțului și secțiunile albite cu mineralizare

Ipoteza de cercetare: există diferențe semnificative statistic

Tabel VI. Lot1 Martor — 1a-1b

Ranks				
	Lot1 Martor	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durtati	1a — Secțiuni fara albire si fara remineralizare	10	9.15	91.50
	1b — Secțiuni fara albire si cu remineralizare	10	11.85	118.50
	Total	20		

Test Statistics ^b		Durtati
Mann-Whitney U		36.500
Wilcoxon W		91.500
Z		-1.026
Asymp. Sig. (2-tailed)		.305
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.315a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: LotMartor		

Nesemnificativ statistic

Tabel VII. Lot2 Probe — 2a-2b

Ranks				
	Lot2 Probe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durtati	2a — Secțiuni albite cu Opalescence Xtra Boost, fara remineralizare	10	6.80	68.00
	2b — Secțiuni albite cu Opalescence Xtra Boost si cu remineralizare	10	14.20	142.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Durtati
Mann-Whitney U		13.000
Wilcoxon W		68.000
Z		-2.805
Asymp. Sig. (2-tailed)		.005
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.004a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot2Probe		

Semnificativ statistic

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 2a și 2b ($p = 0.005 < 0.05$)

Tabel VIII. Lot3 Probe — 3a-3b

Ranks				
	Lot3 Probe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Durtati	3a — Secțiuni albite cu Viva Style, fara remineralizare	10	8.70	87.00
	3b — Secțiuni albite cu Viva Style si cu remineralizare	10	12.30	123.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Durtati
Mann-Whitney U		32.000
Wilcoxon W		87.000
Z		-1.363
Asymp. Sig. (2-tailed)		.173
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.190a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot3Probe		

Nesemnificativ statistic

Tabel IX. Lot 1a-2a

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	1a — sectiuni fara albire si fara remineralizare	10	15.50	155.00
	2a — sectiuni albite cu Opalesance Xtra Boost, fara remineralizare	10	5.50	55.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Duritati
Mann-Whitney U		.000
Wilcoxon W		55.000
Z		-3.784
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.000a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot		

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 1a și 2a ($p = 0.001 < 0.05$)

Tabel X. Lot 1a-3a

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	1a — sectiuni fara albire si fara remineralizare	10	15.50	155.00
	3a — sectiuni albite cu Viva Style, fara remineralizare	10	5.50	55.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Duritati
Mann-Whitney U		.000
Wilcoxon W		55.000
Z		-3.782
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.000a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot		

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 1a și 2a ($p = 0.001 < 0.05$)

Tabel XI. Lot 2a-3a

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	2a — sectiuni albite cu Opalesance Xtra Boost, fara remineralizare	10	13.50	135.00
	3a — sectiuni albite cu Viva Style, fara remineralizare	10	7.50	75.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Duritati
Mann-Whitney U		20.000
Wilcoxon W		75.000
Z		-2.270
Asymp. Sig. (2-tailed)		.023
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.023a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot		

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 2a și 3a ($p = 0.023 < 0.05$)

Tabel XII. Lot 1b — 2b

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	1b — sectiuni fara albire si cu remineralizare	10	15.50	155.00
	2b — sectiuni albite cu Opalesance Xtra Boost, cu remineralizare	10	5.50	55.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Duritati
Mann-Whitney U		.000
Wilcoxon W		55.000
Z		-3.785
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.000a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot		

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 1b și 2b ($p = 0.001 < 0.05$)

Tabel XIII. Lot 1b — 3b

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	1b — sectiuni fara albire si cu remineralizare	10	15.50	155.00
	3b — sectiuni albite cu Viva Style, cu remineralizare	10	5.50	55.00
	Total	20		

Test Statistics ^b		Duritati
Mann-Whitney U		.000
Wilcoxon W		55.000
Z		-3.784
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]		.000a
a. Not corrected for ties.		
b. Grouping Variable: Lot		

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 1b și 3b ($p = 0.001 < 0.05$)

Tabel XIV. Lot 2b — 3b

Ranks				
	Lot	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Duritati	2b — sectiuni albite cu Opalesance Xtra Boost, cu remineralizare	10	14.30	143.00
	3b — sectiuni albite cu Viva Style, cu remineralizare	10	6.70	67.00
	Total	20		

Test Statistics ^b	
	Duritati
Mann-Whitney U	12.000
Wilcoxon W	67.000
Z	-2.881
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.003a
a. Not corrected for ties.	
b. Grouping Variable: Lot	

Există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între loturile 2b și 3b ($p = 0.004 < 0.05$)

În cazul lotului martor valorile durității smalțului au variat între 312 și 328 Mpa pentru subgrupul la care nu s-a utilizat sistemul de remineralizare și între 314 și 330 Mpa în subgrupul în care s-a utilizat sistemul de remineralizare.

În cazul lotului care a cuprins dinții albiți cu sistemul Opalesance Xtra Boost valorile durității smalțului au variat între 278 și 305 Mpa în subgrupul la care nu s-a utilizat sistemul de remineralizare și între 289 și 307 Mpa în subgrupul în care s-a utilizat sistemul de remineralizare.

În cazul lotului care a cuprins dinții albiți cu sistemul Viva Style valorile durității smalțului au variat între 254 și 301 Mpa în subgrupul la care nu s-a utilizat sistemul de remineralizare și între 267 și 302 Mpa în subgrupul în care s-a utilizat sistemul de remineralizare.

Variația valorilor durității în cadrul loturilor de studiu sunt exemplificate în graficele 5,6.

S-a obținut o scădere a valorilor microdurității smalțului dinților care au fost albiți comparativ cu lotul martor. O scădere mai mare a valorilor microdurității s-a observat la lotul albit cu produsul Viva Style (peroxid de carbamidă 30%).

De asemenea, s-a constatat o creștere a valorilor microdurității atât la lotul martor, cât și în loturile de studiu pe dinții albiți cu ambele produse de albire și supuși terapiei de remineralizare cu Belagel Ca/P.

Datele au fost analizate utilizând testul statistic neparametric Mann-Whitney. Nu s-au obținut rezultate semnificative statistic atunci când s-au comparat valorile durității smalțului între lotul martor și loturile cuprinzând dinții albiți cu ambele sisteme și nici atunci când s-au comparat duritățile smalțului după albire, dar când s-a utilizat sistemul de remineralizare ($p > 0,005$) (tabelele VI-XIV).

Discutii

Datorită fenomenului de amploare pe care îl capătă albirea ca metodă de îmbunătățire a esteticii dentare, importanța observării modificărilor morfo-structurale ce au loc la

nivelul dinților devin din ce în ce mai necesare a fi înțelese. Studiile cu privire la apariția unor eventuale efecte adverse și modificări structurale ce pot apărea la nivelul țesuturilor dure dentare sunt foarte contradictorii (1,2,3,4,5,6,7,8,14).

Rezultatele studiului nostru, privind microduritatea smalțului au demonstrat că deși nu există diferențe semnificative statistic între valorile microdurității indiferent de tipul de produs de albire utilizat, au fost, totuși, obținute valori scăzute ale microdurității la ambele loturi de studiu.

O scădere mai marcată a fost observată la lotul 3 (Viva Style), explicabilă probabil datorită concentrației crescute de peroxid de carbamidă aplicată. Acest rezultat este în concordanță cu alte studii care au demonstrat că nu există pierdere semnificativă de microduritate a smalțului (9,10,11,12,20).

Aplicarea unui produs de remineralizare post-albire a semnalat o ușoară îmbunătățire a valorilor microdurității la ambele loturi de studiu, și mai puțin la lotul martor. Pătrunderea fluorului în cristalele de smalt necesită condiții de saturare și prezenta unor situsuri de nucleație disponibile (adică este necesară prezența unui deficit de minerale, pentru a putea fi remineralizat defectul de demineralizare) (10,13). Cu toate acestea prezența unui produs de remineralizare este benefică mai ales în situațiile clinice când în urma procesului de albire se suprapun fenomene de hipersensibilitate dentară, aplicarea acestuia reușind să contracareze efectele adverse negative post-albire. (15,16,17,18)

Concluzii:

Rezultatele studiului nostru au demonstrat o scădere ne semnificativă a microdurității smalțului sub acțiunea ambelor produse de albire incluse în studiu și o îmbunătățire a valorilor microdurității post-albire după aplicarea agentului de remineralizare.

Astfel se dovedește necesitatea includerii în cadrul protocolului clinic de albire a unei etape de remineralizare, pentru a contracara efectele secundare ce poate apărea la unii pacienți în special în cazul utilizării unor concentrații crescute de peroxid de carbamidă.

Preparatele pe bază de fluor reprezintă o soluție optimă ce poate fi utilizată în aceste cazuri. Ele fiind extrem de benefice atât în prevenirea cât și în contracararea unor fenomene de hipersensibilitate dentară ce pot să apară după ședințele de albire.

De asemenea pot îmbunătăți calitățile de microduritate ale smalțului, ce pot scădea sub acțiunea procedurilor de albire, remineralizându-l și astfel conferindu-i o rezistență crescută la eventualele atacuri acide.

BIBLIOGRAFIE:

1. Seghi RR, Denry I: Effects of external bleaching on indentation and abrasion characteristics of human enamel in vitro. *J Dent Res* 71: 1340—1344, 1992
2. Haywood VB, Heymann HO: Nightguard vital bleaching. *Quint Int* 20: 173-176, 1989
3. Kwong K, Mohammed S, McMillian M, Stokes AN: Evaluation of a 10 percent carbamide peroxide gel vital bleaching agent. *NZ Dent J* 89: 18-22, 1993
4. Covington JS, Friend GW, Lamoreaux WJ: Carbamide peroxide tooth bleaching: effects on enamel composition and topography. *J Dent Res* 69: 175 (Abstract 530), 1990

5. Powell LD, Bales JD: Tooth bleaching: its effect on oral tissues. *J Am Dent Assoc* 122: 50-53, 1991
6. Collins JF, Perkins L. Clinical evaluation of the effectiveness of three dentifrices in relieving dentin sensitivity. *J Periodontol* 1984;55:720-5. Attin T, Kielbassa AM, Schwanenberg M, Hellwig E. Effect of fluoride treatment on remineralization of bleached enamel. *J Oral Rehabil* 1997;24:282-6.
7. Shannon H, Spencer P, Gross K, Tira D: Characterization of enamel exposed to 10% carbamide peroxide bleaching agents. *Quint Int* 24: 39-44, 1993
8. Potocnik I, Kosec L, Gaspersic D. Effect of 10% carbamide peroxide bleaching gel on enamel microhardness, microstructure, and mineral content. *J Endod* 2000;26:203-6.
9. Smidt A, Weller D, Roman I, Gedalia I. Effect of bleaching agents on microhardness and surface morphology of tooth enamel. *Am J Dent* 1998;11(1):83-5.
10. Rodrigues JA, Basting RT, Serra MC, Rodrigues AL Jr. Effects of 10% carbamide peroxide bleaching materials on enamel microhardness. *Am J Dent* 2001;14(2):67-71.
11. Pinheiro Junior EC, Fidel RA, da Cruz Filho AM, Pécora JD. In vitro action of various carbamide peroxide gel bleaching agents on the microhardness of human enamel. *Braz Dent J* 1996;7(2):75-9.
12. Featherstone JD, O'Really MM, Shariati M, Brugler S. Enhancement of remineralization in vitro and in vivo. In: Leach AS. Factors relating to demineralization and remineralization of the teeth. Oxford, England: IRL; 1986:23-34.
13. Hegedus C, Bistey T, Flóra-Nagy E, Keszthelyi G, Jenei A. An atomic force microscopy study on the effect of bleaching agents on enamel surface. *J Dent* 1999;27:509-15.
14. Topbasi B, Turkmen C, Gunday M. An investigation of the effect of a desensitizing dentifrice on dentinal tubules in vitro and in vivo. *Quintessence Int* 1998;29(3):197-9.
15. Ong G, Strahan JD. Effect of a desensitizing dentifrice on dentinal hypersensitivity. *Endod Dent Traumatol* 1989;5:213-8.
16. Haywood VB. History, safety, and effectiveness of current bleaching techniques and applications of the nightguard vital bleaching technique. *Quintessence Int* 1992;23:471-88.
17. Zinner DD, Duany LF, Lutz HJ. A new desensitizing dentifrice: preliminary report. *JADA* 1977;95:982-5.
18. Justino L.M., Tames D.R., Demarco F.F. (2003) *In situ and in vivo* effect of blaching with carbamide peroxide on human enamel *Operative Dentistry* 29(2) 219-225.
19. C. Zantner, N. Beheim-Schwarzbach, K. Neumann, A. Kielbassa Surface microhardness of enamel after different home bleaching procedures *Dental Materials*, Volume 23, Issue 2, Pages 243-250
20. Basting R.T, Rodrigues A.L.Jr, Serra M.C. (2003) The effects of seven carbamide peroxide bleaching agents on enamel microhardness over time *Journal of the American Dental Association* 134(10) 1335—1342.

INFLAMAȚA SISTEMULUI LIMFATIC (PRELEGERE)

Rezumat

Procesele inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale ocupă primul loc printre entitățile nozologice ale bolnavilor ce se tratează în secția de chirurgie oro-maxilo-facială. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată. Maladiile sistemului limfatic sunt procese inflamatorii secundare. În prelegere este oglindit datele etiologiei, patogeniei, frecvenței, metodelor diagnostice, metodelor de tratament, a complicațiilor și profilaxia maladiilor sistemului limfatic. La elaborarea prelegerii sa ținut cont de metodele existente de diagnostic și tratament cât și unele metode noi neelucidate în literatura didactică de specialitate. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student, rezident a materialului din prelegerea dată. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română. Cuvinte chee: sistemului limfatic, etiologiei, patogeniei, frecvenței, diagnostice, tratament, complicațiilor, profilaxia, prelegere.

Summary

SYSTEMIC INFLAMMATORY LYMPH

Inflammatory processes of oro-maxillo-facial region ranks first among the entities that nozologice of patients treated in Department of oro-maxillo-facial surgery. Infectious processes of the lymphatic system occupies 9.1% of all patients with infectious processes or treated in every department. Lymphatic system diseases are secondary inflammatory processes. The lecture is mirrored data etiology, pathogenesis, frequency, diagnostic methods, treatment methods, complications and prevention of lymphatic system diseases. In preparing the lecture to take account of existing methods of diagnosis and treatment as well as some new methods for teaching literature specialist unclear. New surgical methods would allow early patient rehabilitation and assimilation by the student, resident of the material in lecture time. Lecture time comes to supplement inadequate teaching material in Romanian. Chee words: lymphatic system, etiology, pathogenesis, frequency, diagnosis, treatment, complications, prevention, lecture.

Hițu Dumitru,
doctor în medicină,
conferențiar universitar

Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială,
USMF "Nicolae
Testemițanu"

INTRODUCERE

Procesele inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale ocupă primul loc printre entitățile nozologice ale bolnavilor ce se tratează în secția de chirurgie oro-maxilo-facială. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată. În prelegere este oglindit datele etiologiei, patogeniei, frecvenței, metodelor diagnostice, metodelor de tratament, a complicațiilor și profilaxia maladiilor sistemului limfatic. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student, rezident a materialului din prelegerea dată. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română.

O sarcină importantă a organelor și instituțiilor ocrotirii sănătății o constituie efectuarea permanentă a măsurilor profilactice preventive și curente în combaterea bolilor infecțioase. E știut că limfadenita este un proces infecțios secundar. Morbiditatea reprezintă un criteriu important în aprecierea stării de sănătate a populației sub diverse aspecte: vârstă, sex, profesie, localitate, caracterul sezonier, condiții de trai, muncă, factori ai mediului ambiant, forme nozologice. Acești indici influențează plinitudinea și veridicitatea informației, care la rândul ei depinde de volumul, caracterul, calitatea, accesibilitatea și gradul de specializare a asistenței medicale (1-10).

MATERIALE ȘI METODE

Pentru pregătirea prelegerii date sau utilizat datele literaturii și fișele de observație a bolnavilor cu procese infecțioase ale sistemului limfatic ce sau tratat în secția de chirurgie oro-maxilo-facială pe parcursul anului 2009.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Frecvența proceselor infecțioase ale sistemului limfatic variază de la autor la autor:

- După datele profesorului D. Șcerbatiuc limfadenitele ocupă 9,7% și adenoflegmonul-10,6% din numărul total de infecții odontogene tratați în secție.
- Leziunile inflamatorii a sistemului limfatic variază între 30—48% din bolnavii cu procese inflamatorii ce se tratează în secția de ChOMF.
- Conform datelor statistice ale secției de ChOMF pe anul 2009 procesele infecțioase ale sistemului limfatic alcătuiește 9,1% din numărul bolnavilor cu procese infecțioase.

Clasificarea proceselor patologice ale sistemului limfatic

După clinică: acută (seroasă, purulentă) și cronică (purulentă, proliferativă), cronică exacerbată. Nespecifică-traumatice și infecțioase. După structura histologică granulom odontogen migrator subcutan se deosebesc cinci tipuri: exudativ-productiv, productiv, cicatrizat, mixt și granulomatos. După etiologie: odontogenă, rinogenă, tonzilogenă, traumatică, der-

matogenă, tumorală, stomatogenă, specifice. După nozologie: limfangita, limfadenita, adenoabcesul, adenoflegmonul.

Etiologia adenitelor e compusă din două grupe de factori și anume: Factorii predispozanți: gripa, infecții virale acute, cașexia, stresul, diabetul, psihozele... Factorii determinanți: Odontogene-pulpita, parodontita, pericoronarita, periostita, ostiomielita, alveolita, abces, flegmon, sinusitele, granulom migrant. Stomatogene — stomatita ulceronecrotică, gingivita, stomatita. Specifice-tuberculoza, luis, actinomicoza, SIDA. ORL-amigdaliene, rinogene, otogene. Dermatogene-piodermite, acnee, furuncul, carbuncul, antrax. Glandele salivare-sialodochita, sialoliteaza, sialoadenitele. Traumatici-fractură, plagă, hematom. Tumorii — chist.

Patogenia adenitelor:

În normă pielea și mucoasa este apărată de agenții microbieni prin acizii grași care au o acțiune bactericidă asupra microbilor patogeni și lizocima, imunoglobulinele, din saliva cavității bucale. De cele mai dese ori, procesul infecțios procedat de o limfangită trece neobservat, din aceste considerente de multe ori nu se poate de stabilit etiologia. Calea de pătrundere a microbilor în organism: directă-traumă, carie, periodonțiu, percontinua, hematogenă. Limfadenita este un proces infecțios secundar — particularitate clinică. Germenii patogeni este polimorfă, corespunzând, în general, cu cea prezentă la nivelul porții de intrare. De aceea nu e corect de a se folosi de o numire veche „granulomul odontogen migrător subcutan”. Mai bine de indicat diagnoza — limfadenita în dependență de origine (odontogen, rinogen, otogen, actinomicoză, etc.), fază de inflamație (acută, cronică) și complicațiile.

Particularitățile anatomo-patologice ale sistemului limfatic:

1. ...microorganismele se pot afla mult timp în ganglionii limfatici faciali și să nu producă modificări majore morfo-funcționale, acești microbi pot fi sursa unor stări septic.
2. Limfadenita este o maladie secundară, poat însoți altă boală.
3. Evoluția limfadenitei poate fi în două forme:
 - Apare maladia(periodontita, pulpita, abces) și concomitent apare limfadenita.
 - Apare maladia(periodontita, pulpita, abces), spațiul mort, maladia de bază se vindecă și mai apoi apare limfadenita (ne amintește clinica periostita).

Anatomia patologică:

Particularitățile anatomo-topografice ale sistemului limfatic:

1. De la dinte (alt organ) limfa se drenează în mai mulți (3—5) ganglioni limfatici.
2. Rețeaua deasă de drenare limfatică anastomizează dreapta cu stînga.

În stadiul de congestie(seroasă)-ganglionul crește în volum, devine sensibil, rămînînd însă mobil, se

produce o reacție inflamatorie. Periadenita este redusă. Acest stadiu este reversibil.

Forma supurativă-limfonodulului se rămoleşte, parenchimul devine friabil, apar mici focare de supurație. Datorită reacției de periadenită limfonodulul este fixat de țesuturile din jur. Dacă puroiul depășește capsula limfonodulului, supurația difuzează în țesutul adiacent, căpătând caracterul unui adenoabces. Dacă puroiul depășește capsula limfonodulului, supurația difuzează în lojile vecine, căpătând caracterul unui adenoaflegmon. În adenitele cronice este prezentă reacția fibrolimfatică cu o periadenită moderată. După ce limfonodulul se distruge, după vindecare rămâne țesut fibroconjunctiv. Limfangita: — inflamația vaselor limfatice. (Limfangioitele-limfangite), care se dezvoltă în rezultatul penetrării microflorei, toxinelor în căile limfatice. Particularitățile vaselor limfatice — lungimea și calibrul vaselor limfatice sunt mai reduse în comparație cu celelalte regiuni ale corpului, ceea ce explică lipsa semnelor clinice de limfangită în afecțiunile inflamatorii ale sistemului limfatic de la acest nivel.

Limfadenita

Clinica limfadenitei seroase acute — treptat în decurs de 1—2 săptămâni se lichidează. Palpativ — se depistează un nodul mărit diferit, migrator, de consistență slab elastică. Preventiv de această se observă acutizarea focarului de cauză. Starea generală satisfăcătoare, temperatura corpului — subfebrilă. Limfadenita seroasă acută se poate transforma în proces purulent — care aduce la intensificarea durerilor pulsătoare în regiunea nodulului mărit — conturul căruia se pierde, devine mai puțin migrator, starea generală se agravează și temperatura corpului 38 grade C și mai sus.

Clinica adenitelor acute purulente: Debutul nodular este de obicei ușor sesizat de bolnavi, care au tendința de a-l palpa frecvent. Nodul de consistență elastică, puțin sensibil la presiune, mobil. Tegumentele nemodificate. Ulterior crește în volum, devine dureros și spontan și la presiune. Cu timpul se fixează de țesuturile din jur datorită procesului de periadenită. Semnele generale incipient ușoară subfebrilitate, indispoziție. La trecerea din faza seroasă în cea purulentă clinic se manifestă prin alterarea stării generale și locale. Starea generală este alterată prin febră astenie. Local — tegumentele care acoperă limfonodulul congestionat, destins, zona dureroasă la presiune, nodulul este fixat și apare fluctuența la presiune.

Clinica adenitelor cronice: Apar sub forme acute, subacute, congestive, care se cronicizează, fie după un tratament incomplet antiinfecțios, fie că nu a fost îndepărtată cauza, dar pot avea și de la început cu o evoluție cronică. Frecvent se întâlnesc la copii și adulți. Nodulul mărit în volum, dur, aderent de țesuturile din jur sau ușor mobil, puțin dureros la presiune și spontan sau nedureros. Starea generală ca regulă nedereglată. Dacă focarul de infecție timp îndelungat „bom-

bardează“ nodulii limfatici, atunci ei se descompun, se înlocuiesc cu țesut granular, nu rare ori — acutizarea, care perforază pielea cu formarea fistulei, care în timp se închide și se cicatrizează. Apoi în imediata vecinătate se formează o altă fistulă, în literatură acest proces e cunoscut sub diagnosticul „granulom migrator“ al feței.

Diagnosticul adenitelor

Datele literaturii autohtone și celor de peste hotare ne indică o rată mare a erorilor în diagnosticul maladiilor sistemului limfatic:

— Diagnosticul nestabilit sau stabilit greșit după datele secției de ChOMF din 2008 — 22%.

— Diagnosticul greșit stabilit în procesele inflamatorii ale sistemului limfatic variază între 26-56,3% după datele Нанашев В. К. (1989).

— După datele lui Тимофеев А. А. (1998) diagnosticul greșit stabilit în procesele inflamatorii ale sistemului limfatic constituie 29%.

Diagnosticul preventiv începe cu culegerea datelor anamnestice, acuzelor și istoricul dezvoltării bolii.

1. Acuzele bolnavului: prezența limfonodulului care treptat s-a mărit în volum, cu apariția durerilor și modificări ale țesuturilor din jur.

2. Istoricul dezvoltării bolii: de obicei în 22-56% nu se poate de stabilit etiologia adenitelor. Bolnavul indică factorul etiologic, după care a apărut limfonodulul. Limfonodulul apare odată cu maladia ce l-a generalizat. Adenita apare după o vreme de la vindecarea maladii ce a precedat-o.

3. Examenul clinic confirmă inflamația nodulului limfatic

Pentru a confirma sau infirma diagnosticul preventiv e nevoie de explorări paraclinice și diagnosticul diferenciat.

Explorările paraclinice ca la și orice proces infecțios, dar se atrage atenția preponderent la explorările care ar determina factorul etiologic.:

— Temperatura.

— ECG și consultația internistului.

— Examenul de laborator, inclusiv antibiogramă.

— Examenul patomorfologic (biopsii).

— Puncția.

— Examenul radiologic.

Diagnosticul diferențiat:

Abcesele lojilor unde este localizat limfonodulul, spre exemplu loja submandibulară. Tumeafacția depășește marginea bazilară a mandibulei, sunt prezente modificări ale mucoasei planșeului bucal și vestibulului bucal. Trism, disfagii, jenă de mastisație.

— Submaxilita acută-semne de retenție salivară în anamneză, modificarea dimensiunii glandei salivare legate de alimentație, congestia mucoasei sublinguale în „creastă de cucoș“, modificări ale canalului Warthon. Saliva amestecată cu puroi la masajul glandei. Palparea bimanuală a glandei submandibulare mărită în volum. Radiologic-calcului. Disfagii de diferit grad.

— Parotidita falsă Gerțenberg-inflamația ganglionilor limfatici localizați în glanda parotidiană. La masajul glandei parotidiene saliva este curată în comparație cu parotidita. De obicei unilateral.

— Adenita tuberculoasă: Nodulul-mărit în volum, cu reacții de periadenită, nedureros, cu o zonă centrală rămolită, care uneori abscedează, rămânând o fistulă persistentă, se afectează mai mulți limfonoduli. Diagnosticul-clinic, examenul radiologic, reacțiile intradermice, depistarea bacilului Koh. Puncția. Examenul citologic. Extirparea și examenul histologic este indispensabil.

— Adenite luetice: Stadiu primar-șancru. RW.

— Mononucleoza infecțioasă: sunt însoțite de adenopatiile submandibulare și laterocervicale care au un caracter acut, fără însă să ajungă la faza de supurație, alterare marcată a stării generale, prezența și a altor localizări limfonodulare, leziuni ale mucoasei bucale, de tip stomatic.

— Limforeticuloza benignă de inoculare(boala ghearelor de pisică-Debre): evoluează sub forma unei poliadenopatii regionale cronice cu periadenită, fără supurație, dureroasă spontan și la presiune. Diagnosticul foarte dificil. Se remite spontan în 2-3 săptămâni.

— Boala Hodgkin: Adenopatie cervicală superficială asociată inconstant cu: adenopatie axială, mediastinală sau abdominală. E însoțit de febră, prurit, hiperleucocitoză și eozinofilie. Diaagnoza — celule Paltauf-Sternberg.

Tratamentul medicamentos al adenitelor:

1. Antibiotic cu spectru larg de acțiune sau conform antibioticogramei. Datele literaturii ne relatează că preparatele medicamentoase din seria macrolidelor (midecamițin(macropen), azitromițin și altele) au acțiune topică asupra sistemului limfatic și pot penetra bariera capsulei limfonodulului.
2. Antifungice-nistatin-500000 de 3 ori pe zi; apo-fluconazol 150 o capsulă a 3, 5 zi, levorin,
3. Antidolorante:
4. Antihistaminice:
5. Antipiretice:
6. Dezintoxicarea-picurători
7. Imunostimulante: dibazol, metiluracil, dicarles,
8. Vitaminoterapia: Vit. A, B2, B2, C, PP,
9. Electroforeza cu caliu iod, cu dimexid, fermeți.
10. Razele ultrascurte,
11. Alimentația: lactate, vegetale.

Tratamentul chirurgical al adenitelor:

— Înlăturarea factorului cauzal: extracția dintelui; tratamentul endodontic; tratarea alveolitei; pericoronarectomia; drenarea abceselor; chistotomia; imobilizarea fracturii.

— Limfadenita acută se deschide după regulile

generale de prelucrare a unui focar purulent.

1. Adenitele acute seroase-se pot remite după antibiotici, vitamine și tratament local prin suprîmarea factorului cauzal să se facă sub protecție de antibiotici. Pentru ca adenopatiile să nu treacă în faza cronică e necesar ca antibioticele să fie administrate conform antibioticogramei, în doze suficiente. Pansament după Dubrov, pansament cu unguent și caliu iod (KI), Raze ultrascurte, fizioproceduri, blocade cu anestestici și antibiotici vor însoți tratamentul general și vor facilita reabilitarea pacientului.

2. Adenita purulentă: În cazul când zona centrală de fluctuență este redusă, se poate încerca evacuarea puroiului prin puncții repetate. Tratamentul cu antibiotici este obligatoriu. Avantajul metodei date este lipsa cicatricei. Dacă colecția este mică, bine delimitată, superficială, se poate încerca drenajul filiform, prin introducerea unor fire de nailon sau setolină, care au funcția de drenaj. Avantajul metodei date este cicatrice punctiformă după operație. Deschiderea focarului infecțios prin microincizi și drenat cu duburi speciale, avantajul metodei cicatrice minime după operație. Metodă actuală de tratament cu deschiderea largă a focarului purulent, dezavantajul cicatricea mare după vindecare și necesitatea operației repetate pentru înlăturarea cicatricii operatorii. O particularitate a tratamentul chirurgical este: drenarea trebuie menținută mai mult timp pentru a permite eliminarea întregului țesut a ganglionului limfatic afectat și altă particularitate a tratamentului chirurgical este necrotizarea limfonodulului e mai lentă.

— Adenitele cronice tratament chirurgical cu excizia limfonodulului cu capsulă. Adenitele cronice pot retroceda, însă lent, după îndepărtarea factorului causal.

Adenoflegmonul

Adenoflegmonul e o formă difuză a procesului supurativ cu implicarea țesutului adipos, cauzat de propagarea infecției din limfonodul. În cazul adenoflegmonului procesul inflamator trece mai multe faze clinice ca: limfadenita acută seroasă, limfadenita purulentă și adenoflegmonul. Factorii etiologici sunt aceiși ca la limfadenită. Nu este de prisos de menționat și alți factori care pot duce la apariția maladiilor infecțioase OMF ca: rezistența scăzută a organismului, vârsta pacientului, adresarea tardivă a pacientului, nerespectarea indicațiilor recomandate de medic, lipsa adresării la controlul profilactic a pacientului de două ori pe an, și altele.

Localizarea adenoflegmonului mai frecvent este în regiunea submandibulară, submentonieră, rar parotidiană și jugală. Anamneza adenoflegmonului coincide cu cea a limfadenitei. Debutul lent, cu evoluție liniștită și proces infecțios limitat. Limfonodulul de dimensiunile unei „fasole” treptat se mărește, mai apoi în locul

formațiunii (fasolă) apare o indurație slab limitată în comparație cu osteoflegmonul. În cazul adenoflegmonului lipsesc reacțiile inflamatorii din partea periostului și lipsește contractura musculară inflamatorie. Paralel se instalează semnele clinice general și locale în cazul adenoflegmonului în comparație cu flegmon și osteoflegmon sunt mai minore, spre exemplu: temperatura, slăbiciuni, indispoziție. Infiltratul, edemul și hiperemia sunt limitate au „graniță“ cu țesutul sănătos.

Diagnosticul adenoflegmonului e identic cu a unui proces infecțios a sistemului limfatic sau altă infecție a regiunii oro-maxilo-faciale.

Diagnosticul diferențiat al adenoflegmonului, spre exemplu flegmonul odontogen și osteoflegmonul. În flegmonul odontogen și osteoflegmonul mobilitatea dinților este prezentă și lipsește în adenoflegmon. Legătura semnelor clinice a limfadenitei permite de a suspecta adenoflegmonul. Adenoflegmonul se dezvoltă și decurge mai încet și mai liniștitit ca osteoflegmonul. Adenoflegmonul dezvoltat pe baza limfadenitei se deosebește de limfadenită prin majorarea zonei de afectare.

- Parotidita și sialoadenita glandei submandibulare se deosebesc prin prezența eliminării din ducturile salivare a salivei cu fulgi sau chiar pură.
- La limfadenita cronică e caracteristic suprafața-rugosă, de exclus tumora e necesar biopsia.
- Afectarea nodulilor de Luis se caracterizează prin indurația lor majoră și prezența anamnezei, stării obiective corespunzătoare datelor.
- Flegmonul postinjecțional — în cazul utilizării substanțelor anestetice nesterile, utilizarea seringii nesterile, încălcarea regulilor de aseptică și antiseptică în efectuarea anesteziei. După ce senzația anesteticului a trecut apare contractura musculară și peste 2-3 zile apare semnele inflamatorii. Din cele relatate mai sus flegmonul postinjecțional este inflamarea unui hematom.
- Contractura reflectoră care apare după efectuarea anesteziei, care mai apoi trece în contractura inflamatorie.
- Apariția durerii la deglutiție, care anterior de anestezie nu a fost.
- Prezența infiltratului după anestezie.

Tratamentul medicamentos al adenoflegmonului e indicat până la și după operație, și conține următoarele grupe de preparate medicamentoase:

1. Împotriva microbului-antibiotici-conform antibioticogramei sau cu spectru larg de acțiune.
2. Antifungice-nistatin, levorin,
3. Antidolorante: analgin, ketanol, tramal,
4. Antihistaminice: CaCl, dimidrol, suprastin, tavigil, pipolfen
5. Dezintoxicarea-picurători- NaCl 0,9%, gluciza 5%, hemodez, sol Ringer-staționar.
6. Antipiretice-aspirin, paracetamol,
7. Imunostimulante-dicaries, metiluracil

Tratamentul chirurgical al adenoflegmonului se efectuează după regulile de prelucrare a unui proces infecțios a regiunii OMF. După prelucrarea antiseptic, izolarea lui se anesteziază cîmpului operator. Incizia se efectuează în dependență de topografia focarului infecțios și se drenează. Propunem o modificare a metodei de drenarea proceselor infecțioase ce constă în deschiderea cu microincizii la ambele extremități a procesului infecțios, introducerea tubului de drenare dintr-o parte și iese de cealaltă parte, fixate de marginile plăgii, prelucrarea cu soluții antiseptice, introducerea medicamentelor în plagă și aplicarea pansamentului steril, timp de 4-6 zile. Avantajul metodei de drenare cu utilizarea dispozitivului propus are mai multe avantaje și anume: micșorează durata tratamentului, aspectul mai estetic postoperator a pacinetului cu microcicatrici și micșorarea costului tratamentului.

Complicațiile proceselor infecțioase a sistemului limfatic sunt următoarele: Din faza seroasă trece în cronică, din limfadenită în abces, din abces în flegmon și din flegmonul infecția se poate răspîndi în mediastenită, meningită, sepsis, flebită.

Profilaxia proceselor infecțioase a sistemului limfatic sunt complexe efectuate individual sau în colectiv, ne vom opri la unele din ele. Informația privind adresarea populației în instituțiile curativo-profilactice ne permite să determinăm și așa factori obiectivi, cum sunt volumul asistenței medicale, calitatea lor, accesibilitatea asistenței medicale, grija bolnavului față de propria sănătate, gradul de îndeplinire a documentației medicale, asigurarea medicală a populației, nivelul de cultură generală și sanitară. Pe baza informației despre nivelul morbidității prin limfadenită și particularitățile ei de vîrstă, sex, profesie, localitate, caracterul sezonier, condiții de trai, muncă, factori ai mediului ambiant, forme nozologice, etc., se elaborează măsuri concrete pe profilaxia primară și secundară, se stabilește necesitatea în cadre medicale, de paturi în spital. Studiul statistic, stabilirea cauzelor apariției și factorilor de risc prevăd de asemenea efectuarea profilaxiei primare în cazul infecției prin asanarea cavității bucale și organelor ORL, excluderea factorilor etiologici ce duc la afectarea sistemului limfatic, ridicarea imunității organismului, ridicarea nivelului de trai și cultural al populației și accesul la serviciile medicale a fiecărui cetățean a statului.

CONCLUZII

1. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată.
2. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student și rezident a materialului dat.
3. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română.

S21075

Bibliografia

1. Burlibaşa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 338 — 344.
2. Brițchiu A., T. Crețu. Procesele inflamatorii ale sistemului limfatic. Aspecte statistice pe anul 2006. Congresul Internațional de Medicină Dentară. Metode și tehnici minim invazive în medicina dentară. Revista Medico- Chirurgică a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. Zilele facultății de Medicină Dentară. Ediția a XI-a, Iași, 23-28 a-04-07 aprilie 2007, pag. 459-464.
3. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea II. Pag. 58-62.
4. Timoșca G., Burlibaşa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 343-348.

5. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice : ghid /S. Sârbu, N. Bacinschii, D. Șcerbatiuc. Ed. a 2-a rev. și compl. — Chișinău, 2002. — P. 341-342.
6. Matcovschi C., V. Procopișin, B. Parii. Chid farmacoterapeutic. Chișinău, 2004.
7. Pricop M., E. Urtilă. Infecțiile buco-maxilo-faciale. Timișoara 1994, pag. 97-108.
8. Андриеш В. Н. Анатомия лимфатической системы. Лекция, Кишинёв, 1998. стр. 79.
9. Бернадский Ю. И. Хирургия челюстно-лицевой области. Москва, 1998. — С. 186 — 193.
10. Гудан А. Е. Справочник челюстно-лицевых операций /И. Бернадский, П. Д. Годорожа, Д. И. Щербатюк. Кишинев, 2001. стр. 44-45.

ASPECTE RADIOGRAFICE PARODONTALE GENERATE DE IATROGENIA PROTETICĂ FIXĂ

Rezumat

Studiul radiografic efectuat pe 198 de pacienți cu restaurări protetice fixe nedaptate parodontal, paralel cu evidențierea prezenței factorilor iatrogeni, încearcă să remarce ce anume din aceștia generează iritațiile iatrogene (calitatea execuției clinice și tehnologice în privința redării formei anato-mo-funcționale, adaptării proximale și ocluzale, plasării și calității marginilor cervicale a restaurărilor) și modificările apărute în zonele de iritație parodontală (parodonțiu superficial sau profund) cu interpretarea fiziopatologică a leziunilor parodonțiului osos.

Cuvinte cheie: restaurări protetice neadaptate, examen radiologic, leziuni osoase.

Summary:

PERIODONTAL RADIOGRAPHIC ASPECTS GENERATED BY FIXED PROSTHETICS IATROGENY

The radiological study done on 198 patients with fixed prosthetics which weren't adapted periodontal, in parallel with identifying the presence of the iatrogenic factors, is trying to show which part of these is generating iatrogenic irritations (the quality of the clinical and practical execution regarding the anatomical and functional form, the proximal and occlusal adaptation, placement and quality of the cervical margins of the restorations) and the modifications that appeared in the zone of periodontal irritation (gum or alveolar bone) with the physio-pathological interpretation on the lesions of the alveolar bone.

Keywords: unadapted prosthetic restorations, radiological exam, bone lesions.

Ipoteza de lucru

Restaurările protetice fixe neadaptate pot genera iritații directe și indirecte parodontale și care prin mecanisme variate și complexe, în prezența factorului microbian determinant, induc modificări patologice parodontale, care compromit valoarea funcțională a structurilor parodontale și implicit a actelor terapeutice și a rezultatelor [1, 2, 3].

Examenul radiologic trebuie privit ca un mijloc important și adjuvant care permite furnizarea de date în ceea ce privește stadiul evolutiv al bolii parodontale, depistarea leziunilor osoase marginale în stadiu incipient, indicațiile terapeutice, aprecierea evoluției tratamentelor efectuate, depistarea factorului iritativ local [4, 5, 6].

Material și metodă

Am selectat 198 de pacienți cu restaurări protetice fixe neadaptate, de ambele sexe, cu vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani, cu diferite forme de boală parodontală.

Examenul radiologic l-am făcut în completarea examenului clinic, pentru precizarea formei și a gradului de afectare a parodonțiului osos și elucidarea mecanismelor etiopatogenice, la toți cei 198 de pacienți cu restaurări protetice neadaptate, pe baza Rx intraorale retroalveolare de la nivelul zonei dento-alveolare de acțiune a factorului iatrogen sau pe baza OPT (ortopantomografia).

Pentru interpretarea corectă a datelor radiografice am urmărit: starea septurilor interdente și a crestei alveolare; depistarea leziunilor osoase marginale în stadiu incipient (halistereza); tipul alveolei: orizontală / verticală, localizată sau difuză; lărgimea spațiului periodontal; modificări la nivelul laminei alveolare; raportul dintre porțiunea alveolară implantată în os a dintelui și porțiunea extraalveolară (raport coroană \rădăcină); densitatea trabeculelor osoase; calitatea lucrărilor protetice, adaptarea marginală a acestora în raport cu țesuturile de suport, prezența sau absența punctelor de contact interdente [7, 8, 9].

Anca Frățilă,

*Doctor în științe
medicale*

Cornel Boitor,

*Doctor în științe
medicale*

Conf.Univ. Mariana Sabău,

*Doctor în științe
medicale*

V. Sebesan

Catedra VII Disciplina

Protetică Dentară

Mobilă și Ocluzologie,

Facultatea de Medicină

„Victor Papilian“,

Universitatea „Lucian

Blaga, Sibiu, Romania.

Liana Stanciu,

Doctor în științe

medicale, Medic primar

stomatologie generală,

Medic specialist

ortodont. Catedra de

Protetică Dentară Fixă,

Facultatea de Medicina

si Medicină Dentară,

Universitatea „Titu

Maiorescu“, Bucuresti,

Romania.

Conf.univ. Nicolae Bajurea,

catedra Stomatologie

Ortopedica, Ch.O.M.F si

Implantologie a USMF

„Nicolae Testemitanu“,

Chisinau, R.M.

Rezultate

Examinarea radiografiilor ne-a permis să facem o interpretare fiziopatologică a modificărilor parodontiului osos, favorizate de prezența factorilor iatrogeni protetici, cât și evidențierea aspectelor lezionale osoase: leziune inflamatorie (halistereză, alveoliză), liză mecanică prin compresiune și leziuni consecutive traumei ocluzale.

Interpretări radiologice

a.) Nu am depistat radiografic modificări osoase la cazurile în care procesul lezional a fost cantonat la parodontiul de înveliș și clinic au prezentat aspectul de gingivită cronică (Fig.1.)

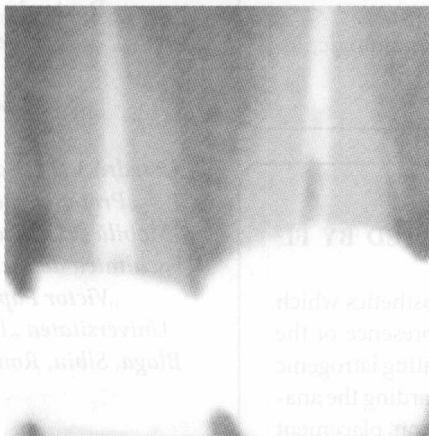


Fig. 1. Diagnostic clinic: Gingivită cronică localizată.

Aspect Rx:

- coroane de înveliș solidarizate pe 1.3., 1.2., neadaptate cervical;
- se observa absența cointeresării osoase.

b.) Aspectele lezionale osoase determinate de resorbția inflamatorie în urma acțiunii factorului microbial prin realizarea coroanei de înveliș cu deficiențe în adaptarea cervicală în sens transversal are efecte nefavorabile asupra parodontiului marginal și profund, prin secționarea mucoasei gingivale urmată de necroza cu evoluție spre țesuturile subadiacente și comprimarea mucoasei cu fenomene de ischemie locală și reacții consecutive în straturile profunde. Rx apare halistereză la nivelul septurilor interdentare (Fig.2.), fie lărgirea spațiului periodontal cu apariția pungilor osoase în pânlie (Fig.3.).



Fig. 2. Diagnostic clinic: PMC superficială.

Aspect Rx:

- coroane de înveliș solidarizate pe 1.4., 1.5., neadaptate cervical,
- raporturi proximale necorespunzătoare cu comprimarea papilei

interdentare;

- halistereză la nivelul septului interdentar la 1.4., 1.5., 1.6., (în lungul septului alveolar, central axial aspect de „șirag de mărele“).
- lărgirea spațiului periodontal la 1.5.



Fig. 3. Diagnostic clinic: PMC profundă la 2.5., PMC superficială la 2.6.

Aspect Rx:

- coroane de înveliș pe 2.5, 2.6., neadaptate cervical și proximal;
- 2.6. resorbția septurilor osoase interdentare prin osteoliză mecanică și inflamație, halistereză cu canal osos arterial vizibil Rx;
- 2.5 pungă osoasă în „pânlie“ mezială, lărgirea spațiului periodontal.

c) Lipsa de adaptare transversală a limitei cervicale a coroanelor de înveliș favorizează acumularea plăcii bacteriene, iar prin absența punctului de contact interdentar se produce agresarea traumatică a papilei interdentare prin retenția alimentelor fibroase cu evoluția progresivă a procesului patologic către parodontiul profund.



Fig. 4. Diagnostic clinic: PMC superficială

Aspect Rx:

- coroană de înveliș pe 2.3., neadaptată cervical, lipsa punctului de contact interdentare;
- halistereză la nivelul septului interdentare prin compresiune mecanică și inflamatorie;
- lărgirea spațiului periodontal.



Fig. 5. Diagnostic clinic: PMC superficială.

Aspect Rx:

- elemente de agregare pe 3.5.-3.7., neadaptate cervical și proximal;

- halistereză la nivelul limbusului alveolar la 3.5. de natură inflamatorie și traumatică;
- lărgirea spațiului periodontal, lamina dura discontinuă la 3.5;
- resorbția accentuată a crestei edentate la nivelul interdentalului 3.6. (raport compresiv cu creasta a intermediarului), spații intertrabeculare mari, travee subțiri și discontinue.

d) Suferința parodontală favorizată de neadaptarea cervicală a microprotezelor și solicitările ocluzale nefuncționale se pot evidenția Rx prin procese de halistereză osoasă și lărgirea spațiului periodontal (Fig.6), sau apariția într-o fază mai avansată a resorbției osoase a osului alveolar sub formă de crater sau pâlnie (Fig.7).

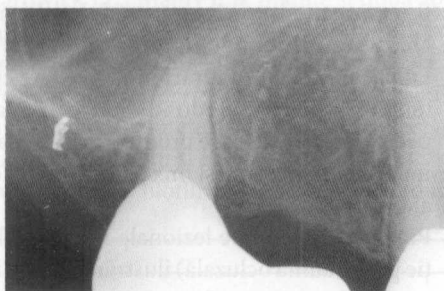


Fig. 6. Diagnostic clinic: PMC superficială, leziuni de traumă ocluzală.

Aspect Rx:

- punte dentară agregată pe 2.5. cu extensie mezială, neadaptată cervical;
- halistereză la nivelul limbusului alveolar;
- lărgirea spațiului periodontal, trefilarea corticalei radiculare în zona apicală (leziuni asociate cu trauma ocluzală).

Răspunsul parodontoșului de susținere la traumele determinate de adaptarea transversală deficitară și solicitarea ocluzală nefuncțională se poate traduce prin punți osoase și cu fenomene de restructurare osoasă, cu creșterea opacității osului alveolar și ștergerea imaginii caracteristice rădăcinii dintelui. Lipsa de adaptare transversală cervicală a microprotezelor, raporturile corpului de punte defavorabile cu creasta retenționează placa bacteriană favorizând apariția procesului carios.



Fig. 7. Diagnostic clinic: PMC profundă

Aspect Rx:

- punte cu extensie mezială, agregată pe 1.7., retentor neadaptat transversal, raport compresiv cu creasta la nivelul extensiei;
- punge osoasă în pâlnie mezială la 1.7;
- condensare osoasă cu creșterea opacității osului alveolar și ștergerea imaginii caracteristice a rădăcinii dintelui (leziuni de traumă ocluzală);
- carie mezială cervicală la 1.7., carie distală cervicală la 1.5.

Reconstituiri protetice incorecte morfologic și funcțional (adaptare cervicală necorespunzătoare, raporturi proximale între retentori și corpul de punte incorecte, suprasolicitarea funcțională, contacte ocluzale nefuncționale) favorizează apariția fracturilor coronare sau radiculare la nivelul dinților stâlpi și a leziunilor la nivelul parodontoșului profund funcțional osos (Fig.8.).

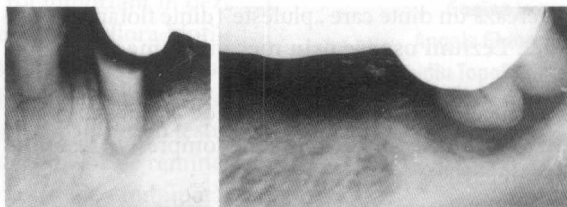


Fig. 8. PMC profundă; Aspect Rx:

- punte dentară pe 38., 35., neadaptată cervical și la unirea retentorilor cu corpul de punte, contacte ocluzale nefuncționale;
- punge osoasă în „pâlnie” pe fața distală la 3.5.,
- punge osoasă totală la 3.8.;
- secționarea coronară a bontului 3.5. și fractura radiculară transversală cu lărgirea spațiului periodontal.

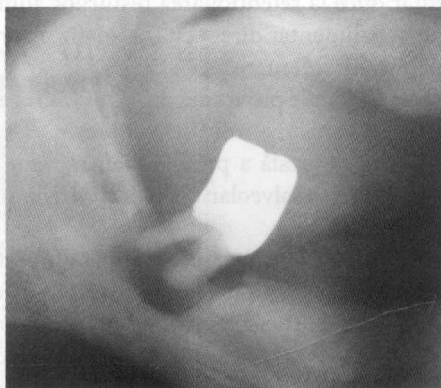


Fig. 9. Diagnostic clinic: PMC profundă

Aspect Rx:

- coroană de înveliș supraconturată pe 4.7., cu o lungime care depășește 1/2 din lungimea dintelui;
- punge osoasă totală.

Discuții

După mecanismul patogenetic care a stat la baza leziunilor osoase au rezultat trei grupe [10]:

1. Leziuni osoase inflamatorii determinate de resorbția inflamatorie în urma acțiunii factorului microbial din placa bacteriana.

— în stadiul inițial: halistereză marginală reprezentată de o transparență liniară verticală la nivelul septurilor interdente apărută ca urmare a demineralizării. Există posibilitatea remineralizării după eliminarea factorilor patogeni, în care pe fondul osos vechi se construiește o nouă structură osoasă, aspect numit de 'juvelinizare' [4]; *ciupirea septului interdental* reprezintă o denivelare a continuității crestei alveolare prin fenomene osteolitice; în mod normal linia septurilor interdente este paralelă și situată la 10–15 mm față de linia joncțiunii amelo-dentinare; scăderea distanței dintre ele implică afectarea vârfurilor septurilor interdente [5].

— în faze avansate: *resorbții osoase marginale*: resorbții osoase *orizontale* la grupe mari de dinți, iar în prezenta unei spine iritative locale (defecte de adaptare a coroanelor de înveliș) pe fondul parodontopatiei distrofice pot apărea *verticalizări* la nivelul factorului iritant favorizant; resorbții osoase verticale în „pâlnie“, „chiuvetă“, „scară“, mai evident în zona proximală a alveolei, iar în stadiul de parodontopatie totală imaginea sugerează un dinte care „plutește“ (dinte flotant) [4, 5].

2. Leziuni osoase prin mecanism mecanic compresiv

Aspecte lezionale provocate de *factori iatrogeni direcți* prin mecanism mecanic compresiv (resorbții mecanică):

— Realizarea coroanelor de înveliș cu deficiențe de adaptare în sens transversal își exercită acțiunea negativă prin mecanismul de secționare a mucoasei gingivale urmată de necroza cu evoluție spre țesuturile subiacente și prin comprimarea mucoasei cu apariția ischemiei locale și reacții consecutive în structurile parodontale profunde.

— Refacerea necorespunzătoare a ariei de contact interdental duce la retenționarea resturilor alimentare și impact alimentar direct cu traumatizarea mecanică a papilei interdentalare.

Aspecte lezionale provocate de *factori iatrogeni indirecti* prin mecanism atrofic de compresie.

— Trauma ocluzală a produs mai frecvent lărgirea spațiului dento-alveolar cu modificări la nivelul laminei dura.

3. Leziuni osoase mixte frecvent întâlnite în studiu, prin asocierea mecanismului inflamator cu cel mecanic, ce prezintă caracteristicile tuturor grupelor și formelor de cointeresare osoasă. Factorii direcți și indirecti iatrogeni acționează prin mecanisme asociate potențând și favorizând acțiunea factorului microbial. Acțiunea cofactorială (inflamație plus traumă ocluzală) a condus la formarea de punji infraosoase parodontale.

În ceea ce privește *corelația clinico-radiologică* în general am întâlnit o concordanță între modificările parodontale vizibile Rx și manifestările clinice (Tabel 1).

Tabel 1. Aspecte radiografice de boală parodontală la pacienții din studiu

Forma de afectare parodontală	Aspecte radiografice
Gingivita	absenta cointeresării osoase
PMC superficială	halistereză ciupirea de sept
PMC profundă	resorbție osoasă verticală resorbție osoasă mixtă
Patologia asociată cu trauma de ocluzie	subțierea sau dispariția lamina dura spațiu periodontal lărgit radiotransparență periapicală la dinți vitali condensarea structurii osului alveolar trefilarea corticalei radiculare fractură radiculară

Am găsit și cazuri de neconcordanță, în sensul că la nivelul parodontiului de înveliș clinic modificările erau evidente și importante, pe când cele de la nivelul parodontiului osos nu erau de aceeași amploare. Aici se evidențiază faptul că structura și reactivitatea osoasă este influențată nu numai de prezența factorului iatrogen la nivelul parodontiului ci și de factorii generali ai căror asociere și suprapunere agravează leziunile parodontale [10].

Concluzii

1. Examenul radiologic completează examenul clinic, permițând depistarea factorului protectic iatrogen și precizează gradul și forma de afectare a parodontiului profund.
2. La pacienții cu restaurări protetice fixe cu potențial iatrogen parodontal am constatat aspecte lezionale osoase produse prin mecanism inflamator, mecanic și mixt (acțiune cofactorială).
3. Pregnează aspectele lezionale mixte (inflamație plus traumă ocluzală) ilustrând mecanismul asociat de acțiune a factorilor iatrogeni direcți și indirecti.
4. Corelația clinico-radiologică a evidențiat faptul că în general există o concordanță între aspectele clinice (modificările parodontiului de înveliș) și leziunile parodontale vizibile radiologic (modificările parodontiului profund).
5. Varietatea aspectelor radiologice întâlnite la nivelul parodontiului osos este influențată de relația de intercondiționare a factorilor iatrogeni (direcți și indirecti) cu reactivitatea individuală parodontală, expresie a reactivității generale.

Bibliografie

1. Voicu Sebeșan, Sindromul parodontal de neadaptare la acțiunea factorilor iatrogeni, Ed. Alfabetul, 1996.
2. Reitemeier B, Hansel K, Walter MH, Kastner C, Toutenburg H: Effect of posterior row placement on gingival health, J Prosthet Dent 2002, 87:167-172.
3. Kancyer SG, Koka S: The influence of intracrevicular crown margins on gingival health: preliminary findings, J Prosthet Dent 2001, 85:461-465.
4. Aldescu C., Radiologie pentru studenți și medici stomatologi, Ed. Polirom, 1998.
5. Fildan F, Patologie dentomaxilară, Ed. Medicală, Cluj, 2000.
6. Buruiian M., Radiologie stomatologică, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1996: 116-121.
7. Dumitriu T. H., Parodontologie, Ed. Viața Medicală Românească, București, 2006.
8. Popa Sever, Ocluzia Dentară, Cluj-Napoca: Dacia, 2004.
9. Popa Sever, Protetică Dentară, vol. I., Ed. Medicală, 2001.
10. Frățilă Anca, Teză Doctorat, Implicații parodontale ale unor factori iatrogeni care pot surveni în restaurarea protetică fixă (conjunctă), 2007.

EVALUAREA MODIFICĂRILOR POTENȚIALULUI CARIOGEN AL BIOFILMULUI BACTERIAN ÎN URMA ACȚIUNII UNOR PREPARATE DE REMINERALIZARE

Rezumat

Unul dintre factorii etiologici chee, care joaca un rol important în dezvoltarea cariei dentare și a afecțiunilor parodontale este microflora biofilmului bacterian. Scopul acestui studiu este de a evalua acțiunea unor preparate de remineralizare asupra cariogenității biofilmului bacterian. Material și metodă: s-a utilizat în evaluarea cariogenității biofilmului bacterian testul Hardwick J.L., Manly E.B. înainte și după aplicarea preparatelor de remineralizare pe bază de calciu, fosfat și fluor. Rezultate. Se constată o îmbunătățire a situației cariogene din cavitatea orală sub acțiunea acestor preparate. Deși nu este o diferență semnificativă d.p.d.v. statistic, un efect mai favorabil îl au preparatele ce conțin calciu, fosfat și fluor, comparativ cu cele ce conțin doar calciu și fosfat.

Cuvinte cheie: biofilm bacterian, cariogenitate, preparate de remineralizare.

Summary

THE ASSESSMENT OF BACTERIAL FILM CARIOGENIC POTENTIAL CHANGES FOLLOWING THE ACTION OF REMINERALISATION AGENTS

The bacterial film is a key ethiological factor with a major role in dental caries and periodontal diseases development and evolution. **Aim.** The aim of this study is to assess the action of some remineralisation products over the cariogenic action of bacterial biofilm. **Materials and method.** The cariogenic potential bacterial biofilm test Hardwick J.L.&Manly E.B. was performed before and after the application of remineralisation products with calcium, phosphat and fluor. **Results.** The results show an improvement of cariogenic situation after the action of remineralisation agents. The products that contain calcium, phosphat and fluor have a more efficient action comparing with products based only on calcium and phosphat.

Key words: bacterial biofilm, cariogenic potential, remineralisation products.

De-a lungul timpului au fost concepute și sistematizate o multitudine de metode în ceea ce privește prognosticul afectării prin boală carioasă, ce se bazează pe modificările constantelor fluxului salivar; a biofilmului bacterian; a tiparelor dietetice ș.a.

La etapa actuală există o multitudine de metode și soluții ce pot fi utilizate cu succes în adoptarea unor măsuri profilacto-terapeutice în boala carioasă. Terapia de remineralizare reprezintă conceptul de bază în tratamentul unor leziuni odontale incipiente de natură cariogenă sau necariogenă. Preparatele utilizate în acest scop se bazează de regulă pe trei tipuri de compuși:

- Compuși pe bază de minerale : Calciu, Fosfat, Magneziu, Zinc ș.a.;
- Compuși pe bază de fluor;
- Asocieri de minerale cu fluor.

Aceste produse prezintă anumite proprietăți fizico-chimice benefice atât pentru structurile dure dentare cât și pentru a îmbunătăți proprietățile biochimice ale parametrilor salivari.

Evaluarea modificării caracteristicilor de bază a parametrilor salivei și a biofilmului bacterian sub acțiunea unor preparate de remineralizare permite o evaluare obiectivă a eficienței măsurilor profilactice și terapeutice aplicate individualizat în boala carioasă.

**Galina Pancu,
Andrian Sorin,
Ganina Iovan,
Angela Ghiorghe,
Claudiu Topoliceanu,
Antonia Moldovanu,
Ion Pancu,
Simona Stoleriu**

*Cariology and
Restorative Dentistry,
Department of
Odontology and
Periodontology,
Dental Medicine School,
U.M.F. „Gr.T.Popa“
Iassy , Romania*

EVALUAREA MODIFICĂRILOR POTENȚIALULUI CARIOGEN AL BIOFILMULUI BACTERIAN ÎN URMA ACȚIUNII UNOR PREPARATE DE REMINERALIZARE

Rezumat

Unul dintre factorii etiologici chee, care joaca un rol important în dezvoltarea cariei dentare și a afecțiunilor parodontale este microflora biofilmului bacterian. Scopul acestui studiu este de a evalua acțiunea unor preparate de remineralizare asupra cariogenității biofilmului bacterian. Material și metodă: s-a utilizat în evaluarea cariogenității biofilmului bacterian testul Hardwick J.L., Manly E.B. înainte și după aplicarea preparatelor de remineralizare pe bază de calciu, fosfat și fluor. Rezultate. Se constată o îmbunătățire a situației cariogene din cavitatea orală sub acțiunea acestor preparate. Deși nu este o diferență semnificativă d.p.d.v. statistic, un efect mai favorabil îl au preparatele ce conțin calciu, fosfat și fluor, comparativ cu cele ce conțin doar calciu și fosfat.

Cuvinte cheie: biofilm bacterian, cariogenitate, preparate de remineralizare.

Summary

THE ASSESSMENT OF BACTERIAL FILM CARIOGENIC POTENTIAL CHANGES FOLLOWING THE ACTION OF REMINERALISATION AGENTS

The bacterial film is a key ethiological factor with a major role in dental caries and periodontal diseases development and evolution. **Aim.** The aim of this study is to assess the action of some remineralisation products over the cariogenic action of bacterial biofilm. **Materials and method.** The cariogenic potential bacterial biofilm test Hardwick J.L.&Manly E.B. was performed before and after the application of remineralisation products with calcium, phosphat and fluor. **Results.** The results show an improvement of cariogenic situation after the action of remineralisation agents. The products that contain calcium, phosphat and fluor have a more efficient action comparing with products based only on calcium and phosphat.

Key words: bacterial biofilm, cariogenic potential, remineralisation products.

De-a lungul timpului au fost concepute și sistematizate o multitudine de metode în ceea ce privește prognosticul afectării prin boală carioasă, ce se bazează pe modificările constantelor fluxului salivar; a biofilmului bacterian; a tiparelor dietetice ș.a.

La etapa actuală există o multitudine de metode și soluții ce pot fi utilizate cu succes în adoptarea unor măsuri profilacto-terapeutice în boala carioasă. Terapia de remineralizare reprezintă conceptul de bază în tratamentul unor leziuni odontale incipiente de natură cariogenă sau necariogenă. Preparatele utilizate în acest scop se bazează de regulă pe trei tipuri de compuși:

- Compuși pe bază de minerale : Calciu, Fosfat, Magneziu, Zinc ș.a.;
- Compuși pe bază de fluor;
- Asocieri de minerale cu fluor.

Aceste produse prezintă anumite proprietăți fizico-chimice benefice atât pentru structurile dure dentare cât și pentru a îmbunătăți proprietățile biochimice ale parametrilor salivari.

Evaluarea modificării caracteristicilor de bază a parametrilor salivei și a biofilmului bacterian sub acțiunea unor preparate de remineralizare permite o evaluare obiectivă a eficienței măsurilor profilactice și terapeutice aplicate individualizat în boala carioasă.

**Galina Pancu,
Andrian Sorin,
Ganina Iovan,
Angela Ghiorghe,
Claudiu Topoliceanu,
Antonia Moldovanu,
Ion Pancu,
Simona Stoleriu**

*Cariology and
Restorative Dentistry,
Department of
Odontology and
Periodontology,
Dental Medicine School,
U.M.F. „Gr.T.Popa“
Iassy, Romania*

Scopul acestui studiu este de a evalua acțiunea unor preparate de remineralizare ce au compoziție diferită asupra:

- Cariogenității biofilmului bacterian
- Parametrilor biochimici salivari.

Material și metodă

Studiul a inclus 30 de persoane cu vârste cuprinse între 14—25 ani, care și-au exprimat acordul de a participa la această evaluare. Criterii de includere în studiu:

- Vârsta 14—25,
- Stare generală neafectată,
- Tip de carioactivitate medie,
- Absența unor afecțiuni parodontale grave sau în stadiu acut,
- Absența unor afecțiuni de mucoasă orală,
- Absența tratamentelor medicamentoase.

Participanții la studiu au fost amănunțit informați despre modalitatea de desfășurare și planul cercetării și au semnat protocolul de acord benevol referitor la condițiile clinice impuse pe tot parcursul evaluării.

Pacienții au fost împărțiți în mod aleatoriu în 3 loturi de cercetare:

- Lot I martor — 10 pacienți (care își desfășurau măsurile de igienizare obișnuite);
- Lot II — 10 pacienți (periaj plus aplicare individuală de Recaldent GC Tooth Mousse pe bază de CPP-ACP (Caseină Fosfopeptidă — Fosfat Amorf de Calciu)
- Lot III — 10 pacienți (periaj simplu plus aplicare individuală de Recaldent GC MI Paste Plus pe bază de CPP-ACP (Caseină Fosfopeptidă — Fosfat Amorf de Calciu și 900ppm fluor)

Parametrii evaluați în studiu:

- I — evaluarea cariogenității biofilmului bacterian;
- II — măsurarea capacității tampon a salivei;
- III — evaluarea fluxului salivar de repaus și stimulat;
- IV — evaluarea vâscozității salivei;
- V — numărătoarea Lactobacililor și a Str/c. Mutans.
- VI — evaluarea indicelui de placă bacteriană PI (Silness și Loe)

Testarea s-a efectuat înainte de aplicarea produselor de remineralizare (cu suprimarea timp 24 ore a periajului dentar), după prima aplicare a produselor Recaldent (GC) și la 14 de zile de tratament.

I. Evaluarea cariogenității biofilmului bacterian

Această metodă se bazează pe stabilirea cariogenității biofilmului bacterian, utilizând testul testul Hardwick J.L., Manly E.B., care evaluează nivelul de aciditate a plăcii bacteriene printr-o metodă colorimetrică. În calitate de indicator este utilizat roșu de metilen, care în funcție de pH plăcii își modifică culoarea de la galben (pH <6,0) până la roșu (pH = 4,4-6,0). Astfel este depistată placa bacteriană cu proprietăți cariogene și este prognozată apariția cariei dentare.

II — măsurarea capacității tampon a salivei

Capacitatea tampon salivară a fost evaluată prin metoda Dentobuff.

Valori:

- Culoarea galbenă indică un pH de 4 sau mai mic (4,2-3,8)

- culoarea verde este de graniță, (4,6-5,3)
- albastru indică o capacitate tampon favorabilă. (peste 5,4)

III — evaluarea fluxului salivar de repaus și stimulat

III.1. Determinarea ratei fluxului salivar de repaus

- pacientul se așează în poziție verticală, cu capul ușor în față.
- este rugat să înghită saliva pe care o are, apoi se începe cronometrarea;
- este rugat să elimine saliva acumulată din 2 în 2 minute sau mai des într-un vas gradat (sialometru);
- după 5 minute se măsoară volumul.

Valori normale: 0,4-0,6 ml/min.

III.2. Determinarea ratei fluxului salivar stimulat:

- pacientul așezat ca la testul anterior anterior este rugat să mestece o bucată de parafină timp de 30-60 s. și apoi să înghită saliva acumulată. Din acest moment începe cronometrarea, lăsând pacientul să mestece timp de 5 min. și să evacueze saliva în tub. Dacă secreția este mare va fi necesar să ne oprim mai devreme, după 3-4 min. Ne vom opri întotdeauna la finalul minutului pentru a ne ușura calculele.
- Cantitatea de salivă este împărțită la timp, iar rezultatul este exprimat în ml/min. Exemplu: dacă s-au obținut 8ml de salivă în 6 min, rata secreției este de $8/6=1,33$ ml/min.

Valori:

- 1-2ml/min.=normal;
- sub 0,7ml/min.=hiposalie;
- sub 0,1ml/min.=xerostomie.

IV — evaluarea vâscozității salivei

A fost evaluată prin metoda Leus P.A., Beliasov L.V

V — numărătoarea Lactobacililor și a Str/c. Mutans.

Pentru a determina SM și LB sau folosit kituri speciale, Dentocult SM și Dentocult LB.

Se compară rezultatele cu o scală dată de fabricant și se încadrează stripsul în una din clasele (0,1,2,3):

- clasa 1 — aprox.100.000 UFC/ml salivă = risc cariogen mic,
- clasa 2 — peste 100.000UFC/ml salivă =risc cariogen mare, iar
- clasa 3 — 1.000.000UFC/ml salivă= carii explozive.

Lactobacilii(LB) se pot măsura prin metoda Dentocult LB, materialul de care avem nevoie fiind un dispozitiv de înmuiere, un dispozitiv din plastic cu agar selectiv și un incubator. Împreună cu recipientul de plastic saliva este incubată la 37°C. După 4 zile numărul de LB de pe suprafața de agar este estimat prin comparație cu scala dată de fabricant:

- clasa 1 — până la 1000UFC/ml salivă=fără risc cariogen;
- clasa 2 — peste 10.000 UFC/ml salivă =risc cariogen mare;
- clasa 3 — peste 100.000UFC/ml salivă= carii explozive.

VI. Indicele de placă bacteriană PI (Silness și Loe)

indice fără colorare, ce apreciază lățimea depunerii de placă bacteriană la nivel coronar;

Produsele incluse în studiu:

1. Recaldent GC Tooth Mousse
2. Recaldent GC MI Paste Plus

Atunci când preparatul este aplicat în mediul oral, va crea legături cu biofilmul, țesuturile dure dentare și țesuturile moi, localizând astfel calciul, fosfatul și fluorul, acestea devenind bio-disponibile pentru țesuturi.

IMPORTANT:

Saliva va spori eficacitatea CPP-ACPF-ului iar aroma va ajuta la stimularea fluxului salivar. Cu cât CPP-ACPF-ul și saliva sunt menținute mai mult timp în cavitatea orală, cu atât mai eficient va fi rezultatul.

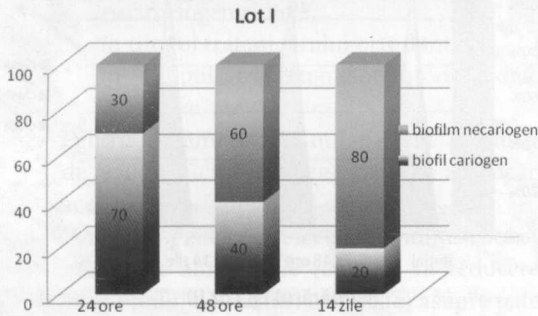
Astfel aceste produse au capacitate de:

1. Remineralizare.
2. De Neutralizare a acidității datorate bacteriilor acidogenice din placa bacteriană.
3. Ajută la neutralizarea atacului acid provenit din alte surse de acid interne și externe, responsabile de apariția leziunilor necariogene.

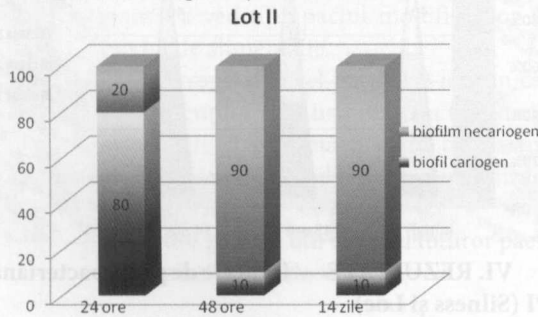
Rezultate

I — EVALUAREA CARIOGENITATII BIOFILMULUI BACTERIAN;

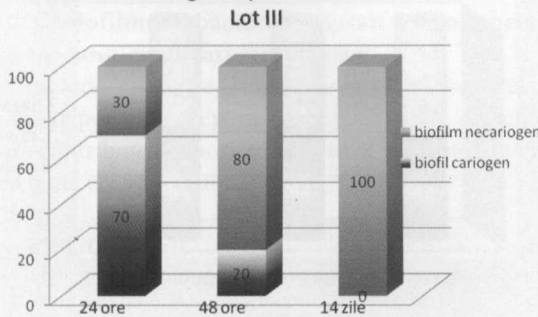
Evaluarea cariogenității biofilmului bacterian



Evaluarea cariogenității biofilmului bacterian

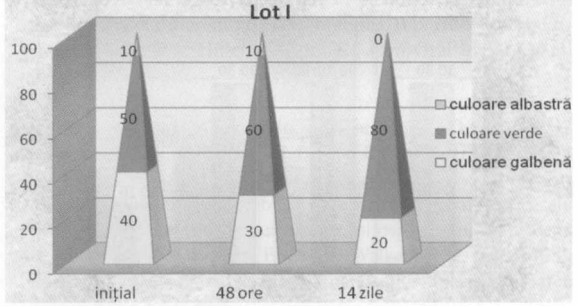


Evaluarea cariogenității biofilmului bacterian

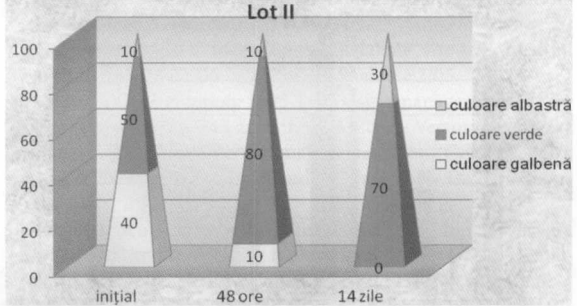


II — MĂSURAREA CAPACITĂȚII TAMPON A SALIVEI

Evaluarea capacității tampon

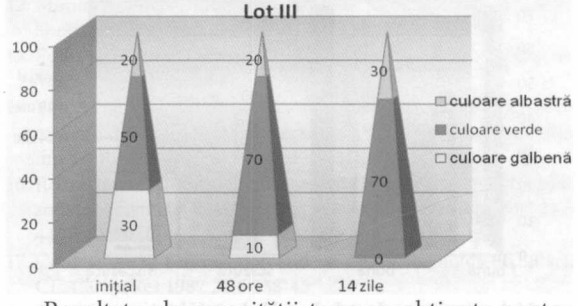


Evaluarea capacității tampon



REZULTATE ale capacității tampon obținute pentru Lotul I Martor, pentru Lotul II

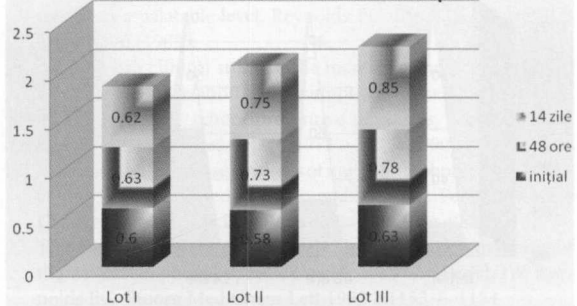
Evaluarea capacității tampon



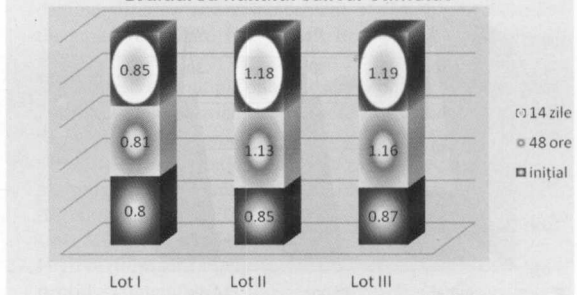
Rezultate ale capacității tampon obținute pentru Lotul III

III — EVALUAREA FLUXULUI SALIVAR DE REPAUS ȘI STIMULAT

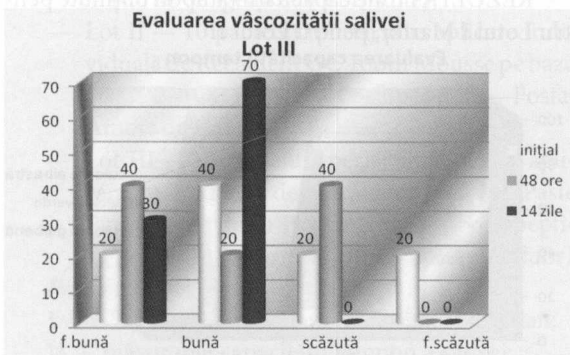
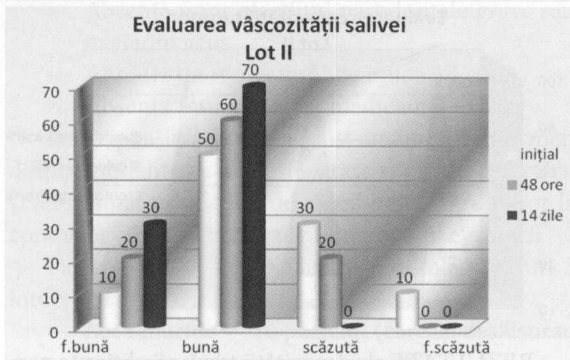
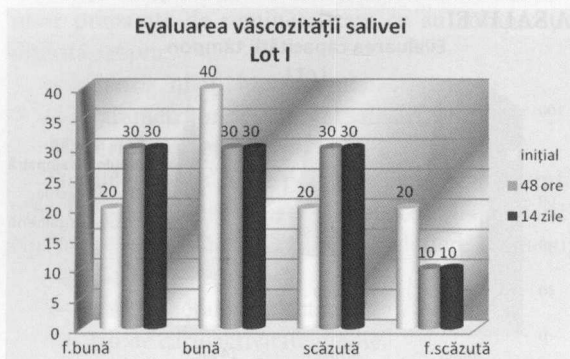
Evaluarea ratei fluxului salivar de repaus



Evaluarea fluxului salivar stimulat

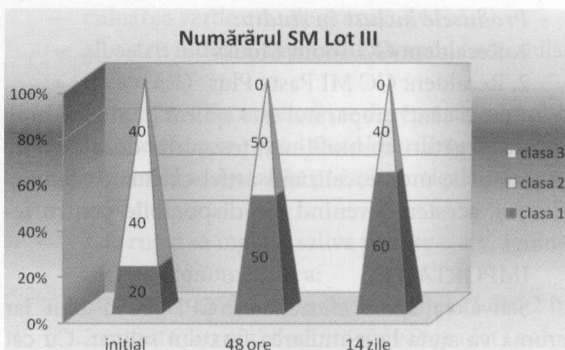
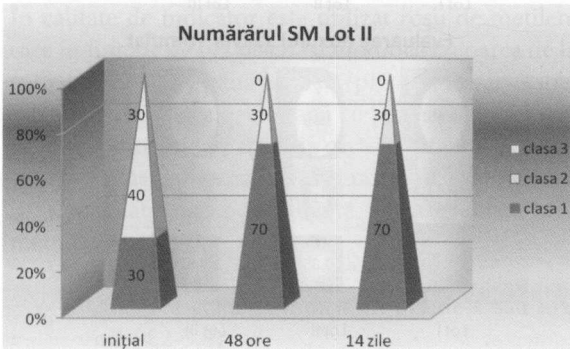
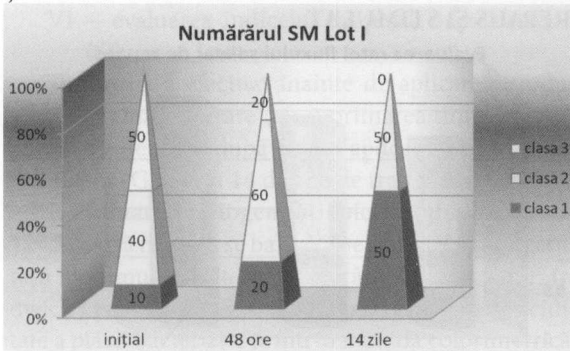


IV. REZULTATE — VÂSCOZITATEA SALIVEI



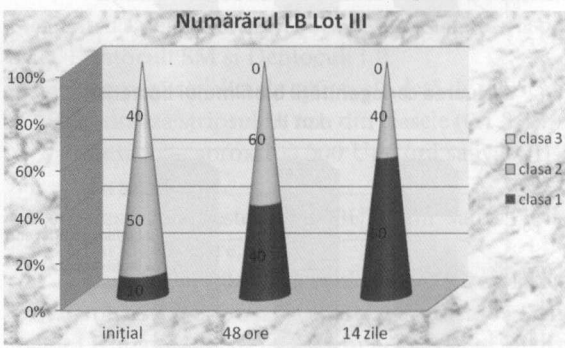
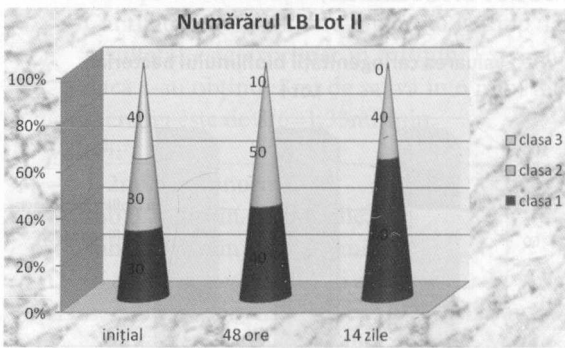
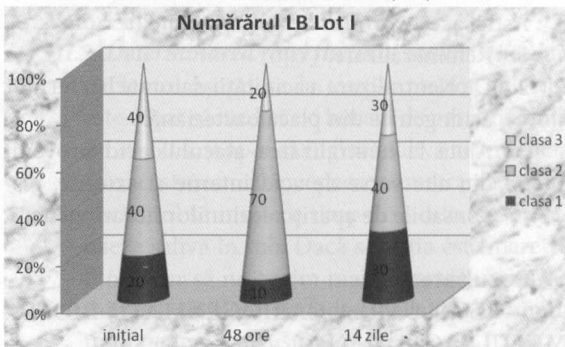
Valori pentru Lot I, Lot II, Lot III.

V — NUMĂRĂTOAREA LACTOBACILOR ȘI A STR./C. MUTANS.

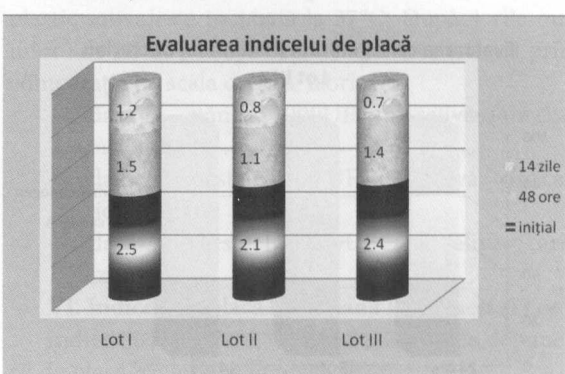


Valori pentru Lot I, Lot II, Lot III.

REZULTATE — Nr. Lactobacili (LB)



VI. REZULTATE — Indicele de placă bacteriană PI (Silness și Loe)



DISCUȚII

Se constată o îmbunătățire a situației cariogene din cavitatea orală sub acțiunea acestor preparate. Deși nu este o diferență semnificativă, un efect mai favorabil îl au preparatele ce conțin calciu, fosfat și fluor (Recaldent GC MI Paste Plus), comparativ cu cele ce conțin doar calciu și fosfat (Recaldent GC Tooth Mouse).

Testul de evaluare a cariogenității biofilmului bacterian Hardwick J.L., Manly E.B., efectuat în cabinet:

- motivează și educă pacientul cu privire la cariogenitatea plăcii,
- în același timp vizualizând localizarea plăcii și producerea de acid în mai puțin de 5 minute,
- va îmbunătăți comunicarea medicului stomatolog cu pacientul prin demonstrarea vizuală a potențialului cariogen (abilității de fermentare) a plăcii bacteriene și prin indentificarea suprafețelor dentare care au nevoie de o atenție sporită în timpul igienei orale pentru evitarea apariției viitoarelor carii.

INDICAȚII RECOMANDATE

1. Pentru educarea pacienților în privința cariogenității plăcii bacteriene:
 - * ca punct de pornire în cazul noilor pacienți care au nevoie de tratament restaurativ,
 - * în cazul pacienților suspecți de a avea un risc cariogen ridicat,
 - * în timpul tratamentului ortodontic,
 - * în timpul tratamentelor stomatologice complexe.
2. Pentru a demonstra unui pacient producția de acid a plăcii bacteriene ca parte a educării acestuia în privința bolii carioase.
3. Pentru a evidenția efectele modificărilor în modul de alimentație (cum ar fi: reducerea consumului de băuturi acidulate) asupra cariogenității plăcii bacteriene.
 - Testul poate fi repetat după 1-2 săptămâni pentru a vedea impactul modificărilor în modul de alimentație.
 - Trebuie repetat la cel puțin 2-3 luni în cazul pacienților care urmează un tratament ortodontic și prezintă o placă bacteriană vizibilă datorită riscului de demineralizare marcat.
 - Acest test poate fi util în cazul tuturor pacienților indiferent de vârstă.

CONCLUZII

Din cercetarea actuală rezultă ca testarea **Cariogenității biofilmului bacterian** precum și a **Parametriilor biochimici salivari** reprezintă:

metode moderne, simple și accesibile în același timp, ce pot servi drept mijloace pedagogice eficiente, care contribuie la sporirea motivării pacienților pentru reducerea riscului cariogen.

BIBLIOGRAFIE

1. Tooth mousse shows some unexpected beneficial side effects. L. Coates. Dental Asia — November/December 2004.

2. Caséine phosphopeptide et phosphate de calcium amorphe: un complexe prometteur. Dialogue dentaire, Printemps 2005 / N°30, p.27-29.
3. Fluoride uptake and distribution in enamel and dentin after application of different fluoride solutions. B.E. Holler, K.H. Friedl, H. Jung, K.A. Hiller, G. Schmalz. Clin Oral Invest (2002) 6:137-144
4. Clinical effectiveness of a CPP-ACP crème for tooth hypersensitivity treatment. A. Poitevin, M. Peumans, J. De Munck, K. Van Landuyt, E. Coutinho, M. Braem, B. Van Meerbeek. EADR Istanbul, 25-28 August 2004 — Abstract 0136
5. Enamel remineralization by a mouthrinse containing casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate and fluoride in an in situ model. P. Shen, F. Cai, G. Walker, C. Reynolds, E.C. Reynolds. Australian Dental Journal ADRF Special Research Supplement 2004; 49:4
6. GC Tooth Mousse — Eine ganz andere Art der Prävention. Dental Spiegel Februar 2005, p.53-54
7. GC stellt Kasein-haltige Zahnschutzcreme vor — Vorbeugen statt reparieren. DZW Special IDS-Nachlese 2/05
9. Minimum Intervention: modernes Kariesmanagement — Weg vom chirurgischen, hin zum medizinischen Versorgungsansatz mit GC. IDS-31st International Dental Show, Cologne, April 12-16, 2005 (Today — Independent Trade Show Daily — Saturday)
10. Keeping focused on the finish line... Accomplishing goals with traditional and progressive technologies. M.J. Melkers. Dentaltown, November 2004, Volume 5 — Issue 11, p.60,62,64&66
11. Diaz P, Chalmers N, Rickard A, et al. Molecular characterization of subject-specific oral microflora during initial colonization of enamel. *Applied and Environmental Microbiology*. 2006;72(4): 2837—2848.
12. Minimale Intervention für maximale Mundgesundheit. DZW Special 3/05
13. Editors' Choice — Prospec MI Paste. The Dental Advisor, Vol.22, No.5, June 2005.
15. The prevention of sub-surface demineralization of bovine enamel and change in plaque composition by casein in an intra-oral model. Reynolds EC. J Dent Res 1987 Jun 66:6 1120-7
16. Reduction of chocolate's cariogenicity by supplementation with sodium caseinate. Reynolds EC, Black CL. Caries Res 1987 21:5 445-51
17. Confectionery composition and rat caries. Reynolds EC, Black CL. Caries Res 1987 21:6 538-45
18. The effects of cheese snacks on caries in desalivated rats. Krobicka A, Bowen WH, Pearson S, Youn DA. J Dent Res 66: 1116—1119 (1987)
19. Protein dissimulation by human salivary-sediment bacteria. Reynolds EC, Riley PF. J Dent Res 68: 124-129 (1989)
20. Cariogenicity of a confection supplemented with sodium caseinate at a palatable level. Reynolds EC, Black CL. Caries Res 23:368-370 (1989)
21. A 24-month clinical study of the incidence and progression of dental caries in relation to consumption of chewing gum containing xylitol in school preventive programs. Kandelman D, Gagnon G. J Dent Res 69(11): 1771—1775 (1990)
22. Efficient solution-phase synthesis of multiple O-phosphoserine-containing peptides related to casein and statherin. Perich JW, Kelly DP, Reynolds EC. Int J Pept Protein Res 1992 Aug 40:2 81-8
23. The use of synthetic phosphopeptides for epitope mapping of the -s1- casein phosphopeptide segment 59 -79. Perich JW, Reynolds EC. Bioorg Med Chem Lett 1992 2:1153 — 1154
24. An in situ model for simultaneous assessment of inhibition of demineralization and enhancement of remineralization. Featherstone JDB, Zero DT. J Dent Res 71(Spec. Iss.): 804-810 (1992)
25. The analysis of multiple phosphoserine-containing casein peptides using capillary zone electrophoresis. Adamson N, Riley PF, Reynolds EC. J Chromatogr 1993 Sep 3 646:2 391-6
26. A selective precipitation purification procedure for multiple phosphoserine-containing peptides and methods for their identification. Reynolds EC, Riley PF, Adamson NJ. Anal Biochem 1994 Mar 217:2 277-84
27. High performance capillary electrophoresis of casein phosphopeptides containing 2-5 phosphoserine residues: relationship be-

- tween absolute electrophoretic mobility and peptide charge and size. Adamson NJ, Reynolds EC. *Electrophoresis* 16: 525-528 (1995)
28. A 1H-NMR study of the casein phosphopeptide alpha s1-casein(59-79). Huq NL, Cross KJ, Reynolds EC. *Biochim Biophys Acta* 1995 Mar 15 1247:2 201-8
29. Anticariogenicity of calcium phosphate complexes of tryptic casein phosphopeptides in the rat. Reynolds EC, Cain CJ, Webber FL, Black CL, Riley PF, Johnson IH, Perich JW. *J Dent Res* 1995 Jun 74:6 1272-9
30. In situ caries models. Zero DT. *Adv Dent Res* 9(3): 214-230 (1995)
31. Characterisation of tryptic casein phosphopeptides prepared under industrially-relevant conditions. Adamson NJ, Reynolds EC. *Biotec Bioeng* 1995 45:196-204
32. Role of models in assessing new agents for caries prevention--non-fluoride systems. Roberts AJ. *Adv Dent Res* 1995 Nov;9(3):304-11; discussion 312-4
33. Incorporation of caseinoglycomacropeptide and caseinophosphopeptide into the salivary pellicle inhibits adherence of mutans streptococci. Schubach P, Neeser JR, Golliard M, Rouvet M and Guggenheim B. *J Dent Res*, Vol 75, 1779-1788 (1996)
34. Ability of a b-casein phosphopeptide to modulate the precipitation of calcium phosphate by forming amorphous dicalcium phosphate nanoclusters Holt C, Wahlgren NM and Drakenberg T. *Biochem J* (1996) 314 (1035—1039)
35. Dairy products and dental health. Reynolds EC. *Proc Nutr Soc Aus* 1997 76:1587—1595
36. Remineralization of enamel subsurface lesions by casein phosphopeptide-stabilized calcium phosphate solutions. Reynolds EC. *J Dent Res* 1997 Sep 76:9 1587-95

Websites

- GC America Inc. www.gcamerica.com
- GC Europe www.gceurope.com
- Recaldent www.recaldent.com
- World Congress of Minimally Invasive Dentistry www.wcmid.com
- Minimal Intervention Dentistry www.midentistry.com

Reference Book

- Chapter 8 „Additional Aids to the Remineralization of Tooth Structure,” E. C. Reynolds and L. J. Walsh, *Preservation and Restoration of Tooth Structure*, 2nd Edition, G.J. Mount and W. R. Hume, 2005 Knowledge Books and Software.

TUNELIZAREA ORIZONTALĂ: INDICAȚII, CONTRAINDICAȚII, METODE ȘI TEHNICI DE REALIZARE

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

Corneliu Năstase,
asistent universitar

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

Rezumat

Localizarea preferată a cariei dentare se află în zonele retentive (spații interdentare, fosete). Solubilitatea sporită a smalțului se remarcă în regiunea cervicală și la fețele proximale, predominant distale.

Abordul principal în tratamentul cariei dentare rămâne îndepărtarea țesuturilor patologice cu o ulterioară substituție a defectului cu materiale de obturație. În cazul unei cavități transfixiante în regiunea cervicală, prepararea este efectuată gentil, dinspre vestibular sau lingual, prin „tunelizare orizontală”, care vă permite cruțarea (salvarea) unei cantități maxime din structura dentară sănătoasă, comparativ cu metoda clasică.

Acest articol prezintă succint recomandările autorilor privitor la evaluarea concretă a specificului preparării patologiei respective.

Cuvinte cheie: carie dentară, regiune cervicală, cavitate transfixiantă, preparare gentilă, tunelizare orizontală.

Summary

Favorite localization of dental caries is in retentive zones (interdental spaces, fossas). Increased solubility of enamel observed in the neck area and contact surfaces, predominantly distal.

The main approach in the treatment of dental caries remains in the removal of pathological tissues with subsequent replacement of filling materials. In the case of penetrating cavity in a neck zone dissection is performed gently, vestibular or orally, with the help of „horizontal tunnelling”, which allows you to save the maximum amount of healthy tooth structure as compared with the classical method.

This article outlines the authors' recommendations for the diagnosis of dissection of the pathology.

Keywords: dental caries, neck area, penetrating cavity, gently dissection, horizontal tunnelling.

Introducere

Caria dentară și complicațiile ei rămân la momentul actual una din principalele probleme ale stomatologiei, acest aspect fiind probat (confirmat) prin rezultatele cercetărilor savanților din întreaga lume (M. Curson 1990, B.K. Леонтьев 1994, A.И. Николаев 2007 și al.).

Cea mai frecventă localizare a cariei dentare este cea a zonelor de retenție sporită a rămășițelor alimentare (*fisuri, fosete oarbe, spații interproximale*). Pe lângă aceasta, cauzele dezvoltării cariei proximale sunt condiționate în mare parte de particularitățile structurii smalțului dentar. Nivelul superior de solubilitate a smalțului se remarcă în regiunea cervicală și suprafețele de contact ale dinților, în special — cele distale. Cavitățile în aceste zone au orificiul de intrare sub formă de cerc sau elips. Procesul se răspândește în profunzime de-a lungul traiectului prismelor adamantine, formând un con triunghiular cu vârful orientat spre dentină. În dentină, caria, urmând traiectul ducturilor dentinare, formează un focar caracteristic pentru acest țesut cu o configurație triunghiulară, vârful acestuia fiind orientat către pulpă.

Principalul abord către tratarea cariei la momentul actual rămâne metoda de exereză a țesuturilor dentare schimbate ireversibil, cu substituirea ulterioară a defectului cu material obturator.

Efectuarea oricăror măsuri profilactice, fie cât de voluminoase și individuale, ce acționează în vederea reducerii intensității procesului carios, nu exclud acest unic abord către terapia cariei și complicațiile acesteia.

Utilizarea locală a preparatelor remineralizante pe bază de fluoride, fosfați și compuși activi de calciu (*în special fiind parte componentă a pastelor de dinți*), previn în mare parte dezvoltarea cariei pe suprafețele netede ale dinților. De aceea, la dezvoltarea unei leziuni carioase în regiunea contactului interdental, aceste suprafețe contribuie la menținerea integrității doar a smalțului superficial, aflat deasupra defectelor carioase. Aceasta duce la faptul că modificările superficiale minime sunt adesea însoțite de leziuni destul de masive a țesuturilor subiacente. Ca urmare diagnosticul cariei suprafețelor de contact apare mai complicat; Borovskii remarcă, ca în urma examenului superficial al suprafețelor de contact ale premolarilor și molarilor, leziunea carioasă adesea este decelată cu întârziere.

Adesea așa leziuni carioase sunt depistate doar după o distrucție importantă a țesuturilor dentare, cel mai frecvent rezultat final fiind fracturarea smalțului subțiat, aflat deasupra leziunii sau dezvoltarea inflamației pulpare. De aceea este foarte important de a decela caria la stadii timpurii de formare a acesteia, când clinic dintele arată sănătos, dar în țesuturile lui se produc leziuni carioase — așa numita *cavitatea carioasă ocultă*.

Material, metode, rezultate

Drept material de studiu au servit 9 cazuri clinice, — pacienți cu cavități carioase mici de clasa II după Black, localizate în regiunea cervicală.

Diagnosticul unor astfel de cavități se recomandă de efectuat după igiena profesională prealabilă a cavității bucale, folosind metode principale și complementare de examinare, cum ar fi, de ex.:

- A. *iluminarea cu oglindă* dinspre ocular.
Iluminarea dinților dinspre oral sau vestibular cu lampa de fotopolimerizare (transiluminare) — ca urmare, focarele de leziune carioasă formează o umbră vizibilă la examinarea dintelui din partea opusă.
- B. *metoda de sondare*: în regiunea spațiului interdental este introdusă o sondă stomatologică angulară, și este efectuată o raclare ușoară a suprafeței de contact, fiind determinată (constantată) în urma acestei manopere o suprafață rugoasă sau chiar prăbușirea sondei.
- C. *metoda de separare* a dinților cu ajutorul unui ic de lemn sau de masă plastică, cu examenul vizual ulterior sau prin sondarea cu o sondă specială.
- D. *metoda firului de mătase*: pentru aceasta în spațiul interdental se introduce un fir fin de mătase sau floss, și, prin mișcări de pilire, îl deplasează pe suprafața de contact a dintelui examinat. În caz de prezență a procesului carios se remarcă dezlănarea, sau chiar ruperea firului.
- E. *examenul radiologic*: radiografia permite depistarea leziunii carioase în absența totală a manifestărilor ei clinice. Procesul carios din smalț de regulă nu se vede, dar la afectarea dentinei apare sub formă de porțiuni transparente.

La descoperire pe suprafața dentară proximală a unei cavități carioase mici cu localizarea în regiunea cervicală, și în caz de coroana clinică dentară înaltă, sau denudarea coletului, prepararea s-a început dinspre vestibular sau lingual. În literatură această metodă a căpătat denumirea de „**tunelizare orizontală**“. Ea permite cruțarea unei cantități importante din țesuturi dure dentare sănătoase.

Luând în considerație că prepararea cavității carioase în regiunea cervicală este dureroasă, este necesar de efectuat o anestezie locală (*infiltrativă sau tronculară*) prin suplimentarea ei obligatorie cu anestezie papilară, ce reduce hemoragia gingivală.

Deschiderea cavității se efectuează cu o freză sferică mică sau freză-pară diamantată cu tija alungită. Pentru aceasta, freza sferică este lansată dinspre vestibular sau oral, perpendicular suprafeței procesului carios. Deschiderea se efectuează pe măsura posibilității, cât mai aproape de gingie, — spre a evita reze-carea punctului de contact. În procesul de deschidere a cavității carioase, trebuie de urmărit ca freza să nu distrugă smalțul suprafeței de contact a dintelui vecin și să se evite traumarea gingiei.

Pentru aceasta poate fi folosită metoda de separare a dinților cu ajutorul unui ic. Icul, fiind introdus în spațiul interdental, mărește distanța dintre dinți, protejează dintele vecin și gingia de traumatizarea cu freza. Pentru îndepărtarea unui strat fin de smalț, ce con-

tactează cu dintele vecin, pot fi folosite instrumente manuale, — de exemplu secera de smalț.

Necrectomia se realizează cu o freză sferică din aliaj dur. Controlul necrectomiei se efectuează prin metoda sondării sau cu ajutorul revelatoarelor de carie. Necrectomia trebuie făcută calitativ, în special — la peretele gingival, unde foarte des rămâne o „coroniță” de smalț demineralizat. Dacă nu va fi îndepărtată această formațiune, în acest loc se dezvoltă recidiva cariei (caria secundară).

Cavitatea carioasă formată (preparată) trebuie să fie cu unghiurile rotunjite. Etapa de extensie profilactică la astfel de cavități nu se efectuează.

Cavitatea se prepară, fiind formată fără colțuri ascuțite și cu contururi netezite, line.

Dacă accesul este realizat dinspre suprafața linguală, marginile smalțului sunt netezite, iar dacă se prepară dinspre vestibular, se formează un bizou nu mai puțin de 2 mm.

Pentru această etapă este folosită o freză fisurală diamantată. Peretele gingival este netezit, iar bizou nu se face.

La alegerea materialului de obturație trebuie să ținem cont de:

- igiena cavității bucale individuale;
- rezistența la carie;
- profunzimea cavității carioase.

Înainte de obturare în spațiul interdental se introduce o lamă de separare, ce se fixează prin icuri de lemn sau de masă plastică. Pentru comoditate, separarea cu icuri este mai convenabil de făcut din partea opusă (*dacă preparăm dinspre vestibular, — separarea cu icuri se face dinspre lingual, și invers*). Matricea se împinge spre dintele sănătos cu ajutorul fuloarăului.

După introducerea a doua straturi de adeziv, poate fi aplicat un strat adaptiv, pentru aceasta fiind folosit un compozit flowabil (de fluiditate sporită).

Deosebim metodele pasivă și activă de aplicare a stratului adaptiv:

Metoda pasivă:

Pe fundul cavității și suprafața smalțului este aplicat un strat uniform cu grosimea de 1,5 — 1 mm de compozit flowabil cu fotopolimerizarea ulterioară a acestuia. Apoi pe peretele gingival și pe matrice se aplică un strat de 1 mm, și din nou se polimerizează.

Metoda activă:

Pe peretele gingival se aplică un compozit fluid, fotopolimerizarea nu se efectuează și deasupra se aplică imediat un compozit obișnuit, ce se condensează cu ajutorul unui fuloar. În acest moment compozitul flowabil este forțat să umple micile spații dintre material și matrice. Fundul și suprafețele smalțiere se prelucrează prin metoda aplicării pasive a compozitului fluid.

Apoi cavitatea carioasă este umplută conform metodei general-acceptate.

Pentru obturarea cavităților carioase mici poate fi folosit un ciment glassionomer hibrid sau un compozit flowabil.

După obturare, suprafața de contact se polizează cu stripsuri diamantate cu dispersie fină, iar cea ne-

tedă — cu freze sau discuri diamantate de dispersie fină.

Pentru îndepărtarea marginii debordante deasupra peretelui gingival poate fi folosită o freză diamantată conică mică cu dispersie fină.

Discuții și concluzii

Prepararea tradițională a unor cavități carioase mici de clasa II după Black cu localizare în regiunea cervicală, pe suprafața proximală radiculară și în caz de coroana clinică dentară înaltă, sau de denudare a coletului, presupune că cele două variante clasice sau prepararea în tunel vertical. Experiența clinică a scos în evidență faptul, că ambele procedee impun o sacrificare masivă a țesuturilor dure dentare sănătoase. În afară de aceea, la prepararea în tunel vertical controlul vizual este imposibil, în timp ce la tunelizarea orizontală procedeele de preparare și de obturare se realizează sub un control vertical direct. În caz de preparare clasică obturațiile vor fi supuse forțelor ocluzale.

Metoda alternativă de tratare a acestei patologii particulare a fost propusă destul de recent, căpătând denumirea de „**tunelizare orizontală**”. Însă literatura de specialitate, trecută în revista noastră, nu oferă decât niște date orientative, formulate maxim în două-trei fraze, intuirea tacticilor curative fiind lăsată la discreția cititorului. Astfel, autorii au acceptat provocarea de a elabora o metodă originală de preparare și tactici de obturare în premieră, indicând pas cu pas modul de soluționare cu succes a patologiei sus-menționate. Cazurile clinice au demonstrat eficiența și reproductibilitatea reușitei în fiecare probă.

Bibliografie:

- 1 **Aspecte structurale ale organelor și țesuturilor cavității bucale**, Sofia Sirbu, Gheorghe Nicolau, Corneliu Năstase, 2007, Iași: Nasticor; Ch.: Vector.
- 2 **Cariologie și odontoterapie restauratoare**, Andrei Iliescu, Memet Gafar și alții, 2001, Editura Medicală; București.
- 3 **Echipament și instrumente în odontologie. Ergonomie în stomatologie. Controlul infecției în cabinetul stomatologic**, Corneliu Năstase, Gheorghe Nicolau, Alexei Terehov, 2009, Vector.
- 4 **Metode și tehnici curente în odontologie**. Gafar M., Sitea M., Andreescu C., — „Editura Medicală” S.A., București, 1980
- 5 **Odontologie-Caria dentară**. Memet Gafar; — „Editura Medicală” S.A., București, 1995
- 6 **Восстановление (реставрация) и пломбирование зубов современными материалами и технологиями**. Николишин А. Полтава. 2001.
- 7 **Восстановление зубов светоотверждаемыми пломбировочными материалами**. Макеева И. М. 1997.
- 8 **Кариес зубов**, Борисенко А.В., 2000, Книга плюс, Киев.
- 9 **Терапевтическая стоматология**. Боровский Е.В. — Москва, 2004.
- 10 **Основы практической кариесологии**, Gheorghe Nicolau, Alexei Terehov, Corneliu Năstase, 2008, Ch.: Vector.
- 11 **Практическая терапевтическая стоматология**, Николаев А.И., Цепов Л.М., 2007, МЕДпресс-информ.
- 12 **Терапевтическая стоматология / Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т.; 1-е издание на русском языке под ред. Проф. А.М. Политун, проф. Н.И. Столяр (перевод с немецкого)**. — Изд. мед. Литературы ГалДент, 1999.
- 13 **Терапевтическая стоматология / Ю.М.Максимовский, Л.Н.Максимовская, Л.Ю.Орехова**. — М.: Медицина, 2002.

MANIFESTĂRI ALE EROZIUNILOR DENTARE ÎN CADRUL ALCOOLISMULUI CRONIC

Adriana Vasilașcu

Rezumat

Stilul de viață are rezonanță asupra funcționării normale a organismului. Există situații care sunt greu de controlat, ca în cazul alcoolismului cronic. Multe maladii de ordin general se manifestă în cavitatea bucală, pot evolua progresiv și au consecințe devastatoare. Sursele de acizi obținute pe cale extrinsecă și intrinsecă denotă transformări ireversibile.

Catedra Stomatologie
Terapeutică FECMF
IMSP Policlinica
Stomatologică
Republicană

Summary

THE MANIFESTATIONS OF THE DENTAL EROSION IN CHRONIC ALCOHOLISM

The life style has an impact on the normal function of the organism. There are situations which are hard to be checked, like chronic alcoholism. A lot of general diseases manifest in the oral cavity. They can gradually develop and have devastating results. The sources of acids obtained by extrinsic and intrinsic ways indicate irreversible transformations.

Actualitatea temei

Problema alcoolismului cronic, ce ține de cultura socio-etică a fiecărui neam, reflectându-se asupra stării organismului în general, poate suporta modificări al fiecărui organ în parte. Conform datelor OMS (2006), Europa este cel mai mare utilizator de alcool din lume, iar alcoolismul reprezintă al 3 factor de risc în cadrul deceselor.

Recoltarea viței de vie rămâne a fi principalul cult al populației din Republica Moldova și cert este faptul că consumul produselor acesteia pe larg se răspândește. Alcoolismul devine un fenomen necontrolabil și generează schimbări ireversibile. Potențialul eroziv la așa pacienți este foarte înalt datorită măririi acidității atât din conținutul constant de acizi, cât și ca rezultat al complicațiilor — gastrite cronice, ulcere, reflux gastric, vomă, cele din urmă având o compoziție extrem de acidă.

Țesutul dentar dur se expune agresivității factorilor etiologici, ulterior provocând un ansamblu de afecțiuni stomatologice, inclusiv eroziunea. Deshidratarea în urma consumului exagerat de alcool se manifestă prin xerostomie simptomatică, se reduce producerea colecției de salivă, iar capacitatea tampon se alterează.

Mecanismul de distrugere a danturii presupune declanșarea factorilor etiologici extrinseci sau intrinseci. În cazul dat, evident este că acizii pot penetra țesuturile dure destul de ușor, datorită contactului frecvent.

Savanții Smith, Knight, Bodecker și Prietsch au dovedit că eroziunea acidă ajută ca suprafețele dentare să devină mai susceptibile la atriție și abraziune, iar multitudinea de agenți agresivi scade rezistența smalțului și a dentinei.

Dezmembrarea integrității dentare, fără colaborare bilaterală, implică procese greu de reglat care reduc șansele reușitei în menținerea bunăstării cavității orale.

Scopul lucrării

Actuala analiză s-a făcut cu scopul de a elucida complexitatea efectelor adverse a băuturilor alcoolice, în special a vinului, asupra structurilor dentare. S-a examinat severitatea leziunilor erozive, manifestările clinice și evoluția lor.

Odată ce așa pacienți sunt dificil de monitorizat, s-a pus accent pe tratamentul măcar a celor mai avansate stadii.

Mi-am propus următoarele obiective de explorare a pacienților cu eroziune dentară:

- De apreciat condiția sănătății orale;
- De stabilit raportul leziunilor erozive din limita smalțului/dentinei în relație cu implicarea pulpei;
- De întreprins măsuri de asanare și profilaxie;
- De a oferi informația necesară în ceea ce privește eroziunile acide.

Materiale și metode

Studiul făcut pe cei 14 pacienți a fost posibil, în mare măsură, doar datorită faptului că majoritatea dintre ei s-au adresat când afecțiunea se manifesta acut. Raportul femeilor (2 cazuri) față de bărbați (12 cazuri) este respectiv de 14,5 % și 85,7 %. Au fost investigați 61 de dinți erodați, dintre care 18 — cu afectare vestibulară, iar la 43 din ei au fost implicate toate suprafețele dentare, uneori cu dezgolire pulpară. Așadar, prevalența eroziunilor acide pe întreaga suprafață a dintelui este de 70,5 % și reprezintă un factor impunător.

Primar, s-a interogat fiecare bolnav pentru a confirma rolul factorilor etio-patogenici. Chestionarul a cuprins date referitoare la vârstă, locul de trai, profesie, ocupație, tradiții, obiceiuri vicioase, igienă, boli antercedente și concomitente.

Examenul obiectiv la pacienții cu alcoolism cronic a relevat cavități carioase și erozive multiple, cu distrucții coronare de la dimensiuni mici și până la mai mult de 1/2 din coroana dentară, dureri foarte perceptibile la sondare, igienă bucală devastuoasă, tartru dentar, depuneri moi pe dinți și mucoasă. La mulți din ei se determină edentație parțială din cauza complicațiilor survenite. Mai mult decât atât, asocierea vinului cu țigările dezlănțuie, sub acțiunea temperaturilor ridicate, un proces de accelerare imediată a eroziunilor.

Nemaivorbind de dificil este acordarea ajutorului stomatologic, explicarea normelor de igienă și importanța profilaxiei.

În cazul pulpitelor și periodontitelor s-a făcut tratament endodontic, iar pentru eroziunea dentară fără complicații s-a optat la coafajul indirect, ca mai apoi să se restabilească morfologia coronară.

De menționat este faptul că pacienții, de obicei, se adresează cu dureri acute, foarte rar cronice, și solicită tratamentul de înlăturare a hiperesteziei.

Trebuie de specificat că cel mai des este implicată în alcoolism populația cu nivel scăzut al stării socio-culturale, unde rolul său îl are sărăcia și malnutriția. Respectiv, pacientul nu dispune de mijloace financiare pentru tratamentul de refacere.

Rezultate obținute

Din totalul dinților studiați, numai 35 au fost restabiliți din punct de vedere morfo-funcțional, inclusiv 10 cu leziuni erozive la nivelul smalțului și dentinei, 18 pulpate acute, 3 pulpate cronice și 4 periodontite cronice exacerbate, toate fiind complicații ale eroziunilor dentare.

Reieșind din acești indici, 57,3 % din afecțiunile erozive au suportat tratament, iar la 42,7 % din cazuri nu s-a întreprins nici o intervenție curativă.

Cu toate acestea, nu se poate de exclus posibilitatea reparației eroziunilor. Îmbunătățirea sănătății bucale se poate face doar de comun acord cu pacienții. Chiar dacă se va asana cavitatea orală, rolul cel mai mare în menținerea stabilității îl are responsabilitatea bolnavului.

Monitorizarea alcoolismului cronic trebuie făcut în concordanță cu alți specialiști de profil — gastroenterologi, psihiatri, endocrinologi, narcologi, internști.

Au fost consiliați toți pacienții și detaliat li s-a explicat metodele de profilaxie și igienă orală. Rezultatele rămân a fi elucidate în timp, dar numai în cazul când investigații vor fi disponibili pentru colaborarea ulterioară.

Concluzii

Din materialul relatat sigur se poate afirma că alcoolul acționează nociv asupra țesuturilor dentare dure. Managementul eroziunilor dentare la așa pacienți presupune antrenarea cunoștințelor stomatologice și psihologice.

Cu eforturi comune e posibil de ajuns la rezultate satisfăcătoare. Nemijlocit, e necesar de solicitat intervenția specialiștilor de profil.

Bibliografie

1. Ali DA, Brown RS, Rodriguez LO, Moody EL. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J Am Dent Assoc*, 2002, 133:734-737.
2. Addy M, Shellis RP. Interaction between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. // *Monogr Oral Sci* 2006;20:17-31.
3. Barron R.P., Carmichael R.P., Marcon M.A., Sandor G.K.B. Erosion dentaire et reflux gastro-oesophagien pathologique. // *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 2003, 69 (2): 84-89.
4. Bartlett D. A New Look at Erosive Tooth Wear in Elderly People. // *JADA, Am.Dent.Assoc.*, Vol. 138, No.suppl.1, 2007, p.21-25.
5. Bartlett D., Blunt L. Snith B. Measurement of tooth wear in patients with palatal erosion. // *Br.Dent J*, 1997, 182:179-184.
6. Bicleșanu C., Cherlea I.V., Pangică A.M. Eroziunea dentară. // *Revista română de stomatologie*, 2007, Vol Liii, Nr.4: 185-188.
7. Davis R., Marshall T., Warren J., Wefel J. In Vitro Protection Against Dental Erosion Afforded by Commercially Available Calcium-Fortified 100 Percent Juices. // *JADA, J Am Dent Assoc*, Vol 138, No 12, 1593—1598, 2007.
8. DeVault K.R., Overview of therapy for the extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. // *Am J.Gastroent.*, 2000, 95 (8 Suppl): S39-S44.
9. Gandara B., Truelove E. Diagnosis and Management of Dental Erosion. // *The Journal of Contemporary Dental Practice*, Vol.1, No.1, November 15, 1999.
10. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface. // *JADA* 2004;135[10]:1376. *JADA* 2004;135(8):1109-18.
11. Johansson AK, Lingstrom P, Birkhed D. Comparison of factors potentially relate to the occurrence of dental erosion in high- and low-erosion groups. // *Eur J Oral Sci*, 2002; 110:204-211.
12. Khan E., Young W.G., Daley T.J. Dental erosion and bruxism. A tooth wear analysis from South East Queensland. // *Australian Dental Journal*, 1998, 43:(2), p. 117-127.
13. Kim, J.W.; Jang, K.T.; Lee, S.H.; Kim, C.C.; Hahn, S.H.; and Garcia-Godoy, F.G.: In vivo rehardening of enamel eroded by a cola drink, *ASDC J. Dent. Child.* 68:122-124, 2001.
14. Larsen MJ, A. Richards A. Fluoride Is Unable to Reduce Dental Erosion from Soft Drinks. *Caries Res* 2002; 36:75-80.
15. Lussi A. Jaeggi T. Erosion-diagnosis and risk factors. // *Clin. Oral. Invest.*, 12(suppl.1):5-13, 2008.
16. Lussi A. Jaeggi T., Zero D. The role of diet in the aetiology of dental erosion. // *Caries Res.*38(suppl.1): 34-44, 2004.
17. Manarte P., Manso C., Souza D., Bulhosa JF, gago S. Dental erosion in alcoholic patients under addiction rehabilitation therapy. *Oral medicine and pathology*, Aug. 1, 14(8): e 377-383, 2009.
18. Mandel L. Dental Erosion Due to Wine Consumption. // *The journal of the American Dental Association*, January 1, 2005, p.71-75.

19. Milosevic A. Eating disorders and the dentist.// Brit.Dent, 1999, p.109-113.
20. Moffitt A.R. Tooth Wear and Erosion.// Inside Dentistry, 2008, p.92-93.
21. Mok TB, McIntyre J, Hunt D. Dental erosion: in vitro model of wine assessor's erosion. Aust Dent J (2001) 46:263-268.
22. Munos JV, herreros B, Sanchiz V, Amoros C, Herandes V, Pascual I et al. Dental and Periodontal Lesions in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. Dig Liver Dis. 35: 461-507, 2003.
23. Prietsch JR, Lopez de Souza MA, Gomes AS. Case report. Unusual dental erosion caused by a Cola Drink. JCO, vol. 35, No. 10, pag. 549-552, 2002.
24. Rugg-Gunn, Maguira; Gordon, McCabe, Stephenson. Comparison Of Erosion Of Dental Enamel By Four Drinks Using An Intra-Oral Appliance. // Caries Research 1998; 32: pp. 337-343.
25. Stroici C. Relația dintre pelicul dentară dobândită de origine salivară și afecțiunile odontale. // Teză de doctorat, Iași, 2009.
26. West N.X., Hughes JA, Addy M. Erosion of dentine and enamel in vitro by dietary acids: The effect of temperature, acid character, concentration and exposure time. // J Oral Rehabil, 2000, 27: 875-880.
27. Wiegand A., Attin T. Occupational dental erosion from exposure to acids- a review.// Occupational Medicine, 2007, p.169-176.
28. Whoroe (2006): World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf> [on line December 2006].

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМА В ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Резюме

В комплексном лечении периодонтитов у 46 больных использован дозированный вакуумный метод. С его помощью удаляются гнилостные массы из корневого канала и серозно-гноенный экссудат из периапикальных тканей, что значительно облегчает борьбу с весьма вирулентной инфекцией. Кроме того, стимулируется обмен веществ и репаративные процессы в тканях периодонта, сокращается время лечения острых и обострившихся хронических апикальных периодонтитов, удается избежать хирургических вмешательств.

Summary

VACUUM IN THE TREATMENT OF APICAL PERIODONTITIS

In the complex treatment of apical periodontitis in 46 patients we used the vacuum method of dosing. This method helped remove the putrid mass from Carnegie canal and the serous and purulent exudates from the periapical tissues, which greatly facilitates combating a highly virulent infection. In addition, the metabolism and reparative processes in periodontal tissues are stimulated, duration of treatment of acute and exacerbated apical periodontitis, surgery can be avoided.

В настоящее время вакуум широко применяется в медицине для лечения различных заболеваний. Наибольшее применение он получил в стоматологии. Профессор В.И. Кулаженко (1956) разработал показания и дозирование вакуума в лечении воспалительно-дистрофических процессов, происходящих в тканях пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз, заболевания слизистой оболочки полости рта). Что касается других стоматологических заболеваний (кариес, пульпит, периодонтит), то вакуумный метод не получил широкого распространения.

Впервые для лечения периодонтитов вакуумными гематомами в области слизистой оболочки десны были применены А.А. Любчевским и И.А. Лемчук (1956).

Удаление гнилостных масс из периапикальных тканей через корневой канал с помощью дозированного вакуума проводили М.В. Маланин и С.И. Бондаренко (2005), Н.В. Котлевская (2005) и другие. Авторы использовали различные приспособления, но из-за своей сложности не нашли широкого применения в стоматологической практике.

**А.С. Кушнир,
Л.А. Тимченко,
Г.Ф. Попа**

*Кафедра
терапевтической
стоматологии
ФУВ зав. кафедрой
профессор В.З.
Бурлаку*

Цель исследования и задачи

Целью данной работы являлось изучение возможности дальнейшего повышения качества лечения верхушечных периодонтитов.

Задача настоящего исследования состояла в разработке и обосновании методики применения простых и доступных приспособлений для удаления гнилостных масс из каналов и серозно-гнойного экссудата из периапикальных тканей с помощью дозированного вакуума, который позволил бы повысить эффективность лечения, сократить его сроки, избежать хирургического вмешательства и был бы доступным для практических врачей.

Материал, методика и обсуждения

Нами проведено лечение с помощью дозированного вакуума 46 больных с острым и хроническим обострившимся верхушечным периодонтитом. Мужчин было 20, женщин-26, возраст от 20 до 60 лет.

Контрольная группа состояла из 40 больных того же возраста, с таким же диагнозом, получающим традиционное лечение.

Методика состояла в следующем. Предварительно проводили обезболивание. Затем осуществляли доступ к полости зуба и к устьям канала. С помощью шаровидного бора расширяли устье корневого канала. Готовили иглу от шприца, от которой отрезали острую часть и вставляли в устье канала, продвигая на 1-1,5 мм, до полного прилегания иглы к стенкам канала. Иглу подключали с помощью эластической трубки к вакуумному насосу. Удаление гнилостных масс осуществляли при остаточном давлении 40-60 мм ртутного столба. После этого проводили расширение корневого канала с помощью эндодонтических инструментов. Для обработки каналов использовали гипохлорид натрия, дистиллированную воду. Вводили вновь иглу в устье канала и включали вакуумный насос. Включение проводилось периодически. Интервалы между включениями были две-три секунды. Действие вакуума проводилось 80-90 секунд и зависело от тяжести воспалительного процесса: чем больше был процесс, тем более продолжительно действовал вакуум. Через пять минут проверяли выделение серозно-гнойного экссудата из периапикальных тканей введением бумажных штифтов в канал. Если они были сухие, то это свидетельствовало о том, что экссудат удален. После удаления серозно-гнойного экссудата из периапикальных тканей канал обрабатывали гипохлоридом натрия, дистиллированной водой., в канал вводили иглу и удаляли излишки влаги с помощью вакуума. Затем высушивали бумажными штифтами. Шприцем с тонкой иглой вводили под давлением в периапикальные ткани раствор линкомицина (0,1 мл). Полость зуба закрывали дентин-повязкой. На второй день острый процесс полностью проходил, поэтому снимали повязку.

Вновь удаляли экссудат периапикальных тканей. Действие вакуума продолжалось пять-семь секунд. Затем вводили в периапикальные ткани препарат BioR. Полость зуба закрывали временной пломбой. На третий сеанс пломбировали корневой канал, ставили прокладку, постоянную пломбу.

Таким образом, лечение острого гнойного и хронического обострившегося периодонтита проводилось в течении 4-5 дней. Ни в одном случае не понадобилось проводить хирургическое лечение.

У 5 больных контрольной группы, лечение которых проводили теми же материалами, но без вакуума в течении 4-5 дней ощущались боль при накусывании в области причинного зуба. Она усиливалась при приеме пищи. У трех больных пришлось применить хирургическое лечение. Кроме того, продолжительность лечения в этой группе продолжалось в среднем 9-11 дней.

Пациенты, которым лечение проводилось с помощью дозированного вакуума и введением за верхушку корня препарата BioR, не жаловались на боли даже при приеме твердой пищи. Лечение обычно заканчивалось на 4-5 день.

При контрольном осмотре пациентов контрольной группы через 12 месяцев у 15 пациентов на контрольных рентгеновских снимках отмечено расширение периодонта и разрежение костной ткани в периапикальной области.

У больных основной группы при контрольном осмотре через 12 месяцев после лечения с помощью дозированного вакуума и введением за верхушку корня не отмечено болей и дискомфорта в области леченных зубов. На рентгеновских снимках патологических изменений в апикальной части корней не было.

Мы считаем, что такой лечебный эффект получен благодаря дозированному вакууму и мощному стимулирующему действию препарата BioR. Кроме того, он оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное действие, регулирует обмен веществ. Препарат BioR применяется для лечения различных заболеваний (А.Я. Карталян, 2005;2006)

Заключение и выводы

Применение дозированного вакуума, раствора антибиотика и препарата BioR позволяет за короткий срок снять воспалительный процесс в тканях периодонта, избежать хирургического лечения и получить стойкий лечебный эффект.

Метод хорошо переносится больными, не имеет побочного действия.

Следует также отметить, что с помощью дозированного вакуума серозно-гнойный экссудат эффективно удаляется не только из корневого канала, но и из многочисленных его разветвлений и из периапикальных тканей.

Данный метод не требующий специальных сложных приспособлений, показал хороший те-

рапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

Литература

1. Н.В. Котлевская, «Лечение больных острым и хроническим обострившимся верхушечным периодонтитом с применением дозированного вакуума» Автореферат дисс. канд.

мед. наук. Полтава, 2005, 18 стр.

2. В.И. Кулаженко «Пародонтоз и его лечение с применением вакуума» Одесса, 1956, 145стр.
3. В.И. Кулаженко «Вакуумные гематомы как метод стимулирующей терапии при стоматологических заболеваниях.» Сборник научных работ стоматологической поликлиники Таврического военного округа. Крымиздат, 1956, стр. 15-19.

PRINCIPII GENERALE DE REZOLVARE A PROBLEMELOR ESTETICO-FUNCTIONALE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR PARODONTALE

Rezumat

Sunt expuse principiile generale de lichidare a problemelor estetice , funcționale, psiho-emoționale prin metode conservative (minim invazive), atraumatice în tratamentul complex al parodontopatiilor.

Summary

GENERAL PRINCIPLES OF SOLVING AESTHETIC-FUNCTIONAL PROBLEMS IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE COMPLEX

Removal of the aesthetic problems, functional, psycho — emotional, through conservative methods (mini invasive), non — traumatic in the complex treatment of periodontitis

Actualitatea temei

E știut că afecțiunile parodontale grave, servesc drept focare de infecție și intoxicație permanentă, dar în același timp ele mai provoacă dereglarea funcției dento-maxilare și deseori apare un defect estetic-psihoemoțional foarte pronunțat (din contul migrării și mobilității dinților, ocluziei traumatice, extracțiilor premature) care crează situații foarte dificile pentru pacient.

Astfel de pacienți solicită consultația a mai multor medici stomatologi, care la rândul lor deseori le ofera diferite soluții și **rezolvări radicale („frumusețe pe muchie de cuțit“)**:

- Extracții masive (care deseori pot fi evitate);
- Implanți (contraindicați în parodontopatii);
- Protezare cu metaloceramică (nefavorabila pentru astfel de pacienți).

Intervențiile amintite reprezintă frecvent metode invazive, traumatice, deseori ineficiente, dar și foarte costisitoare, motiv pentru care majoritatea pacienților nu sunt de acord cu soluțiile recomandate și se adresează la catedră pentru a primi consultație.

Scopul

Motivarea și familiarizarea medicilor stomatologi cu principiile și tehnologiile „non traditionale“, atraumatice, și mai puțin costisitoare în rezolvarea problemelor estetico-funcționale în tratamentul complex al parodontitelor.

Metode și materiale

Studiul a fost efectuat pe 5 pacienți cu vârsta cuprinsă între 35—55 ani, cu diagnosticul: **Parodontită cronică generalizată forma gravă-ce se manifesta prin:**

- defecte estetice respingătoare;
- dereglări psiho emoționale;
- anomalii de poziție a dinților;
- ocluzie traumatică severă;
- migrări pronunțate;

Ana Eni
d.ș.m.

Mariana Dragoste
Rezident an II

Ion Pascal
Rezident an III

Catedra Stomatologie
Terapeutică F.E.C.M.F
USMF „N. Testemițanu“

- edentație parțială (redușă);
- component inflamator grav, cu punși parodontale, eliminări purulente, mobilitate de gradul II-III, dar cu păstrarea conexiunii dintelui cu alveola.

Acești pacienți au fost examinați multilateral:

- analiza generală a sîngelui și urinei;
- analiza biochimică a sîngelui;
- osteodensitometria;
- ortopantomograma;

După acumularea informației necesare acestor pacienți li s-a propus un **tratament complex** prin metode conservative cu *îmbunătățirea aspectului estetic maxim posibil și cu cheltuieli minime*.

Conform rezultatelor investigațiilor efectuate, pacienților le-au fost administrate următoarele măsuri:

- **tratament complex** — local și general la necesitate;
- igienizarea individuală și profesională a cavității bucale (cu detartrajul supra și subgingival);
- tratament local medicamentos;
- echilibrarea ocluziei (șlefuirea selectivă);
- chiuretaj închis/deschis la necesitate;
- plasarea dinților migrați;
- șinarea dinților mobili, migrați;
- restaurări și transformări coronare, pentru îmbunătățirea aspectului estetic.

În acest context prezentăm un caz clinic.

Caz clinic

Pacienta I — 35 ani.

După vizite și consultații la diferiți medici stomatologi nefiind satisfăcută de recomandările propuse s-a adresat la catedră, pentru a primi o consultație mai amplă.

Acuze:

- defecte estetice pronunțate;
- mobilitatea dinților din contul incisivilor superiori și inferiori;
- alimentație dificilă;
- miros fetid din gură;
- sângerarea gingiilor.

Anamneza:

În urma multiplelor examene succesive la diverși medici-specialiști stomatologi pacientei i se recomandă ca variante de rezolvare a situației existente:

Varianta 1: Extracția incisivilor superiori și centrali inferiori, cu depulparea caninilor-stâlpi superiori și incisivilor laterali inferiori, ulterior protezarea cu metalceramică.

Varianta 2: Extracția dinților sus numiți, aplicarea implanturilor, depulparea dinților stâlpi și protezarea cu metalceramică.

Nefiind sigură de epuizarea posibilităților de tratament pacienta se adresează pentru o ultimă consultație la catedră.

Date obiective:

La examenul clinic al cavității bucale se vizualizează:

- ocluzie adâncă, cu amprente traumatice pe gingie(inferioară și superioară) în zona frontală;
- defect estetic

Formula dentară:

87054320 12345078

87654321 12345678

Lipsa dinților 11, 16, 26 asociată cu leziuni parodontale a indus migrarea dinților restanți (preponderent frontali), formând un defect **inestetic pronunțat**.

Dintele 12 a ocupat poziția dintelui extras 11 și este pronunțat vestibularizat, acoperind cu 2mm d. 21;

Dintele 21 are o poziție palatinizată, deplasat după linia mediană și alungit (egresie);

Dintele 22 este vestibularizat și un pic deplasat spre 21; Mobilitatea dinților este preponderent de gr. II-III;

Leziunile inflamatorii pronunțate ocupă toate sectoarele gingivale (PMA=3), se atesta și prezența pungilor parodontale complexe de 2-6 mm, cu eliminări purulente.

Radiologic

Se determină resorbția combinată a septurilor interdentare/interradiculare pe 1/2- 2/3 din lungimea rădăcinilor.

Diagnostic clinic: Parodontită cronică generalizată gravă;

- Edentație parțială;
- Defect estetic pronunțat.

Plan de examinare:

- ortopantomograma;
- an. generală a sîngelui (VSH=20 mm/oră);
- Glucoza în sânge — 5,9 mmol/l;
- an.urinei — norma;
- osteodensitometria — insuficiență de Ca (45%)

Planul de tratament

local:

- igienizarea individuală și profesională-detartraj supra/subgingival;
- tratament medicamentos;
- chiuretaj închis/deschis + pansamente medicamentoase;
- tratament ortodontic individualizat (cu inele elastice);
- plasarea dinților migrați;
- șinarea dinților deja plasați (contenția cu conect);
- restaurarea-transformarea coroanelor dinților plasați;
- protezarea defectelor laterale — punți metalice.

general:

- preparatele Ca + vitamina D3 + microelemente;
- imunostimulatoare;
- hiposensibilizante.

Tratamentul s-a efectuat etapizat. Pentru început pacienta a fost instruită cum să utilizeze pasta „Radiance“ și „Eliminatorului“ — cu care timp de 4-5 zile a efectuat periajul minuțios, la domiciliu. Din ziua a 5-a, timp de 3-4 ședințe (peste 1 zi) s-a efectuat detartrajul supra și subgingival utilizând diferite antiseptice în formă de badijonări și irigații, la sfârșitul fiecărei vizite și la domiciliu se aplica gelul „Здоровая десна“.

După tratarea leziunilor inflamatorii și dispariția proceselor exudative s-a efectuat chiuretajul închis/deschis, după indicații, cu aplicarea ulterioară a pansamentului cu antibiotice (în 3 ședințe).

Peste câteva zile după chiuretaj s-a efectuat echilibrarea ocluziei cu protezarea ulterioară a dinților late-

rali superiori cu proteze simple (ștanțate) pentru:

- stoparea migrărilor;
- ridicarea ocluziei;
- asigurarea funcției masticatorii.

Incisivii centrali inferiori prezentau egresiune, înghesuire și lingualizare ușoară.

S-a efectuat:

- separarea (șlefuirea laterală) a incisivilor inferiori pentru a ușura vestibularizarea incisivilor centrali inferiori;
- tratament endodontic al d. 31(Pt);
- s-au ajustat inelele elastice (standarde ortodontice sau din mănuși) pe dinții inferiori în așa fel, ca presiunea rezultată să reușească vestibularizarea maximă a incisivilor centrali inferiori.

Menținerea inelelor pe parcursul unei săptămâni (sub controlul medicului) a permis plasarea cu șinarea ulterioară a dinților frontali inferiori (conect + compozit).

Concomitent s-au aplicat inele elastice pe frontali superiori pentru plasarea maximal posibilă, sau-palatinizarea d-12; 22 și vestibularizarea d.21, totodată formând spațiu pentru transformarea incisivului lateral 12 în incisiv central — lipsă, creînd un aspect estetic acceptabil. Aplicarea inelelor elastice a fost efectuată de către pacientă la domiciliu, după un anumit instructaj și controlul medicului peste fiecare 2 zile, timp de două săptămâni.

Rezultatul obținut a fost favorabil pentru a trece la următoarele etape de tratament:

- șinarea incisivilor și caninilor superiori (cu sârmă ortodontică, conect și compozit);
- transformarea și restaurarea coroanelor dinților frontali. (vezi imaginea)
- echilibrarea ocluziei.

În final s-a obținut un rezultat satisfăcător și acceptat de pacientă și medic din toate considerentele:

- tratamentul conservativ a permis:
 - fixarea dinților frontali;
 - stoparea migrărilor;
 - lichidarea inflamației gigivale;
 - restabilirea aspectului estetic maximal posibil.
- metode și tehnici atraumatice;
- inversează raportul cost-beneficiu.

După cum s-a menționat, celor 5 pacienți cu afecțiuni parodontale grave, care sunt sub observația noastră le-au fost aplicate asemenea principii de tratament complex parodontal, preponderent terapeutic, atraumatic, minim invaziv, în rezultatul cărora au fost obținute succese satisfăcătoare.

După 2 ani, pacienții care au fost tratați prin metodele menționate necesită doar unele corecții ușoare în tratament (parodontal, restaurativ și echilibrarea ocluziei).

Concluzie

Afecțiunile parodontale grave pe lângă modificările țesuturilor parodontale, deseori pot fi însoțite de diverse dereglări ale aspectului estetic al pacienților parodonto-

pați, fiind accentuate de dereglări grave psihoemoționale, care cer o rezolvare urgentă și acceptată de pacient.

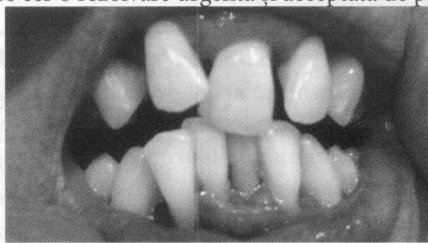


Fig. 1. Situația pînă la tratament.



Fig. 2. Plasarea cu inele elastice.



Fig. 3. Tratamentul prin șinare și contenție.

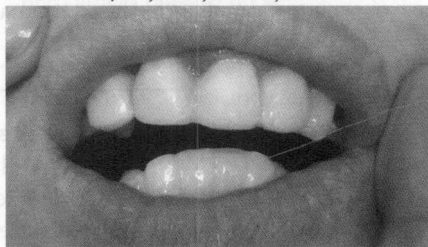


Fig. 4. Restaurarea — transformarea coronară.

Gama largă de materiale și tehnologii moderne, permite restabilirea aspectului estetic și a funcției masticatorii a dinților în tratamentul complex al parodontopatiilor fără intervenții chirurgicale și ortopedice radicale, acestea fiind aplicate doar ca ultima posibilitate de tratament conservativ.

Bibliografie

1. Ana Eni — Parodontologie. Chișinău 2003;
2. Ana Eni — Afecțiunile complexului mucoparodontal. Chișinău 2007
3. А.И.Николаев, Л.М.Цепов-Практическая терапевтическая стоматология, Москва 2003;
4. Graham J.Mount, W.R.Hume -Conservarea și restaurarea structurii dentare.-București 1999;
5. Gh.Nicolau A.Postolachi-Restaurarea directă a leziunilor coronare subtotale și totale cu armarea fibrelor de sticlă „Conect“ (KERR) în Tehnica -CB, Anale științifice -Chișinău 2006;
6. С.В.Радлинской „Реставрация контактных поверхностей верхних передних зубов“, Дент Арт 1999 N=1 с.32-40;
7. А.Ф.Данилевский, А.В.Борисенко „Заболевание пародонта“, Киев, 2000.

ASPECTE MODERNE DE TRATAMENT ENDODONTIC

Olga Gurin,
rezident, anul I

Sofia Sîrbu,
profesor universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„N. Testemițanu“

Maria Burduja,
medic stomatolog

Anatolie Solovei,
medic stomatolog

Rezumat

Au fost selectați, examinați și supuși tratamentului endodontic 21 de pacienți în vârstă de la 21 la 45 de ani cu pulpită cronică gangrenoasă (5) și periodontită cronică granulantă (16).

De rând cu examenul clinic și instrumental, au fost utilizate metodele paraclinice de examinare, ca electroodontometria, apexlocația și radiografia de contact. La toți pacienții li s-au aplicat metode de tratament modern, așa ca: prelucrarea mecanică a canalelor cu sistemul ProTaper, irigări anti-septice cu soluție de hipoclorit de sodiu 2,5% și obturarea canalelor radiculare cu sistemul sealer-Thermafil. În cazul periodontitei cronice granulante, s-au obturat provizoriu canalele radiculare cu pasta de canal Ultracal XS, ce conține hidroxid de calciu.

Summary

MODERN ISSUES OF THE ROOT CANAL TREATMENT

There were selected, examined and treated endodontically 21 patients, who were diagnosed with two different dental diseases: gangrenous chronic pulpitis (5) and granulated chronic periodontitis (16).

Besides the clinical and instrumental exam there were used paraclinical methods such as: electric pulp tester, apex location, and the radiography. In all patients there were used methods of modern treatment, such as, root canal preparation by the ProTaper System, antibacterial irrigations with sodium hypochlorite — 2,5% and root filling with Thermafil. In periodontitis, the root canals were filled temporary with a calcium hydroxide dressing, Ultracal XS.

Actualitatea temei

Procesele de inflamație cronică ale pulpei și ale periodonțiului, după tratament, pot deveni focare de infecție care declanșează sau condiționează reacții patologice în organism, deaceia este necesară asanarea deplină a lor (1,2,4,5).

Deși stomatologia terapeutică a cunoscut mari progrese în ultimii ani în endodonție, calitatea tratamentului endodontic rămâne a fi una dintre cele mai importante probleme până în prezent. Datele obținute de Borovski E.V. (1999) în baza expertizei a 528 de ortopantomograme, denotă că leziunile periodontale alcătuiau 93,18%, iar rata dinților necalitativ obturați constituie 81,2% din cazurile studiate. Investigații similare au fost efectuate de Sîrbu S. și coautorii (1999), stabilind că din cele 86,5% de dinți tratați endodontic, obturarea calitativă a canalelor s-a depistat numai în 3,5%, iar în celelalte cazuri s-au determinat diferite eșecuri.

Totodată, cunoaștem că, în marea majoritate din cazuri, după tratament pacienții nu sunt supravegheați de medici, iar vindecarea periodontitelor cronice distructive nu întotdeauna are loc.

Ținem să menționăm că tratamentul periodontitelor în majoritatea instituțiilor de profil se efectuează, reieșind din indicațiile moderne, cu respectarea regulilor de bază ale endodonției, dar cert este faptul că după obturarea canalelor procesul inflamator-distructiv, care este septic rămâne în periodonțiu, iar consecințele depind de reactivitatea organismului pacientului.

Datele bibliografice denotă că a sporit numărul afecțiunilor alergice. La unele foruri internaționale se pune accent pe rolul focarelor stomatogene în declanșarea acestor leziuni.

E știut că în 90% din cazuri, focarele de infecție cronică în organism sunt localizate la nivelul capului și gâtului și numai în 10%, în alte regiuni.

Mulți din rândul populației cunosc pericolul pentru sănătate al amigdalitelor, dar foarte puțini sunt informați despre consecințele prezenței proceselor inflamator — distructive în țesuturile odonto-parodontale. În același timp, datele

literaturii confirmă că din numărul total de 90% al focarelor din regiunea capului și a gâtului, 72% le revine focarelor stomatogene și numai 18 % din cazuri — celor cu sediu în organele ORL.

Cele menționate ne impun a elabora și a implementa în tratamentul periodontitelor distructive noi metode care ar contribui mai eficient la prevenirea focarelor de infecție orală.

Din cauzele care pot condiționa eșecurile în tratamentul periodontitelor cu rezultate insuficiente la distanță pot fi:

- evitarea radiografiei până și pe parcursul diferitelor etape de tratament;
- necunoașterea prezenței canalelor accesorii în dinți;
- necunoașterea formei spațiului endodontic;
- neglijarea consecutivității în crearea accesului către spațiul endodontic și fanta periapicală;
- utilizarea în tratamentul endodontic a metodelor depășite de permeabilizare a canalelor și de formare a spațiului endodontic;
- folosirea instrumentelor endodontice rigide;
- obturarea canalelor radiculare cu materiale sub formă de paste moi, care nu fac priză pe canal și nu sigilează apexul anatomic.

Așadar, este necesar ca în practica cotidiană să se implementeze metodele și instrumentele noi în tratamentul endodontic, iar pacienții cu periodontite cronice granulante și granulomatoase, după tratament să fie monitorizați de către medic.

Noul sistem de instrumente ProTaper (Dentsply/ Tulsa Dental) reprezintă un progres revoluționar în etapele de prelucrare mecanică a canalului radicular. O particularitate unică a sistemului NiTi ProTaper este că fiecare instrument are o conicitate în progresiune pe toată lungimea lamelor tăietoare și are vârf tăietor. Sistemul ProTaper este alcătuit din trei instrumente de modelare și trei de finalizare a canalului. Acest design instrumental efectuează o acțiune de secționare, mai rapidă și mai efektivă, iar conusarea în progresiune asigură flexibilitate și o modelare tridimensională uniformă. Sistemul ProTaper a fost conceput să includă numărul minim de instrumente, ce permit practicienilor să obțină o conicitate uniformă a canalelor radiculare, complicate din punct de vedere anatomic, inclusiv foarte încurbate [8,10,11].

Marea majoritate a investigațiilor științifice, dedicate pansamentelor medicamentoase de canal, susțin necesitatea combaterii proceselor septice, osteolitice cât și accelerarea proceselor osteoreparative. Un interes deosebit în acest sens prezintă cercetările ce vizează acțiunea preparatelor în componența cărora intră hidroxidul de calciu.

Acest studiu vine cu ideea abordării unei endodonții moderne ce ar facilita prepararea canalelor radiculare majore, cu eficientizarea sterilizării întregului sistem radicular, cu asigurarea unei obturări simple și calitative.

Scopul lucrării

Evaluarea metodelor moderne de tratament endodontic în pulpate și periodontite cu utilizarea tehnicii

de preparare a canalelor cu instrumente ProTaper și obturarea lor cu sistemul sealer — Thermafil.

Materiale și metode de cercetare

Ca metode de investigație au fost aplicate metodele clinico-radiologice. Examenul radiologic a fost efectuat:

- inițial — pentru determinarea localizării, dimensiunilor, formei procesului patologic, a numărului de rădăcini și a formei canalelor;
- în timpul tratamentului — pentru controlul imediat al obturației de canal;
- după 3 și 6 luni de la tratamentul endodontic.

Tratamentul endodontic, cu prelucrarea mecanică radiculară cu sistemul ProTaper, au fost supuși 21 de pacienți, în vârstă de la 21 la 45 de ani cu pulpită gangrenoasă și periodontite cronice, de asemenea, s-a folosit medicația cu hipocloritul de sodiu de 2,5%, remediu ideal de sterilizare a spațiilor sistemului canalar radicular magistral, canalelor accesorii și a celor dentinare. Antisepticul dizolvă țesuturile necrozate și infiltrate, baza organică a dentinei, manifestând o puternică acțiune bactericidă asupra tuturor bacteriilor grampozitive și gramnegative, candidae și virusuri.

Prelucrarea canalelor radiculare este realizată cu ajutorul elementelor „Step-back“ și „Crown-down“:

- Crearea accesului direct la canalele radiculare prin respectarea strictă a cerințelor regulii „3A“, dar și cu respectarea regulii „de aur“ a endodonției: camera pulpară nu se lărgeste și nu se adâncește, apelând la frezele cu vârf neagresiv.
- Lărgirea orificiilor de intrare în canale cu freza sferică neagresivă și aprecierea direcției acestora.
- Realizarea accesului la apexul fiziologic, utilizând frezele și file-le în scop de a evita țesuturile necrozate, obturația radiculară precedentă și microorganismele (la prima etapă s-a lucrat cu file-ul Nr. 10, treptat ajungând la file-ul Nr. 20).
- Fiecare instrument de canal se umețează în sistemul „Glyde“, apoi urmează, în scop de irigare, aplicarea pe canal a soluției de hipoclorit de sodiu de 2,5%. După utilizarea file-ului Nr. 20, se realizează uscarea canalului cu absorbantă de hârtie (conuri).

Se purcede la măsurarea lungimii de lucru al canalului cu ajutorul apexlocatorului și a riglei endodontice („Endometer“ Maillefer/ Dentsply). Ulterior se recurge la prelucrarea canalului radicular cu sistemul de instrumente ProTaper, concomitent, cu irigările cu soluție de NaOCl de 2,5%.

La pacienții cu periodontite cronice canalele s-au obturat provizoriu cu Ultracal® XS, pastă radiopacă, cu conținut de hidroxid de calciu, cu pH 12,5, folosită ca o pastă curativă intermediară în timpul tratamentului endodontic și ca un remediu de apexificare a rădăcinilor lezate de periodontită.

Consecutivitatea tehnicii de bază „Crown-Down“, utilizând sistemele ProTaper:

- Permeabilizarea pasivă a canalului cu file-le Nr. 25,20,15,10 pînă la apexul fiziologic.
- Prepararea cu instrumentul Sx a 2/3 din lungi-

mea canalului.

- Aprecierea lungimii de lucru cu apexlocatorul.
- Prepararea cu S1 și ulterior cu S2 a lungimii de lucru.
- Preparările cu F1 — F3 a lungimii de lucru și evidența etalonării foramenului apical.

Tratamentul endodontic vizat prin închiderea ermetică a canalului radicular pe toată lățimea și lungimea lui se finalizează prin obturația tridimensională.

Actualmente, unul dintre puținele materiale, capabil să realizeze obturarea sistemului endodontic complex, este sistemul sealer — Thermafil.

Avantajele obturării cu sistemul Thermafil.

- Obturare tridimensională.
- Ermetizare apicală a canalului radicular (gut-taperca încălzită pătrunde până la apex), inclusiv și a canalelor laterale radiculare.
- Obturare ușoară a diferitelor canale radiculare: lungi, curbe, subțiri.
- Reducerea duratei timpului de lucru.
- Aplicabilitate ușoară și rapidă.

Rezultate

Analiza rezultatelor obținute este bazată pe investigațiile clinico-radiologice și tratamentul endodontic al 21 de pacienți cu vârste între 21 și 45 de ani, cu pulpită gangrenoasă și periodontită cronică granulantă și granulomatoasă, care au fost supuși terapiei cu sistemul de prelucrare ProTaper și obturării cu Thermafil. După trei luni de la tratament, pacienții din lotul de studiu nu au prezentat acuze, nu s-a determinat regenerarea osoasă completă în nici unul din cazuri, însă refacerea zonelor de distrucție apicală cu mai mult de jumătate din mărimea focarului a fost constatată în 7 cazuri, totodată, doi dinți au prezentat un proces osteoreparativ mai mic.

Observațiile clinice după 3, 6 și 12 luni de la tratament denotă lipsa acuzelor și participarea deplină a dinților tratați în actul masticator. Studiarea clișeeilor radiologice a scos în evidență următoarele procese: vindecarea completă în 12 cazuri examinate; 4 cazuri prezentau procese osteoregenerative mai mult de jumătate din dimensiunile afecțiunii preobturative; 5 cazuri ce prezentau pulpite înainte de tratament nu semnalau careva schimbări patologice în periodonțiu (fig.1,2).



Fig.1. Radiograma dintelui 25 până la tratament



Fig.2. Radiograma dintelui 25 după 3 luni de la tratament



Fig.3. Radiograma dintelui 46 până la tratament



Fig.4. Radiograma dintelui 46 după obturare



Fig.5. Radiograma dintelui 46 după 6 luni de la tratament

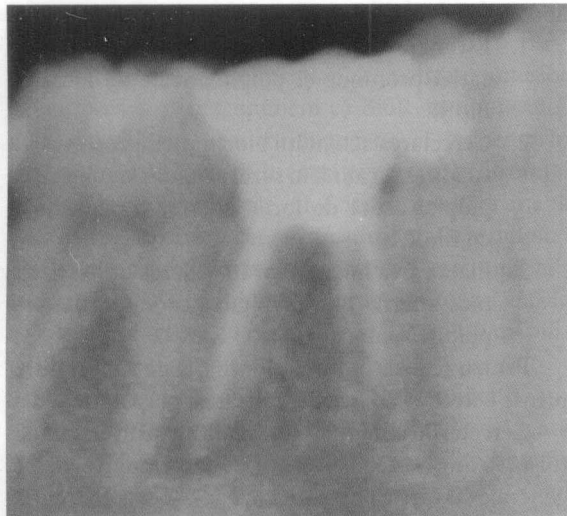


Fig.6. Radiograma (OPG) dintelui 46 după 12 luni de la tratament.

Concluzii

1. Atât tehnica de lucru cu sistemul de preparare ProTaper, cât și analiza radiologică a canalelor radiculare preparate cu el, evidențiază avantajele prelucrării canalelor de diferite forme și a unei conicizării uniforme, facilitând etapa de obturare radiculară.
2. Tehnica de obturare cu sistemul Thermanfil asigură o obturație tridimensională și o ermetiza-

re apicală eficientă a canalelor radiculare.

3. Uzul metodelor moderne crește evident rata succesului tratamentului endodontic.

Bibliografie

1. Buchanan S. ProSystem GT: design, technique, and advantages, *Endodontic Topics*, 2005, 10, 168-175.
2. Burlacu V, Fală V, *Secretele Endodontologiei Clinice*, CCRE „Presa”, Chișinău 2007.
3. Dentsply — Thermanfil, instrucțiunea de utilizare.
4. Ford P. *Harty's Endodontics in clinical practice*, Oxford 1997.
5. Gafar M., Iliescu A. *Endodontie clinică și practică*, Editura Medicală, București, 2002.
6. Lloyd A. Root canal instrumentation with ProFile™ instruments, *Endodontic Topics*, 2005, 10, 151-154.
7. Patraș E., Zetu L. *Endodontie practică*, Iași, 1992.
8. Ruddell C. The ProTaper technique, *Endodontic Topics*, 2005; 10; 187- 190.
9. Sirbu S., Nicolau-Gorea A., Kijner A., Bodrug V., Necesitatea tratamentului endodontic și incidența periodontitelor cronice. *Probleme actuale de stomatologie*. Congresul al X-lea al ASRM, Chișinău, 7-8.09.99, 62-63.
10. Tepel J. Schafer E. Endodontic hand instruments: cutting efficiency, instrumentation of curved canals, bending and torsional properties. *Endod. Dent. Traumatol.*, Munksgaard, 1997; 13; 201-210.
11. Thompson S.A. An overview of nickel-titanium alloys used in dentistry. *International Endodontic Journal*, 2000; 33: 297-310.
12. WHITWORTH J. Methods of filling root canals: principles and practices. *Endodontic Topics*, 2005; 12; 2-24.
13. Боровский Е.В. *Практическая эндодонтия*, Москва, 1999.

PRINCIPII BIOMECANICE ÎN TRATAMENTUL CARIEI PROFUNDE ȘI A PULPITEI ACUTE FOCARE

Rezumat

Cercetările clinice realizate prin tratamentul a 196 dinți afectați de carie și pulpită acută focară la 155 pacienți (grupa martor a fost medicată cu Calcium Hydroxide, iar cea de experiență cu BioR) au apreciat BioR-ul ca biopreparat net superior cu capacități de menținere a vitalității și integrității organului pulpar.

Summary

BIOR THE TREATMENT OF DEEP MAJUSCULE CARIES AND SOME FORMS OF PULPITS

Clinical studies in the treatment of 196 cases of caries and acute focal pulpitis (135 patients of which the witness group treated with Calcium Hydroxide and the trial groups with BioR) showed BioR to be definitely superior and capable of maintaining the vitality and integrity of the pulpal organ

Actualitatea problemei:

Orientarea actuală a terapiei conservative a cariei profunde constituie concepția biologică de păstrare a vitalității pulpei dentare — bună protecție pentru un parodontiu apical sănătos. Caria profundă alcătuiește 23% din toate cariile dentare, fiind caracterizată prin demineralizarea majoră și necroza dentinară, schimbări semnificative pulpare (9).

În rând cu măsurile de prevenție ale cariei, o actualitate evidentă păstrează și problema perfecționării metodelor de tratament conservativ al pulpitei acute de

Angela Cartaleanu,
Valeriu Burlacu,
Victor Burlacu,
Valeriu Fală,
Elvira Ursu,
Oleg Chiriac

Catedra Stomatologie
Terapeutică, FECMF

focar, folosite actual doar în 2–7% cazuri.

Terapia modernă de conservare totală a pulpitei în cadrul cariei profunde și pulpitei acute de focar este bazată pe remedii ce conțin hidroxid de calciu. Cercetările ultimilor ani au evidențiat că eficacitatea antiinflamatoare, antimicrobiană și de imunostimulare locală a multor din aceste preparate este slab manifestată.

Cele menționate, mărturisesc actualitatea și necesitatea extinderii investigațiilor privind administrarea rațională a preparatelor cu eficacitate imunomodulatoare.

În ultimii ani în diverse aspecte ale medicinei se aplică cu succes preparatele de origine microbiană cu acțiuni antiedemice, imuno- și plasticostimulatoare.

Reeșind din cele expuse, scopul lucrării a constituit elaborarea procedurilor raționale și eficiente de tratament al cariei profunde și pulpitei acute de focar cu aplicarea biopreparatului autohton BioR produs din *Spirulina Platensis*, manifestându-se atitudinile biomecanicii moderne față de dinte.

Sub acțiunea biopreparatului din *Spirulina*, în sistemul coenzimelor nicotinamidice și nucleotidelor adenilice au loc modificări esențiale, iar coeficientul reductibilității scade. Ele contribuie la intensificarea ambelor căi ale metabolismului nucleotidelor adenilice — „adenozinică” și „neadenozinică” manifestând și acțiune lisosomotropă și membranotropă, cu un efect pronunțat de stabilizare a membranelor celulare. Favorizând inducția biosintezei glutationului și gamma-glutamyltransoepitidazei, biopreparatul din *Spirulina* exercită acțiune pronunțată și asupra intensității oxidării peroxidice a lipidelor și sistemului de protecție antiperoxidică, posedând, totodată, și acțiune antioxidantă, antiischemică (1).

Investigațiile clinice realizate de un grup de cercetători (2,4), la tratarea afecțiunilor stomatologice au dezvăluit acțiuni imunomodulatoare înalte al biopreparatului BioR.

În terapia parodontitei marginale (5) și parodontitei cronice apicale (4,6,7) biopreparatul obținut din *Spirulina* a indicat o acțiune reparativă într-un interval de la 3 până la 6 luni în zonele afectate cu restabilirea trabeculelor osoase și valorii funcționale a dinților, lamei corticale și eradicarea focarelor de sensibilizare a macroorganismului. Substanța s-a dovedit a fi cu efecte de descompunere a materialului necrotic și amendare a secreției apicale persistente, efecte imunomodulatoare și antimicrobiene (12, 13).

Cunoscând efectele sus-enumărate și reeșind din conținutul bogat al masei cu proteine, hidrați de carbon, lipide, acizi nucleici, B-carotină, acid ascorbic, tocoferolă, microelemente, fitohormoni și vitaminele grupei B și alte elemente biologice active (8, 10), am considerat necesar de a efectua cercetări clinice, privind administrarea substanței nominalizate în terapia cariei profunde și pulpitei acute de focar întru realizarea conceptului biologic de menținere a vitalității și integrității organului pulpar.

Realizarea scopului a conturat ciclul de obiective

abordate pe parcurs.

1. Estimarea eficienței clinice a tratamentului cariei profunde și pulpitei acute de focar cu BioR;
2. Cercetarea activității biochimice a Fosfatazelor Acidă și Alcalină în serul sanguin la subiecți cu pulpita acută de focar ulterior tratamentului cu BioR;
3. Elaborarea indicațiilor în vederea utilizării clinice a BioR-ului la tratarea cariei profunde și pulpitei acute de focar.

Pentru realizarea sarcinilor înaintate au fost întreprinse cercetări clinice de utilizare a preparatului dat.

Cercetările clinice au fost realizate prin tratamentul a 196 dinți la 155 pacienți, fără dezarmonii evidente generale cu vârsta cuprinsă între 16–45 ani. Din ei 122 dinți la 81 pacienți prezentând carie profundă au fost tratați: 22 cu Calcium Hidroxyd (Degussa) — control, 100 cu BioR, și 74 dinți la 74 pacienți cu pulpita acută de focar : Calcium Hidroxid — 14 dinți (control), BioR — 60 dinți.

Pentru a construi o bază rațională a unui tratament adecvat s-a apelat cu minuțiozitate la datele furnizate de anamneză, examenul clinic și cele complementare (determinarea electroexcitabilității pulpare dentare și radiografie) la fiecare etapă de cercetare (14–30 zile) timp scurt și lung (3–6–12 luni).

Rezultatele obținute:

Prima ședință — după metoda de rutină pe planșul cavității cariate a fost administrat, în cazul cariei profunde și pulpitei acute de focar Calcium Hydroxide (două loturi de control), BioR (două loturi experimentale).

După două săptămâni de tratament (ședința a doua) cu efectul clinic pozitiv, în cadrul cariei profunde, a fost schimbată obturația de bază curativă prin cea proaspătă adecvată inițialului și s-a administrat obturație definitivă din Esthet-X, Point-4, CeramX, Vitaliscence, Amelogen.

În aceeași perioadă de timp, în cadrul pulpitei acute de focar cu efect clinic pozitiv au fost repetate procedurile primei ședințe și pacienții au fost invitați la ședința ulterioară — peste o lună din momentul primei administrări.

În cadrul ședinței a treia (având efectul curativ pozitiv), după înlocuirea respectivă a obturației de bază curativă a fost finalizat tratamentul prin obturație definitivă din rășini compoziționale moderne.

Ulterior, la trei luni post administrare clinică a Calcium Hydroxide electroexcitabilitatea pulpei a prezentat cifre înalte la toți pacienții, fără manifestări clinice evidente subiectiv — obiective în 100% cazuri.

La 6 luni de monitoring postterapie cu hidroxid de calciu s-au păstrat schimbări funcționale în pulpă în 50% cazuri (EOD= 7,35+0,1 mcA), care au atins cifre medii de 5,68 mcA abia după un an de tratament.

Prin urmare, administrarea Calcium Hidroxyde nu rezultă restabilirea rapidă și completă în unitatea și

integrarea odontomului ca sistemă biologică de protejare a hotarului dento-alveolar.

Cercetările noastre histologice realizate anterior ne-au permis să presupunem că BioR-ul imunomodulează procesul neodentinogenetic al pulpei prin mecanismul de contact direct și penetrare la distanță.

BioR-ul a manifestat eficacitatea curativă înaltă atât la terapia cariei, cât și în cadrul tratării pulpitei acute de focar. Chiar în primele 6–14 ore după administrare a scăzut evident doloritatea pulpară, iar la 50% de dinți tratați cu carie și la 25% de dinți cu pulpită a dispărut complet.

Normalizarea absolută a electroexcitabilității pulpare în 50% (în mediu 5,35 mcA) a devenit evidentă după atestarea la 3 luni postBioR terapie. Tendința de scădere a manifestat-o doar BioR-ul, pe când în cazul aplicării Calcium Hydroxide s-au păstrat cifre înalte (9,25+0,2mcA) de electroexcitabilitate. Face de menționat că în șapte dinți tratați cu preparat de hidroxid de calciu după o lună, se menținea senzație de jenă de scurtă durată la acțiunile hipotermice, care a dispărut în timp.

Studiul Fosfotazelor Alcalină și Acidă în serul sanguin la pacienți cu pulpită după 30 zile de administrare a biopreparatului în cercetare a relevat activizarea lor vădită. După cum menționează (11,13) între activitatea fosfatazelor și zonele active de calcificare există o corelație perfectă.

Fosfataza Alcalină, acționând direct asupra radialelor fosforice din țesut predentinar în curs de formare, provoacă un adevărat drenaj de ioni de calciu spre dentina terțiară. Fosfataza Acidă la rândul ei se implică în digestia materialului rezorbat din matricea predentinei, contribuind simțitor la reînnoirea țesutului dentinar.

Cercetările realizate au relevat că activizarea evidentă a fosfatazelor lisosomale după 30 zile de tratament cu biopreparatul indicat se află în directă concordanță cu stară funcțională a pulpei determinată în aceeași perioadă de timp.

Această constatare pune într-o lumină nouă mecanismul de re- și mineralizare dentinară. Faptul că biopreparatul cercetat nu conține calciu, se insistă o supoziție, că nu compoziția minerală este cea mai importantă la un material de coafaj (direct, indirect), ci proprietățile sale biologice. Menționăm că BioR-ul posibil, este capabil, prin efectul său protector și imunomodulator, să asigure organului pulpar un metabolism activ în limitele fiziologice, întru integritatea și vitalitatea lui morfofuncțională.

Coafajul direct cu BioR, peste 6 luni, în cadrul pulpitei acute de focar, a normalizat electroexcitabilitatea în 100% cazuri, atingând în același timp maximele fiziologice (6,45–0,9mcA). Concomitent, la pacienții tratați cu Calcium Hydroxide, EOD demonstrează cifre medii cu depășire a normei (7,35–0,1mcA).

Normalizarea completă a electroexcitabilității pulpei, cu sănătate dentară evidentă, a avut loc în 100% cazuri de administrare a biopreparatului după un an de zile (4,75–0,1mcA). Din contra, la dinți tratați cu

Calcium Hydroxide, în aceeași perioadă, în 100% cazuri EOD indică în mediu 7,37–0,1mcA. Pacienții grupei martor nu prezentau manifestări clinice subiectiv-obiective de dereglări pulpare. Însă cifrele cu depășirea limitelor fiziologice și-au găsit argumentare în cadrul cercetărilor noastre histologice.

Discuții

De menționat că după 1,5 ani de la tratare a pulpitei acute de focar cu Calcium Hydroxide, dinții la doi pacienți și-au schimbat culoarea. Fiind fără manifestări subiective, ei au prezentat o scădere a electroexcitabilității până la 40 mcA și au fost supuși tratamentului endodontic chirurgical.

Rezultate negative la tratarea pulpitei prin administrarea preparatelor cu hidroxid de calciu au fost indicate și de alți autori.

În cadrul studiului nostru dinții pacienților supuși tratamentului cu biopreparatul de origine microalgică BioR (soluție acuatică) peste 1,5–2 ani de evidență își păstrau culoarea obișnuită. Ei indicau indoloritate la acțiunile factorilor termici cu electroexcitabilitate normală și un tablou radiologic al țesuturilor parodontiului apical în limitele fiziologice.

Analizând rezultatele obținute în urma cercetărilor clinice și paraclinice (Fosfataza Alcalină și Acidă), putem concluziona că preparatul BioR exercită acțiune biologică asupra pulpei dentare, fără acțiuni iritante pronunțate, capabile să epuizeze capacitățile de protejare ale ei în condiții patologice.

Prin urmare, rezultatele cercetărilor realizate de noi confirmă folosirea în perspectivă a biopreparatului BioR – plasticostimulator biologic prin metoda coafajului indirect și direct în terapia cariei profunde și pulpitei acute de focar. Actualmente acest preparat poate fi considerat cel mai eficient remediu, cu calități net superioare de tratament al pulpopatiilor incipiente, reversibile și de menținere a vitalității organului pulpar, întru profilaxia de alergizare, hepatita virală și maladia SIDA și stricta menținere a cerințelor biomecanicii dentare moderne.

Concluzii

1. Biopreparatul studiat timp de 30 zile a condus la activizarea esențială a Fosfatazelor Alcalină și Acidă în serul sanguin al pacienților, manifestând intensificarea proceselor de calcificare și formare a dentinei terțiare;
2. Cercetările clinice au relevat efectul terapeutic înalt și stabil al biopreparatului BioR la tratarea cariei profunde și pulpitei acute de focar prin metoda de conservare totală a pulpei;
3. Atitudinea biomecanică în executarea tratamentului endodontic se insistă ca prioritară și modernă.

Bibliografie:

1. Gudumac V. Aspectele metabolice ale acțiunii biopreparatelor din microalge asupra organismului în normă și în patologia experimentală// Teză de d.h.ș.m. — Chișinău, 1994;
2. Botezatu Alina. BioR-terapia endodontică a pulpitei în dinții imaturi: Anale științifice V.4. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2007. p 492–495;

3. Eni Lidia. Tratatamentul conservator al inflamațiilor pulpare cu utilizarea preparatului „LitAr”// Anale științifice. Ed. X, V.4. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2009. p 425-427;
4. Fală Valeriu, Burlacu Valeriu, Fală Valentina, Cartaleanu Angela, Burlacu Victor. BioR-terapia granulomului chistic// Anale științifice. Ed. VIII, V.4. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2007. p 487-491;
5. Timcenco L., Rudic V., Cartaleanu A., Zagnat V. Unele aspecte imunologice în patologia parodontului// Tezele C.Ș. anuale, USMM — Chișinău, 1993. p 525;
6. Ursu E. Utilizarea în tratamentul parodontitelor cronice apicale a preparatelor de origine microbială// Tezele C.Ș. anuale, USMF — Chișinău, 1996. P 415;
7. Ursu E., Burlacu V., Cartaleanu A., Efras L. Unele aspecte comparative ale tratamentului reparativ al parodontitei cronice apicale// Tezele C.Ș. anuale, UIIM — Chișinău, 1998. p 180-181;
8. Hayashi T., Hayashi K., Maeda M., Kojima I. Calcium prirulan, an inhibitor of enveloped virus replication, from a blue-green alga *Spirulina platensis*. *Journal of Natural Products*, 1996, 59(1):83-3;
9. Jones J.A. carie: Prevention and Chemotherapy, (Review), *American Journal of Denntistr*, 1995, 8, 352-357;
10. Kapoor R., Mehta U. Utiliyation of beta-carotene from *Spirulina platensis* by rats. *Plan Foods from Human Nutrition*, 1993, 43(1):1-7;
11. Matsumoto S. Pharmacological Study of tooth formation and mineraliyation using a tooth germ cultivation system. *Nippon Yakurigaku Zasshi*, May, 1995, 105, p 331-343;
12. Shergill J.K., Cammach R. ESEEM studies of the iron-sulphur clusters of succinate dehydrogenase in *Arum maculatum* spadix mitochondrial membranes. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1994, 1185(1):43-9;
13. Van den Bos T. Mineralization of alkaline phosphatase — complexed collagen implants in the rat in realtion to serum inorganic phosphata. *J. Bane Miner. Res. Apr.* 1995, 10 p 616-624.

RESPONSABILITATEA JURIDICĂ ÎN ENDODONȚIA STATELOR UNITE ALE AMERICII

**Valeriu Burlacu,
Angela Cartaleanu,
Victor Burlacu**

*Catedra Stomatologie
Terapeutică; FECMF*

Rezumat

Apelându-se la legile Statelor Unite ale Americii despre responsabilitatea juridică a stomatologilor endodontiști se face o paralelă între ele și acordarea serviciului endodontic de către medicii stomatologi care practică endodonție clinică.

Realizarea tratamentului endodontic în volumul indicat de „standartul asistenței” nu numai va păstra dinții tratați, dar și va proteja medicul de probleme judiciare pe cazul atitudinii iresponsabilității.

Prevenția încălcărilor de drept în endodonție, acordând atenție deosebită principiilor asistenței obligatorii, protejază pacientul de la stările riscante, asociate cu tratamentul endodontic.

Grad oarecare de risc prezintă orice procedură, însă la încălcarea principiilor de practică stomatologică normală (standartă) probabilitatea obținerii rezultatelor negative ca consecință iresponsabilității va crește. Prin urmare, principiul de bază a „Legii despre iresponsabilitate (SUA)” este direcționat la prevenirea a „astfel de complicații”.

Summary:

LEGAL RESPONSIBILITIES IN ENDODONTICS USA

The USA lows about endodontists' legal responsibilities have been examined and compared with the endodontic services rendered by dentists practicing clinical endodontics.

Volumul standart de asistență

Asistență completă endodontică, prin noțiunea de judecată, este socotită procedura de acordarea de către stomatolog a volumului de ajutor standart în conformitate cu cerințele juridice.

În calitate de standart juridic servește acel volum de ajutor, pe care medicul foarte atent și previzibil la acordat în situații asemănătoare și altă dată. Acest standart este foarte flexibil și permite variante individuale de tratament. Prin lege asistența obligatorie prevede acordarea asistenței minimale. Măsurile suplimentare, care măresc volumul ajutorului minimal și se apropie de asistența ideală, sunt laudabile, însă în aspectul juridic, nu sunt obligatorii.

Practica stomatologică standartă uneori nu corespunde practicii obișnuite. Tradiționalismul — este semnul practicii raționale, dar nu întotdeauna se prezintă ca

echivalentul ei. Prin urmare, acel tratament, care este oferit pacientului cu maladie concretă, poate să nu corespundă unui ajutor argumentat și capabil efectuat. Frecvent, iresponsabilitatea poate fi nici nelegitimă, nici laudabilă.

Exemple de practică iresponsabilă obișnuită a stomatologilor din SUA pot servi: neîndeplinirea de majoritatea stomatologilor a filmelor R-logice, sterilizarea neadecvată a instrumentelor, nefolosirea Rubberdamului în endodonție, orientarea diagnostică doar după filmul R-logic panoramic și nu după tehnologii specifice a fotografiilor R-logice periapicale etc.

Acel medic, care se obligă să acorde o asistență endodontică profesională, trebuie să posede cunoștințe, pe care le posedă reprezentanții profesiei — deținătorii calificativului superior.

Standartul dat se aplică și în stomatologia generală, însă medicul este obligat să acorde ajutor, manifestând prin aceasta strădanie de intelect mare și profesionalism în acel grad prezentat de reprezentanții profesiei date în situațiile adecvate. Această regulă este inclusă în instrucțiunile pentru judecata juraților „Despre iresponsabilitatea profesională a lucrătorilor medicali”, primită în SUA.

În condițiile de uz casnic sub „asistența obișnuită” legea subînțelege: a). Lipsa calității înalte; b). Calitatea proastă sau medie.

Cum se menționează în descrierea acțiunilor iresponsabile, „ajutorul obișnuit”, are și noțiune juridică (de drept), care se deosebește, nu esențial, de la cea de uz casnic, ca exemplu, în culegerea Legiilor, ediția a IV (SUA), ajutorul obișnuit se determină: „așa volum de tratament, pe care obișnuit îl acordă medicii, care dețin o responsabilitate și previzibilitate mijlocie...adică acordă volumul de ajutor conștient”.

Standartul juridic a ajutorului obișnuit nu prevede calificarea medie a specialistului prin expresiile: superbuni și infrarâi sau supraexperimentați și infraexperimentați. „Nu putem întruni într-o clasă șarlatanii, specialiștii tineri, care nu posedă de practici, specialiștii cu experiență, care au lăsat practica, cei buni și cei excelenți și să determinăm semnul mediu între ei” (Legea SUA, ed. IV).

Măcar că standartul pentru profesional nu poate fi stabilit corespunzător specialistului de calificare înaltă, nimeni nu poate să fie specialist de nivel mediu, de oare ce acei, care prezintă un nivel mai jos de cel mediu, pot să rămâie competenți și calificați.

Prin așa determinare alogică jumătate din stomatologi automat vor fi apreciați printr-o notă mai joasă și apreciați în atitudinea juridică ca iresponsabili.

Asistența specializată

Aspecte estetice. Ne catând la faptul, că serviciul endodontic, juridic, poate fi acordat de fiecare stomatolog licențiat, fără o instruire specială ar fi absolut neetic el să fie numit specialist în endodonție.

Stomatologul de practică generală, care dorește să-și suplimenteze sau să se limiteze doar de practica endodontică, în aspectul etic i se va permite să se anunțe sau să se numească: Stomatolog genera-

list — care practică endodonția (și numai așa, se face aprecierea în SUA).

Excrocările

Nespecialistul în domeniul endodonției, care se prezintă ca endodontist sau medic, care sa specializat în domeniul endodonției, poate fi supus următoarelor responsabilități juridice:

1. Primirea plății pe calea excrocării sau prezentării sale false;
2. Introducerea conștientă în eroare.

Necătând la faptul, că stomatologul, care trimite pacientul la specialist, este de regulă, protejat de orice acțiune iresponsabilă care o poate comite specialistul, sunt situații când cel care a trimis va fi responsabil juridic, dacă trimiterea a fost realizată la un specialist incompetent în endodonție. Mai mult, decât atât, stomatologul care face trimitere va răspunde juridic pentru faptul erorii conștiente, dacă prin trimiterea la specialist, el la recomandat ca endodontist sau specialist în domeniul tratării canalelor radiculare și nu ca stomatolog de practică generală, care se ocupă și cu endodonția (SUA).

Acordul informațional

Își va avea doctrina sa, care insistă că pacientul să fie informat despre riscul posibil în tratamentul endodontic, caracterul tratamentului, variante alternative posibile și consecințe care pot apărea în lipsa tratamentului.

Doctrina se bazează pe principiul juridic, că fiecare om are dreptul să procedeze cu corpul său așa, cum el socoate necesar, independent de metoda rațională de tratament stomatologic. În așa fel, omul vârstnic cu mintea conștientă are dreptul de alegere: să ignoreze maladia endodontică sau să deie preferință tratamentului după ce stomatologul i-a anunțat diagnoza, tratamentul recomandat și cel alternativ, i-a lămurit consecințele riscului, prognoza, și care pot fi consecințele neîndeplinirii tratamentului recomandat.

Tratamentul împotriva voinței pacientului după lege, poate fi efectuat numai în cazul, când el nu este juridic competent să primească o hotărâre conștientă de sinestătătoare (exemplu: copil imatur, cu handicap, pacient în stare de comă etc).

Acordul informațional servește în calitate de standard flexibil, care evidențiază urmările posibile în dependență de situația clinică până la și în timpul tratamentului. (exemplu cu instrument endodontic fracturat: la ce nivel radicular? Care pot fi urmările pe viitor, pentru ai permite pacientului să facă concluzii conștiencioase).

Refuzul medicului de efectuarea tratamentului

Dacă stomatologul a început tratamentul endodontic, juridic el va fi obligat să-l finalizeze, fără dependență de posibilitățile pacientului de a achita cheltuielile neprevăzute. Această cerință se va baza pe preambula juridică, că fiecare om care se străduie să izbăvească pe altă persoană de daună, este obligat conștiencios să finalizeze ajutorul său cu folos pentru cel ajutat. Cu alte cuvinte, dacă ne finalizarea tratamentului, pacientul va fi supus pericolului, medicul este obligat să îndeplinească măsuri conștiente curative, într-o preîntâmpinarea consecințelor periculoase.

Pentru ca, medicul stomatolog să nu fie acuzat în refuzul de a-și îndeplini obligațiunile profesionale, va fi necesar de menținut măsuri de precauție:

1. Juridic în SUA medicul nu este obligat să-și asume tratamentul tuturor pacienților și prin urmare, poate să refuze tratamentul pacientului, ne cătând la duritatea majoră sau prezența infecției. Dacă tratamentul se limitează doar cu asistența de urgență, este necesar obligatoriu, ca pacientul să cunoască că lui i se va realiza un tratament nedefinitivat, ci doar de urgență endodontică. În fișa pacientului se va face însemnarea: doar tratament de urgență. Tratament endodontic a dintelui definitiv va fi efectuat de alt medic.

Această inscripție va fi confirmată de acordul pacientului (în scris), exemplu:

Eu sunt de acord cu tratamentul de urgență a canalelor radiculare a dintelui meu Nr și sunt informat că: a). Tratamentul de urgență se efectuează, pentru facilitarea provizorie a durerii; b). Pentru prevenția în viitor a durerii și infecției, fracturii, abscesului sau pierderii dintelui este necesară o terapie de mai departe a canalelor radiculare.

2. Vom cunoaște, că juridic medicul nu este obligat să acorde asistență stomatologică pacienților tratați de el precedent, în cazul adresărilor noi sau de urgență, dacă tratamentul precedent a fost finalizat;

3. Pacientul poate să fie exclus din practica medicului din orice cauză, cu excepția celei rasi-ale, dacă tratamentul precedent început a fost finalizat cu succes. Orice altă complicație la pacient, cu excepția celei de la dintele tratat de medicul stomatolog precedent, poate fi refuzată tratamentului;

4. Nu va fi socotit refuz, cazul când pacientului i se recomandă să se adreseze după ajutor endodontic la alt medic, dacă pacientul aceasta va dori, mai ales în situațiile când asistența acordată de alt medic endodontist va fi mai calificată.

Despre toate complicațiile așteptate v-a fi necesar de informat pacientul!

Exemple de acord a pacientului:

„Eu ___ sunt de acord să mi să ofere tratamentul de urgență a canalelor radiculare a dintelui Nr., ca, posibil, să-l protejez de extragere. După acest tratament de urgență pentru înstrăinarea infecției va fi necesar tratamentul suplimentar a canalului radicular. Eu conștientizez, că dacă în decursul a câtorva zile ulterioare și până la ___ săptămâni tratamentul nu va fi realizat de medicul ___ sau alt stomatolog, după dorința mea, inflamația se poate reîntoarce sau prelungi și tratamentul de urgență a canalelor radiculare pentru păstrarea dintelui meu și sănătății generale va fi neeficientă.

Data: _____ (semnătura pacientului)“

Concluzie

Prin urmare, serviciul asistenței endodontice insistă cunoștințe profunde teoretico-practice într-o acordare înalt calitativă a măsurilor diagnostice, de tratament și prevenție, și poartă o responsabilitate majoră față de sănătatea endodontului și a organismului uman în întregime — responsabilitate civică și juridică.

Bibliografie:

1. Weichman, J. Malpractice prevention and defense, J. Calif. Dent. Assoc. 3(8): 58, 1975;
2. Cyerman V. United States Lines Co., 102 Col Rptr. 795: 498 P.2d 1041 (1972)

MANIFESTĂRI CLINICE ȘI REABILITAREA COMPLEXĂ A PACIENȚILOR CU EDENȚAȚII PARȚIALE TERMINALE ÎNTINSE ȘI DISFUNȚIE MANDIBULO CRANIANĂ

Rezumat

Au fost examinați și tratați complex 20 pacenți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană (DMC), confirmate prin examenul clinic instrumental și paraclinic. Manifestările clinice ale DMC sau dovedit a fi dependente de timpul ce sa scurs de la pierderea dinților, întinderea și topografia breșelor arcadelor dentare, tipul de ocluzie, numărul perechilor de dinți antagoniști etc. A fost elaborat concepul de tratament complex etapizat care include: administrarea analgeticilor și miorelaxantelor la indicații, a procedurilor fizioterapeutice (ultrasunet, miogimnastica), re poziționarea mandibulo craniană, tratamentul protetic.

Cuvinte cheie: edentație parțială terminală, disfuncție mandibulo craniană, tratament complex.

Vitalie Pântea
asistent universitar

Ilarion Postolachi
Prof. univ,
Dr. hab. în medicină

*Catedra stomatologie
ortopedică, chirurgie
orală și implantologie*

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS AND COMPLEX REABILITATION OF PATIENTS WITH PARTIAL TERMINAL EDENTITIONS AND CRANIO MANDIBULAR DYSFUNCTION

20 patients (7m, 13w) with ages between 42-68, were examined and supported complex treatment, with terminal partial edentitions and cranio mandibular dysfunction (CMD), confirmed by the clinical instrumental and paraclinical examination. Clinical manifestations of CMD proved to be depending on the time passed from teeth loss, extension and topography of dental breaches, type of occlusion, the number of antagonists etc. A concept was developed about the complex staged treatment that includes the administration of analgetics and muscle relaxants when indicated, physiotherapy, mandibulo cranium reposition and prosthetic treatment.

Key words: terminal partial edentitions, cranio mandibular dysfunction, complex treatment.

Actualitatea temei

Edentația parțială este considerată ca una din cele mai frecvente patologii a sistemului stomatognat, ce necesită tratament protetic.

Fiind influențată de diverși factori etiologici și nefiind tratată imediat sau în timp apropiat după instalare, ca regulă, ea se manifestă printr-o evoluție individuală cu tendința de lărgire și producerea diverselor complicații. Respectiv și tabloul clinic se va găsi în dependență de factorul etiologic, vârstă, numărul dinților lipsă, de localizarea breșelor și rolul dinților pe care l-au îndeplinit în arcada dentară, numărul perechilor de dinți antagoniști, starea țesuturilor dure și a paradontului dinților restanți, de tipul de ocluzie, timpul ce sa scurs de la pierderea dinților etc.

Studiul efectuat de [1,6,8,10,12,14] confirmă că edentația parțială alături de simptomatologia afectării sistemului dentar se caracterizează și prin apariția simptomelor caracteristice modificărilor în celelalte componente ale sistemului stomatognat și în special în articulația temporo mandibulară (ATM) și sistemul muscular.

Din multiplele varietăți clinice ale edentației parțiale cea terminală întinsă prezintă o formă clinică ce frecvent generează disfuncția mandibulo craniană (DMC). După cum menționează R. Pinkerst (1985) citat de [7] suprasolicitările ATM, determinate de lipsa dinților laterali duc la apariția cracmentelor, crepitațiilor la începutul, în timpul și la sfârșitul deschiderii gurii provocând dereglări structurale în cartilajul articular, capsula sinovială, micșorând și circulația lichidului sinovial.

La rând cu acestea se subliniază [7], că unul din momentele importante în etiologia zgomotelor articulare sunt schimbările relațiilor componentelor intra articulare ce apar ca rezultat al pierderii dinților laterali. În același timp se specifică [8] că din dereglările ocluzale nefavorabile pentru ATM un rol primordial îl au breșele arcadelor dentare, mai ales în zonele laterale ale arcadelor dentare, ceea ce duce la deplasarea distală a condilului articulari, îngustarea fisurii articulare în zona distală, schimbări în corelația condil articular disc articular. Tot aici [8] se menționează, că adepții teorii ocluzale consideră combinarea în majoritatea cazurilor a disfuncției ATM cu defectele arcadelor dentare și alte dereglări a ocluziei funcționale și acel fapt că înlăturarea acestor dereglări prin metode ortopedice de tratament duce la regresia simptomatologiei articulare.

Însă continuă să rămână insuficient studiate [6] influența pierderii dinților laterali la apariția stărilor și manifestările clinice a DMC, ce deseori influențează negativ conceperea și realizarea unui tratament adecvat normalizării rapoartelor mandibulo craniene.

Tabloul clinic și tratamentul DMC este complicat și necesită cunoștințe vaste despre anatomia și fiziologia ATM și a sistemului muscular, ce ne permite să ne orientăm în manifestările diverse clinico radiologice și să alcătuim un plan individual de tratament complex a pacienților cu așa patologii.

După cum menționează [2,7,10] alcătuind complexul de măsuri terapeutice la așa categorie de pacienți e necesar de a lua în considerație atât caracterul poli etiologic a DMC, cât și particularitățile patogeniei și ale tabloului clinic individual. Tot aici se indică că în majoritatea cazurilor simptomele DMC au o particularitate caracteristică instantaneu de a apărea și dispărea, astfel măsurile complexe de tratament trebuie să aibă, deci, caracter terapeutic asupra tuturor verigilor determinante ale patogeniei acestor disfuncții.

Se subliniază [2] că unul din scopurile majore ale tratamentului DMC îl constituie terapia de re poziționare corectă mandibulo craniană. Tratamentul de re poziționare mandibulară face parte integrantă din schema terapeutică generală a disfuncțiilor, neputându se separa de aceasta. Tot aici se specifică că există cazuri în care re poziționarea mandibulo craniană în poziție centrică se poate obține printr o terapie simplă de suprimare a durerii, de relaxare musculară sau șlefuire selectivă, iar în alte cazuri este necesară o terapie de re poziționare mandibulară aplicată treptat, concomitent sau după regularizarea planului de ocluzie și relaxarea musculară. Aceasta obținându se prin utilizarea gutierelor acrilice sau a aparatelor dispozitive ocluzale. La rândul său, în funcție de obiectivul terapeutic urmărit gutierele se împart în: de urgență, de relaxare, de re poziționare mandibulară și de stabilizare. Gutiera de urgență este indicată la prezența unui spasm muscular și sunt confecționate din rășini acrilice sau din materiale elastice, care sunt prefabricate. Gutiera de relaxare este indicată de asemenea în cazul unui spasm muscular și este netedă, fără inhibi-

tori de ocluzie. Gutiera de re poziționare mandibulară este indicată în tulburările articulare și plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Suprafața ei este indentată și obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. Este utilizată pentru a normaliza raportul elementelor articulare în stare fiziologică sau asimptomatică. Gutiera de stabilizare este indicată după chirurgia de re poziționare a meniscului sau după aplicarea unei gutiere de re poziționare. Suprafața ei este ușor indentată, permite multiple contacte în relația centrică și stabilizează mandibula.

Tot în acest context se specifică (Di Paolo, 1995) citat de [10] că complexul de măsuri terapeutice în caz de DMC constă din două etape. În prima etapă se folosesc metode de tratament ortopedice, fizioterapeutice și alte metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, crepitațiile, cracmentele articulare etc.) și normalizarea poziției mandibulei față de maxilă. Măsurile etapei a doua sunt îndreptate spre menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Astfel unul din scopurile tratamentului pacienților cu DMC este normalizarea poziției mandibulei față de maxilă, care se efectuează folosind gutiere dentoalveolare și aparate dispozitive ocluzale. Însă autorul nu indică situațiile clinice de care depinde alegerea dispozitivului respectiv.

După datele unor autori (Magnusson, Carlsson 1980) citat de [13] utilizarea gutierelor dentoalveolare în combinație cu tratament protetic ulterior a dat rezultate pozitive și a fost clinic efectivă în 70-90% de pacienți cu DMC.

De asemenea este accentuat (Goharian, Neff 1980) citat de [13] că utilizarea gutierelor dentoalveolare atenuează durerea în ATM și suprimă hiperactivitatea mușchilor masticatori, ce micșorează suprasolicitarea ATM.

Prin urmare mai multe aspecte ale manifestărilor clinice și de tratament a DMC generate de edentația parțială terminală întinsă rămân insuficient studiate.

Scopul lucrării

Evaluarea manifestărilor clinice și elaborarea algoritmului de reabilitare complexă a pacienților cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană.

Materiale și metode

Au fost examinați complex 20 pacienți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale întinse punând accent pe diagnosticarea prezenței disfuncției mandibulo craniene generate de deplasarea distală a mandibulei, de micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) sau de combinarea lor. Toți pacienții au fost devizați în două loturi în dependență de întinderea și localizarea breșelor. În primul lot au fost incluși 11 pacienți cu edentații terminale bilaterale la unul sau ambele maxilare sau îmbinarea celor bilaterale și unilaterale, în care breșele dentare

La rând cu acestea se subliniază [7], că unul din momentele importante în etiologia zgomotelor articulare sunt schimbările relațiilor componentelor intra articulare ce apar ca rezultat al pierderii dinților laterali. În același timp se specifică [8] că din dereglările ocluzale nefavorabile pentru ATM un rol primordial îl au breșele arcadelor dentare, mai ales în zonele laterale ale arcadelor dentare, ceea ce duce la deplasarea distală a condilului articulari, îngustarea fisurii articulare în zona distală, schimbări în corelația condil articular disc articular. Tot aici [8] se menționează, că adepții teorii ocluzale consideră combinarea în majoritatea cazurilor a disfuncției ATM cu defectele arcadelor dentare și alte dereglări a ocluziei funcționale și acel fapt că înlăturarea acestor dereglări prin metode ortopedice de tratament duce la regresia simptomatologiei articulare.

Însă continuă să rămână insuficient studiate [6] influența pierderii dinților laterali la apariția stărilor și manifestările clinice a DMC, ce deseori influențează negativ conceperea și realizarea unui tratament adecvat normalizării rapoartelor mandibulo craniene.

Tabloul clinic și tratamentul DMC este complicat și necesită cunoștințe vaste despre anatomia și fiziologia ATM și a sistemului muscular, ce ne permite să ne orientăm în manifestările diverse clinico radiologice și să alcătuim un plan individual de tratament complex a pacienților cu așa patologii.

După cum menționează [2,7,10] alcătuind complexul de măsuri terapeutice la așa categorie de pacienți e necesar de a lua în considerație atât caracterul poli etiologic a DMC, cât și particularitățile patogeniei și ale tabloului clinic individual. Tot aici se indică că în majoritatea cazurilor simptomele DMC au o particularitate caracteristică instantaneu de a apărea și dispărea, astfel măsurile complexe de tratament trebuie să aibă, deci, caracter terapeutic asupra tuturor verigilor determinante ale patogeniei acestor disfuncții.

Se subliniază [2] că unul din scopurile majore ale tratamentului DMC îl constituie terapia de re poziționare corectă mandibulo craniană. Tratamentul de re poziționare mandibulară face parte integrantă din schema terapeutică generală a disfuncțiilor, neputându se separa de aceasta. Tot aici se specifică că există cazuri în care re poziționarea mandibulo craniană în poziție centrică se poate obține printr o terapie simplă de suprimare a durerii, de relaxare musculară sau șlefuire selectivă, iar în alte cazuri este necesară o terapie de re poziționare mandibulară aplicată treptat, concomitent sau după regularizarea planului de ocluzie și relaxarea musculară. Aceasta obținându se prin utilizarea gutierelor acrilice sau a aparatelor dispozitive ocluzale. La rândul său, în funcție de obiectivul terapeutic urmărit gutierele se împart în: de urgență, de relaxare, de re poziționare mandibulară și de stabilizare. Gutiera de urgență este indicată la prezența unui spasm muscular și sunt confecționate din rășini acrilice sau din materiale elastice, care sunt prefabricate. Gutiera de relaxare este indicată de asemenea în cazul unui spasm muscular și este netedă, fără inhibi-

tori de ocluzie. Gutiera de re poziționare mandibulară este indicată în tulburările articulare și plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Suprafața ei este indentată și obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. Este utilizată pentru a normaliza raportul elementelor articulare în stare fiziologică sau asimptomatică. Gutiera de stabilizare este indicată după chirurgia de re poziționare a meniscului sau după aplicarea unei gutiere de re poziționare. Suprafața ei este ușor indentată, permite multiple contacte în relația centrică și stabilizează mandibula.

Tot în acest context se specifică (Di Paolo, 1995) citat de [10] că complexul de măsuri terapeutice în caz de DMC constă din două etape. În prima etapă se folosesc metode de tratament ortopedice, fizioterapeutice și alte metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, crepitațiile, cracmentele articulare etc.) și normalizarea poziției mandibulei față de maxilă. Măsurile etapei a doua sunt îndreptate spre menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Astfel unul din scopurile tratamentului pacienților cu DMC este normalizarea poziției mandibulei față de maxilă, care se efectuează folosind gutiere dentoalveolare și aparate dispozitive ocluzale. Însă autorul nu indică situațiile clinice de care depinde alegerea dispozitivului respectiv.

După datele unor autori (Magnusson, Carlsson 1980) citat de [13] utilizarea gutierelor dentoalveolare în combinație cu tratament protetic ulterior a dat rezultate pozitive și a fost clinic efectivă în 70-90% de pacienți cu DMC.

De asemenea este accentuat (Goharian, Neff 1980) citat de [13] că utilizarea gutierelor dentoalveolare atenuează durerea în ATM și suprimă hiperactivitatea mușchilor masticatori, ce micșorează suprasolicitarea ATM.

Prin urmare mai multe aspecte ale manifestărilor clinice și de tratament a DMC generate de edentația parțială terminală întinsă rămân insuficient studiate.

Scopul lucrării

Evaluarea manifestărilor clinice și elaborarea algoritmului de reabilitare complexă a pacienților cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană.

Materiale și metode

Au fost examinați complex 20 pacienți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale întinse punând accent pe diagnosticarea prezenței disfuncției mandibulo craniene generate de deplasarea distală a mandibulei, de micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) sau de combinarea lor. Toți pacienții au fost devizați în două loturi în dependență de întinderea și localizarea breșelor. În primul lot au fost incluși 11 pacienți cu edentații terminale bilaterale la unul sau ambele maxilare sau îmbinarea celor bilaterale și unilaterale, în care breșele dentare

erau reprezentate de lipsa molarilor și a premolarilor unilaterali și numai cu prezența unui prim premolar pe una din hemiarcadele opuse. În al doilea lot 9 pacienți cu breșe dentare reprezentate prin lipsa tuturor premolarilor și a molarilor. Examenul clinic instrumental s a efectuat conform unei scheme elaborată de noi în care s a urmărit depistarea semnelor clinice subiective și obiective ale DMC, având ca scop stabilirea unui diagnostic corect, determinarea planului de tratament, aplicarea tratamentului proprotetic și protetic reieșind din particularitățile individuale ale tabloului clinic. La rând cu examenul clinic s a efectuat studiul modelelor de diagnostic, ortopantomografia, tomografia computerizată ATM și electromiografia mușchilor maseterici (EMG).

Examenul ATM s a axat pe evaluarea stării generale a componentelor articulare prin metode clinice determinând prezența zonelor dolore, caracterul excursiilor condililor mandibulari, prezența crepitațiilor, cracmentelor și a salturilor articulare. La 10 pacienți a fost efectuată examinarea ATM prin tomografia computerizată spiralată, care a permis obținerea imaginilor pe secțiuni cu pasul tomografic 1 3 mm cu reconstrucții sagitale tridimensionale a structurilor articulare, care permit reconstituirea ATM și studierea stării discului articular. Rezultatele obținute au fost evaluate cu ajutorul programelor de calculator eFilm și Alcualete.

Mușchii mobilizatori au fost examinați prin metode clinice și paraclinice. Starea mușchilor sa evaluat prin palparea lor superficială și profundă determinând astfel tonusul muscular, prezența sau absența zonelor dureroase, caracterul cinematicii mandibulare. La 9 pacienți a fost efectuată EMG mușchilor maseterici și a fasciculelor anterioare ale mușchilor temporali, folosind electrozi standarde de suprafață amplasați în aceleași locuri pentru a asigura primirea unor date reprezentative, ce nea oferit aspecte caracteristice pentru diagnosticarea disfuncției neuromusculare, prin asimetriile traseelor în urma modificării amplitudinii și frecvenței, precum și a neconcordanței contracțiilor musculare. De asemenea sa determinat si alte criterii: perioada de activitate bioelectrică (sec), durata repaosului bioelectric (sec), amplitudinea maximă a biopotențialelor în repaus (mkv), amplitudinea maximă a biopotențialelor la funcția de masticație (mkv). Examenul electromiografic sa efectuat și in faza actului de deglutiție, cunoscând faptul că orice ocluzie dezechilibrată influențează negativ această funcție a sistemului stomatognat.

Pentru toți pacienții sau realizat modele de diagnostic cu ajutorul cărora sau apreciat starea arcadelor dentare și a dinților restanți. S a determinat forma arcadelor dentare, gradul de migrare a dinților restanți, forma și starea crestelor alveolare.

Lotul de control I au constituit 5 pacienți cu vârstă cuprinsă în aceleași limite, la care au fost diagnosticate edentații parțiale terminale bilaterale cu păstrarea premolarilor fără semne clinice de deplasare a mandibulei în sens distal.

Rezultate și discuții

Rezultatele examenului clinic a permis de a evidenția unele particularități de generare și manifestare a DMC. Prin analiza datelor examenului subiectiv s a stabilit corelația dintre gradul dereglărilor morfologice ale arcadelor dentare, relațiilor interocluzale și caracterul semnelor clinice ale DMC. Astfel s a stabilit că acuze caracteristice disfuncției mandibulo craniene au prezentat 12 pacienți, 5 din primul lot și 7 din lotul doi, care erau: durerea articulară, de o intensitate variabilă, dureri acute, surde cu iradieri în urechi, limbă, zona temporală, uni sau bilateral, apărute mai rar în repaus și exacerbate la mișcările mandibulare de obicei dimineța, dispărând după câteva mișcări. La unii pacienți deseori acest simptom apărea și după prânz, după cum menționau pacienții, ca urmare a oboselii și solicitării articulației. De asemeni majoritatea pacienților prezentau cracmente articulare, din care 7 pacienți au indicat la cracmente unilaterale și 8 pacienți bilaterale. Mai frecvent cracmentele erau prezentate de un singur sunet la începutul deschiderii gurii. Prezența cracmentelor a fost depistată și prin examenul clinic la toți pacienții din ambele loturi, care nu au solicitat tatament protetic timp îndelungat(1,5 5 ani). De asemenea la 3 pacienți din lotul 2 s a depistat prezența saltului articular la deschiderea și închiderea gurii. Totodată trebuie de menționat că la ceilalți 8 pacienți, care nu au prezentat acuze caracteristice pentru DMC, pe parcursul examenului clinic au fost depistate mai multe simptoame specifice pentru această patologie, printre care dereglarea excursiilor condililor articulari ai mandibulei uni sau bilateral, crepitații articulare. Examenul exobucal prin inspecție a confirmat dereglarea simetriei faciale pe verticală manifestată prin micșorarea treimii inferioare a feții, pronunțarea plicilor nazolabiale, deplasarea distală a mandibulei manifestată vizual prin deplasarea în acest plan a mentonului, hipertonicitatea mușchilor orofaciali și efort excesiv în timpul actului de deglutiție. Examenul zonelor pretragiene prin palpate a permis de a confirma prezența senzațiilor dureroase preponderent în timpul mișcărilor mandibulare. Blocajul articular nesemnificativ a fost depistat la 5 pacienți din lotul doi. De menționat că la toți pacienții din lotul doi și 6 pacienți din primul lot a fost depistat fenomenul de deviere a mandibulei atât la deschiderea cât și la închiderea gurii. Traseul mandibulei era în formă de baionetă și mai frecvent în zigzag. De asemenea a fost determinată o sensibilitate nesemnificativă la presiune în zona ATM, printr o ușoară compresiune pe menton, pacientul stând cu gura ușor întredeschisă.

Din semnele clinice musculare la o parte din pacienți s a evidențiat o ușoară hipertonie și durere musculară la palpate preponderent în zona inserției musculare,cauzată de spasmele și oboseala musculară, manifestată spontan, dar și declanșată la tentativele de mobilizare a mandibulei. La fel sa determinat și micșorarea amplitudinii excursiilor cinematicii mandibulare, la 3 pacienți din primul lot și 4 pacienți din

lotul doi. Noi explicăm acest fenomen prin prezența hipertoniilor musculare, spasmului, oboselii și durerii musculare, care impuneau pacienții să evite mișcarea sau să aleagă anumite tipare de dinamică mandibulară, care și erau în formă de baionetă sau în formă de zig zag. La rând cu manifestările clinice indicate la pacienții investigați erau prezente și simptome parodontale, apărute ca consecință a suprasolicitării țesuturilor de susținere a dinților determinate de pozițiile mandibulo craniene și de disfuncțiile induse de aceste poziționări anormale statice și dinamice: disfuncție articulară, musculară, ocluzie traumatogenă. Simptomele parodontale se manifestau prin dureri, creșterea mobilității dentare însoțite de lărgirea spațiului periodontal, determinat radiologic. De asemenea la nivelul arcadei dentare, în urma examenului endobucal, la majoritatea pacienților din ambele loturi au fost depistate migrări dentare de diferit grad, preponderent, pe verticală și respectiv deformații ale arcadei dentare. La fel, ca urmare a pierderii dinților laterali, dinții frontali la acești pacienți sau asumat funcția și de triturare a alimentelor manifestată prin abraziune orizontală, iar solicitările dinților frontali superiori în unele cazuri au influențat migrarea lor. Pentru determinarea gradului de migrare verticală a dinților modelele de diagnostic sau studiate separat și în raport de ocluzie centrică, iar cu ajutorul șublerului sa determinat gradul de migrare. În cazul în care planul de ocluzie pe model a fost imposibil de determinat sa folosit norma individuală a înălțimii dentare ori dentoalveolare a pacienților, stabilită prin metria aceluiași dinți de pe partea opusă a maxilarului.

Modificarea rapoartelor dintre arcadele dentare a condus la micșorarea DVO în limitele de la 2 la 6 mm la 5 pacienți din primul lot și la 7 pacienți din lotul doi. Tot la examenul endobucal și la metria modelelor de diagnostic sa determinat gradul de deplasare a mandibulei distale, prin determinarea locului de articulare a marginii incisive a dinților frontali inferiori cu suprafața palatinală a celor superiori, iar la absența lor prin determinarea poziționării dinților inferiori față de cei superiori. Astfel la 8 pacienți din primul lotul marginea dinților inferiori contactau la nivelul coletului celor superiori și la 3 pacienți marginea incisivală a trecut de coletul dinților frontali superiori contactând cu mucoasa palatului dur. În lotul doi de pacienți la 2 din ei marginea incisivă a frontalilor inferiori contactau cu coletul celor superiori și la 6 pacienți cu mucoasa palatului dur, iar la un pacient, la care lipseau dinții antagoniști cei prezenți contactau cu procesul alveolar a maxilarului respectiv fiind absentă și dimensiunea verticală de ocluzie, prezentat în cazul clinic (Fig.1 7).

Analiza filmelor tomografiei computerizate a demonstrat că spațiul articular atât la pacienții din lotul întâi cât și la pacienții din lotul doi era mărit anterior (în limitele 1,34 2,15 mm) și îngustat posterior (în limitele 1,08 1,34 mm) în dependență de gradul de deplasare a mandibulei posterioare. De asemenea s au determinat modificări morfologice manifestate prin

semne de scleroză a plăcuței corticale a condililor articulari uneori cu deformarea lor, căpătând o formă aplatisată, care, după cum considerăm noi, este direct condiționată de suprasolicitarea structurilor articulare. Acest fenomen este elucidat și de [8,10,12,13]. La rând cu acestea acest studiu ne a permis să constatăm modificări cu caracter de deformație și a discului articular. Noi considerăm că modificările relațiilor suprafețelor articulare cu discul articular inițial conduce la apariția fenomenului de compresie lui, care ulterior declanșează și procese degenerative cu deformarea discului articular.

Rezultatele examenului electromiografic au depistat în funcționalitatea mușchilor maseterici și temporali micșorarea amplitudinii biopotențialelor electrice la contracția maximă voluntară a mușchilor maseterici și micșorarea amplitudinii contracției maxime a mușchilor respectivi în timpul funcției confirmând creșterea perioadei de activitate bioelectrică până la 0,35+0,02 sec. și a repausului bioelectric până la 0,45+0,02 sec, în comparație cu pacienții din lotul de control unde aceste date, ale activității bioelectrice în repaus, variază în limitele 0,08 0,26 sec. De asemenea la 4 pacienți din lotul doi sau evidențiat descărcări de biopotențial nesimultane în deglutiție.

Întocmirea planului de tratament s a bazat pe rezultatele examenului clinic și paraclinic, luând în considerație și gradul de micșorare a DVO și de deplasare a mandibulei distale. Astfel în cazurile de micșorare a DVO și deplasare distală a mandibulei re poziționarea s a efectuat în plan vertical și sagital.

Prin urmare la etapa inițială de tratament măsurile terapeutice de tratament au fost orientate spre normalizarea planului de ocluzie și a poziției mandibulei față de maxilă. În acest scop au fost utilizate gutiere dento alveolare și aparate dispozitive ocluzale care prin montarea dinților lipsă erau transformate în aparate proteze (Fig.5). Gutiera de re poziționare mandibulară plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Mecanismul de acțiune poate fi explicat prin faptul că suprafața ei fiind indentată obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. În acest scop ea se poartă 24 ore din 24, chiar și în timpul meselor.

În situațiile clinice când pacienții au prezentat dureri în regiunea ATM, atât în stare de repaus cât și în timpul mișcărilor mandibulare tratamentul s a început cu înlăturarea senzațiilor de durere. Astfel pacienților sa administrat preparate analgetice după schemele cunoscute fiecărui preparat în parte, preparate sedative minore de tipul diazepamului câte 2 mg pe zi. Creșterea dozelor se poate face în dependență de toleranța pacientului și gravitatea cazului clinic. Pe lângă efectul său tranchilizant, aceste preparate medicamentoase au și proprietăți miorelaxante destul de accentuate, fapt pentru care și sunt efective în disfuncțiile sistemului stomatognat. La rând cu aceasta sa aplicat și un complex de măsuri de miorelaxare: masajul mușchilor maseterici și temporali, miogimnastica (dupa principiul bio feedback), care pacienții după instruc-

taj le au îndeplinit desinestătător și tratament fizioterapeutic, cum ar fi terapia cu ultrasunet efectuând 8-10 proceduri cu timp de 5-8 min în regimul de lucru cu intensitatea de 0,4 mA și impulsuri 4 ms, urmând ulterior poziționarea mandibulei față de maxilă apoi tratamentul protetic conform indicațiilor, cu destinația de restabilire a funcțiilor dereglate și menținerea a poziției corecte mandibulare față de baza craniului.

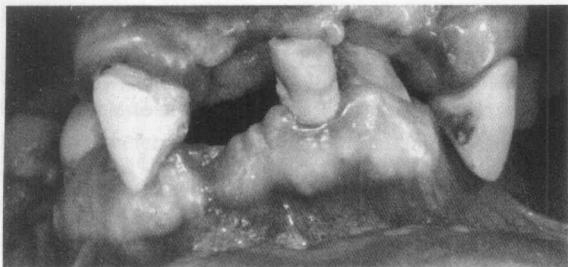


Fig.1 Pacientul G, 42 ani Situația clinică până la tratament



Fig.2 Modele de diagnostic aspect frontal

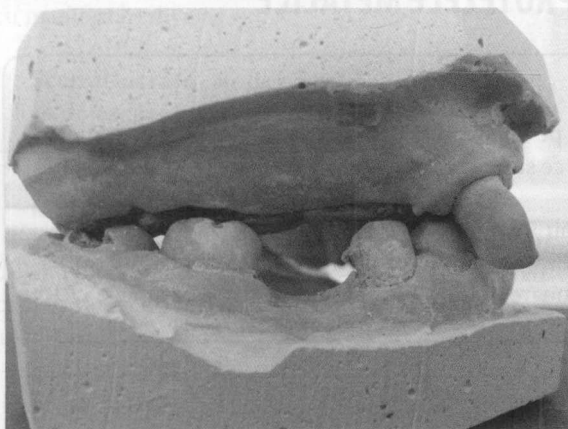


Fig.3 Modele de diagnostic aspect lateral dreapta

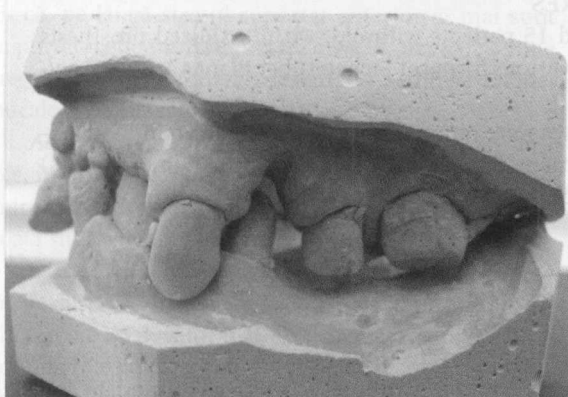


Fig.4 Modele de diagnostic aspect lateral stânga

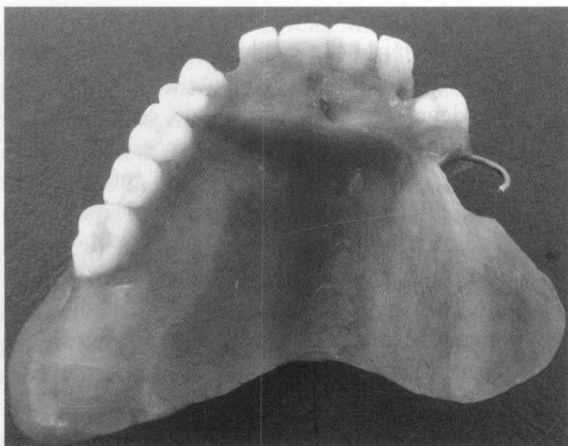


Fig.5 Dispozitivul pentru re poziționare mandibulo craniană prezentat de placă palatinală cu plan înclinat în zona retroincizivă, dinți artificiali și elemente de fixare.

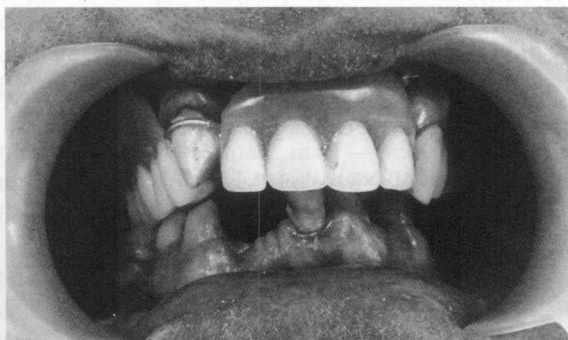


Fig.6 Dispozitivul pentru re poziționare în cavitatea bucală



Fig.7 Lucrarea protetică finală

Astfel algoritmul tratamentului complex a constat din anumite etape consecutive. În prima etapă sau folosit metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, limitarea mișcărilor mandibulare, crepitații etc.) prin administrarea preparatelor analgetice, sedative minore, proceduri fizioterapeutice, efectuarea măsurilor de miorelaxare prin masajul mușchilor maseterici și temporali, miogimnastica efectuată de pacienți după instructaj. Măsurile etapei a doua au constat în re poziționarea mandibulei față de maxilă utilizând gutiere de re poziționare și aparate dispozitive ocluzale, pe care pacienții le au purtat 3-6 luni, în dependență de gravitatea situației clinice. Măsurile ultimei etape de tratament complex au constat în menținerea rezultatelor re poziționării mandibulare prin realizarea protezelor fixe, prezentate prin punți dentare metalo ceramică și metalo acrilice și proteze parțial mobilizabile acrilice și scheletate conform indicațiilor clinice.

Concluzie

1. Manifestările clinice ale disfuncției mandibulo craniene sunt dependente de forma clinică a edentației parțiale terminale, cronologia extracțiilor dentare, evoluția procesului patologic, numărul de perechi de dinți antagoniști și topografia sau absența lor, gradul de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie și de deplasare distală a mandibulei.
2. În baza manifestărilor clinice ale disfuncției mandibulo craniene a fost elaborat algoritmul de tratament complex etapizat care prevede: normalizarea poziției mandibulei față de maxilă și menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Bibliografie

1. Burlui V. Malrelațiile cranio mandibulare. Ed. Apollonia, Iași, 2002, 520 pag.
2. Burlui V. Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 2000, 566 pag.
3. Ioniță S., Petre Al. Ocluzia dentară. Editura didactică și pedagogică R.A. București 2003, 237 pag.
4. Ifteni G., Burlui V. Ghid practic de gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 1998, 176 pag.

5. Oineagra V., Postolachi I. Aspecte clinice ale relațiilor intermaxilare în tratamentul protetic cu punți dentare. Medicina stomatologică Nr. 1(10) Chișinău 2009. pag.32-35
6. Банух Б.Н. Клиника и лечение окклюзионно артикуляционного синдрома дисфункции височно нижнечелюстного сустава обусловленного утратой жевательных зубов. Автореферат дисс...канд. мед. наук Киев, 1986
7. Безруков В., Семкин В., Григорьянц Л., Рабухина Н. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Москва, 2002, 45 стр.
8. Ивасенко П., Мискевич М., Савченко Р., Симахов Р. Патология височно нижнечелюстного сустава: клиника диагностика и принципы лечения. Изд. Меди, Санкт Петербург, 2007, 80 стр
9. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006
10. Пузин М., Вязьмин А. Болевая дисфункция височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 2002, 157 стр.
11. Смуклер Х. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006, 136 стр.
12. Сёмкин В.А., Рабухина Н.А. Дисфункция височно нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). ЗАО Редакция журнала „Новое в стоматологии“ Москва 2000, 53 стр.
13. Хватова В. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 1982, 158 стр.
14. Хватова В. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии. Изд. Медицинская книга, Москва, 2007, 293 стр.

CORELAȚIA ÎNTRE LICHEN ROȘU PLAN, GALVANOZĂ ȘI PROTEZELE METALICE

Ana Eni

d.ș.m., catedra
stomatologie terapeutică
FECMF. USMF
„N. Testemițanu”

Ștefan Vlas

șef secție stomatologie
Nr.2 IMSP AMT
„Râșcani” policlinica
Nr.11

Haralambie Vlas

rezident an I
stomatologie USMF
„N. Testemițanu”

Mariana Dragoste

rezident an II
stomatologie USMF
„N. Testemițanu”

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe un lot de 15 pacienți purtători de proteze metalice vechi, uzate, oxidate, ce sufereau concomitent de diferite forme ale LRP și galvanoză (20-50 μ A).

Acestor pacienți li s-au înlăturat protezele vechi și s-a aplicat un tratament complex individualizat. Examinarea ulterioară la distanță (1-2 ani) a arătat dispariția sau diminuarea vădită a simptomelor galvanozei și ale LRP.

Summary

CORRELATION BETWEEN LICHEN RUBER PLANUS, GALVANISM AND METAL DENTURES

There were examined 15 patients with old, worn, oxidized prosthesis that were suffering from various forms of Lichen ruber planus and Oral galvanism (20-50 μ A).

All those old prostheses were removed and were applied an individualized comprehensive treatment. Further subsequent examination (1-2 years) showed the disappearance or obvious decrease of the Galvanism and LRP symptoms.

Actualitatea temei

Lichen Roșu Plan (LRP) reprezintă o afecțiune cutaneo — mucoasă, care se caracterizează prin apariția elementelor cheratinizate (cornificate), totodată această patologie poate afecta doar mucoasa orală.

Cauzele LRP nu sunt stabilite definitiv, dar s-a constatat că un rol important în apariția lui îl joacă factorii neurogeni (Savchina G.D. an 1978). Nu pe ultimul loc stau și factorii toxico-alergici ce apar la pacienții purtători de diferite proteze metalice, obturații din amalgam capabile să provoace diverse fenomene galvanice. La unii pacienți acești factori pot interacționa între ei măbind *sumar* acțiunea negativă asupra țesuturilor bucale și a întregului organism.

E cunoscut rolul deprimant al stresului cronic asupra imunității organismului, care asociat factorilor locali, sporește sensibilitatea și intoxicația țesuturilor. La acești pacienți igiena bucală nesatisfăcătoare, este susținută de statutul psihologic, de lipsa culturii și motivării către îndeplinirea ei corectă. Această stare de asemenea poate provoca intoxicația țesuturilor cu scăderea imunității locale.

E necesar de menționat că acești pacienți deseori suferă și de o gastrită hiperacidă cu regurgitarea sucului gastric care la fel poate mări oxidarea protezelor.

Pe parcurs, în rezultatul acțiunii negative, locale și generale, a factorilor sus numiți apare și *galvanoza* cu simptomele ei subiective și obiective ce se manifestă variat la diferiți pacienți:

- arsuri, senzații neplăcute la nivelul mucoasei orale;
- gust metalic, acru;
- uneori apar curenți, scânteii la atingerea cu furculița din zinc de coroanele metalice.

În majoritatea cazurilor la acești pacienți, pe mucoasa orală se observă prezența tabloului clinic al LRP cu manifestări diverse.

Scopul lucrării este de a atenționa medicii stomatologi de existența corelației între LPR, galvanoză și calitatea protezelor metalice.

Materiale și metodă

Material de studiu a servit un lot din 15 pacienți, care au fost consultați la catedră — 10 femei și 5 bărbați, în vârstă de 35-50 ani. La toți pacienții a fost diagnosticat:

- Lichen Roșu Plan;
- Galvanoză;
- Parodontită cronică generalizată ușoară-gravă.

În urma *examenului clinic* la 8 pacienți s-a stabilit că, pe lângă stresul suportat anterior ei mai sunt și purtători de proteze metalice *vechi, uzate*, cu zone *negre-oxidate*, totodată prezentând semnele igienei bucale nesatisfăcătoare. (fig.1-3).

Acuze: pacienții manifestau nervozitate, insomnie, indispoziție, gust metalic, acru, preponderent dimineața, „gura pungă“, senzații de arsură resimțită pe toată suprafața mucoasei orale în decurs de 3-4 ani.

Din anamneză s-a stabilit că la început simptomele descrise au fost de intensitate redusă, dar cu timpul ele au devenit mai pronunțate, ocupând zone tot mai mari, devenind mai dureroase, preponderent în timpul alimentației. Periodic starea pacienților se agrava.

La examenul clinic la nivelul mucoasei orale se observă o hiperemie pronunțată, difuză (obraji, limbă, gingii, plica tranzitorie, zonele retromolare), pe fundalul căreia se vizualizau formațiuni papuloase, care alcătuiau un desen albicios (inele, linii, ramuri, puncte albe) cu *cheratinizare* pronunțată numită — *plasa Uichem* (fig.5). Pe fonul desenului cheratinizat puteau fi observate *eroziuni, ulcere* dureroase la atingere ce în diametru erau de dimensiunile 3-6 mm, acoperite cu depuneri albe, fibrinoase. Tabloul clinic la acești pacienți coincidea cu cel al formelor *exudativ — hiperemică* și *eroziv-ulceroasă* ale LRP.

În urma suferințelor tisulare, alterărilor biochimice și electrolitice se asociază și clinica unei *parodontite cronice generalizate de gradul mediu/grav*. Gingia marginală a acestor pacienți prezenta o nuanță cianotică pronunțată preponderent în zonele de contact cu protezele, edem, hiperemie, pungi parodontale adânci și semnele unei intoxicații puternice. (fig.2)

La majoritatea persoanelor examinate protezele metalice ocupau sectoare mari — (mai mult de 12 unități) cu zone oxidate, iar curenții galvanici prezentau 25-50 μ A.

La 7 pacienți clinica parodontitei era slab pronunțată și mai localizată. Ei manifestau *forma tipică a LRP* cu limitarea zonelor afectate, hiperemie moderată, lipsa ulcerelor și eroziunilor, senzațiile subiective resimțite mai slab, iar unitățile protetice erau mai puțin de 12, și de o vechime mai mică, curenții galvanici indicau valori de până la 20 μ A.

Rezultatele

După înlăturarea acestor proteze, *gingia în locul de contact cu coroanele, suprafața internă a coroanelor tăiate, suprafața gingivală a corpului de punte* aveau *culori întunecate spre negru* (fig.1,2,3). Deseori la coroanele de pe dinții stâlpi se depistau numeroase greșeli tehnice de executare:

- Modelarea incorectă în laborator a formei anatomice a coroanei dentare pe model;
- Omiterea ștanțării preventive a coroanelor, în rezultatul căreia ele nu erau ajustate la colet (deseori mai largi, ceea ce provoacă traumatizarea mecanică a gingiei marginale, atrofierea papilei interdentare, cu descimentarea ulterioară a coroanei și ramolirea țesuturilor dentare dure);
- Scurtarea incorectă a coroanelor — cu ignorarea liniei de colet;
- Albirea nu se efectua sau se efectua cu soluții deja inactive;
- Lustruirea *superficială* înainte de a acoperi coroanele cu un strat de Nitrit de Titan.
- Aceste erori au și condus la corozie prematură a suprafețelor sudate.

Este necesar de menționat că majoritatea pacienților au simțit o ameliorare imediată după înlăturarea protezelor metalice.

Timp de 2—3 săptămâni, în funcție de gradul de

afectare a țesuturilor, pacienților li s-a efectuat un *tratatment complex, etapizat, individualizat*:

În prima ședință s-a efectuat:

- curățarea suprafețelor dentare de impuritățile negre, cimentul infectat;
- detartrajul și prelucrarea gingie;
- irigații și badijonări antisепtice abundente și minuțioase;
- aplicarea substanțelor medicamentoase pe gingie;

În ședințele ulterioare s-a efectuat:

- un *tratament local și general* al parodontitei și a LRP;
- tratamentul cariilor (obturații, restaurări).

E necesar să menționăm că la 6 pacienți din lotul de studiu(15), alegerea construcției protetice n-a fost corectă.

Exemplu: pe imaginea prezentată se vede că pentru suplinirea a 2 dinți lipsă, au fost șlefuiți — acoperiți cu coroane metalice ștanțate 5 dinți. Construcția în cauză este o punte alcătuită din 5 coroane și o extensie din 2 unități în zona distală (se acceptă de utilizat doar o singura extensie și doar mezial). De pe imagine de asemenea se mai observă ca dinții au fost șlefuiți fără respectarea principiului de paralelism (s-a păstrat ecuatorul) ceea ce a dus la confecționarea coroanelor mai largi (fig.2).

La majoritatea pacienților, în rezultatul tratamentului *terapeutic complex* efectuat, simptomele anterior descrise au dispărut complet și numai la 5 din ei au rămas *simptome slabe* ale LRP, *galvanozei și parodontitei*.

După tratamentul terapeutic s-a recurs la protezarea rațională a pacienților cu diverse construcții, preponderent acrilice (proteze parțial mobilizabile acrilice, scheletate, pe culise, etc.)

În cazul din imagine s-au confecționat coroane ștanțate, numai pe dinții suport pentru croșete, însă de data aceasta fără extensie, apoi proteza parțial mobilizabilă. La confecționarea lor au fost respectate strict și toate etapele clinico-tehnice. Restul dinților care au fost acoperiți cu coroane metalice au fost restaurați cu compozite fotopolimere.

Examinarea pacienților la distanță și monitorizarea eficacității tratamentului peste 1—2 ani ne indică îmbunătățirea vădită a tabloului clinic (atât general cât și local):

Simptomele galvanozei au dispărut complet;

Formele ușoare ale LRP au prezentat niște urme slabe ale rețelei Uichem — (7 pacienți);

Formele mai grave ale LRP — *hiperemice și eroziv-ulceroase* au trecut în cele ușoare, limitate, fără simptome subiective — 8 pacienți;

Simptomele *parodontale inflamatorii* au dispărut, după efectuarea tratamentului complex.

Recomandări

Respectarea cu strictețe a etapelor clinico-tehnice în confecționarea coroanelor metalice (anume sudarea calitativă și *albirea*) (fig.4).

Includerea în construcțiile metalice fixe doar a acelor dinți care sunt necesari pentru suport (dinții cariati pot fi restaurați terapeutic).

Utilizarea mai frecventă a protezelor mobile, scheletate, culise, etc.

Concluzie

Mulți pacienți purtători de proteze metalice suferă de *galvanoză, LRP și parodontite*.

Severitatea simptomelor *galvanozei, LRP și ale parodontitei* sunt direct proporționale cu *mărimea, calitatea protezelor metalice, și prezența zonelor corodate*.

Tot odată și tratamentul acestor afecțiuni este mult mai dificil și mai îndelungat.

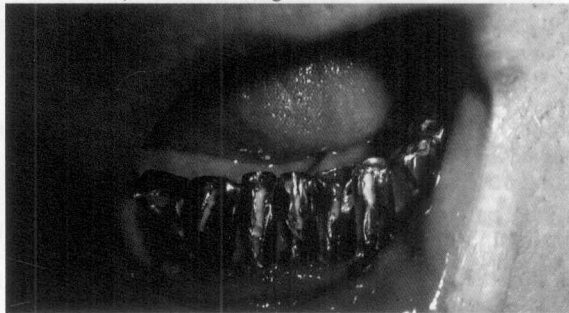


Fig.1 Situația inițială, coroane tăiate



Fig.2 Starea gingiilor și dinților după înlăturarea coroanelor

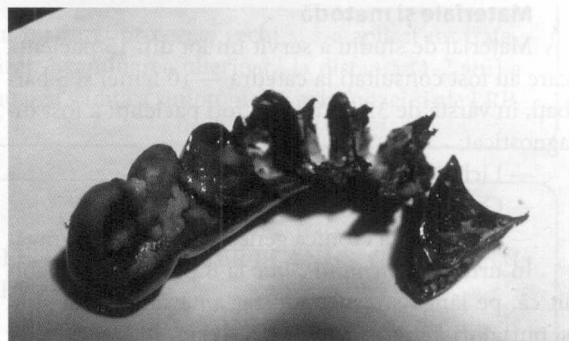


Fig.3 Aspectul punții dentare după înlăturare

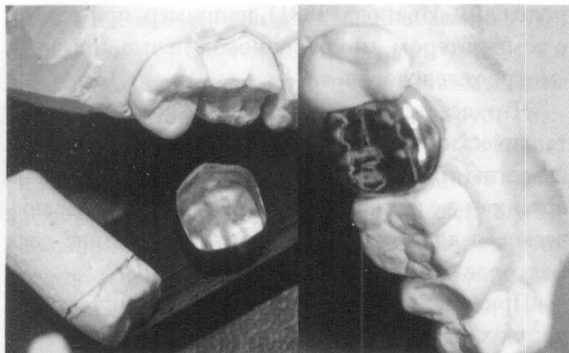


Fig. 4 Coroana ștanțată și albită corect

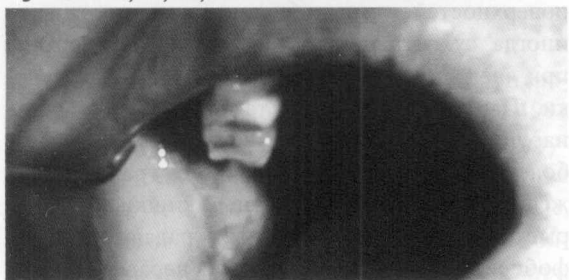


Fig. 5 LRP — eroziune pe mucoasa parietală

Bibliografie

1. Ana Eni „Afecțiunile complexului mucoparodontal“ Chișinău 2007 p. 237-242;
2. А.К. Иорданишвили „Клиническая ортопедическая стоматология“ Москва 2007 стр. 168-177
3. Г.Д. Савкина „Клиника, диагностика и лечение красного плоского лишая“ Москва 1978
4. Е.В. Боровский „Терапевтическая стоматология“ Москва 2003
5. Э.М. Кузьмина „Профилактика стоматологических заболеваний“ Москва 2001 стр. 147-154
6. Л.М. Лукиных „Заболевания слизистой оболочки полости рта“ Нижний Новгород 2000 стр. 89-114

О ГАЛЬВАНОЗЕ В ПОЛОСТИ РТА

Резюме

Наблюдение за 107 больными, которые были протезированы материалами, содержащими различные металлы, показала что гальваноз возникает у лиц чувствительных к гальваническому току. Длительное его существование во рту вызывает возникновение аллергии и таких предраковых заболеваний как лейкоплакия и красный плоский лишай.

Отмечено, что только 40-45% больным с диагнозом гальваноз можно помочь, не снимая протезы, без риска возникновения осложнений. Эти пациенты должны находится на диспансерном учете.

А.С. Кушир,
В.В. Бурлаку,
А.Т. Ожован,
В.А. Кырлиг

Кафедра
терапевтической
стоматологии ФУВ

Summary

GALVANIZATION IN THE ORAL CAVITY

The observation of 107 patients prosthetically treated with materials containing various metals showed galvanization to occur in people sensitive to galvanic current.

Its prolonged presence in the mouth leads to allergies and such precancerous lesions as leukoplakia and lichen planus. It has been noted that only 40-45% of galvanic patients can be treated without removing the prosthesis and avoiding complications. These patients should be followed up.

В настоящее время в стоматологии возникла новая, довольно сложная проблема – гальваноз. Нельзя сказать, что раньше он не встречался. Так, в 70-80 годы прошлого века особенно часто наблюдался гальваноз у лиц, которые были протезированы серебрянно-паладиевым сплавом и сталью. Тогда часто у них выявлялся дисбактериоз желудочно-кишечного тракта, как следствие действия серебра. При протезировании этим сплавом и золотом возникал гальваноз.

Следует сказать, что он возникает при следующих условиях:

1. Наличие металлического привкуса во рту.
2. Ощущение жжения, покалывания в области кончика и боковых поверхностях языка. Язык становится твердым при дотрагивании им протеза, затрудняя прием пищи и речь. Все эти ощущения возникают утром и продолжаются днем.
3. Наличие в полости рта металлических коронок и несколько несъемных протезов.
4. Между металлическими коронками и протезами фиксируется разность потенциалов
5. При снятии металлических протезов, коронок и амальгамовых пломб жжение, покалывание проходят.

Только при наличии всех этих признаков можно ставить диагноз – гальваноз (А.Ф. Данилевский и др., 1998).

Цель исследования и задачи

Целью настоящей работы являлось изучение участвовавших случаев гальваноза у больных, которые были протезированы металлами, металлокерамикой с применением имплантов.

Задача исследования состояла в том, чтобы предупредить возникновения предраковых заболеваний слизистой оболочки и аллергии, как следствие длительного существования гальваноза в полости рта.

Материал, методика и обсуждения

Нами проведено наблюдение за 107 больными (62 мужчин и 45 женщин в возрасте от 30-60 лет), которые были протезированы разноименными металлами, так же металлокерамикой в сочетании с имплантами.

При исследовании больных было отмечено в полости рта наличие металлокерамики на фронтальных и боковых зубах, а в области жевательных зубов металлические коронки покрытые нитридом титана. При покрытии нержавеющей стали нитридом титана через некоторое время последний слущивался, образуя зеленые пятна на коронках, в месте припая коронок и искусственных зубах. Между такими зубами гальванический ток достигает 60-80 мкА.

Протезирование металлокерамикой также не исключает возникновение гальванического тока. У некоторых больных керамика покрывала стальную коронку не полностью, оставался промежуток шириной 1-2 мм. Обычно это было с небной и язычной стороны. Здесь между протезами возникает гальванический ток до 100 мкА.

Необходимо отметить, что не все пациенты одинаково чувствительны к гальваническому току. Некоторые из них (около 8%) при 15-20 мкА жалуются на дискомфорт в полости рта, а другие даже при 50-60 мкА не отмечают субъективных ощущений.

К сожалению, до конца не изучен вопрос как реагирует организм человека, имеющий несъемные металлические протезы, в электромагнитном

поле (А.Ф. Иванова, 1981), например, при работе с компьютером, микроволновой печью, при просмотре телевизора и т.д.

Что касается непосредственного воздействия металлических протезов во рту, на сегодняшний день известны три вида патологического воздействия на организм человека: химическая, электрогальваническое и аллергическое. Возможно действие двух факторов одновременно (Л.Д. Гожая, 1988).

При обследовании больные отмечали во рту привкус металла, кислого, соленого, горького жжения и покалывание в области кончика и боковых поверхностей языка, обильное слюноотделение, иногда сухость во рту, ощущение электротока при введении в полость рта металлической ложки. Пациенты отмечали также головную боль, нарушение сна, общую слабость, обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки). Некоторые больные раздражительны, страдают канцерофобией, отмечалось психическая неравноуравненность. Объективно выявлялись гиперемия, отек, папулы, характерные для красного плоского лишая, гиперкератоз, напоминающий лейкоплакию. Слюна часто становилась пенистой, иногда вязкой. Язык чаще покрыт налетом, отечен, видны отпечатки зубов на его боковых поверхностях.

При наличии таких жалоб у больных, врачи снимают протезы, однако ощущения дискомфорта в полости рта не проходит сразу. Только через месяц или два эти ощущения исчезают. По-видимому, депонируются ионы тяжелых металлов за это время выходят из тканей слизистой оболочки (Л.М. Ковбасюк, 1970). Наблюдения показывают, что не всегда ткани полости рта освобождаются от ионов тяжелых металлов за такой промежуток времени. У некоторых больных даже после 2-3 месяцев электропотенциал между слизистой оболочкой языка и неба снижается незначительно. Не дожидаясь его восстановления, врачи начинают снова протезировать. Ощущение гальваноза вновь возникает даже при кажущейся полной изоляции металла.

Самый большой гальванический ток возникает при одновременном протезировании золотом, серебряно-палладиевым сплавом и нержавеющей сталью. Обычно такое протезирование проводится не в одно и то же время. Протезируют вначале золотом, через некоторое время серебряно-палладиевым сплавом. И сразу же после такого протезирования возникает дискомфорт в полости рта, объективизированный разностью потенциалов между этими протезами. Однако некоторые врачи, не обращая внимание на это, дальше протезируют нержавеющей сталью. При этом возникает огромный электропотенциал до 300 мкА.

Обычно в норме между тканями в полости рта электрический потенциал 2-4 мкА. При гальванозе он значительно увеличивается до 10-12 мкА. Некоторые авторы считают, что под воздействием тока в слизистой оболочке накапливаются

ионы тяжелых металлов (А.М. Ковбасюк, 1970). Однако следует отметить, что существует случаи когда при наличии физиологических показателей электропотенциала (2-4 мкА), присутствует симптоматика гальваноза.

Длительное существование гальваноза в полости рта может привести к возникновению лейкоплакии, красному плоскому лишая, аллергии, психическим расстройствам, кандидоза полости рта и других заболеваний (Т.А. Кудинов, 1968; Л.Д. Гожая, 1988; Н.В. Калинова, 1980). Лечение этих заболеваний без устранения гальваноза не дает положительных результатов.

Клинический случай

Больная Т., 57 лет, поступила на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ в сентябре 1991 года из города Н., с жалобами на жжение, стянутость слизистой оболочки полости рта, чувства инородного тела во рту, затрудненное глотание, периодическое появление обширных язв в области слизистой оболочки щек, резкую боль при приеме пищи, разговоре.

Протезировать начала 2 года назад. В начале поставили золотые зубы во фронтальном участке верхней и нижней челюстей. Затем через два месяца были изготовлены протезы из серебряно-палладиевого сплава и нержавеющей стали. Больная почувствовала металлический привкус, но считая что это временное явление решила поставить стальные, но с покрытием нитридом титана. Металлический привкус усилился, появилось ощущение электрического тока. При прикосновении к протезам языком он становился «деревянными». Через пол года больная отметила белые пятна на слизистой оболочке щек, ощущение стянутости слизистой оболочки губ, щек. Хождение по поликлиникам и назначаемые врачами лечение, не давали облегчения. В г. Москве был поставлен диагноз: красный плоский лишай экссудативно-гиперемическая форма. Назначенное лечение значительно облегчило состояние, но дискомфорт полости рта остался. Когда возвратилась домой все явления гальваноза обострились.

К нам больная пришла через пол года после лечения в г.Москве.

Объективно: Все зубы покрыты металлическими коронками. На красный кайме и слизистой оболочке губ виден гиперкератоз. Открывание рта затруднено и не полное. В углах рта имеются трещины, покрытые засохшими корочками крови. Спинка языка покрыта массивным гиперкератозом, грибовидные и нитевидные сосочки видны лишь в отдельных участках. Под языком также отмечается гиперкератоз, видны папулы полигональной формы с сетчатым рисунком. На слизистой оболочке щёк ретромолярной области гиперкератоз, по периферии которого видны папулы с сетчатым рисунком. Эластичность слизистой нарушено. На твёрдом мёбе виден гиперкератоз, вокруг которого слизистая оболочка ярко-красного

цвета. Папулы видны на задней стенке глотки. Глотательный рефлекс снижен. В заключении врача отоларинголога отмечено сужение глоточного отверстия до одного сантиметра в диаметре и полная потеря эластичности. Измерение показало, что электропотенциал между золотом и коронками покрытыми нитридом титана достигал 310 мкА.

Мы поставили диагноз: красный плоский лишай гиперкератотическая форма; гальваноз. Рекомендовали следующее лечение: Снять все протезы, начать санацию полости рта и лечение красного плоского лишая, исключить травму слизистой оболочки в полости рта, особенно языка, щадящую диету, гигиену полости рта. Провести протезирование через два месяца одноимённым металлом. Контрольные осмотры проводить через каждые два или три месяца.

История болезни больной Т. показывает что такое протезирование провоцирует возникновение красного плоского лишая.

В настоящее время очень модным является протезирование металлокерамикой и имплантами. Однако при этом не исключается возникновение гальваноза.

Клинический случай

Больная Д., 48 лет, обратилась на кафедру терапевтической стоматологии ФУВ с жалобами на металлический привкус во рту, но утром отмечает дискомфорт, который сохраняется весь день. При приёме пищи и прикосновении ложки к губам больная ощущала электрический ток. В последнее время больная отмечает покалывание и жжение в области языка при его прикосновении к зубам. После протезирования прошло 2 месяца однако неприятные ощущения становятся все более сильными.

Объективно: все зубы на верхней и нижней челюстях покрыты металлокерамикой в области щек зубов керамика не покрывала металлические коронки на 1,5—2,0 мм. Гальванический ток был 60—65 мкА. Диагноз: гальваноз.

Мы рекомендовали не снимать протезы. Во-первых, стоимость протезов была довольно внушительной, во-вторых, нет гарантий, что после их снятия и повторного протезирования не возникнет вновь гальваноз.

Через 15 дней больная вновь пришла с теми же жалобами и настаивала на снятии протезов. Гальванический ток был более 70 мкА. Мы уговорили ее не снимать протезы и назначали лечение. После 20 дней лечения неприятные ощущения прошли. Прошло более года больная жалоб не предъявляет. Она находится на диспансерном учете.

Однако не всегда можно получить такой эффект. Причина в том, что есть пациенты очень чувствительные к гальваническому току. Поэтому даже снижение его силы не избавляет больных от дискомфорта в полости рта. Кроме того, многие больные приходят к нам через пол года, иногда через год, после появления этих ощущений, когда слизистая оболочка языка, щек, губ, в букваль-

ном смысле «нафарширована» ионами тяжелых металлов. Действие их на организм человека до настоящего времени полностью не изучено.

Наши наблюдения показали, что только 40-45% больных с диагнозом гальваноз можно помочь не снимая протезов, без риска возникновения осложнений. Эти больные требуют большего внимания и должны находиться на диспансерном учете.

Больные, у которых имеются во рту металлические протезы, должны избегать длительного воздействия электромагнитных излучений, то-есть не должны длительно находиться вблизи приборов, аппаратов, излучающих эти поля. Отмечено, что даже работа с компьютерами, просмотр телепередач, нахождение рядом с работающей микроволновой печью может быть причиной дискомфорта у больных, имеющие металлические протезы, импланты. Особенно это касается людей чувствительных к гальваническому току.

Заключение

Гальваноз является сложной проблемой современной стоматологии, требует постоянного внимания и изучения. В настоящее время он может вызывать такие тяжелые предраковые заболевания как красный плоский лишай и лейкоплакию. Не редко гальваноз является причиной аллергии.

Длительное существование в полости рта может вызвать малигнизацию слизистой оболочки.

Пациенты, которым предстоит протезирование металлокерамикой и имплантами, должны быть предварительно обследованы у аллерголога на чувствительность к гальваническому току и металлам, из которых изготавливаются протезы.

Литература

1. Л.Д. Гожая «Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии». М. Медицина. 1988, стр. 160.
2. М.Ф. Данилевский, О.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. «Захворованная слизистая оболочка полости рта». Киев, «Здоров'я», 1998, стр. 88-90.
3. А.Ф. Иванова «Влияние металлических включений в полости рта на общее состояние организма». М. Стоматология, 1988, N5, стр. 63-67.
4. Г.П. Калиниченко, А.И. Воложин, В.Б. Гервазиева, И.Г. Овчинникова. М. Стоматология. 1991, N6, стр. 39-41.
5. Н.В. Калинова «Активность ферментов слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае и ее изменение под влиянием зубных протезов». М. Стоматология. 1980, N4, стр. 5-7.
6. Л.М. Ковбасюк. Некоторые данные о механизме возникновения гальванических токов полости рта. Проблемы ортопедической стоматологии. Киев. 1970, стр. 69.
7. Г.А. Кудинов «Влияние разнометаллических зубных включений на возникновение и течение некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта». Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Сб. научн. тр. М. 1968, стр. 119-124.
8. Т.И. Назаров, Л.Р. Спиридонов «Гальваноз у больных, пользующихся зубными протезами из серебро-палладиевого сплава» М. Стоматология 1983, N2, стр.60-61

PARTICULARITĂȚILE TABLOULUI CLINIC AL HEMORAGIILOR POSTEXTRACȚIONALE DENTARE ÎN DEPENDENȚĂ DE ETIOLOGIE

Rezumat

În studiu au fost incluși 73 de pacienți cu hemoragie postextracțională dentară de diversă etiologie (hipertensivă, trombocitopenică, anticoagulantă orală și cauzată de factori locali). Plaga postextracțională dentară a fost apreciată după sursa sângerării, tipul hemoragiei, starea gingiei marginale și a apofizei alveolare, aspectul cheagului sangvin. Conform datelor obținute, în majoritatea cazurilor, simptomatologia locală corelează cu factorul etiologic, ceea ce orientează medicul practician asupra etiologiei hemoragiei și alegerii metodei optime de tratament.

Cuvinte cheie: extracția dentară, hemoragie postextracțională dentară, cheag sangvin.

Summary

ETIOLOGY-BASED PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE OF POSTEXTRACCTIONAL DENTAL HEMORRHAGES

There were included 73 patients with postextracctional dental hemorrhages due to different etiology (hypertensive, oral anticoagulant one and that caused by local factors). The postextracctional dental wound has been assessed by the source of bleeding, type of hemorrhage, condition of the marginal gum and alveolar apophysis, blood clot appearance. According to the obtained data, in the majority of cases the local symptomatology correlates with the etiological factor. This informs the medical practitioner about the etiology of the hemorrhage and choice of the best method of treatment.

Key words: dental extraction, postextracctional hemorrhage dental, blood clot.

Actualitatea temei

Una din complicațiile locale ale extracției dentare este hemoragia postextracțională dentară (HPD), care apare datorită unor factori locali și/sau generali [1,2]. Manifestările clinice ale HPD sunt locale, iar uneori și generale. Astfel, conform datelor literaturii de specialitate, în cazul hemoragiei postextracționale imediate, la controlul efectuat la o jumătate de oră după extracție, se constată că meșele de tifon, aplicate supraalveolar, sunt îmbibate cu sânge, că în alveolă s-a format un cheag neretractat și sângerarea continuă din gingie sau din os [2]. Hemoragia postextracțională tardivă apare după câteva zile (3-4) de la extracție, uneori provocată de un mic traumatism, alteori spontan, de regulă în timpul somnului: bolnavii se trezesc cu gura plină de sânge, sunt alarmați [2]. La examenul endobucal se determină că alveola dintelui extras, procesul alveolar și dinții vecini sunt acoperiți cu cheag sangvin amorf, de sub care se prelinge sânge [3]. În urma unei hemoragii de durată starea generală a pacientului se alterează [3,4]: apar slăbiciuni generale, amețeli, zgomote în urechi, paliditatea tegumentelor și uscăciunea lor. Tensiunea arterială (TA) se micșorează, iar pulsul este rapid și slab. Dacă hemoragia continuă mecanismele compensatorii se epuizează: debitul cardiac scade sub nivel critic, TA se prăbușește [5]. Bolnavul poate pierde cunoștința, cu dezvoltarea șocului hemoragic [4]. Prin urmare, apariția hemoragiei după îndepărtarea dintelui din alveola sa, uneori, îmbracă un aspect dramatic, cu alterarea stării generale, scăderea capacității de muncă, având consecințe negative și asupra sferei psiho-emoționale a pacienților. Conform unor opinii [6,7], HPD cauzate de factori generali, fiind uneori severe, pun în pericol viața pacientului, chiar în urma intervențiilor chirurgicale minore.

Oleg Zănoagă,
doctorand, *catedra*
Stomatologie ortopedică,
Chirurgie oro-maxilo-
facială și Implantologie
orală USMF „Nicolae
Testemițanu”

Valentin Topalo,
dr. hab. în medicină,
prof. universitar, șef
catedră Stomatologie
ortopedică, Chirurgie
oro-maxilo-facială
și Implantologie
orală USMF „Nicolae
Testemițanu”

Dumitru Sirbu,
dr. în medicină, conf.
universitar, catedra
Stomatologie ortopedică,
Chirurgie oro-maxilo-
facială și Implantologie
orală USMF „Nicolae
Testemițanu”

Ion Corcimar,
dr. hab. în medicină,
prof. universitar,
Membbru Corespondent
AȘ RM, șef catedră
Hematologie, oncologie
și terapie de campanie
USMF „Nicolae
Testemițanu”

Este necesar de remarcat că, până în prezent, în literatura de specialitate, nu sunt reflectate particularitățile plăgilor postextractionale dentare ce sângerează, precum și aspectul cheagului sangvin în dependență de factorul etiologic al hemoragiei. Astfel, prezența acestor lacune în literatura de specialitate argumentează necesitatea studiului aprofundat al tabloului clinic în cadrul HPD. Aceasta ar permite medicului practician să identifice atât factorul etiologic implicat în apariția HPD cât și aplicarea metodei hemostatice optime.

Scopul studiului

Aprecierea particularităților tabloului clinic al hemoragiilor postextractionale dentare în dependență de factorul etiologic implicat în apariția lor.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 73 de pacienți cu HPD, examinați și tratați în baza secției de chirurgie oromaxilo-facială a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență din or. Chișinău în perioada anilor 2007-2009. Bărbații (39) au constituit 53,4%, iar femeile (34) — 46,6% ($p > 0,05$). Vârsta medie a fost de $54,4 \pm 1,9$ ani ($p < 0,001$).

Examenul clinic s-a efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților. După examenul obiectiv loco-regional extraoral s-a recurs la cel intraoral, care a avut ca scop de bază evaluarea plăgii postoperatorii ce sângerează. În acest sens, a fost apreciată sursa sângerării (din țesuturile moi sau din țesutul osos), tipul hemoragiei după vasul lezat (arterială, venoasă, capilară), starea gingiei marginale (lezată, integă), starea apofizei alveolare (prezența sau lipsa ciocurilor osoase neregulate, a eschilelor, a fracturii apofizei alveolare sau a septului interadicular, prezența sau lipsa în alveolă a unor procese patologice inflamatorii cronice), evaluarea cheagului sangvin.

Pentru evaluarea cheagului sangvin au fost utilizate următoarele criterii de apreciere ale acestuia:

- Raportul cheagului cu marginea alveolei (supraalveolar, la nivelul alveolei, sub marginea alveolei);
- Prezența sau lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei;
- Caracterul omo- sau neomogen al cheagului sangvin;
- Extinderea cheagului sangvin visavi de marginea alveolei (limitat — în limitele marginii alveolare sau difuz — în afara alveolei).

Au fost examinați parametrii de rutină ai analizelor generale și biochimice a sângelui, a urinei, indicii coagulogramei (indicele de protrombină, conținutul fibrinogenului, timpul trombinic, testul cu etanol), radiografia panoramică și retroalveolară, electrocardiografia. Pentru o examinare de orientare a sistemului hemostatic, la pacienții examinați, a fost determinat timpul de sângerare după Duke și tim-

pul de coagulare a sângelui după Lee-White. Efectul anticoagulantelor orale a fost apreciat la internare și în dinamică prin monitorizarea timpului de protrombină, reprezentat de coeficientul internațional de normalizare, denumit *International Normalized Ratio* (INR).

Prelucrarea matematico-statistică a rezultatelor obținute a fost realizată utilizând programele Statistica 6.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc) cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe. Prelucrarea statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție.

Rezultate și discuții

La cei 73 de pacienți cu HPD cauzele apariției hemoragiei au fost următoarele (în ordine descrescătoare): în 28 ($38,4 \pm 5,7\%$) cazuri — hipertensiunea arterială, în 22 ($30,1 \pm 5,4\%$) — trombocitopenia, în 15 ($20,5 \pm 4,7\%$) — factorii locali și la 8 ($10,9 \pm 3,6\%$) pacienți — medicația anticoagulantă orală (trombostop, warfarina, fenilina). Analiza structurii patologiilor, ce au condiționat apariția HPD la bolnavii din grupul examinat (73), evidențiază o predominare semnificativă a factorilor etiologici generali ($79,5 \pm 4,7\%$) în comparație cu cei locali ($20,5 \pm 4,7\%$) ($p < 0,001$). Predominarea factorilor etiologici generali asupra celor locali, în cadrul studiului respectiv, poate reflecta creșterea numărului de persoane cu boli concomitente cu impact asupra hemostazei [8], consumul sporit de remedii antitrombotice pentru tratamentul și profilaxia accidentelor tromboembolice [9,10]. Pe de altă parte, micșorarea numărului bolnavilor spitalizați cu hemoragii provocate de factori locali poate fi explicată prin posibilitățile curative efectuate la acești pacienți în condiții de policlinică (extrahospitalicesc).

Prin urmare, la pacienții incluși în studiu, tabloul clinic local al HPD a fost studiat în dependență de factorul etiologic al hemoragiei.

Tabloul clinic al HPD la pacienții cu hipertensiune arterială. La această grupă de pacienți (28), în urma examenului clinic endobucal, s-a constatat că sursa sângerării a fost din țesuturile moi (100,0%). Hemoragia capilară a fost înregistrată în 18 (64,3%) cazuri, iar cea arterială — la 10 (35,7%) pacienți. La inspecția plăgii postextractionale gingia marginală a fost lezată neînsemnat, iar intraalveolar nu au fost depistate semne de fractură a apofizei alveolare.

În urma evaluării cheagului sangvin, s-a constatat că, în raport cu marginea alveolei, la majoritatea pacienților — 22 (78,6%), cheagul era situat la nivelul alveolei, la 4 (14,3%) pacienți — supraalveolar, iar la 2 (7,1%) bolnavi — sub marginea alveolei. La toți pacienții s-a constatat lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei și caracterul omogen al acestuia. Astfel, sângerarea continua prin spațiul dintre marginea cheagului și cea a alveolei. Este necesar de menționat că, la toți pacienții din grupul respectiv, cheagul sangvin format a fost situat în limitele marginii alveolare. Acest fapt, probabil, poa-

te fi datorat unui sistem hemostatic intact. În urma aprecierii indicilor hemodinamici s-au constatat prezența supravalorilor tensionale: TA sistolică varia în limitele 160-200 mmHg, iar cea diastolică — 100-110 mmHg.

Așadar, poziția cheagului la nivelul alveolei, extinderea acestuia în limitele marginii alveolare cât și prezența supravalorilor tensionale sugerează despre prezența unui fon general hipertensiv implicat în apariția HPD.

Tabloul clinic al HPD la pacienții cu trombocitopenie (numărul trombocitelor $< 150,0 \cdot 10^9/l$). La această grupă de pacienți (22), în urma examenului clinic endobucal, s-a constatat că sursa sângerării a fost din țesuturile moi (100,0%). Hemoragia capilară a fost înregistrată în 18 (81,8%) cazuri, iar cea arterială — la 4 (18,2%) pacienți. De menționat, că la inspecția plăgii postextractionale gingia marginală a fost lezată neînsemnat, iar intraalveolar nu au fost depistate ciocuri osoase neregulate, eschile sau semne de fractură a apofizei alveolare sau a septului interadicular.

O importanță practică majoră a constat în evaluarea cheagului sangvin și aprecierea particularităților lui la pacienții cu trombocitopenie. Astfel, în raport cu marginea alveolei, la majoritatea pacienților (15 bolnavi sau 68,2%), cheagul era situat supraalveolar, iar la 7 (31,8%) pacienți — la nivelul alveolei. La toți pacienții s-a constatat lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei și caracterul omogen al acestuia. Astfel, sângerarea continua prin spațiul dintre marginea cheagului și cea a alveolei. În majoritatea cazurilor (18), cheagul sangvin a fost în afara alveolei (difuz) și doar la 4 pacienți — în limitele marginii alveolare.

Astfel, datele prezentate relevă că la pacienții cu trombocitopenie, în majoritatea cazurilor (68,2%), cheagul sangvin este situat supraalveolar. Mai mult ca atât, în 81,8% cazuri acest cheag este difuz, neretractat. Această constatare, probabil, se datorează numărului scăzut de trombocite în sângele periferic și/sau alterării funcțiilor lor la pacienții cu afecțiuni hepatice avansate. Conform datelor literaturii [11] plachetele contribuie direct la contractia trombului prin activarea trombosteninei, a moleculelor de actină și miozină, care toate sunt proteine contractile trombocitare ce determină contracții puternice ale spiculiilor plachetari atașați de fibrină. Acest fapt facilitează comprimarea rețelei de fibrină, până la o dimensiune mai mică. Astfel, în urma retracției, cheagul devine mai mic și dens, spre deosebire de cheagul lax care a fost până la retracție [12]. În pofida faptului că prezența trombocitelor este absolut necesară pentru retracția trombului, un deficit al retracției constituie un indiciu că numărul plachetelor circulante ar putea fi scăzut. Prin urmare, luând în considerare aspectul cheagului sangvin (supraalveolar, difuz și neretractat) la majoritatea pacienților cu trombocitopenie, noi l-am numit „cheag trombocitopenic” (Figura 1).

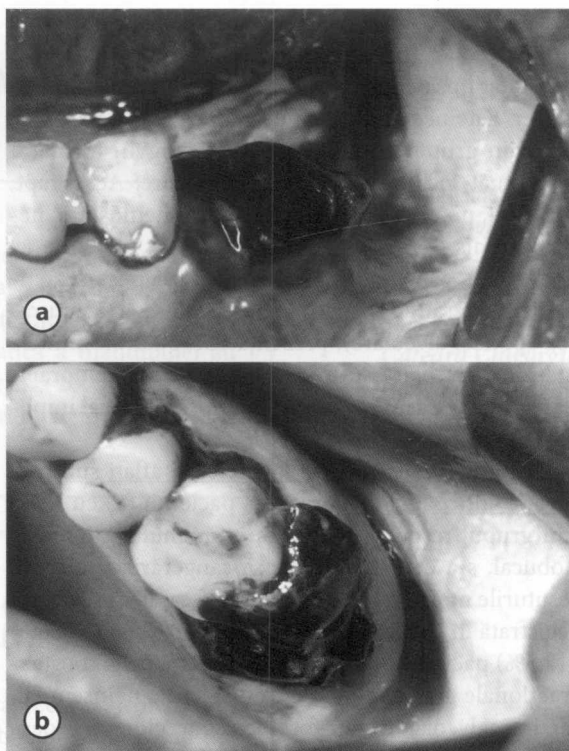


Fig. 1. Aspectul „cheagului trombocitopenic” la pacienții cu HPD

A — Aspectul cheagului omogen, neretractat și poziția supraalveolară, difuză a acestuia la pacientul C.P. cu HPD din alveola d.35 (no. Tr. = $54,0 \cdot 10^9/l$)

B — Aspectul cheagului omogen, neretractat și poziția supraalveolară, difuză a acestuia la pacientul B.G. cu HPD din alveola d.27 (no. Tr. = $26,0 \cdot 10^9/l$)

Așadar, la inspecția plăgii postextractionale ce sângerează, aspectul cheagului neretractat și poziția supraalveolară, difuză a acestuia sugerează despre un fon general trombocitopenic.

Tabloul clinic al HPD cauzate de factori locali.

Printre factorii locali implicați în apariția HPD, la 10 (66,7%) pacienți, au fost apreciate prezența extracțiilor traumatiche cu fracturarea apofizei alveolare și cu delabrări importante ale mucoasei gingivale. La 4 (26,7%) pacienți cauza HPD a fost considerată liza cheagului sangvin și a trombilor din capilare în cadrul alveolitei, când activitatea fibrinolitica din alveolă crește esențial [13]. La acești pacienți, în urma inspecției plăgii postextractionale dentare, s-a pus în evidență prezența cheagului endoalveolar acoperit cu depozite purulente fetid mirositoare și prezența sângerării capilare. Vasodilatația secundară (paralitică), apărută în urma administrării, împreună cu anestezicul, a adrenalinei, urmată de apariția HPD, a fost considerată la un (6,7%) pacient.

La examenul clinic endobucal s-a constatat că la 11 ($73,3 \pm 13,3\%$) pacienți sursa sângerării a fost din țesuturile moi, iar la 4 ($26,7 \pm 11,4\%$) — din țesutul osos. Hemoragia capilară a fost înregistrată în 13 ($86,7 \pm 8,8\%$) cazuri, iar cea arterială — la 2 ($13,3 \pm 9,4\%$) pacienți ($p < 0,001$).

În urma evaluării cheagului sangvin, s-a constatat că, în raport cu marginea alveolei, la majoritatea pacienților — 11 ($73,3 \pm 13,3\%$), cheagul era situat

la nivelul alveolei, iar la 4 (26,7 ± 11,4%) bolnavi — supraalveolar (p<0,05). La pacienții respectivi s-a constatat lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei. Este necesar de menționat, că la toți pacienții (15) din grupul respectiv cheagul sangvin format a fost situat în limitele marginii alveolare. Acest fapt, probabil, poate fi datorat unui sistem hemostatic necompromis.

Așadar, aspectul traumatic al plăgii postextracționale sângerânde (plăgi mucoase întinse cu fracturarea apofizei alveolare), prezența cheagului în limitele marginii alveolare și lipsa antecedentelor hemoragipare pledează asupra factorului traumatic local implicat în apariția HPD.

Tabloul clinic al HPD la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă orală. La pacienții (8) cu HPD din grupul respectiv, în urma examenului clinic endobucal, s-a constatat că sursa sângerării a fost din țesuturile moi (100,0%). Hemoragia capilară a fost înregistrată în 7 (87,5%) cazuri, iar cea arterială — la un (12,5%) pacient (p<0,001). La inspecția plăgii postextracționale gingia marginală a fost lezată neînsemnat, iar intraalveolar nu au fost depistate ciocuri osoase neregulate, eschile sau semne de fractură a apofizei alveolare sau a septului interadicular.

În raport cu marginea alveolei, la majoritatea pacienților (6 sau 75%) cheagul era situat la nivelul alveolei, iar la 2 (25%) bolnavi — supraalveolar. La toți pacienții s-a constatat lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei și caracterul omogen al acestuia. Astfel, sângerarea continua prin spațiul dintre marginea cheagului și cea a alveolei. În majoritatea cazurilor (7) cheagul sangvin a fost în limitele marginii alveolare (87,5%) și doar la un (12,5%) pacient — în afara alveolei (difuz).

Așadar, analizând datele obținute putem concludi că tabloul clinic al HPD încorporează o varietate largă de simptome locale, care în literatura de specialitate disponibilă nu am întâlnit. În acest context, aspectul cheagului sangvin, în cadrul plăgilor postextracționale dentare ce sângerează, se caracterizează prin diverse poziții ale acestuia față de marginea alveolei, prin caracterul său omogen, lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei și extinderea cheagului visavi de marginea alveolei.

În același timp, în urma analizei criteriilor de evaluare a cheagului sangvin la pacienții cu HPD de diversă etiologie, s-a constatat, că factorul etiologic a HPD nu poate fi stabilit cu certitudine doar în baza acestor criterii. Astfel, prezența cheagului omogen și lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei sunt criterii identice întâlnite la toți pacienții cu HPD de diversă etiologie. Totodată, în dependență de factorul etiologic al hemoragiei, s-a constatat o frecvență diferită a poziției cheagului față de marginea alveolei. Prin urmare, în urma inspecției plăgilor sângerânde, s-a determinat că poziția cheagului la nivelul marginii alveolare predomină la pacienții cu HTA (în 78,6%), la pacienții cu HPD provocate de factori locali (în 73,3%) și la bolnavii aflați sub me-

dicatie anticoagulantă orală (în 75%). La pacienții cu trombocitopenie, în majoritatea cazurilor (68,2%), a fost apreciată poziția supraalveolară a cheagului sangvin.

Rezumând asupra celor expuse trebuie să accentuăm că, în majoritatea cazurilor, simptomatologia locală corelează cu factorul etiologic, ceea ce orientează medicul practician asupra etiologiei hemoragiei și alegerii metodei optimale de tratament.

Concluzii

În urma analizei criteriilor de evaluare ale plăgilor postextracționale la pacienții cu HPD de diversă etiologie, s-a constatat, că factorul etiologic a HPD, în majoritatea cazurilor, poate fi stabilit în baza acestor criterii.

Prezența cheagului omogen și lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei sunt criterii identice întâlnite la toți pacienții cu HPD de diversă etiologie.

În urma inspecției plăgilor sângerânde, s-a determinat că poziția cheagului la nivelul marginii alveolare predomină la pacienții cu HTA (în 78,6%), la pacienții cu HPD provocate de factori locali (în 73,3%) și la bolnavii aflați sub medicație anticoagulantă orală (în 75%). La pacienții cu trombocitopenie, în majoritatea cazurilor (68,2%), a fost apreciată poziția supraalveolară a cheagului sangvin.

Bibliografie

1. Zănoagă O., Guban L. Hemoragiile postextracționale dentare (date statistice). În: Anale științifice a USMF "Nicolae Testemițanu" din Chișinău, 2007, ediția a VIII-a, vol. IV, p. 452-456.
2. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilo-facială. București: Editura Medicală, 2007, p. 130-132.
3. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология, 3-е изд. Перераб. и доп. Москва: Медицина, 2003, с. 121-123.
4. Панчишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов: ГалДент, 2004, с. 16-20.
5. Cojocar V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chișinău: Art-Grup Brivet, 2006, p. 125-129.
6. Hartman M. J., Caccamese J. F., Bergman S. A. Perioperative management of a patient with Bernard-Soulier syndrome for third molar surgery. In: Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007, vol. 103, no. 5, p. 626-629.
7. Henderson J. M. et al. Management of the oral and maxillofacial surgery patient with thrombocytopenia. In: J Oral Maxillofac Surg, 2001, vol. 59, no. 4, p. 421-427.
8. Dumbrava V., Corcimar I., Cobilțean L. Modificările hemostazei primare și secundare la pacienții cu ciroză hepatică. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2008, nr 2 (16), p. 136-141.
9. Brennan M. T., Wynn R. L., Miller C. S. Aspirin and bleeding in dentistry: an update and recommendations. In: Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007, vol. 104, no. 3, p. 316-323.
10. Jiménez Y. et al. An update on the management of anticoagulated patients programmed for dental extractions and surgery. In: Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2008, vol. 13, no. 3, p. 176-179.
11. Guyton A. C., Hall J. E. Tratat de fiziologie a omului, ediția a 11-a. București: Editura Medicală Callisto, 2007, p. 457-467.
12. Corcimar I. Hematologie. Chișinău: CEP Medicina, 2007, p. 317-332.
13. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: «Червона Рута-Тур», 2002, с. 159-163.

REZULTATELE CERCETĂRILOR STATISTICE A PACIENȚILOR CU OSTEOMIELITĂ POSTTRAUMATICĂ A MANDIBULEI TRATAȚI ÎN CNȘPMU PE PARCURSUL ANILOR 2005—2009

Rezumat

Conform studiului a 9599 fișe medicale a pacienților, care s-au tratat în clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială al Centrului Național Științifico-Practic în Domeniul Medicinii de Urgență din Republica Moldova, pacienți internați cu osteomieliță posttraumatică a mandibulei au constituit 226 (2,3%) din totalul pacienților tratați pe anii 2005—2009.

Cuvinte-cheie: osteomieliță posttraumatică, rezultatele cercetărilor statistice.

Summary

RESULTS OF STATISTICAL INVESTGATIONS OF PATIENS WITH MANDIBLE POSTTTRAUMATIC OSTEOMYELITIS WERE TREATED IN MEHRNC DURING THE 2005—2009

According to examination of 9599 patients medical records, which were treated in the Medical Emergency Hospital of Republic of Moldova in the Department of Maxilla-Facial Surgery of the Academic and Research National Centre, patients which were accepted with mandible posttraumatic osteomyelitis composed 226 (2.3%) out of total treated patients of the 2005—2009 years.

Key-words: posttraumatic osteomyelilitis, results of statistical investigations.

Conform studiului a 9599 fișe medicale a pacienților, care s-au tratat în clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială al Centrului Național Științifico-Practic în Domeniul Medicinii de Urgență din Republica Moldova, pacienți internați cu osteomieliță posttraumatică a mandibulei au constituit 226 (2,3%) din totalul pacienților tratați pe anii 2005—2009.

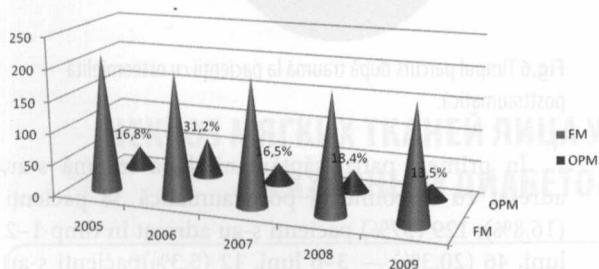


Fig.1. Fracturile mandibulei complicate cu osteomieliță posttraumatică.

Sa constatat, că în CNȘPMU, secția Ch.OMF în anul 2005 au fost internați pacienți în total — 2004, 219 (10,9%) cu fractura mandibulei, dintre care 37 (16,8%) au fost complicate cu osteomieliță posttraumatică; în anul 2006 au fost internați 2002 pacienți, 119 (9,9%) cu fractura mandibulei, dintre care 62 (31,5%) au fost complicate cu osteomieliță posttraumatică; în anul 2007 au fost internați 1836 pacienți, 200 (10,8%) cu fractura mandibulei, dintre care 33 (16,5%) au fost complicate cu osteomieliță posttraumatică; în anul 2008 au fost internați 1970 pacienți, 190 (9,6%) cu fractura mandibulei, dintre care 35 (18,4%) au fost complicate cu osteomieliță posttraumatică; în anul 2009 au fost internați 1787 pacienți, 185 (10,3%) cu fractura mandibulei, dintre care 25 (13,5%) au fost complicate cu osteomieliță posttraumatică (fig.1).

Mihail Radzichevici
asistent, Universitatea
de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae
Testemițanu“;
Catedra Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
„Guțan Arsenie“.

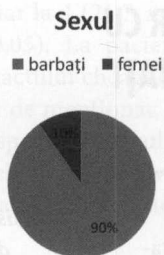


Fig.2 Corelația pacienților cu osteomielită posttraumatică după sex.

Din numărul pacienților studiați au fost 204 (90,2%) bărbați și 22 (9,8%) femei (fig.2).

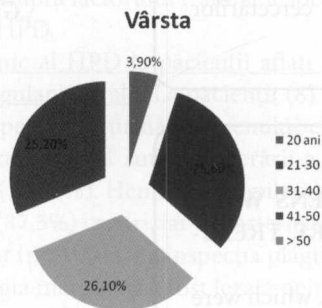


Fig.3 Corelația pacienților cu osteomielită posttraumatică după vârstă.

Cel mai des s-au adresat pacienți cu vârsta 31-40 ani, ei au constituit 59 (26,6%) bolnavi, cu vârsta 21-30 ani — 58 (25,6%), cu vârsta 41-50 — 57 (25,2%), cu vârsta mai mult de 50 de ani 43 (19%), cu vârsta 20 ani — 9 (3,9%) traumatizați (fig.3).

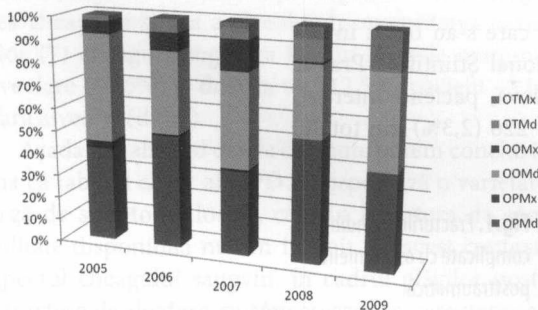


Fig.4. Frecvența osteomielitelor maxilarilor (posttraumatică, odontogenă, toxică).

Prin studierea fișelor medicale s-a observat, că în anul 2005 din totalul de pacienți cu maladii în regiunea oro-maxilo-facială se întâlnesc în total osteomielite ale maxilarelor 89(4,4%) cazuri, dintre care osteomielite odontogene a mandibulei — 42 (47,2%), osteomielite posttraumatice a mandibulei — 37 (41,5%), osteomielita odontogenă maxilei — 5 (5,7%) bolnavi, osteomielita posttraumatică a maxilei — 3 (3,3%), osteomielita toxică a mandibulei — 2 (2,2%); 2006 — osteomielite odontogene a mandibulei — 45 (36%), osteomielite posttraumatice a mandibulei — 62 (49,6%), osteomielita odontogenă a maxilei — 10(8%)cazuri, osteomielită posttraumatică a maxilei — 1 (1%), osteomielită toxică a mandibulei — 7 (5,6%); 2007 — osteomielite odontogene a mandibulei — 37(41,5%), osteomielite posttraumatice a mandibulei — 33 (37%), osteomiel-

ita odontogenă a maxilei — 12 (13,6%) bolnavi, osteomielita posttraumatică a maxilei — 1, osteomielită toxică a mandibulei — 4 (4,4%), osteomielită toxică a maxilei — 2 (2,2%); 2008 — osteomielite odontogene a mandibulei — 20 (30,7%), osteomielite posttraumatice a mandibulei — 35 (53%), osteomielită odontogenă a maxilei — 1, osteomielită toxică a mandibulei — 9 (15,3%), osteomielită toxică a maxilei — 1 (1%); 2009 — osteomielite odontogene a mandibulei — 24 (40,5%), osteomielite posttraumatice a mandibulei — 25 (42,4%), osteomielită toxică a mandibulei — 9 (15,3%), osteomielită toxică a maxilei — un caz (fig.4).

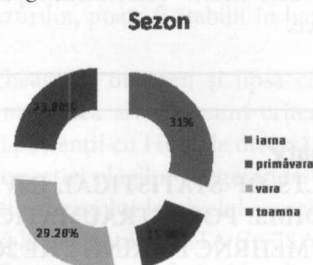


Fig. 5. Sezonalitatea adresărilor pacienților în CNȘPMU cu osteomielită posttraumatică

Din toți pacienții 70(30,9%) cazuri s-au adresat în CNȘPMU iarna, 36(15,9%) cazuri — primăvara, 66(29,2%) — vara, 54(23,8%) s-au adresat toamna (fig 5).

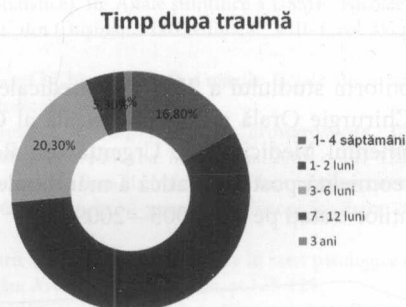


Fig.6 Timpul parcurs după traumă la pacienții cu osteomielită posttraumatică.

În primele patru săptămâni după traumă s-au adresat cu osteomielită posttraumatică 38 pacienți (16,8%), 129 (57%) pacienți s-au adresat în timp 1-2 luni, 46 (20,3%) — 3-6 luni, 12 (5,3%)pacienți s-au adresat peste 7-12 luni, un pacient s-a adresat peste 3 ani după traumă (fig.6).

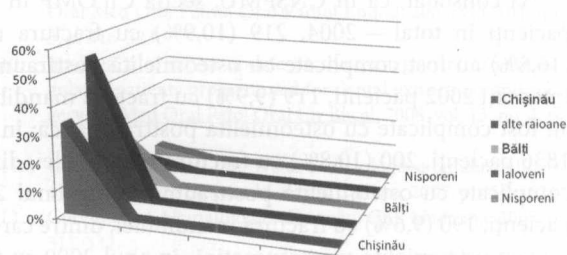


Fig.7. Locul de trai a pacienților internați în CNȘPMU cu osteomielită posttraumatică

După locul de trai din Chișinău 76(33%) cazuri, Bălți — 20(9%), raionul Ialoveni — 11(4,5%), raionul Nisporeni — 10(4%), raionul Ungheni 7 (3%), alte localități — 124(53%) (fig.7).

Locul de muncă

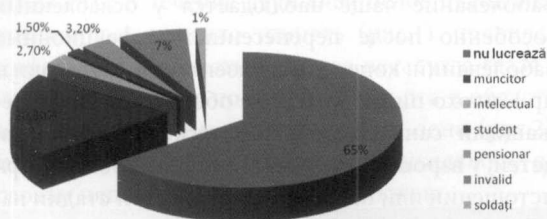


Fig.8. Locul de muncă a pacienților internați în CNȘPMU cu osteomielită posttraumatică

Din pacienții studiați 154 (69%) nu lucrează, 5 (2,7%) cazuri sunt intelectuali, 3 (1,5%) — studenți, muncitori — 46 (20,3%), pensionari — 7 (3,2%), invalizi — 8 (4%), soldați — 1 (1%).

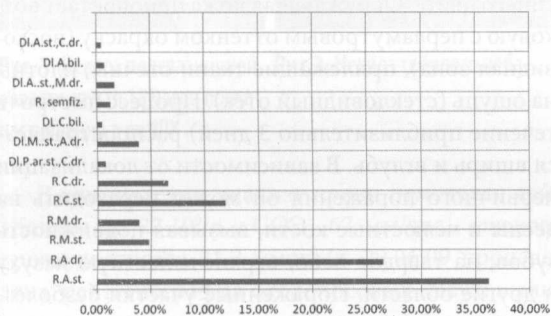


Fig.9. Regiunile fracturilor mandibulei complicate cu osteomielită posttraumatică.

S-a stabilit că osteomielită posttraumatică a apărut în regiunea angulară a mandibulei pe stânga în 82

(36,2%) cazuri, regiunea angulară mandibulei pe dreapta în 60 (26,5%) cazuri, regiunea mentonieră a mandibulei pe stânga 11 (4,8%), regiunea mentonieră a mandibulei pe dreapta 9 (3,9%), regiunea corpului mandibulei pe stânga 27 (11,9%), regiunea corpului mandibulei pe dreapta 15 (6,6%), fractura dublă în regiunea procesului articular pe stânga și corpului pe dreapta 2 (0,8%), fractură dublă în regiunea mentonieră pe stânga și angulară dreapta 9 (3,9%), fractură dublă în regiunea corpului bilateral, regiunea simfizară 3 (1,3%), fractură dublă în regiunea angulară pe stânga și mentonieră dreapta 4 (1,7%), fractură bilaterală în regiunea angulară 2 (0,8%), fractură bilaterală în regiunea angulară stânga și corp dreapta 1 (0,5%).

Bibliografie:

- КОРОТКИХ, Н. Г., СИДОРЕНКО, А.Ф., СТЕПАНОВ, И.В. Изучение эффективности полимерной лекарственной пленки на основе карбоксиметилцеллюлозы при профилактике травматического остеомиелита нижней челюсти. / Рос. стоматол. журн., 2001, №2, с. 13-16.
- ЛЕПИЛИН, А. В. Профилактика и патогенетическое лечение гнойно-инфекционных осложнений травматических повреждений костей лица. Автореф. дис. д-ра мед. наук.-Москва., 1995,с38-42.
- СНУРИЦЫНА, З. А. Комплексное лечение травматического остеомиелита нижней челюсти с использованием перфторана: автореф. дис... канд. мед.наук.- Пермь, 2006, 18с.
- ЩЕРБАТЮК, Д. И. Внутривартериальная регионарная антибиотикотерапия в комплексном лечении одонтогенных остеомиелитов челюстей. Вопросы стоматологии: Сб. науч. тр.- Кишинев, 1989,С. 40-42.
- Mehra P, Van Heukelom E., Cottrell D.A. Rigid internal fixation of infected mandibular fractures. J Oral Maxillofac Surg., 2009, 67, (5), p. 1046-51.
- Mehra P, Murad H., Internal fixation of mandibular angle fractures: a comparison of 2 techniques. J Oral Maxillofac Surg., 2008, 66, (11), p. 2254-60.
- Benson P.D., Marshall M.K., Engelstad M.E., Kushner G.M., Alpert B. The use of immediate bone grafting in reconstruction of clinically infected mandibular fractures: bone grafts in the presence of pus. J Oral Maxillofac Surg., 2006, 64, (1) p.122-6.

НЕКРОЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА У БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Rezumat

NECROZA ȚESUTURILOR MOI A FEȚEI LA O PACIENTĂ CU DIABET ZAHARAT

Debutul maladiei poate fi corelat, în mare parte cu scăderea bruscă a rezistenței organismului, în urma acestui fapt microflora saprofită capătă capacitate patogene.

Tabloul clinic se caracteriza prin evoluție violentă. Inițial a apărut stomatită necrotică pe mucoasa palatului dur, care rapid s-a transformat în necroză difuză a țesuturilor moi. În urma analizei microbiologice a puroiului din plagă s-a depistat *Escherichia Coli*. Cauza decesului, confirmată prin autopsie a fost edemul cerebral difuz.

Cuvinte- cheie: necroza țesuturilor moi a feței; diabet zaharat; edem cerebral.

Natalia Rusu,
 Доктор медицины,
 Щербатюк Дмитрий,
 Профессор
 медицинских наук,
 Научная лаборатория
 ЧЛХ, ГУМиФ им.Н.А.
 Тестемицану,
 София Лехтман,
 научный сотрудник,
 Научная лаборатория
 ЧЛХ, ГУМиФ им.Н.А.
 Тестемицану,
 Чеботарь Михаил,
 ассистент кафедры
 ЧЛХ «А. Гуцан»,
 ГУМиФ им.Н.А.
 Тестемицану.

Резюме

Возникновение заболевания связывают главным образом с резким снижением сопротивляемости организма, в связи с чем сапрофитная микрофлора приобретает патогенные свойства. Клиническая картина характеризовалась бурным течением. Вначале развивается язвенный стоматит на слизистой твёрдого нёба, который вскоре перешёл в некроз мягких тканей. При проведении бактериологического исследования отделяемого из раны выявлены *Escherichia Coli*. Причиной смерти пациентки являлся выраженный отёк головного мозга.

Ключевые слова: некроз мягких тканей лица, сахарный диабет, отёк головного мозга.

Summary

FACE SOFT TISSUE NECROSIS OF DIABETES MELLITUS DISEASED

The origin of disease is mainly associated with sharp reduction of body resistance, in this connection, the saprophytic microflora assumes pathogenic features. Clinical picture was characterized by stormy course. First develops necrotizing ulcerative stomatitis on the mucic hard palate, which in the short period merged into soft tissue necrosis. During the bacteriological examination which was discriminate from the wound, were detected *Escherichia Coli*. Death reason of the patient was significant cerebral oedema.

Key-words: soft tissue necrosis, diabetes mellitus, cerebral oedema

Введение

Врачу приходится сталкиваться с редкими заболеваниями, и часто даже после проведения всестороннего обследования больного диагноз остается невыясненным. К одному из таких заболеваний относится нома (от греческого *nomē* - язва, распространение язвы). Заболевание представляет собой разновидность влажной гангрены, при которой, как правило, поражаются ткани полости рта и лица.

По данным ВОЗ, заболевание распространено в странах северной и центральной Африки, за последние три года в Европе случаев номы зарегистрировано не было.

До настоящего времени нет единого мнения о возбудителе этой болезни, хотя ее инфекционное происхождение не вызывает сомнений. Некоторые авторы считают возбудителями болезни *V.fusiformis* в симбиозе со спирохетами, что подтверждено и бактериологическими исследованиями. Имеются указания и на аэробную груп-

пу возбудителей. Вероятнее всего, здесь имеется симбиоз микробов различных групп.

Возникновение заболевания связывают главным образом с резким снижением сопротивляемости организма, в связи с чем сапрофитная микрофлора приобретает патогенные свойства. Заболевание чаще наблюдается у ослабленных (особенно после перенесенных инфекционных заболеваний: кори, тифа, дизентерии, дифтерии и др.), плохо питающихся, не обеспеченных надлежащими санитарно-гигиеническими условиями детей, у взрослых встречается редко - обычно при истощении или на фоне терминальной стадии нарушения функции сердечнососудистой системы. Предрасполагающими моментами являются резкое ослабление организма и негигиеничное содержание полости рта, травма полости рта или лица.

Клиническая картина характеризуется бурным течением. Вначале на слизистой оболочке полости рта или коже лица возникает воспалительный очаг, который затем превращается в пятно темно-синего цвета. Окружающая кожа приобретает восковую с перламутровым оттенком окраску (восковидная зона), прилежащие ткани отечны, плотны на ощупь (стекловидный отек). Процесс быстро (в течение приблизительно 3 дней) распространяется вширь и вглубь. В зависимости от локализации первичного поражения он может переходить на десны и челюстные кости, вызывая подвижность зубов, на твердое небо, верхнечелюстную пазуху и другие области. Пораженные участки безболезненны, некротизированные ткани издают резкий гнилостный запах. После их отторжения из раны выделяется мутная зловонная жидкость, кровотечения отсутствует. Общее состояние больного тяжелое, температура тела повышается до 39—40° С, наблюдаются другие симптомы выраженной интоксикации. Болезнь большей частью протекает как гнилостная форма сепсиса, при наличии высокой температуры и потери сознания; иногда она осложняется аспирационной пневмонией и абсцессами легких. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины. Дифференциальный диагноз проводят с флегмоной, сибирской язвой, карбункулом, распадающейся раковой опухолью и так называемыми номоподобными процессами в виде некроза мягких тканей, например, при агранулоцитозе. Для этих видов патологии не характерно наличие стекловидного отека по периферии очага.

Клинический случай

Больная М.О., 23 года, проживавшая в Молдове Единецкий район, поступила в Больницу Скорой Медицинской Помощи города Кишинёва в отделение ЧЛХ 29.10.2009 с диагнозом ограниченный некроз подглазничной области слева, хронический гайморит слева и сопутствующий диагноз - сахарный диабет I -го типа инсулинозависимый. Из анамнеза выяснилось, что 3 месяца назад у пациентки появилась боль в области зуба 2.7., ле-

чилась у стоматолога по месту жительства, спустя месяц появился хронический гайморит. 26.10.2009 на коже подглазничной области появилось белое пятнышко, которое быстро начало увеличиваться, появились жалобы на сильные боли в правой половине лица, повышение температуры тела до 37,2° С. В течение двух дней белое пятнышко увеличилось и начало темнеть (рис.1), появился инфильтрат в области нижнего века, угла глаза с переходом на скат носа. В полости рта в области нёба появилась некротизированная зона (рис.2), нарастание этого процесса сопровождалось по словам пациентки невыносимой болью.

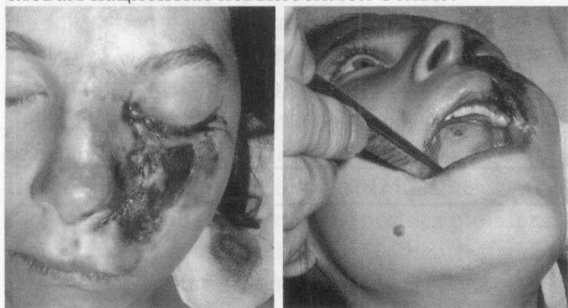


Рис. 1. Некроз подглазничной области спустя 18 часов после поступления в от.ЧЛХ

В клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз до $22 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 67 мм/час, глюкоза крови достигала 21,7 ммоль/л. 29.06.09 произведена рентгенография околоносовых пазух: выявлено интенсивное неомогенное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа. Была произведена операция – вскрытие очага, путём разреза в подглазничной области, из раны были получены скудные кровянистые выделения, был наложен дренаж и повязка.

В первые сутки послеоперационного периода самочувствие ухудшилось, в течение 12 часов зона некроза значительно увеличилась, появилась сильная боль в подглазничной области, появился легкий птоз, мидриаз, ограничение подвижности глазного яблока справа во всех направлениях, больная была переведена в отделение реанимации. На второй день 30.10.10 при осмотре пациентки обнаружено отсутствие реакции на свет правого зрачка, зрение на правый глаз снизилось до слепоты (рис.3).



Рис. 3. Некроз лицевой области справа, спустя 48 часов после поступления

Состояние пациентки стремительно ухудшалось. Для установления этиологии данных нарушений рекомендованы консультации эндокринолога, нейрохирурга и офтальмолога. После осмотра специалистами установлен тромбоз центральной артерии сетчатки, предположен септический тромбоз кавернозного синуса. Антибактериальная терапия была усилена назначением антибиотиков широкого и узкого спектра действия, позже результаты микробиологического анализа показали, что в зоне некроза была обнаружена *Escherichia Coli*, которая была резистентная ко всем антибиотикам.

На протяжении следующих двух суток состояние больной прогрессивно ухудшалось, что выражалось в появлении сильной головной боли, потере зрения, постепенном угнетении сознания. Зона некроза распространилась на область носа, правого нижнего и верхнего века, лобную и губную область, на всё твёрдое и мягкое нёбо, верхние дыхательные пути.

02.11.09 общее состояние тяжелое, сознание – сопор.



Рис. 4. Некроз лицевой области справа, спустя 4 дня после поступления

На фоне угнетения сознания возникло нарушение дыхания. Выполнена оротрахеальная интубация, начата искусственная вентиляция легких в поддерживающем режиме.

03.11.10, 17. 40 пациентка скончалась в отделении реанимации.

Заключение патологоанатома: Коагуляционный некроз тканей лица справа на фоне сахарного диабета I –го типа инсулинозависимого, гнойный менингоэнцефалит, отёк головного мозга, отёк лёгких, дистрофия паренхиматозных органов, атрофия поджелудочной железы, отёк лёгких, что и стало причиной летального исхода пациентки.

Библиография

1. Крюков А.И., Туровский А.Б., Завгородный А.Э., ТалалайкоЮ.В., Лысова Н.А. - Анаэробный некроз мягких тканей лица у больной с хронической почечной недостаточностью. Журнал «Вестник оториноларингологии», №2, 2009, Московский научно-практический центр оториноларингологии. С.34-39.
2. Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., 2009, <http://health.allrefer.com/health/noma-treatment.html>.
3. Pitter B. Jaquinet A. *Clinical experience in the treatment of noma*. Secueloe, J. Craniofac.Surg., 2001, 2:273-83, <http://www.gesnoma>.

TRATAMENTUL IMPLANTAR A EDENȚĂȚII TOTALE — STUDIU RETROSPECTIV PE PARCURSUL A 5 ANI

Aureliu Gumeniuc,
asistent universitar
Catedra Stomatologie
Ortopedică, Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială și
Implantologie Orală
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Rezumat

Din 39 cazuri de edentații totale condițiile clinico-anatomice au permis confecționarea ulterioară a restaurărilor protetice fixe implanto-purtate în 19 cazuri (48,72%), mobilizabile în 12 cazuri 30,77% și hibride în 8 cazuri 20,51%. Restaurările protetice au fost realizate în total pe 260 de implante tip șurub dintre care 160 de stadiul I cu încărcare funcțională precoce și 100 de implante de stadiul II cu încărcare funcțională după integrarea lor. Pentru planificarea tratamentului cu proteze fixe a fost propus indiciul: raportul UP/US. A fost elaborată metoda de tratament eficient a pacienților edentați total prin intermediul RPF pe implante de stadiul I.

Cuvinte cheie: edentația totală, restaurări protetice implanto-purate, implante de stadiul I, încărcarea funcțională precoce.

Summary

IMPLANT TREATMENT IN TOTAL EDENTULOUS — A RETROSPECTIVE 5-YEAR FOLLOW-UP STUDY

Out of 39 total edentation cases, in 19 cases (48.72%) the clinical and anatomical conditions permitted the production of fixed prosthetic restoration, in 12 cases (30.77%) of removable prosthetic restoration and in 8 cases combined prosthetic restoration. Prosthetics restorations were in total implemented on 260 screw type implants, out of which 160 were of one stage with early functional loading and 100 implants of two stage with functional loading after their integration. For the projection of fixed prosthesis treatment the following indicator was suggested: UP/US ratio. An efficient method for the treatment of total edentulous patients was elaborated, through FPR on one stage implants.

Keywords: total edentulous, prosthetic restorations on implants, one stage implants, early functional loading.

Actualitatea temei

Edentația totală este considerată ca o stare patologică gravă a aparatului dento-maxilar, care afectează funcțiile de bază ale acestuia (masticția, fonația, fizionomia etc.), și ca urmare, având consecințe asupra întregului organism. Experiența clinică ne arată că, în ciuda faptului, majoritatea pacienților cărora le-au fost confecționate proteze totale nu le folosesc, motivele acestor situații fiind cauzate de neajunsurile lor (volumul mare, instabilitatea pe câmpul protetic, intoleranța, factorul psihologic etc.). Transmiterea nefiziologică a forțelor masticatorii provoacă modificări morfologice regresive care duc la atrofia progresivă a suportului muco-osos, stabilitatea protezelor devenind problematică, iar acești pacienți fiind clasificați drept „imposibil de tratat“ prin metode tradiționale [1].

Implantologia orală a deschis orizonturi largi stomatologiei în general și proteției dentare în special [1, 2, 4, 6, 10, 11]. Actualmente multiplele cazuri de edentații totale pot fi soluționate prin restaurări protetice implanto-purtate (RPI), întrebare insuficient elucidată în literatura de specialitate în cazul utilizării implantelor endoosoase monolite (one piece) de stadiul I.

Scopul lucrării

Ameliorarea reabilitării pacienților edentați total prin evidențierea particularităților protezării cu restaurări protetice implanto-purtate.

Obiectivele lucrării:

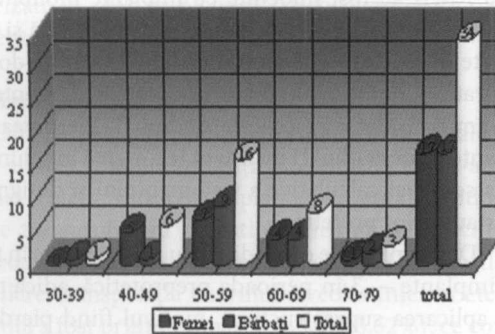
1. Determinarea ratei posibilității protezării pe implante dentare endoosoase la persoanele cu edentație totală.

- Estimarea procentuală a modalităților de soluționare protetică a edentației totale.
- Analiza comparativă a funcționalității protezelor în edentația totală cu sprijin pe implante dentare endosoase de stadiul I și de stadiul II;
- Elaborarea metodei de tratament eficient a pacienților edentați total prin intermediul restaurărilor protetice pe implante monolite de stadiul I;
- Elaborarea unor indici în planificarea RPF cu utilizarea implantelor dentare endosoase de stadiul I și II.

Material și metode.

Pe parcursul a 5 ani (2004—2008) au fost examinați 58 pacienți cu edentație totală (51 cu edentații unimaxilare și 7 cu edentații bimaxilare), adică 65 de maxilare edentate total, la care au fost stabilite condiții clinico-anatomice pentru instalarea implantelor endosoase tip șurub fără o pregătire specifică proimplantară. Examenul a fost făcut conform schemei standard ce a inclus: anamneza, examenul exo- și endobucal, aprecierea stării și gradului de atrofie a creștelor alveolare reziduale și a mucoasei, determinarea relațiilor mandibulo-craniene, studiul modelelor de diagnostic (după necesitate), examenul radiologic — ortopantomografia cu șablon Ro-logic (fig.1, 2), radiografia retroalveolară [2, 9]. La examinarea pacienților au fost luate în considerație indicațiile și contraindicațiile acceptate în implantologia orală [4, 6, 8, 10, 11]. Fiecare situație clinică a fost analizată preventiv în prezența

Diagrama 1
Repartizarea pacienților implantologici edentați total pe categorii de vârstă și sex



pacientului. În toate cazurile s-au luat în considerație metodele alternative de soluționare a situației clinice concrete. După consultația primară, pacienții suplimentar au fost familiarizați cu intervențiile ne-



Fig.1 Șabloanele multifuncționale poziționate în RC

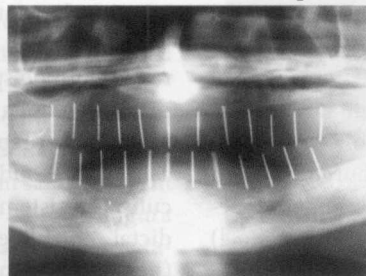


Fig.2 OPG cu șabloane radiologice

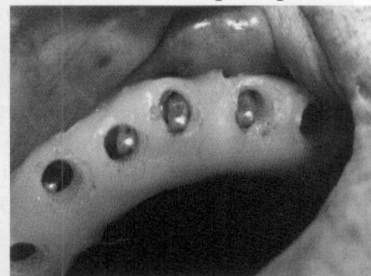
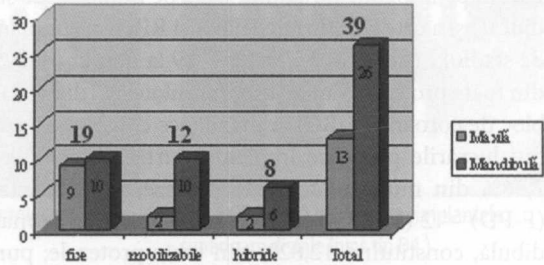


Fig.3 Aplicarea implantelor conform ghidului chirurgical

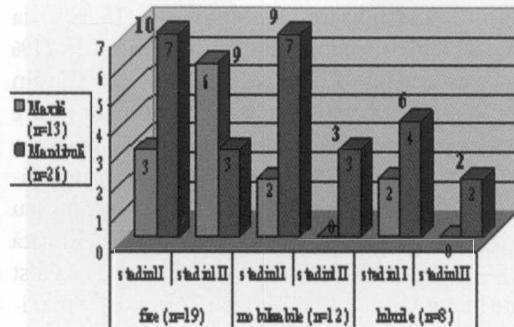
Diagrama 2
Repartizarea protezelor pe maxilare în funcție de metoda de fixare



cesare și particularitățile tratamentului cu utilizarea implantelor dentare (sensul intervenției chirurgicale, perioada postoperatorie, complicațiile posibile etc.), după care pacienților li s-a propus tratament protetic cu utilizarea implantelor dentare. Propunerea a fost acceptată de 34 pacienți — 58,62%, (17 bărbați și 17 femei) cu vârsta cuprinsă între 34 și 76 ani (diagr. 1). 5 pacienți au prezentat edentații totale bimaxilare, adică vorbim despre 39 de maxilare edentate total protezate pe implante (60,0%). Majoritatea pacienților au acceptat implantele de stadiul I (preț convenabil, timp scurt de tratament). Primind acordul pacienților asupra tratamentului, situația clinică a fost studiată și în baza modelelor de diagnostic. După consultația în comun cu chirurgul maxilo-facial a fost întocmit planul de tratament, coordonând termenii intervențiilor chirurgicale și protetice.

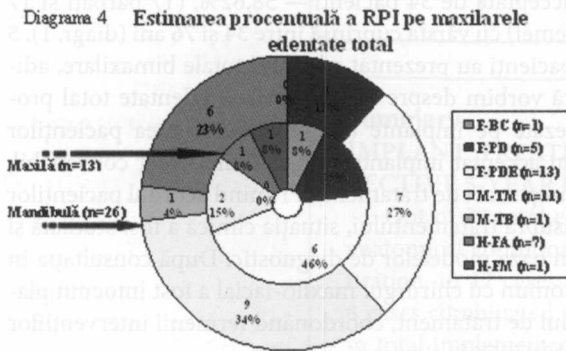
Din 26 cazuri de edentații mandibulare condițiile clinico-anatomice au permis soluționarea edentației totale prin: 10 restaurări protetice fixe (RPF) — 7 pe

Diagrama 3
Corporul lucrărilor protetice în funcție de maxilar, metoda de fixare și tipul implantelor



implante de stadiul I și 3 pe implante de stadiul II; 11 restaurări protetice mobilizabile (RPMI) — 8 pe implante de stadiul I și 3 pe implante de stadiul II și 5 restaurări protetice hibride (RPHI) — 3 pe implante de

stadiul I și 2 pe implante de stadiul II. Din 13 cazuri de edentații totale la maxilă RPHI au fost realizate în 9 cazuri (3 pe implante de stadiul I și 6 pe implante de stadiul II) și a câte 2 cazuri de RPMI și RPHI pe implante de stadiul I (diagr. 2, 3). RPHI — 19 la număr (48,72% din toate protezele) au fost reprezentate de (diagr. 4): 1 bloc de coroane (F-BC) la maxilă, ce constituie 7,69% din lucrările protetice implanto-purtate la maxilă și 2,56% din numărul total de proteze; punți dentare (F-PD) — 2 (15,38%) la maxilă și 3 (11,54%) la mandibulă, constituind 12,82% din toate protezele; punți protetice cu extensie uni- sau bilaterală (F-PDE) — 6 (46,15%) la maxilă și 7 (26,92%) la mandibulă prezentând 33,33% din numărul sumar al protezelor. RPMI — 12 la număr (30,77% din toate protezele) au fost reprezentate de (diagr. 4): 1 proteză totală de



acoperire menținută pe butoni de presiune (M-TB) la mandibulă, ce constituie 3,85% din lucrările protetice implanto-purtate la mandibulă și 2,56% din numărul total de proteze; proteză totală de acoperire cu sprijin pe mezostructură (M-TM) reprezentată de obicei de combinare a mai multor mijloace speciale de menținere sprijin și stabilizare (MSMSS) — 2 (15,38%) la maxilă și 9 (34,61%) la mandibulă, constituind 28,21% din toate protezele. RPHI — 8 la număr (2,51% din toate protezele) erau propuse ca o combinare dintre proteze fixe cu sprijin pe implante aplicate în regiunea intersinusală la maxilă și intermentonieră la mandibulă și o proteză mobilizabilă tradițională (arcată sau cu placă) în regiunile distale. Combinația fixă+arcată (H-FA) — 7 de tot (17,95% din toate protezele) au fost realizate în număr de 1 (7,69% din 13 proteze) la maxilă și 6 (23,08% din 26 proteze) la mandibulă, iar combinația fixă+placă într-un singur caz la maxilă.

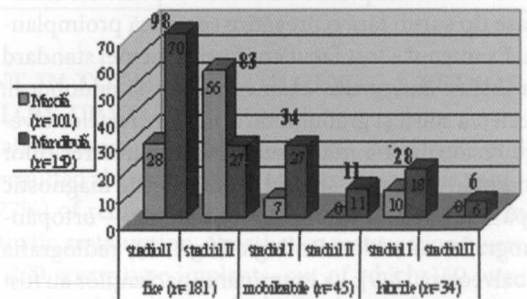
În terapia edentațiilor totale pot fi utilizate implante intramucosale, subperiostale, endosoase și transosoase (transmandibulare). Mai des în practica implantologică sunt aplicate implantele endosoase și mai cu seamă cele de tip rădăcină șurub. În studiul prezent restaurări protetice cu sprijin implantar au fost realizate în total pe 260 de implante dentare endosoase tip șurub dintre care 160 monolite de stadiul I (sistemul „СТИ-ИОЛ”, S. Petersburg, Rusia) cu încărcare funcțională precoce și 100 de implante demontabile de stadiul II (sistemul „Alpha-Bio”, Israel) cu încărcare funcțională după integrarea lor.

Analiza coraportului numărului de implante, în funcție de maxilar, metoda de fixare a protezelor și

tipul implantului (diagr. 5) ne arată că RPHI au fost realizate pe 181 de implante corespunzător 98 de stadiul I (10 lucrări — 3 la maxilă, 7 la mandibulă) și 83 de stadiul II (9 lucrări — 6 la maxilă, 3 la mandibulă). RPMI au fost sprijinite pe 45 de implante corespunzător 34 de stadiul I (9 lucrări — 2 la maxilă, 7 la mandibulă) și 11 de stadiul II (3 lucrări — toate la mandibulă). RPHI au fost efectuate pe 34 implante: 28 de stadiul I (6 lucrări — 2 la maxilă, 4 la mandibulă) și 6 de stadiul II (2 lucrări ambele 3 la mandibulă).

7 implante de stadiul II nu s-au integrat în perioadă de „așteptare” fapt cauzat de purtarea protezelor tranzitorii mobilizabile, 4 dintre care au fost pierdute, iar 3 reinstalate (la maxilă). 5 implante au fost inserate (la 2 pacienți) la a doua etapă chirurgicală în regiunile unde au fost extrași dinții restanți — intervenție

Diagrama 5 Coraportul numărului de implante în funcție de maxilar, metoda de fixare și tipul implantelor



executată în perioadă primei etape chirurgicale. Atât ultimele cât și cele 3 reinstalate au fost încărcate funcțional precoce în combinație cu implantele de stadiul II. Două dintre implantele pierdute preconizate pentru RPHI au fost înlocuite cu implante monolite de stadiul I instalate la a doua etapă chirurgicală și apoi unite în bloc protetic cu implantele de stadiul doi integrate. Condițional, toate implantele demontabile le-am considerat ca cele de stadiul II. Pierderea implantelor de stadiul II nu a avut rezonanță în schimbarea schemei calculative a tratamentului și designului restaurărilor protetice.

Din implantele de stadiul I au fost pierdute în total 7 implante — 3 în perioada preprotetică, adică până la aplicarea suprastructurii, motivul fiind pierderea stabilității primare prin lărgirea indicațiilor pentru încărcarea funcțională precoce în cazul osului de densitate joasă — tip D4 (2 cazuri clinice), iar pentru 4 implante (un caz clinic) — la un an după aplicarea supraprotezei din motivul nerespectării normelor igienice elementare. În prima situație suprastructura fixă (fig. 4, 5) a fost recondiționată prin transformarea unității de sprijin la nivelul 4.4 în parte intermediară. În a doua situație, compromiterea implantelor în perioada preprotetică la maxilă în regiunea 1.4, 2.4 a impus recondiționarea protezei arcate din sistem culisat în sistem croșetar (fig. 6, 7). A treia situație a dictat refuzul de la o reprotizare cu sprijin implantar (neglijarea igienei orale, vârsta — 73 ani) și recondiționarea supraprotezei în proteză totală tradițională (fig. 8, 9).



Fig.4 Puntea protetică executată



Fig.5 Transformarea elementului de agregare în corp de punte

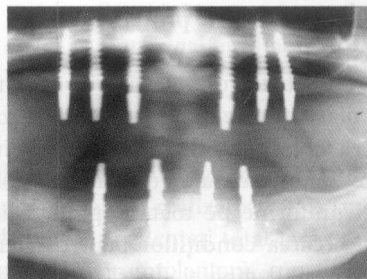


Fig.6 OPG după implantare (implantele superioare distale în os tip D4)

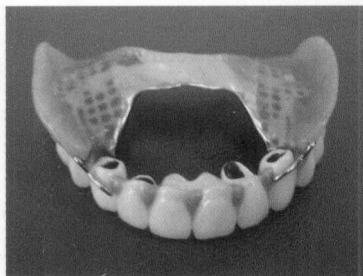


Fig.7 Recondiționarea sistemului culisat în sistem croșetar

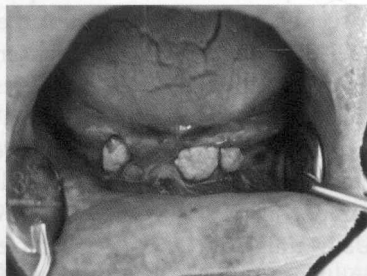


Fig.8 Neglijarea normelor igienice elementare

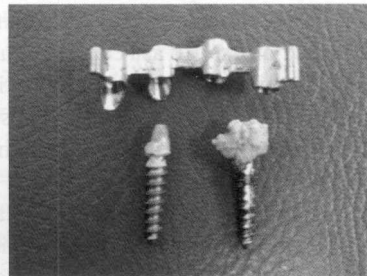


Fig.9 Mezostructura și implantele extrase cu depuneri de tartar

Implantele au fost inserate transgingival fără decolarea lambourilor mucoperiostale, dirijate după caz de șabloane chirurgicale (fig.1-3). La toate implantele a fost obținută stabilitate primară bună. Gradul de stabilitate a implantelor a fost apreciat cu ajutorul aparatului „Periotest — Siemens“ (Germania).

Tratamentul a fost efectuat cu respectarea cerințelor protezării pe implante dentare endosoase [1, 2, 6, 7, 10]. În toate cazurile la a 7 — 10 zi de la inițierea protezării implantele de stadiul I au fost solidarizate în bloc prin suprastructura agregată prin cimentare.

Rezultate și discuții

Din 58 pacienți examinați cu edentație totală la care au fost stabilite indicații și condiții clinico-anatomice către utilizarea implantelor dentare endosoase tip șurub fără pregătire chirurgicală specifică (osteoplastia apofizelor alveolare, elevația sinusurilor maxilare, transpoziția nervului alveolar inferior etc.), acordul a fost primit numai de la 34 (58,62%), ce constituie în total 39 de maxilare edentate total. Tot odată, din numărul maxilarelor edentate total, cu respectarea indicațiilor și condițiilor sus numite, RPFİ au fost realizate în 19 cazuri (48,72%), RPMI în 12 cazuri (30,77%), iar RPHI în 8 cazuri (20,51%). Cauzele majore ale refuzului celorlalți 24 pacienți a tratamentului protetic pe implante au fost implantofobia sau starea financiară dificilă.

Amprentele au fost primite în dependență de tipul implantelor utilizate prin tehnica tradițională în două straturi pentru implantele monolite sau sandwich prin tehnicile indirectă (lingura închisă), directe (lingura deschisă) sau combinat pentru implantele demontabile. Șabloanele cu bordurile de ocluzie, în cazurile implantelor demontabile, au fost fixate prin înșurubare pentru preîntâmpinarea dislocării lor la etapele de

lucru (certif. inov. nr. 4772) (fig. 10). Pentru implantele de stadiul I stabilitatea șabloanelor a fost obținută prin fricțiune, utilizând ca matrice silicon rezilient în regiunile implantelor interesate (certif. inov. nr. 4771) (fig. 11). Prepararea bonturilor protetice ale implantelor se efectua obligatoriu sub răcire cu jet de apă. La etapele de ajustare a carcasului metalic și fixării protezelor o atenție deosebită am atras la obținerea unei inserții pasive pe stâlpii protetici.

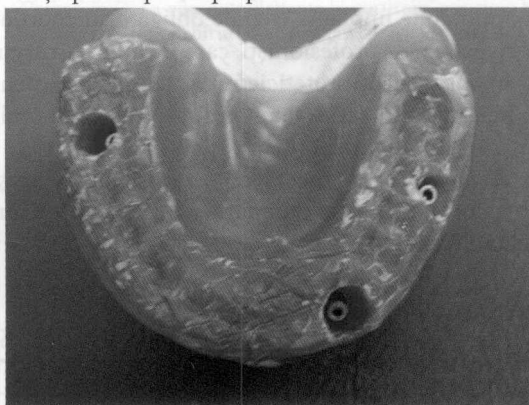


Fig.10 Șabloanele de ocluzie fixate prin înșurubare

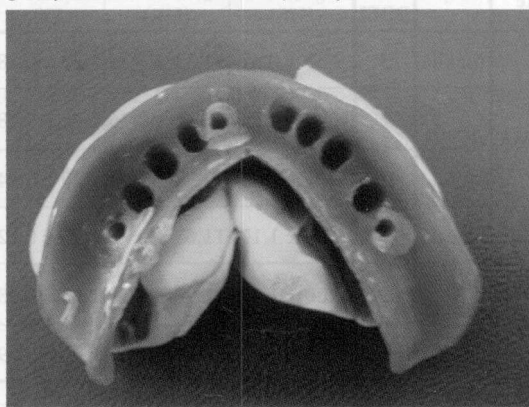


Fig.11 Șabloanele de ocluzie stabilizate prin fricțiune

Restaurări protetice fixe implanto-purtate (RPFI)

Pentru protezele fixe cu sprijin implantar particularitățile de design și ocluzale constau în micșorarea tablei ocluzale până la dimensiunile premolarilor în zonele laterale cu formarea contactelor multiple și uniforme pe toată suprafața ocluzală a protezei și crearea condițiilor pentru igienizarea protezelor la nivelul gingiei. În cazurile dictate de condițiile anatomo-topografice nefavorabile și/sau motivațiile financiare a pacientului arcada dentară poate fi micșorată până la nivelul premolarilor secunzi sau a primilor molari. În așa cazuri la purtătorii de proteze mobilizabile în antecedente eficacitatea masticatorie după datele lui Dorin Bratu [1] este restabilită până la 90-100%. Reșind din aceste considerente am propus de a implementa în practica protezării fixe cu sprijin implantar un indiciu calitativ: raportul UP/US, unde UP — unități protetice, iar US — uniți de sprijin (certif. inov. nr. 4777). Acest indiciu nu trebuie să fie depășit de 2,0 pentru implantele de stadiul II și de 1,5 pentru implantele de stadiul I (tab. 1). Numărul minim de implantate să fie 6 pentru implantele de stadiul II și 8 pentru implantele de stadiul I. Implantele dentare să fie distribuite uniform. Acest indiciu poate fi folosit pentru tipurile de os D1-D3, adică calitatea osului fiind cât mai superioară. Numărul de implantate necesare pentru realizarea protezării fixe în cazul densității osoase de tip D3-D4 trebuie obligatoriu calculat conform principiului izotopiei implantare [3, 2, 6, 11]. Pentru obținerea unui efect estetic convenit locul implantării și numărul optimal de implantate trebuie obligatoriu coordonat cu echipa de profesioniști, care include chirurgul oro-maxilo-facial, proteticianul și tehnicianul dentar. Reșind din aceasta, am propus un șablon multifuncțional individual (certif. inov. nr. 4770) (fig. 1) pentru planificarea corectă a inserării implantelor și un șablon chirurgical standard realizat din silicon rezilient (certif. inov. nr. 4767) (fig. 3).

Tabelul 1

Repartizarea RPFI în funcție de maxilare, implantate și a indicelui UP/US

Im-plantate	Maxilare	Numărul RPFI	Media ± σ		
			unităților de sprijin (US)	unităților protetice (UP)	Raportului UP/US
Stadiul I	maxilă	3	9,33 ± 0,47	11,33 ± 1,25	1,22 ± 0,18
	mandibulă	7	10,00 ± 1,41	13,00 ± 0,76	1,32 ± 0,18
	total	10	9,80 ± 1,25	12,50 ± 1,00	1,29 ± 0,14
Stadiul II	maxilă	6	9,33 ± 1,17	11,67 ± 0,75	1,26 ± 0,12
	mandibulă	3	9,00 ± 1,63	11,00 ± 2,16	1,22 ± 0,08
	total	9	9,22 ± 1,36	11,44 ± 1,20	1,25 ± 0,09
TOTAL		19	9,53 ± 1,43	12,00 ± 1,56	1,27 ± 0,16

Restaurări protetice mobilizabile implanto-purtate (RPMI)

Realizarea protezelor mobilizabile de acoperire (supraprotezelor) pe implantate sunt indicate în special în situațiile clinice când avem un deficit de ofertă osoasă în sectoarele laterale ale maxilarelor. Către particularitățile realizării supraprotezelor cu sprijin implantar putem menționa următoarele:

- Numărul minim de implantate să fie:
 - 2 pentru mandibulă;
 - 4 pentru maxilă;
- Implantele distribuite uniform.
- Linia care unește implantate vecine să nu fie în afara crestei.
- Distanța dintre două implantate vecine să fie cât mai mare.
- La instalarea a numai două implantate distanța minimă dintre ele să fie 20 mm.
- Contacte ocluzale uniforme și multiple pe toată suprafața ocluzală.

Restaurări protetice hibride implanto-purtate (RPHI)

În fond, combină în sine particularitățile de realizare a RPFI și RPMI atât pentru etapele clinice, cât și cele tehnice.

Etapele clinico-tehnice de realizare a RPI în edentația totală.

Executarea oricărei proteze implanto-purtate în edentația totală presupune o consecutivitate de etape clinico-tehnice generale din start pentru toate și particulare pentru cele fixe, mobilizabile și hibride:

1. radiografia preventivă;
2. amprentarea preventivă;
3. confecționarea șabloanelor de ocluzie;
4. aprecierea și fixarea relației centrice;
5. realizarea plăcii de orientare — șablon multifuncțional [5];
6. radiografia cu șablon multifuncțional [5];
7. implantarea;
8. amprentarea;
 - tradițională pentru implantate monolite;
 - directă, indirectă pentru implantatele demontabile;
9. Realizarea suprastructurii:
 - 9.1. RPFI:
 - 9.1.1. realizarea suprastructurii;
 - 9.1.2. adaptarea și fixarea suprastructurii.
 - 9.2. RPMI:
 - 9.2.1. realizarea mezostructurii;
 - 9.2.2. confecționarea lingurii individuale cu bordură de ocluzie;
 - 9.2.3. adaptarea mezostructurii;
 - 9.2.4. aprecierea și fixarea repetată a relației centrice;
 - 9.2.5. amprentarea funcțională împreună cu mezostructura;
 - 9.2.6. realizarea protezei mobilizabile;
 - 9.2.7. proba și fixarea protezei asamblate cu mezostructură în cavitatea orală în poziția de RC.

9.3.RPHI:

- 9.3.1. realizarea suprastructurii fixe cu/ fără elementele primare a MSMSS;
- 9.3.2. adaptarea suprastructurii în cavitatea orală;
- 9.3.3. aprecierea și fixarea RC;
- 9.3.4. amprentarea câmpului protetic împreună cu suprastructura fixă;
- 9.3.5. realizarea protezei mobilizabile;
- 9.3.6. proba și fixarea protezei asamblate cu supraproteza fixă în cavitatea orală în poziția de RC.

Alegerea metodei de tratament a edentatului total — fixă, mobilizabilă sau combinată este strict individuală și depinde de oferta osoasă, densitatea oaselor maxilare, vârstă, sex, profesie etc. Majoritatea pacienților solicită desigur restaurări protetice fixe care posedă toate avantajele protezelor fixe tradiționale și numai după discuții și explicații multiple acceptă și celelalte rezolvări [1, 2]. Protezarea fixă pe implantare are unele dezavantaje mai mult în plan estetic decât funcțional:

- efectul de dinte alungit din cauza necesității restabilirii DVO în baza creștelor alveolare atrofiate;
- ambraturi cervicale mari din motivul atrofiei papilelor interdente;
- spații interdente largi cauzate de distopia implantelor față de pozițiile dinților lipsă.

La toți pacienții protezați (cu excepția cazului descris anterior) a fost obținută o funcționalitate bună a protezelor fixe. Examenul la vizitele de control la distanță au arătat că pacienții se folosesc cu succes de ele. Majoritatea pacienților, care anterior s-au folosit de proteze tradiționale parțiale mobilizabile sau totale, au relatat o eficiență funcțională net superioară a protezelor noi cu sprijin implantar. Endobucal a fost constatată o integrare gingivală satisfăcătoare a implantelor. Inelul perimplantar era de o culoare roz-pală, la palpare fără eliminări și sângerare. Examenul radiologic (ortopantomografia, radiografia retroalveolară) a constatat osteointegrarea implantelor, resorbția osului la coama apofizei alveolare era nesemnificativă — până la 1 mm. În patru cazuri s-a constatat apozitia osului. Nici un implant de stadiul I inclus ca stâlp a RPI și RPHI în edentația totală nu s-a compromis, rata succesului fiind de 100%. Pentru RPMI postprotetic s-au compromis numai 4 implantare de stadiul I rata de supraviețuire fiind de 88,24% din numărul implantelor de stadiul I folosite ca stâlpi pentru protezele mobilizabile și 97,5% din numărul total de implantare de stadiul I. Pentru im-

plantare de stadiul II rata succesului în toate cazurile a constituit 100%, astfel aproape egalând fiabilitatea și funcționalitatea lor.

Concluzii

1. Rata posibilității instalării unui număr suficient de implantare pentru realizarea ulterioară a unei RPI la pacienții edentați total fără pregătire chirurgicală proimplantară constituie 58,62%.
2. Rata modalităților de soluționare a edentației totale fără pregătire chirurgicală proimplantară constituie: RPI — 48,72%, RPMI — 30,77% și RPHI — 20,51%.
3. Metoda de reabilitare a pacienților cu edentații totale prin intermediul RPI cu utilizarea implantelor dentare tip șurub de stadiul I și încărcate funcțional precoce este efectivă și poate fi cu succes utilizată în practica cotidiană (supraviețuire 97,5% față de 100% pentru implantare de stadiul II).
4. La planificarea reabilitării edentațiilor totale este necesar de luat în considerație indicele UP/SP. Acest indice nu trebuie să fie depășit de 2,0 pentru implantare de stadiul II și de 1,5 pentru implantare de stadiul I.

Bibliografie selectivă

1. Bratu D., Ieremia L., Uram-Țuculescu S. Bazele clinice și tehnice ale protezării edentației totale. Editura medicală, Timișoara. 2005.
2. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe București. — Ed. Medicală. — 2003.
3. Garbaccio D. La vite Autofilettante bi-corticali: principio biomecanico tecnica chirurgica e risultati clinici. Dental Cadmos, N 6. 1981.
4. Gănuță N. Tratat de implantologie. Național. București. 1998.
5. Gumeniuc A., Topalo V. Șablon multifuncțional în implantologia orală. Analele științifice USMF „N. Testemișanu“. Ediția VI, vol IV, Probleme clinico-chirurgicale, 60 ani de învățământ superior medical în Republica Moldova, Chișinău 2005, pag. 655-659.
6. Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. Mosby. Year Book. 1999
7. Ormianer Z., Garg A., Palti A. Immediate Loading of Implant Overdentures Using Modified Loading Protocol. Implant dentistry vol. 15. nr.1 2006.
8. Payne A. et all. Conventional and early loading of unsplinted ITI implants supporting mandibular overdentures. Clinical Oral Implants Research. Nr. 13. 2002. p. 603-609.
9. Turkyilmaz I. Clinical and radiological results of patients treated with two loading protocols for mandibular overdentures on Branemark implants. Journal of Clinical Periodontology 2006 nr. 33 p. 233-238.
10. Мушеев И., Олесова В., Фрамович О. Практическая дентальная имплантология. Парадиз. 2000.
11. Ренуар Ф., Рангерт Б. Факторы риска в стоматологической имплантологии. Азбука. Москва. 2004.

ANALIZA ASPECTELOR BIOMECHANICE ÎN RESTAURĂRILE PE IMPLANTURI

Vasile Nicolae,
Dr. med., D.M.D.
Conf. Univ. Disciplina
de Implantologie Orală
și Protetică Dentară,
Facultatea de Medicină
„Victor Papilian“
Sibiu, Medic Primar,
Clinica de Protetică și
Implantologie Orală
Spitalul Militar de
Urgență Sibiu

Dana Dumitra,
doctorand D.M.D
Dr. Conf. Univ.
Nicolae Bajurea.
Catedra Stomatologie
Ortopedică Chirurgie
Orală și Implantologie.
Facultatea Stomatologie
a USMF „Nicolae
Testemițanu“

Rezumat

Analiza aspectelor biomecanice are un rol important în conceperea planului de tratament, astfel, în cadrul acestui articol vor fi exemplificate prin scheme clare și trei cazuri soluționate clinic câteva aspecte legate de conceperea tratamentului implanto-protetic luând în calcul particularitățile existente în edentația totală mandibulară.

Cuvinte cheie: ocluzie, restaurari pe implanturi, edentație totală mandibulară

Summary

ANALYSIS OF THE BIOMECHANICAL ASPECTS OF RESTORATIONS ON THE IMPLANTS

The analysis of the biomechanical aspects has an important role in devising of treatment plan. So that, in this article will be exemplified by a clear outline and three clinical cases, a few aspects concerning the implant-to-prosthetic treatment knowing the existing particularities in the complete mandibular edentation.

Key words: Occlusion, implants restoration, complete mandibular edentation

Introducere

Noțiuni care stau la baza biomecanicii A.D.M.

Dinamica mandibulară este un act motor realizat cu participarea articulațiilor temporo-mandibulare și a mușchilor mobilizatori ai mandibulei.

După Posselt, mișcările mandibulare de bază sunt:

- Deschiderea și închiderea gurii;
- Mișcarea de protruzie și revenire cu contact dentar;
- Mișcarea de retruzie și revenire cu contact dentar
- Mișcări de lateralitate și revenire cu păstrarea contactului dentar.

Din punct de vedere funcțional, mișcările mandibulare sunt:

- mișcări funcționale ce participă la realizarea funcțiilor A.D.M. (masticatie, deglutiție, fonație)
- mișcări parafuncționale, eventual prezente, cum sunt, de exemplu, cele întâlnite în bruxism.

Osul maxilar și mandibular prezintă o arhitectură conformată de forțele masticatorii, forțe ce se transmit osului prin intermediul dinților și parodontiului. *La mandibulă*, sistemul trabecular al osului alveolar se reunește la extremitatea apicală a alveolelor dentare, unindu-se la acest nivel cu sistemul trabecular al osului bazal și îndreptându-se spre unghiul mandibulei.

Asupra osului alveolar se pot exercita 3 tipuri mari de forțe, și anume de compresiune, de tracțiune și de forfecare, ultimele două tipuri fiind nocive. Forțele cu efectele cele mai nocive apar în cazul prezenței unor parafuncții, de exemplu în bruxism.

Particularități biomecanice în tratamentul implanto-protetic

În general, studiile de biomecanică urmăresc răspunsul osului, al dintelui sau implantului la încărcarea cu o sarcină mecanică.

Pentru reușita unui tratament implanto-protetic este necesară împlinirea a două deziderate biomecanice fundamentale:

- distribuția axială a forțelor asupra implantului și osului;
- obținerea prin restaurarea protetică a unei ocluzii funcționale.

Această ocluzie funcțională permite și ea o distribuție adecvată a forțelor asupra implantului și osului.

Considerațiile biomecanice determină în cadrul unui plan de tratament implanto-protetic următoarele caracteristici:

- topografia implanturilor;
- lungimea implanturilor;
- diametrul implanturilor;
- numărul implanturilor;
- materialul din care va fi confecționată lucrarea protetică;
- reconstrucția ocluzală.

Se va urmări cu atenție direcția și intensitatea forțelor ce acționează în zona viitoare lucrări protetice. În cazul prezenței bruxismului, acesta trebuie obligatoriu înlăturat preimplantar.

Biomecanica A.D.M. în implantologia orală este strâns legată de concepția și execuția lucrărilor protetice aplicate pe implanturi, urmărindu-se transmiterea fiziologică a forțelor la nivelul implanturilor și asupra osului periimplantar.

Spre deosebire de dinții naturali, unde parodontiul s-a adaptat forțelor funcționale ce acționează asupra lui, în cazul implanturilor dentare acest parodontiul lipsește. În consecință, forțele se vor transmite direct asupra osului, fără să fie amortizate de către ligamentele parodontale.

În urma unei forțe aplicate pe un dinte natural, acesta revine progresiv în poziția inițială, după încetarea acțiunii forței.

În schimb, aceleași forțe ocluzale aplicate de această dată la nivelul implanturilor endosoase exercită un efect diferit. Datorită lipsei parodontiului marginal, implanturile au o mobilitate fiziologică mult mai redusă. Mobilitatea fiziologică verticală a implantului este de 5—8 microni, iar cea orizontală de 10—50 microni. Această mobilitate fiziologică a implantului este generată de elasticitatea osului periimplantar și de grosimea stratului proteoglicanic dintre implant și os.

Centrul de rotație al unui implant se află în apropierea osului cortical de la nivelul coamei crestei, spre deosebire de dintele natural, al cărui centru de rotație se află la unirea treimii mijlocii cu treimea apicală.

Datorită faptului că forțele se transmit pe un teren rigid, ele trebuie menținute în anumite limite, pentru a nu depăși rezistența implantării.

Când se aplică forțe ocluzale supraliminare și prelungite asupra unui dinte natural, acesta suferă o intruzie care poate fi reversibilă. În cazul implantului, intruzia nu va mai fi reversibilă. Ea se poate manifesta ca și:

- intruzie fiziologică foarte lentă, dar ireversibilă, cu menținerea integrării implantului
- intruzie nefiziologică, mai rapidă, ce duce la afectarea integrării osoase a implantului, mobilizarea acestuia și avulsia lui.

Deoarece nu există receptori parodontali, capacitatea de percepție și selectare a forțelor aplicate pe implanturi va fi mult diminuată și realizată pe căi colaterale, cu întârzierea reacțiilor la nivelul sistemului nervos central. Va exista o întârziere în percepția

contactelor premature și /sau a interferențelor de la nivelul suprafețelor ocluzale ale lucrărilor protetice aplicate pe implanturi.

În cazul unor lucrări protetice aplicate pe implanturi, forțele exercitate la nivelul suprafețelor ocluzale trebuie să se transmită în mod egal și fiziologic la toate implanturile care susțin lucrarea protetică.

Se urmărește ca forțele să se transmită în axul lung al implantului, deoarece aceste forțe exercită un efect de compresie asupra acestuia (Fig. 1).



Fig. 1 Efectul de compresie asupra forțelor axiale

Forțele oblice sau orizontale trebuie diminuate sau dacă este posibil eliminate, deoarece ele exercită o acțiune de flexiune și torsiune asupra implantului (Fig. 2 și 3).

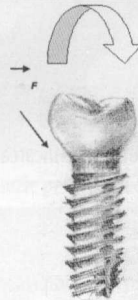


Fig. 2 Efect de flexiune sub acțiunea forțelor oblice

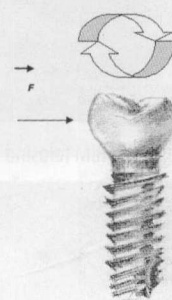


Fig. 3 Efect de torsiune sub acțiunea forțelor orizontale

Totalitatea factorilor de care depinde transmiterea forțelor asupra implanturilor este reprezentată de:

- elasticitatea osului periimplantar
- numărul, dimensiunea, tipul și topografia implanturilor
- numărul și dimensiunea intermediarilor din cadrul restaurării protetice susținute pe implanturi
- materialul din care este confecționată restaurarea protetică
- ocluzia statică și dinamică.

Alegerea modului de restaurare al ocluziei se face ținând cont de prezența parafuncțiilor și de natura arcadei antagoniste.

- În cazul existenței unor parafuncții în antecedente se preferă realizarea unui ghidaj de grup.

— Dacă arcada antagonistă este reprezentată de o proteză totală mobilă se realizează o ocluzie echilibrat balansată, adică o ocluzie cu contacte atât pe partea lucrătoare, cât și pe partea nelucrătoare în timpul mișcărilor mandibulare.

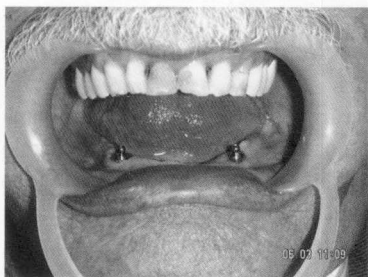


Fig. 3 și 4 Aplicarea bilor și a cheii de poziționare din patten — resin.

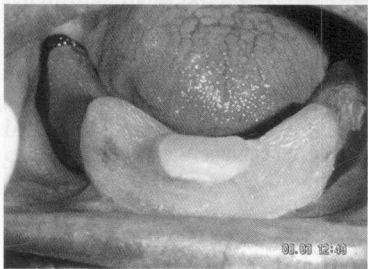


Fig. 5,6 Verificarea lingurii individuale, realizarea închiderii marginale și amprentarea câmpului protetic cu polieteri peste întreg ansamblul prezentat anterior.

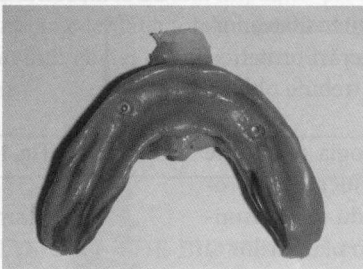


Fig. 7, 8 Înregistrarea RIM folosind șablonul de ocluzie și verificarea machetei.

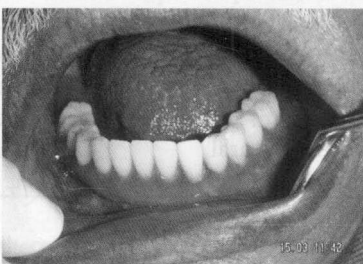


Fig. 9 Supraprotezarea pe implante prin sistemul de capse pe implante.

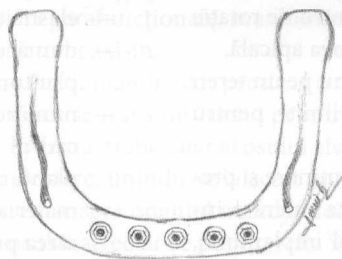
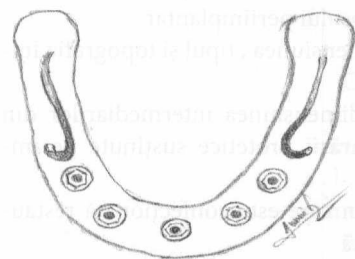


Fig. 10, 11 Forma arc de cerc în zona mandibulară a mandibulei favorabilă din punct de vedere biomecanic (stânga), și forma pătrată (dreapta).

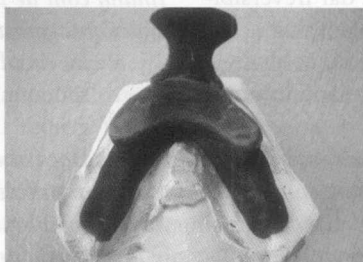
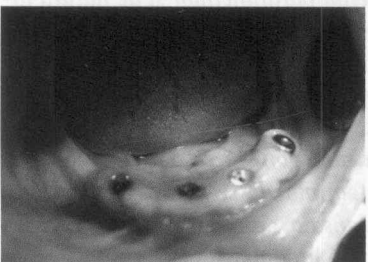


Fig. 12, 13 cele 4 implante inserate interforaminal descoperite pregătite pentru amprentare.

— Dacă arcada antagonistă este reprezentată de dinți naturali se va realiza o ocluzie mutual protejată, adică o ocluzie cu contacte ferme posterioare în intercuspitate maximă și cu ghidaj canin sau de grup și deocluzie pe partea nelucrătoare în timpul mișcărilor de lateralitate ale mandibulei.

— Atunci când arcada antagonistă este restaurată în întregime cu ajutorul implanturilor, refacerea ocluzală este cel mai dificil de realizat, datorită simțului proprioceptiv slab al ansamblului implant/implant.

În reabilitarea orală implant-to-protetică este esențială menținerea suprafeței protetice de sprijin a dinților naturali pierduți. Suprafața de sprijin este foarte importantă în direcționarea fiziologică a forțelor de masticație, scăzând astfel rata de eșec cauzată de forțele supraliminare aplicate pe implanți.

Dintre mijloacele de îmbunătățire ale suprafeței de sprijin a lucrărilor protetice menționăm:

- inserția unui număr suficient de implanți, poziționate corect și cu un diametru maxim admis de oferta osoasă existentă
- realizarea unei ocluzii echilibrate
- extinderea lucrării protetice în zonele laterale ale arcadei, până în dreptul rădăcinii meziale a molarului 2.

În cazul restaurărilor protetice mobilizabile sprijinite pe implanți se poate realiza rigidizarea implanturilor din regiunea anterioară a mandibulei cu ajutorul unei bare.

Bara care unește două implanți situate în zona interforaminală asigură o bună compensare a forțelor, superioară celei asigurate de barele care unesc 3-4 implanți situate în aceeași zonă, dar nu în linie dreaptă.

Rigiditatea ansamblului bară/implant este deci în relație directă și cu numărul și localizarea implanturilor.

— O altă soluție de tratament considerată de asemenea foarte eficientă este reprezentată de 2 implanturi cu atașamente sferice plasate în zona interforaminală, deasupra cărora se va așeza o proteză (Fig. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Forma de arc a mandibulei în zona anterioară este mai favorabilă din punct de vedere biomecanic decât forma pătrată (Fig. 10, 11).

Implanturile sunt conectate prin bară doar în regiunea anterioară mandibulară, deoarece în regiunea posterioară elasticitatea mărită a mandibulei ar fi stânjenită de această structură rigidă și s-ar produce solicitarea excesivă a implanturilor.

Am ales pentru exemplificare un caz la care am optat pentru protezare mobilizabilă pe implanturi.

Acest caz prezintă o edentație mandibulară inferioară, la care am optat pentru inserția a patru implanturi interforaminal, suprastructura fiind o proteză acrilică fixată pe sistemul cu bară montat la cele patru implanturi. La acest caz sunt prezentate toate etapele protezării pe cele 4 implanturi (Fig. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

Un alt parametru de care trebuie să se țină seama în analiza biomecanică este reprezentat de deformarea osului sub acțiunea forțelor.

Osul suferă o deformare elastică sub acțiunea forțelor. Această deformare este cu atât mai mică, cu cât materialul din care este confecționat implantul are un modul de elasticitate mai apropiat de al osului. Materialul care îndeplinește această condiție este titanul.

În restaurările protetice fixe aplicate pe implanturi, distribuția forțelor depinde evident și de calitatea osteoacceptării, precum și de gradul de elasticitate al lucrării protetice.

Pentru exemplificare vom prezenta un caz de edentație totală mandibulară dar și maxilară, la care am optat pentru un tratament implanto-protetic care să permită



Fig. 14, 15 Închiderea marginală a lingurii individuale și dispozitivele de transfer pentru lingura deschisă.



Fig. 16, 17 Îndepărtarea lingurii de pe câmpul protetic cu dispozitivele de transfer rămase în lingură și aplicarea siliconului în jurul acestora.

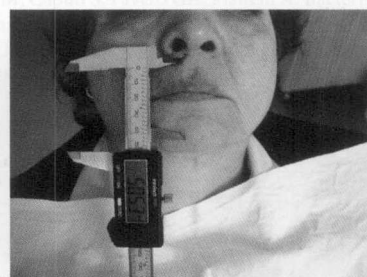
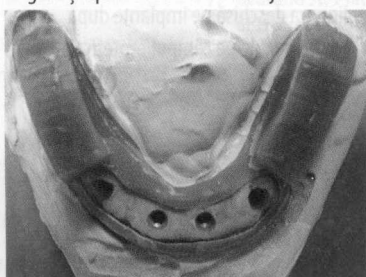


Fig. 18, 19 Șablonul de ocizie pentru înregistrarea RIM, măsurători necesare acestei etape.

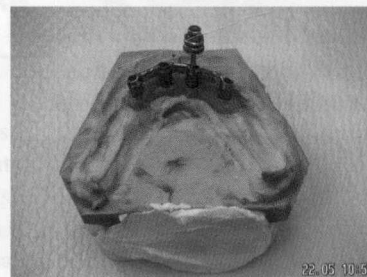


Fig. 20, 21 Înregistrarea RIM și sistemul de bară pe model.

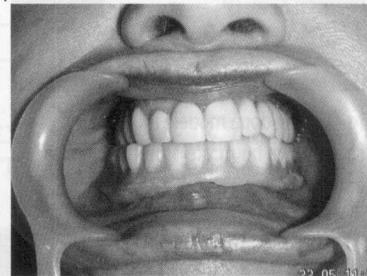
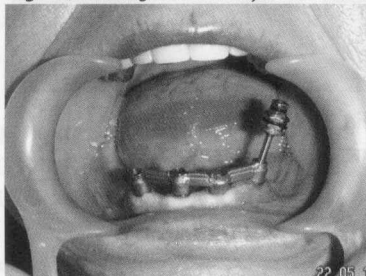


Fig. 22, 23 Același sistem inserat în cavitatea bucală, proba machetei viitoarei proteze pe bare.

obținerea unei lucrări protetice fixată pe implanturi prin cimentare. Pentru aceasta este nevoie de 8 implanturi. Vom exemplifica și o parte din etapele de laborator pentru etapa protetică de încărcare a implanturilor (Fig. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35).

Cu cât elasticitatea lucrării protetice este mai mare, forțele transmise se mențin mai mult în limita fiziologicului. Metalele nobile sunt mai elastice.

Pentru amortizarea forțelor și încărcarea progresivă a implanturilor se recomandă ca primele re-



Fig. 24 OPT preoperator.

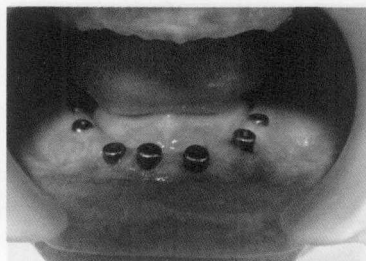


Fig. 25 Descoperirea implantelor la 4 luni și aplicarea capacelor de vindecare

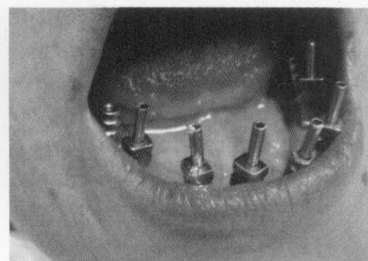


Fig. 26 Poziționarea dispozitivelor de transfer.

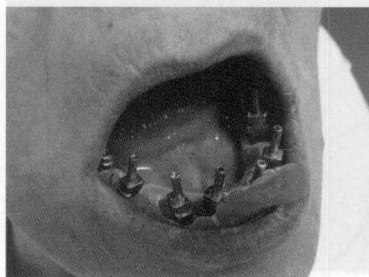


Fig. 27 Verificarea lingurii pe câmpul protetic.



Fig. 28 Aspectul mucozal al ampreței cu lingura deschisă pe implante după îndepărtarea de pe câmpul protetic



Fig. 29 Aplicarea siliconului dar și a implantelor analoge în vederea turnării modelului

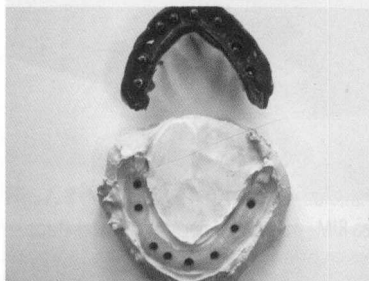


Fig. 30 Aspectul modelului turnat cu implantele analoge prezente în model.

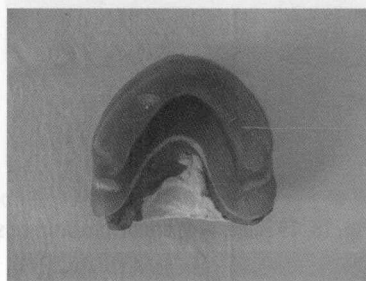


Fig. 31 Șabloanelor de ocluzie pentru înregistrarea RIM

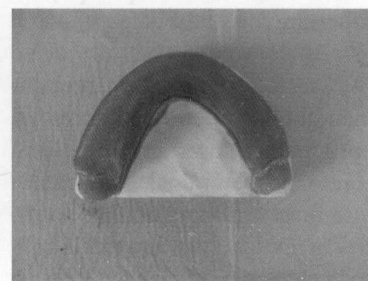


Fig. 32 Cele două modele montate în articulator cu bonturile protetice șlefuite la paralelograf



Fig. 33 Aspectul licării finale metalo-ceramică la mandibulară.

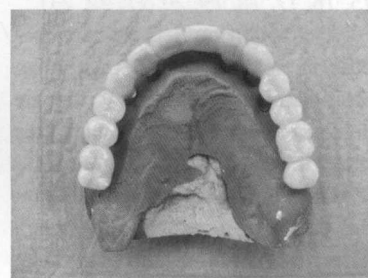


Fig. 34 Lucrarea finală metalo-ceramică pe model la maxilar.

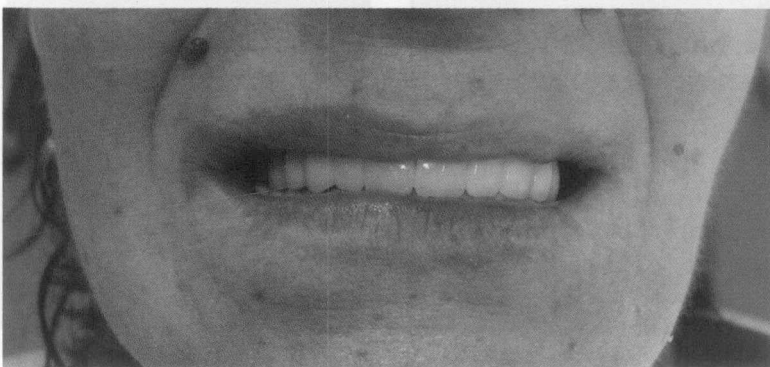


Fig. 35 Aspect final al celor două lucrări metalo-ceramică în cavitatea bucală

staurări protetice (provizorii) să se realizeze din acrilat sau din materiale compozite. Ceramica conferă stabilitate maximă implanturilor, dar nu realizează amortizarea forțelor. Materialele în ordinea descrescătoare a elasticității sunt reprezentate de: acrilat, compozite, aliaje nobile și seminobile, alte metale, ceramică.

Pe lângă forțele fiziologice, în timpul încărcării progresive sau după finalizarea acestora pot acționa și forțe nefiziologice.

Forțele nefiziologice au un efect mult mai nociv asupra implanturilor decât asupra dinților naturali și sunt reprezentate de mobilizarea implantului, fractura lui și a bontului protetic.

În concluzie

În cazul existenței parafunțiilor în antecedente se indică în mod particular aliajele nobile. Suprafețele ocluzale ale restaurării protetice vor fi metalice și de grosime mai mică decât în cazul coroanelor ceramice. Această caracteristică permite aplicarea unui bont protetic mai lung, bont ce va asigura o retenție crescută a coroanei.

Forțele apărute în bruxism sunt cele mai periculoase. De aceea, bruxismul trebuie înlăturat imediat

dacă a apărut sau a reapărut după aplicarea lucrării protetice sprijinite pe implanturi.

Respectarea principiilor ocluzologice în cadrul realizării reconstrucției ocluzale constituie elementul determinant pentru menținerea osteoacceptării implanturilor și a integrității restaurărilor protetice.

Bibliografie

1. Eichner K. Messung der Kräfte bei Kauvorgängen Dtsch Zahnärztl Z, 1963; 18:915-924.
2. Krejci I, Reich T, Lutz F, Albertson M. In-vitro-Testverfahren zur Evaluation dentaler Restaurationssystemen. Schweizer Monatsschrift Zahnmedizin, 1990; 100: 8-14.
3. Rosentritt M, Behr M, Handel G. In-vitro Untersuchung der Bruchfestigkeit und Randqualität 3gliedriger Brücken aus Cercon/Sakura Interaction bei adhäsiver Befestigung. Abschlussbericht, Regensburg, November 2004.
4. Rosentritt M, Leibrock A, Lang R, Scharnagl P, Behr M, Handel G: Regensburger Kausimulator. Material Prüfung 39:77-80, 1997.
5. Piconi C, Maccauro G. Zirconia as a ceramic biomaterial: Review. Biomaterials 1999;20:1-25. Euromat.
6. Reiss B, Walther W. Clinical longterm results and 10-year Kaplan-Meier analysis of Cerec restorations. Int. Journal Computerized Dentistry, 2000, 3: 9-23.
7. Scarano A, Piattelli M, Caputi S, Favero GA, Piattelli A. Bacterial Adhesion on commercially pure titanium and zirconiumoxide disks: an in vivo human study. J Periodontol February 2004; Vol. 75, No.2, 276-280.

APLICAREA MATERIALULUI NANOCOMPOZIT „LITAR“ ÎN IMPLANTOLOGIA EXPERIMENTALĂ CU UTILIZAREA IMPLANȚILOR DIN TITAN CU SUPRAFAȚA NANOSTRUCTURATĂ DE OXID DE TITAN

Rezumat

Există o gamă variată de materiale pentru restabilirea defectului osos și remodelarea osoasă. Am utilizat în implantologia experimentală un material compozit biodegradabil „LitAr“. Pe 6 animale de laborator (iepuri) s-a efectuat regenerarea și remodelarea osoasă cu implantarea mostrelor din titan cu o suprafață nanotubulară de oxid de titan (TiO₂) uniform repartizată pe toată suprafața, obținută de noi.

Summary

APPLYING OF THE NANOCOMPOSIT MATERIAL „LITAR“ IN EXPERIMENTAL IMPLANTOLOGY BY USING OF TITAN IMPLANTS WITH NANOSTRUCTURED SURFACE OF TITAN OXIDE

There is a various spectrum of materials to restore the bone's defect and the osseous remodeling. I used experimental in implantology a biodegrading composit material „LitAr“. 6 experimental animals (rabbits) were used to regenerate the osseous remodeling with patterns implanting from titan with a nanotubular surface of titan oxide (TiO₂) distributed plainly on the whole surface obtained by us.

Actualitatea temei

Metodele de regenerare osoasă se perfecționează și devin din ce în ce mai folosite și se aplică și în cazul pacienților cu un cîmp implantar deficitar ca metodă adjuvantă de tratament. O deosebită importanță în practica implantologiei stomatologice o

Gheorghe Nicolau,
Prof. univ.

Serghei Litvinov, (Rusia),
Prof. univ.

Mihail Barbuț,
Nicolae Bajurea,
Iurie Marina,
Mihai Enache

*USMF „N. Testemițanu“,
facultatea Stomatologie,
Universitatea Tehnică
din Moldova.*

are înălțimea nefavorabilă a osului pentru implantare. Odată ce a avut loc o pierdere de țesut osos sub formă de defect segmentar, chiar și în condiții favorabile organismul uman nu poate să restabilească în totalitate osul pierdut. Materialele de comblaj au drept scop creșterea cantității și calității permițând ulterior utilizarea unui număr corespunzător de implanturi orale cu dimensiuni (lungimi, diametre) optime pentru realizarea unui tratament protetic corect, care să asigure repartizarea favorabilă a forțelor ocluzale și să refacă funcțiile sistemului stomatognat. Pentru aceasta noi am folosit materialul de comblaj nanocompozit „LitAr“.

Obiectivul lucrării

În această lucrare s-a urmărit remodelarea osoasă prin aplicarea în practica stomatologică experimentală pe animale de laborator a materialului compozit „LitAr“.

Material și metode

Țesutul osos este format din diferite tipuri de celule integrate într-o matrice proteică fibroasă întărită prin mineralizare. Compoziția este reprezentată de aproximativ 60% materie anorganică, 30% organică și 10% apă, variind funcție de un mare număr de factori, dintre care mai importanți sunt vârsta, sexul, starea fiziologică a organismului, tipul de os și localizarea la nivelul acestuia. De asemenea, osul poate fi considerat ca fiind format din materie celulară (15%) și matrice extracelulară (85%), din care 35% este organică și 65% anorganică.

Celulele osoase, reprezentate de osteoblaste, osteocite, celule de acoperire și osteoclaste, sunt responsabile de procesele de sinteză, structurare, întreținere, modelare și reconstrucție, în timp ce matricea extracelulară conferă proprietățile caracteristice osului precum rezistența și duritatea. Materialul implantat în zona defectului servește ca matrice pentru formarea neotșesutului.

Țesutul osos demonstrează o capacitate remarcabilă de regenerare și reconstrucție în cazul traumatismelor și fracturilor. Procesul de vindecare este complex și poate fi împărțit în trei etape: inflamare, reparare și remodelare.

Materialele compozite sunt materiale heterogene cu minimum două componente cu proprietăți diferite separate de bariere structurale bine definite, care se completează reciproc, rezultând un material cu proprietăți superioare.

La realizarea materialului compozit se profită de efectele sinergice care apar la îmbinarea celor două faze datorită interacțiunilor fizice și chimice dintre ele. Ca exemplu, din două materiale se poate realiza un material nou care să aibă proprietăți mecanice mai bune decât ale fiecărui material în parte.

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

Pe un lot de patru iepuri albi sa efectuat experimental un studiu al regenerării și remodelării osoase cu ajutorul materialului nanocompozit „LitAr“.

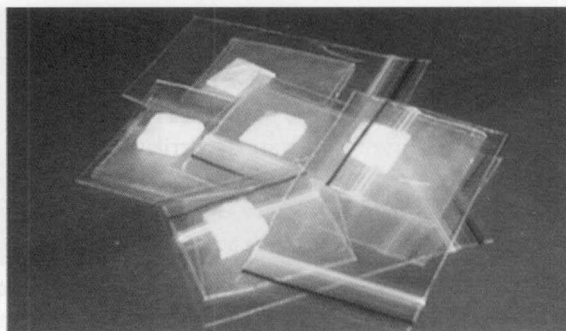


Fig.1 Plăcuțe de material nanocompozit „LitAr“



Fig.2 Material nanocompozit „LitAr“, x300

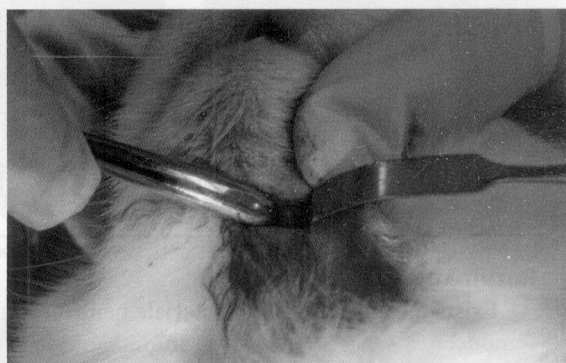


Fig.3 Lăcașul forat cu materialul inserat în el

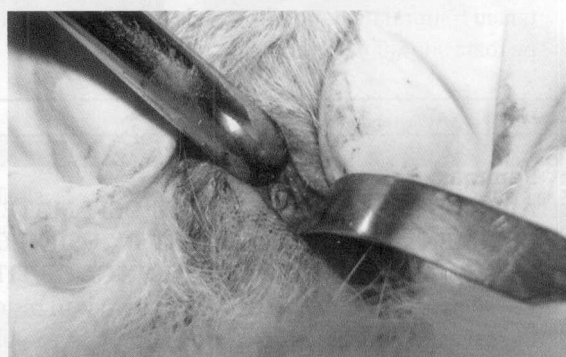


Fig.4 Mostra de titan inserată în lăcașul forat

La iepuri sa făcut anestezie cu eter și Ketamin-ratiopharm, prelucrarea cîmpului operator, incizia decolarea țesuturilor moi cu accesul la os, sa forat sub răcire cu sol. fiziologică lăcașul și sa aplicat materialul „LitAr“ prelucrat cu Lincomicină (fig.3), cu aplicarea ulterioară a mostrei implantului din titan cu peliculă nanotubulară de oxid de titan în locul forat (fig.4). Toate intervențiile noastre asupra animalelor de la-

borator au fost efectuate în conformitate cu legea cu privire la protecția animalelor.

După interacțiunea cu țesuturile biologice „LitAr“, în scurt timp (aproximativ 19 zile) este supus biodegradării. „LitAr“ manifestă un înalt nivel de integrare a componentilor și porozitate de aproximativ 70 — 75% ce oferă o înaltă viteză a biotransformării pentru materialele de tipul acesta din cauza vascularizării rapide a defectului. Gradul înalt de integrare structurală a componentilor precum și forma porilor manifestă un efect puternic asupra aderenței și supraviețuirii îndelungate a celulelor pe suprafața materialului implantat.

Lipsa unei bune aderențe între implant și țesut generează spații libere și fricțiuni care determină o acumulare de lichid limfatic și celule inflamatorii. Procesul poate deveni patologic dacă răspunsul inflamator intens conduce în continuare la proliferarea exacerbată a fibroblastelor și hiperplazie fibrotică.

După perioada necesară implantării (după 3 luni) s-au extras segmentele de os și materialul implantat. S-a efectuat degresarea lor ulterioară pentru obținerea șlifurilor și colorarea lor în soluție de 2% metilen blau și gențian violet.

S-a efectuat un studiu histologic la nivelul microscopiei optice a osteointegrării materialului experimental și a mostrelor implantelor.

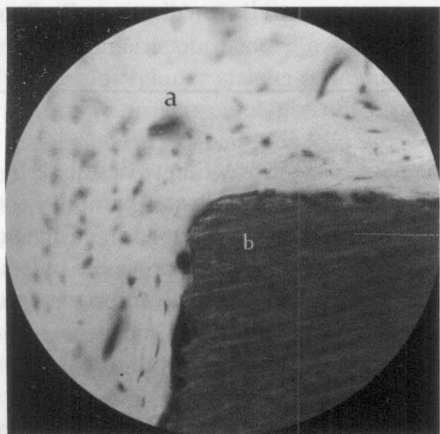


Fig. 5 Preparat obținut după 3 luni de la implantarea mostrei cu material „LitAr“. (a) Moștra din titan cu pelicula nanostructurată de oxid de titan. (b) Țesut osos.

În urma studiului histologic la microscopia optică și electronică s-a obținut o bună interconecțiune funcțională dintre implant/os și s-a demonstrat că osteointegrarea între țesutul osos, „LitAr“ și implantul din titan cu suprafața nanotubulară este perfectă.

Comblarea defectului osos cu acest material osteoinductiv generator de spațiu care funcționează ca un suport pe care organismul își depune propriul țesut osos. Această metodă este indicată și în cazul defectelor osoase mari.

Concluzie:

În urma implantării materialului biodegradabil nanocompozit „LitAr“ pe animalele de laborator s-a obținut osteointegrarea rapidă, calitativă și perfectă cu țesuturile osoase.

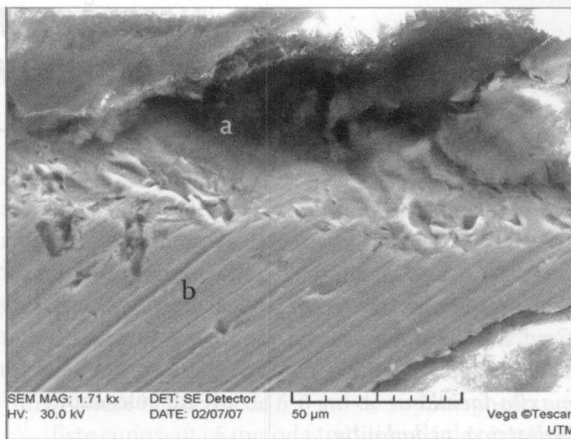


Fig. 6 Imaginea SEM-analiza și caracterizarea probelor a fost realizată cu ajutorul microscopului electronic VegaTESCAN TS5130MM (SEM) dotat cu detector EDX pentru analiza compoziției chimice.

a) țesut osos; b) implant din titan cu suprafața nanostructurată.

Materialul compozit „LitAr“ permite o osteointegrare perfectă, posedând tot odată și o gamă foarte variată de proprietăți pentru a putea fi utilizat cu succes în reconstrucția osoasă, printre care se numără:

- promovarea sintezei osoase;
- neinducerea creșterii de țesut moale la interfața os / implant;
- versatilitate în raport cu locațiile de aplicare;
- bună compatibilitate cu țesuturile osoase preexistente;
- nu provoacă reacții imune;
- osteoconducție, osteointegrare și / sau osteoinducție;
- proprietăți fizice și mecanice adecvate;
- porozitate și rugozitate specifică;
- absența efectelor negative asupra țesuturilor adiacente;
- resorbție rapidă, concordantă cu dezvoltarea osoasă și neînsoțită de producere de compuși nocivi;
- ușor se modelează în zona defectului;
- capacitate de sterilizare fără modificarea proprietăților (evită transmiterea de HIV-SIDA și hepatită);
- permite controlul radiologic.

Bibliografie:

1. Панорама Самарской ортопедии. Материалы юбилейной научно - практической конференции Самарского государственного медицинского университета/ Материал „LitAr“ и краниопластика при последствиях черепно-мозговой травмы / Самара, 2003. С. 170 — 173
2. Леонтьев В.К., Литвинов С.Д., Судакова Т.В. Имплантационные материалы для замещения дефектов костной и хрящевой ткани (Аналитический обзор) // Росс, вести, дент. имплантол.-2003.-№2. -С. 10-19.
3. Литвинов С.Д., Наноразмерный композитный материал <<LitAr>>, Универсальный имплантат, Самара 2008.
4. Робустова Т.Г., Имплантация зубов — хирургические аспекты, „Медицина“, Москва, 2003.
5. Haytam Nofal, Cercetări privind regenerarea osoasă ghidată periimplantară, Iași, 2008.
6. Darea de seamă privind lucrarea de cercetări științifice. Elaborarea tehnologiilor de obținere a suprafețelor nanostructurate a implantelor dentare de titan Etapa II, Contract de finanțare nr.19/ind. din 31.01.08, Chișinău 2008.

METODĂ DE TRATAMENT AL PAROTIDITEI CRONICE PARENHIMATOASE (RECIDIVANTE) LA COPII

Ion Iluța,
Dr. hab în med., Prof.
univ., Șef catedră Ion
Lupan

Ion Bușmachi,
Conf. univ., Catedra
de chirurgie oro-
maxilo-facială
pediatrică, pedodonție
și ortodonție, USMF
„N. Testemițanu”

Rezumat

Studiul se referă la utilizarea preparatelor BioR-gel, BioR-capsule în tratamentul și profilaxia parotiditelor cronice parenchimotoase (recidivante) la copii. Rezultatele obținute la bolnavii incluși în tratament au demonstrat efect evident curativ și profilactic. Efectul curativ, profilactic se manifestă prin acțiune antiinflamatorie, antimicrobiană, imună și regeneratorie.

Cuvinte cheie: tratament, profilaxie, parotidite, remedii BioR- gel, BioR-capsule, copii.

Summary

METHOD OF TREATMENT OF CHRONIC PARENCHIMATOUS (RE-CURRIENT) PAROTIDIS AT CHILDREN

The study is based on application of medications of BioR-gel and BioR-capsules and treatment, in prophylactic of recurrent chronic parenchymatous (recurrent) parotidis at children.

The received results at patient included in treatment have shown significant therapeutic and preventiv effect.

The treatment and prophylactic effect consist in anti-inflammatory, antibacterial, immune and regenerating action.

Key-words: therapeutic, prevention, parotidis, medications BioR-gel, BioR-capsules, children.

Introducere

Sialadenitele cronice parenchimotoase la copii se întilnesc destul de frecvent comparativ cu alte procese inflamatorii ale glandelor salivare (parotidită interstitală, sialodochite). În ultimii ani [6, 7] se observă o creștere vădită a afecțiunilor inflatorii ale glandelor salivare. Important este și faptul că procesele inflamatorii ale glandelor salivare evoluează primar-cronic și se localizează preponderent în glandele parotide (90%). Mai mulți autori [5,6,7] afirmă că sialadenitele cronice parenchimotoase sînt specifice pentru copii, iar după 15 ani pot dispărea complet ceea ce provoacă suspiciuni.

Sunt cunoscute multiple metode de tratament al parotiditelor cronice parenchimotoase [6,7] care constau în administrarea preparatelor antibacteriene, antihistaminice, antipiretice, vitaminice, instilațiilor intracaniculare cu Sol. antiseptice, enzime, hormoni, antibiotice; comprese extraglandulare cu Sol. dimexid, fizioterapie, stimularea salivației, etc.

Cu scop profilactic în glandă se introduc uleiuri de cătină, măcieș, caratolină, retinol, contrical; se utilizează ionoferoză cu vitamina C, se administrează preparate imune [6]. Aceste metode au un efect curativ nedurabil, perioada de remisie, de regulă, este neîndelungată.

Tratamentul parotiditei cronice parenchimotoase este axat spre lichidarea procesului inflamatoriu. În perioada de acutizare sunt excesive modificările morfologice în glandă; dereglări microcirculatorii, secretorii. Are loc micșorarea reacțiilor de protecție locală; se micșorează secreția Ig A, lizotima ceea ce face dificilă normalizarea secreției glandei.

Metodele de profilaxie constau în mărirea reactivității generale și locale, prelungirea perioadelor de remisie și prevenirea acutizării parotiditelor cronice [5, 6, 7]. Prin urmare, putem conchide că metodele de tratament și profilaxie sunt puțin efective și nedurabile.

Actualmente sunt utilizate remedii terapeutice care posedă calități biocompatibile cu țesuturile și favorizează vindecarea în termeni restrînși [1,2]. Printre aceste remedii fac parte preparatele obținute din microalge care sunt dotate cu numeroa-

se substanțe de natură hormonală, vitamine, steroizi, enzime, antibiotice, microelemente și a., și posedă acțiuni antitoxice, antihipoxice, antisterosorii, imunomodulatoare, etc.[3,4].

Scopul studiului:

Elaborarea metodei noi de tratament al parotiditei cronice la copii.

Obiective:

- apreciere a eficacității preparatului BioR în tratamentul afecțiunilor inflamatorii (parotidite) la copii.
- sporirea termenului de vindecare și prevenirea recidivelor maladii

Materiale și metode

În acest scop au fost examinați 48 pacienți cu parotidită cronică parenhimatoasă exacerbată în vârstă cuprinsă între 1—15 ani care s-au tratat în clinica de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică în baza activității Spitalului Clinic Republican de copii „Em. Coțaga” pe parcursul anilor 2003- 2009, inclusiv, 34 — de sex masculin și 12 — de sex feminin; localizare unilaterală- 40; bilaterală- 8.

Studiul clinic se referă la aprecierea simptomelor de bază a afecțiunii; valorile edemației și infiltrației țesuturilor; eliminările purulente din glandă; recuperarea durerilor în regiunea glandei și timpul dispariției; valorile temperaturii corpului, precum și ameliorarea stării generale. Prin exploarări de laborator se aprecia analiza sîngelui, urinei, analiza biochimică; modificările parvenite în organism ca rezultat a urmărilor afecțiunilor. Metode speciale; saalografia — se aprecia starea țesuturilor glandei și evoluția lor. Examenul bacteriologic urmărea evaluarea florei și se efectua antibiograma.

Controlul saalografic în dinamică a fost efectuat după cursul de tratament și la distanță peste 1—2 ani posttratament și urmărea scopul de estimare a dinamicii modificărilor morfologice ale glandei.

Metoda de tratament se efectuează în felul următor; de rînd cu tratamentul tradițional cu antihistaminice, antipiretice, analgezice, vitamine, instilații intracaniculare cu soluții antiseptice (Sol. clorhexidină bigluconat 0,05%) pentru combaterea infecției intraglandulare; stimulația salivației cu sucuri, lămîie, bomboane caramel; masajul glandei. Concomitent s-a administrat remediul BioR cîte o capsulă ce conține 0,005%g de substanță activă o dată pe zi peros înainte de mîncare timp de 7...10 zile. Extraglandular se aplica comprese cu BioR-gel o dată pe zi pe 12—24 ore timp de 7...10 zile. După dispariția eliminărilor purulente din duct se administra intraglandular BioR Sol.0,1% o dată pe zi timp de 3...5 zile.

Tratamentul curativ profilactic se efectua timp de 1,5—2 ani sezonier; primăvara, toamna și constă din administrarea compreselor cu BioR-gel (7 zile) și BioR-capsule (7 zile). Stimulația salivației cu sucuri, bomboane caramel, masaj a glandei salivare.

Rezultate și discuții

Studiul efectuat a relevat un efect înalt curativ; glanda s-a normalizat în volum la a 4-5 zi; edemația și infiltrația țesuturilor se micșora zilnic în mediu cu 1,4 cm + 0,094 cm ($p < 0,001$). Durerile locale dispăreau după 1-2 aplicații, iar eliminările de puroi- după 2-3 zile de la debutul curativ. Modificările morfologice a glandei în termen de 1-2 ani se reduceau totalmente sau se micșorau în volum și număr. Termenul de tratament a durat pînă la 10 zile, vindecarea s-a produs cu 5...8 zile mai devreme comparativ cu metoda de tratament tradițională. Recidive posttratament n-au fost înregistrate în decurs de 6-8 ani de supraveghere.

Este cunoscut că metoda tradițională de tratament al parotiditelor cronice la copii care constă în administrarea preparatelor antibacteriene, antihistaminice, antipiretice, vitamine A,C, instilații intraglandulare cu Sol. antiseptice, enzime, antibiotice; aplicarea compreselor extraglandulare cu dimexid, fizioterapie, etc. și are un șir de dezavantaje: efectul curativ este de scurtă durată; maladia recidivează (1-2-3 ori în an) și durează mulți ani; perioada de tratament este îndelungată- 12—15 zile și mai mult; administrarea medicamentoașă injectabilă provoacă dureri copiilor ce pot duce la diverse dereglări psihoemoționale. Recidiva maladii necesită spitalizări multiple ceea ce majorează costul tratamentului bolnavului.

Avantajele metodei noastre constau în majorarea efectului curativ; sporește termenul de vindecare; previne recidivele maladii; micșorează costul tratamentului. Metoda este simplă în aplicare și este ușor suportată de pacient.

Concluzii:

1. Prin metoda de tratament elaborată se micșorează durata de tratament, se obține efect înalt curativ.
2. Metoda de tratament propusă previne recidiva maladii, micșorează costul tratamentului ceea ce din aspect financiar are însemnătate mare.

Bibliografie:

1. Iluța I., Godoroja P., Rudic V., Lupan I. Metodă de tratament al parotiditei cronice la copii. Brevet de invenție, MD 3381, 31.08.2007. Chișinău
2. Iluța I., Godoroja P., Metodă nouă de profilaxie a parotiditelor cronice parenhimatoase (recidivante) la copii. Medicina stomatologică, 2007, Nr.2, p. 39-40
3. Rudic V., Gudumac V. Preparat medicamentos. Brevet de invenție, MD 545, G2, 1995, Chișinău
4. Rudic V., Godoroja P. Remediul medicamentos și antimicrobian sub formă de gel. Brevet de invenție, 2003, N.2016, AGEPI, Chișinău
5. Афанасьев В.В., Москаленко Г.Н. Исходы хронического паренхиматозного паротита у детей. Стоматология, 1990, N.1, 75-76
6. Рыбалов О.В. Лечебно-профилактический комплекс в терапии хронического паренхиматозного паротита у детей. Стоматология, М., 1989, N.3, 59-60
7. Щеглова А.П. Первично-хронический паротит у детей. Стоматология, N.2, 1988, 64-65

ASPECTE DE TRATAMENT AL DISARMONIEI DENTO-ALVEOLARE CU SPAȚIERE

Gheorghe Mihailovici,
Pavel Mihailovici,
Olga Barancean

*Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodonție
și Ortodonție a USMF
„Nicolae Testemițanu“*

Rezumat

După aprecierea manifestărilor clinice a disarmoniei dento-alveolare cu spațiere am observat complexitatea formelor și etiologiei maladiei, de care depinde tipul de

tratament: în cazuri mai ușoare, depistată precoce e destul doar un tratament profilactic sau interceptiv, în alte cazuri tratamentul se efectuează prin colaborarea a mai multor specialiști-stomatologi. În tratamentul DDA cu spațiere în dentiția mixtă (în caz de diastemă mai mare de 2mm) rezultate evidente aduce tratamentul mecanic cu aparate ortodontice mobilizabile cu dispozitive specializate în mezializarea dinților. În dentiția permanentă se folosește mai des aparatul fix în arc drept, avînd rezultate bune, datorită controlului mai efectiv asupra mișcării dinților.

Cuvinte cheie: diastemă, treme, aparat fix în arc drept

Summary

ASPECTS OF TREATMENT TOOTH SIZE-ARCH LENGTH DISCREPANCY WITH SPACING

While determining the clinical manifestation of the TSALD with spacing it's noticeable the complexity of the types and aetiology of the malocclusion on which depends the treatment: at an initial stage it would be enough a prophylactic approach; in some cases, the treatment may be based on the cooperation of different dentists. As a result, it is important to plan and determine the type of treatment needed: therapeutical, orthodontical, orthopedical, surgeon.

The treatment of the TSALD with spacing in the mixt dentition (if the diastema is bigger than 2mm) is produced with removable appliances meant for teeth mesial migration. The treatment in the permanent dentition is produced by using stright wire fixed appliance .

Keywords: malocclusion, the diastema, fixed appliance

Introducere

Una din cele mai importante probleme în dentistica modernă este problema estetică. Deaceia obiectivul primordial al tratamentului ortodontic este dirijarea dezvoltării armonioase a aparatului dento-maxilar cu asigurarea optimă a funcțiilor, inclusiv cea fizionomică. O problemă semnificativă în ortodonție, însoțită de dereglări mai mult estetice este disarmonia dento-alveolară cu spațiere. Aceasta este o anomalie cauzată de neconcordanța între dimensiunea maxilarului și a dinților, avînd o predispoziție ereditară [1,6].

Disarmonia dento-alveolară cu spațiere se caracterizează prin prezența spațiilor interdentare: diastemelor și tremelor. Diastema e un spațiu interincisiv superior sau inferior mai mare de 2 mm [7]. Trema e un spațiu ce poate fi prezent în orice porțiune a arcadei alveolare, cu excepția incisivilor centrali.

Крафеев А. (1987), studiind diastema superioară în diferite situații climato-geografice a determinat următoarele: 1) În toate regiunile se produce o micșorare a frecvenței diastemei în dentiția permanentă comparativ cu dentiția mixtă. În zonele endemice de fluoroză frecvența scade, în dentiția mixtă fiind de 21,3%; în cea permanentă de 7,52%. De exemplu în orașul Омск (cantitatea de fluor în apa potabilă fiind destul de mică) — respectiv frecvența diastemei în dentiția mixtă fiind de — 25,5%, dentiția permanentă — 10,6%. 2) În caz de diastemă, indiferent de locul geografic, suma diametrelor mezo-distale a dinților frontali scade și crește lățimea arcadei alveolare superioare în regiunea premolarilor [9]. 3) Persoanele ce prezintă diastemă, dimensiunea mezo-distală a molarului unu permanent și a

incisivilor sunt micșorate. Semnele de diferențiere a acestor dinți sunt cu mult mai slab evidențiate — tuberculul Carabelli fiind mai șters, fața linguală și tuberculul lingual a incisivilor centrali superiori șters[9].

4) O tendință mai mare de închidere o au diastemele de pînă la 2mm[9].

Spațierea generalizată poate fi prezentă la diferite vârste. Acest semn în dențația primară este un simptom fiziologic, prezent în tipul de creștere A- spațiată [7], fiind numită în literatura americană stadiul de „ugly duckling”[4,5]. Cauza diastemelor și tremelor între dinții temporari este faptul că dimensiunea incisivilor deciduali alcătuiește aproximativ 75% din dimensiunea incisivilor permanenți. Ca rezultat, diametrele mezio-distale a incisivilor centrali este cu aproximativ 8 mm mai mare decît a incisivilor temporari. Această spațiere reprezintă spațiul necesar pentru erupția dinților permanenți[6]. Înainte de erupția incisivilor permanenți se observă un spațiu excesiv la arcada superioară, mai frecvent, spațiul este mezial față de caninii temporari, iar la arcada mandibulară spațiul este situat distal de canini [8]. Persistența diastemei în dențația mixtă este un fenomen tranzitoriu și întîlnit la cca 26% copii, dar pe parcurs ea tinde să dispară. Și totuși 6% din ei prezintă această diastemă și în adolescență, în dențația permanentă[9]. După Foster, spațierea în dențația temporară afectează 2/3 din copii[5]. În mod normal, în condițiile unei relații dento-alveolare armonioasă, odată cu erupția incisivilor laterali și a caninilor, o diastema de 2 mm tinde să dispară, datorită presiunii ce o exercită asupra incisivilor centrali în timpul erupției [2,9]. Diastema de 2-10 mm, în majoritatea cazurilor nu se închide spontan, necesitînd intervenția medicului-stomatolog [7]. Profilaxia și tratamentul precoce este principala funcție pe care o are ortodontul în perioada dențației temporare și mixte.

Diastema fiziologică nu necesita tratament, se autoregleaza odată cu dezvoltarea dențației; diastema tranzitoare: de pînă la 2 mm se închide pe măsură ce coboară caninii; diastema patologică — este un simptom și se tratează odată cu anomalia de bază; diastema adevarată, depistată precoce — necesită înlăturarea cauzei și închiderea cu aparat ortodontic. Depistată tardiv, patologia se tratează chirurgical-ortodontic sau se închide prin lucrări protetice. [3,7]

Scopul lucrării

Aprecierea eficacității tratamentului pacienților cu disarmonie dento-alveolară cu spațiere în perioada dențației permanente prin utilizarea aparatelor fixe moderne.

Obiective investigaționale

1. Studiul literaturii moderne accesibile asupra etiologiei, patogeniei, tabloului clinic, metodelor de tratament a disarmoniei dento-alveolare cu spațiere.
2. Determinarea parametrilor clinici, radiologici și biometrici la pacienții cu disarmonii dento-alveolare cu spațiere.

3. Aprecierea eficacității metodelor de tratament la pacienții cu disarmonie dento-alveolară cu spațiere.

Material și metode

Lucrarea a fost efectuată în baza studiului a 17 surse literare din ultimii ani și a cercetării parametrilor clinici, biometrici de model și datelor radiologice a 23 pacienți cu vârste cuprinse între 8 și 21 de ani cu disarmonie dento-alveolară cu spațiere. Dintre care 16 de sex feminin, 7 de sex masculin. 14 pacienți aveau un raport neutral la nivelul molarilor de șase ani, 7 cazuri sunt asociate cu raport de clasa II Angle, iar la 3 pacienți era prezent raport de clasa III Angle la nivelul molarilor.

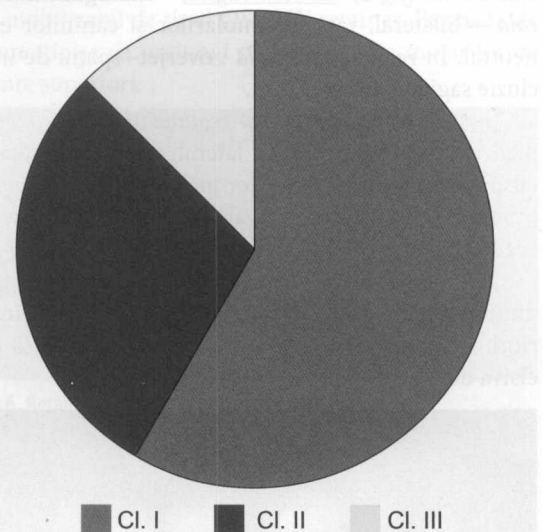


Fig. 1. Tipuri de raport al molarilor de șase ani la pacienții cu disarmonie dento-alveolară cu spațiere

Pentru stabilirea unui diagnostic corect și alcătuirea unui plan eficient de tratament s-au utilizat următoarele metode de diagnostic:

- Examenul clinic
- Studiul biometric de model (metodele Pont, Korkhaus, Bolton)
- Examenul radiologic: radiografia retroalveolară, ortopantomografia, teleradiografia de profil.

În urma studiului se propune pentru tratamentul disarmoniei dento-alveolare cu spațiere în perioada dențației permanente utilizarea aparatului fix, care va ridica eficacitatea deplasărilor dentare cu crearea unor axe verticale corecte.

Rezultate și discuții

Pentru a stabili un diagnostic trebuie să clasificăm fiecare semn și să-i cunoaștem importanța, pentru a-l situa în contextul general și pentru a-i aprecia incidența în raport cu elementele din vecinătate (Fratu, 2002).

Datele acestui studiu vor fi reflectate prin analiza unui caz clinic.

Pacienta S.M. cu vârsta de 18 ani. *Motivul prezentei:* tulburări de ordin estetic — prezența spațiilor interdente în sectorul frontal al arcadei dentare superioare și inferioare.

Primele semne a patologiei au fost observate de părinți în perioada dentației temporare prin prezența unor spații interdentare. Odată cu erupția dinților frontali permanenți patologia s-a agravat: spațiile interdentare s-au majorat. S-au adresat la medicul stomatolog de sector la vârsta de 9 ani, dar au fost sfătuiți să mai aștepte. La 11 ani l-i s-a propus un aparat mobilizabil, dar fetița a refuzat să poarte aparat ortodontic. La 18 ani, odată cu apariția la pacientă a interesului către corectarea spațiilor interdentare s-au adresat la medicul ortodont.

La examenul clinic s-a determinat tip facial mezoprosop, față simetrică, proporțională. Profil puțin concav. La examenul endo-bucal adâncimea vestibulului cavității bucale este de 8 mm. *Rapoartele ocluzale statice (fig 2): În sens sagital — în regiunea laterală — bilateral, raportul molarilor și caninilor este neutral. În regiunea frontală : overjet- spațiu de inocluzie sagitală de cca 3 mm.*

În sens transversal — în regiunea laterală — cuspidii vestibulari ai dinților laterali superiori acoperă cuspidii vestibulari ai dinților inferiori, — în regiunea frontală — linia interincisivală superioară coincide cu cea inferioară și cu linia medie a feței.

În sens vertical — în regiunea laterală — cuspidii dinților superiori acoperă cu 1/3 cuspidii celor inferiori. — în regiunea frontală — acoperire inversă incisivă de 1/3.

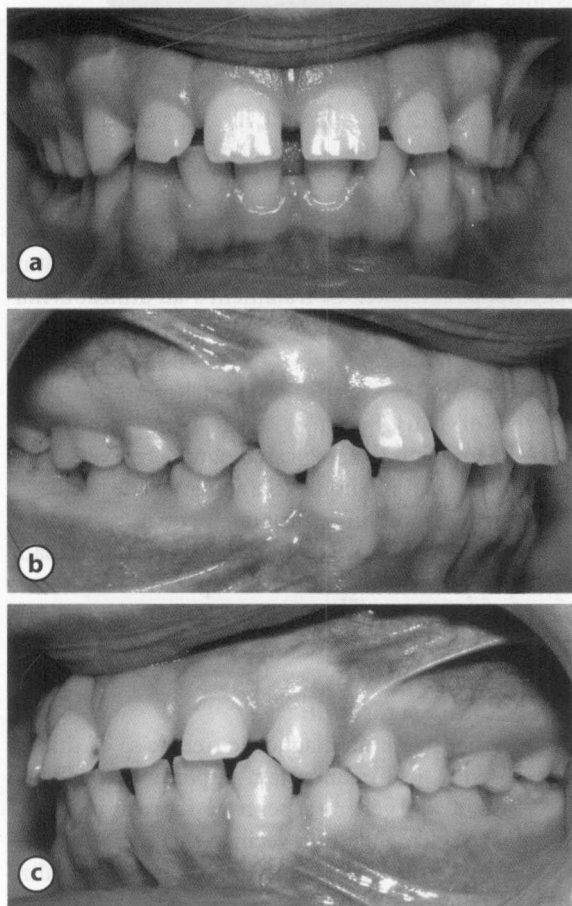


Fig 2. Starea ocluziei pretratament: a) raportul incisivilor; b) dreapta; c) stânga

Volumul dinților — limita inferioară a normodentției, suma incisivă superioară — 28 mm. Prezintă

spațieri interdentare în zona frontală și laterală pe arcada superioară și inferioară cu o înclinație spre vestibular a dinților.

Analiza examenului radiologic

1) Ortopantomografie (fig 3): se determină dentație permanentă, rădăcinile dinților formate complet, dinți sănătoși: necariați, fără obturații, dinții 1.8, 2.8 au o poziție verticală, neerupți; dinții 3.8, 4.8 au o poziție oblică, neerupți. Se determină o diastemă superioară și inferioară, treme la arcada superioară și inferioară în regiunea frontală.



Fig 3. Ortopantomograma

În urma studiului biometric de model s-au făcut următoarele concluzii:

1. Se observă la ambele arcade o majorare a diametrelor premolare cu 1,7 mm, iar întemolare cu 2 mm.
2. Majorarea diametrului sagital al arcadei superioare cu 1,5 mm. Diametrul sagital inferior are o supravaloare + 1,0 mm.

Diagnostic: Malocluzie de clasa I Angle, însoțită de disarmonie dento-alveolară cu spațiere la ambele arcade dentare, asociată cu un spațiu de inocluzie sagitală în zona frontală, dereglare estetică.

Obiective de tratament:

1. Nivelarea arcadelor dentare;
2. Normalizarea înclinației vestibulo-orale a dinților frontali;
3. Închiderea spațiilor interdentare la arcada superioară și inferioară;
4. Păstrarea raportului corect sagital la nivel molar și canin;
5. Asigurarea conțenției durabile;

Conform analizei clinice, fotostatice și radiologice, s-a decis tratamentul pacientei cu diarmonie dento-alveolară cu spațiere prin intermediul tehnicii fixe în arc drept (stright wire), varianta Roth .018". Pentru molarii de șase ani la nivelul ambelor arcade dentare au fost selectate inele ortodontice prefabricate, conform dimensiunilor dentare. La cimentare s-a utilizat cimentul Fuji I. Pe dinții situați anterior de molari s-au plasat bracketi de model Echilibrum-2 al firmei Dentaaurum. Lipirea s-a efectuat cu adeziv chimic No-Mix.

Prima etapă a tratamentului a fost nivelarea arcadelor dentare. Pentru aceasta s-au utilizat arcuri Ni-Ti cu secțiunea .016", .018", .016x.016" la arcada dentară superioară și inferioară (fig. 4)

Reducerea spațiului sagital și închiderea spațiilor interdentare în regiunea frontală s-a efectuat prin intermediul ligaturilor din sîrmă și catene elastice, s-a schimbat arcul din Ni-Ti cu un arc de oțel inoxidabil rectangular .016x.016", după care s-a realizat torqului dinților frontali superiori și inferiori (fig. 5). Finisarea

s-a efectuat prin utilizarea arcurilor de oțel cu dimensiuni .017x.022“.

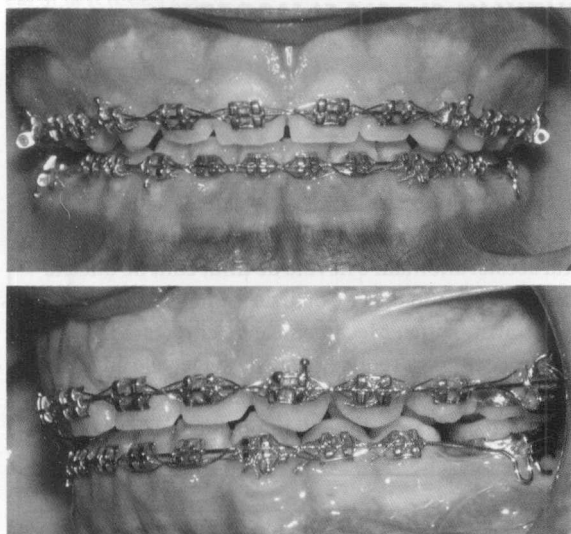


Fig.4 Pacienta M., etapa a II-a a tratamentului cu tehnica fixă, aspect anterior.

Durata perioadei active de tratament a alcătuit 16 luni. Dar din cauza faptului că pacienta a fost nevoită să-și schimbe locul de trai, a apărut necesitatea de a întrerupe tratamentul ortodontic, finisarea a fost de scurtă durată fiind aplicate aparate de retenție superioară și inferioară.

Rezultatele obținute:



Fig. 5. Starea ocluziei posttratament: a) frontal b) dreapta c) stânga

În urma tratamentului ortodontic, s-a redus spațiul de inocluzie sagitală, s-a normalizat înclinația vestibulo-orală a dinților anteriori, s-au închis trembele și diastema inferioară (cu excepția celei superioare, ce nu s-a închis complet fiind mai mică de 1mm) (fig.5), prezența tremei între molarul I și premolarul II inferior. Cauza tremei și a distemei persistente este imposibilitatea continuării tratamentului ortodontic de către pacientă.

Conținție

La arcada inferioară s-a realizat prin dispozitiv de conținție fix din sârmă de tip multiflex de la primul premolar din stânga la cel din dreapta. Numai după aceasta s-a înlăturat aparatul ortodontic(fig.6). La arcada superioară s-a confecționat un aparat de conținție mobilizabil de tipul OSAMY retainer. Perioada de conținție se va prelungi pînă la erupția molarilor de minte superiori.

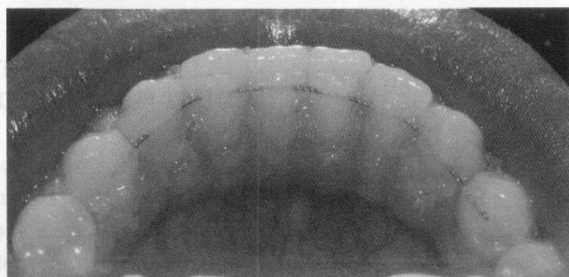


Fig 6. Retainerul fix aplicat la arcada inferioară

Concluzii

1. În literatura de specialitate accesibilă sunt puține date despre dispozitive pentru asigurarea unei conținții durabile după tratamentul pacienților cu disarmonie dento-alveolare cu spațiere.
2. În urma studiului parametrilor clinici, radiologici și biometrici a pacienților aflați în studiu se poate concluziona că patologia este o urmare a dezvoltării în exces a arcadelor alveolare.
3. Eficacitatea tratamentului acestor pacienți depinde în mare măsură de tipul de aparat ortodontic utilizat și de selectarea dispozitivelor de conținție.

Indice bibliografic

1. Dorobăț V. , Stanciu D. *Ortodonție și ortopedie dento-facială*. Editura Medicală. București, 2003. p. 405-411.
2. Fratu A. *Ortodonție. Diagnostică , clinică , tratament* . Ed. Vasiliana — 98. Iași, 2002, p. 463-483.
3. McLaughlin L.P. , Bennet J.C. , Trevisi H.J. *Sistemized orthodontic treatment mechanic*, Mosby, 2001, p.189-250.
4. Mitchell L.: *Introduction to Orthodontics*, 2-nd edition, Copyright 2001 Oxford University Press, pag 88-90;
5. Proffit W.R. *Contemporary Orthodontics*, 4-th Edition, copyright by Mosby, Inc, Missouri 2007, pag. 5-6; 286-287; 464-471.
6. Samir E. Bishara : *Textbook of Orthodontics*, W.B. Saunders company, USA, 2001, pag. 64; 89; 179-180;312-316; 322.
7. Zegan G.: *Ortodonție și ortopedie dento-facială*, Editura tehnopress, Iași, 2005, pag. 127-132;
8. Proffit W.R. : *Contemporary Orthodontics*, 4-th Edition, copyright by Mosby, Inc, Missouri , 2007, pag. 5-6; 286-287; 464-471.
9. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. *Ортодонтия*. Медицинская книга. Москва. 2001. с. 63-82.

ASPECTELE CLINICE ȘI PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI CLASIC ȘI MODERN ÎN TRANȘOZIȚIILE DENTARE

Lilia Solomon,
asistent universitar,

Oleg Solomon,
asistent universitar,

Valentina Trifan,
conf. univ.

Maria Guțanu,
Ion Borș
studenți Facultatea
Stomatologie

Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodontie
și Ortodontie
USMF „N. Testemițanu“

Rezumat

Transpoziția dentară în prezent indică o incidență relativ scăzută printr populația lumii, afectând mai des caninii și premolarii maxilarului superior. Pentru a efectua tratamentul acestei anomalii e nevoie de ținut cont de diferite aspecte cum ar fi: tipul facial, vârsta, varietatea de ocluzie, dimensiunile dinților, stadiul de erupție și tipul transpoziției. Mecanismele de corectare trebuie să fie pe deplin individualizate, ceea ce va reduce riscurile și efectele adverse. Studiul prezintă raporturi în tratamentul transpoziției unilaterale a caninului și premolarului I superior cu re poziționarea dintelui în poziție normală.

Summary

CLINICAL ASPECTS AND TREATMENT PARTICULARITIES OF DENTAL TRANSPOSITION USING CLASSIC AND MODERN METHODS

Tooth transpositions present at a relatively low incidence in the world population and primarily affect maxillary canines and premolars. Treatment of this disturbance should take into account aspects such as facial pattern, age, malocclusion, tooth-size discrepancy, stage of eruption, and magnitude of the transposition. Mechanics for correction should be entirely individualized, reducing the risks and adverse effects. This study presents a case report and treatment of unilateral transposition of maxillary canine and premolar with repositioning of affected teeth to their respective normal positions.

Actualitatea temei

Una dintre cele mai actuale probleme în stomatologia modernă este dereglarea esteticii. La etapa actuală, grație dezvoltării tehnologiilor utilizate în ortodontie, esteticii îi este acordată mai multă atenție.

Zâmbetul frumos a fost prețuit mereu și constituie un instrument destul de important în integrarea socială a omului, însă se cunosc o mulțime de anomalii care dereglează aspectul estetic al acestuia.

Astfel transpoziția dentară reprezintă o anomalie de poziție survenită în urma schimbării topografiei a doi dinți adiacenți care ulterior dereglează poziția fiziologică a dinților în arcada dentară.[1] Gholton și Williams în 1984 au explicat acest fenomen ca un caz rar apărut în urma dereglărilor de erupție a dinților.[2]

Scopul cercetării:

Optimizarea rezultatelor tratamentului ortodontic aplicat pacienților în cazul transpoziției dentare cu metode clasice și moderne de tratament.

Materiale și metode de cercetare

Urmărind obiectivul de a demonstra frecvența apariției transpoziției dentare a fost studiat un grup de 12 pacienți cu această anomalie, dintre care erau:

- 6 bărbați (50%) 6 femei (50%);
- Vârsta era cuprinsă între 14 și 23 ani;
- La 8 pacienți (66.6%) era prezentă transpoziția caninului și primul premolar la maxilarul superior;
- Transpoziția unilaterală s-a depistat în 10 cazuri (83.3%);
- S-a efectuat tratamentul prin metoda clasică cu tracțiune dento-dentară la 9 pacienți (75%) și metoda modernă cu tracțiune implant-dinte la 3 pacienți (25%).

În urma analizei diferitor lucrări științifice care demonstrează frecvența apariției transpoziției dentare și în baza studiului efectuat putem constata că această

anomalie de poziție se întâlnește des, atât la bărbați cât și la femei: [2,4,5,7]

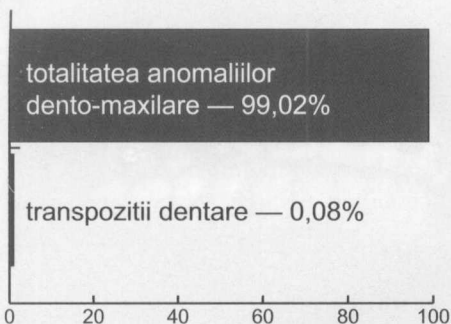


Fig. 1. Frecvența fiind de la 0,08 până 0,16 % din totalitatea cazurilor de anomalii dentare.

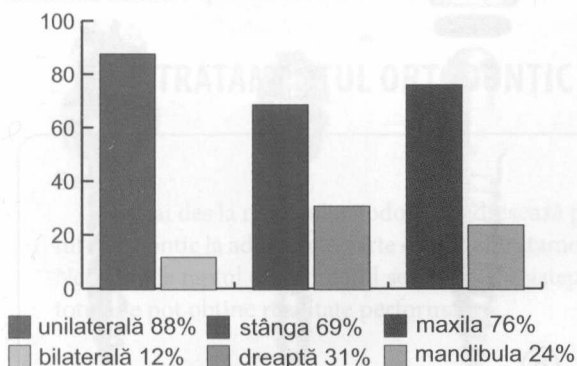


Fig. 2. Reprezentarea grafică a frecvenței transpoziției dentare.

- Mai frecvent se întâlnește transpoziție unilaterală 88%, decât cea bilaterală 12%;
- Partea stângă este implicată mai des decât partea dreaptă în 69% cazuri;
- Transpoziția dentară se întâlnește mai frecvent la maxilă 76%, decât la mandibulă 24%.

În dependență de metoda de tratament care a fost aplicată, lotul de pacienți a fost împărțit în 2 grupe:

- Grupul I — s-a utilizat metoda clasică cu tracțiune dento-dentară;
- Grupul II — s-a utilizat metoda modernă cu tracțiune implant-dinte.

La pacienții din grupurile de studiu care au beneficiat de tratament ortodontic s-a aplicat tehnica adezivă fixă (STRAIGHT WIRE).

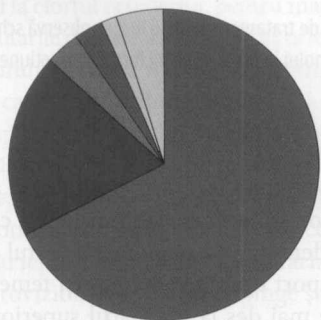


Fig. 3. Frecvența transpoziției dentare în dependență de cele 6 varietăți ale ei.[6]

Caz clinic Nr. 1 Pacientul V. vârsta 14 ani.

Acuze la adresare: S-a adresat cu prezența ectopiei dintelui 1.3 și absența dintelui 2.3, dereglări estetice și de masticăție.

Diagnoza: Malocluzia clasa I Angle asociat cu transpoziția completă a dintelui 1.3 cu 1.4 și incluzia dintelui 2.3.

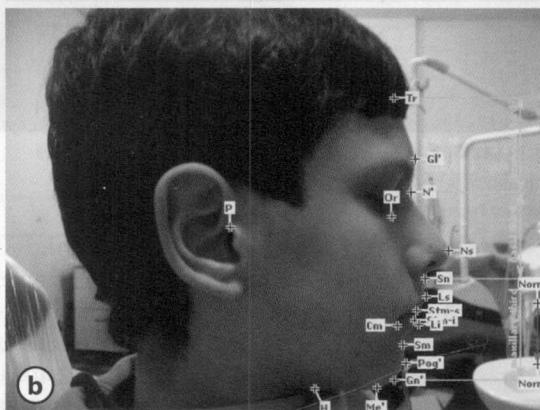
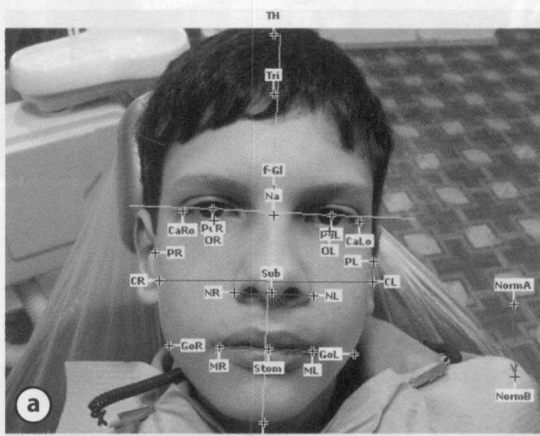


Fig. 4. Fața este simetrică, proporționalitatea feței este păstrată (a), plicele nazo-labiale și mentonieră ușor exprimate, profilul feței convex (b).

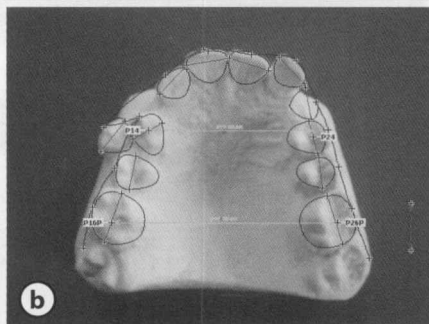
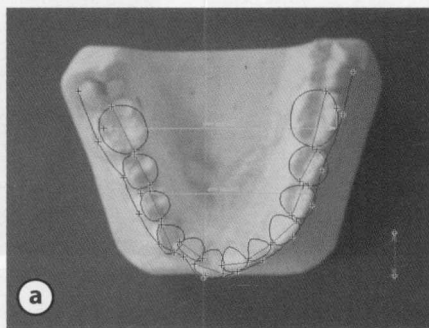


Fig. 5. Examenul arcadelor dentare pe model după Pont în programul Onyx Ceph denotă micșorarea arcadelor dentare în plan transversal.

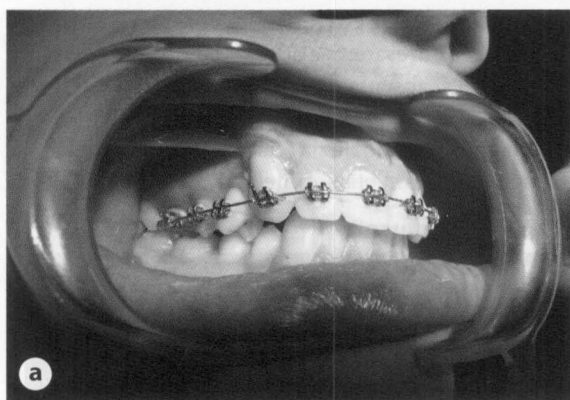


Fig. 6. La etapa de tratament peste 15 luni s-a efectuat alinierea caninului superior drept și stâng prin tracțiune dento-dentară.

Caz clinic Nr. 2 Pacientul M. vârsta 22 ani.

Acuze la adresare: S-a adresat cu prezența ectopiei dintelui 2.3, dereglări estetice și de masticăție.

Diagnoza: Malocluzie de clasa I Angle asociată cu transpoziția completă a dintelui 2.3 cu dintele 2.4.



Fig.7. Aplicarea sistemii fixe Straight Wire la maxilarul superior (a), materiale utilizate la aplicarea implantului (b)

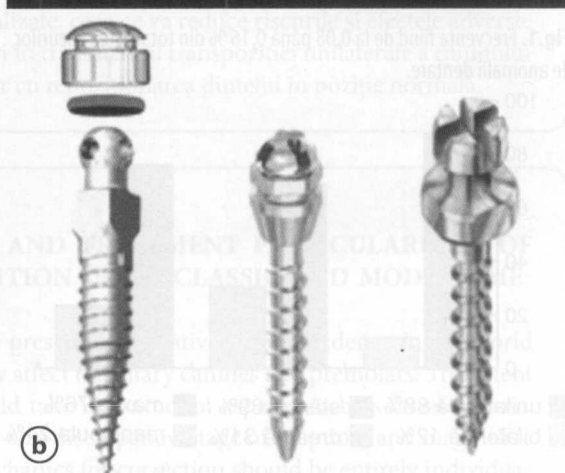


Fig.8. Aspectul endo-bucal a mini-implantului ortodontic (a) cu ajutorul căruia se va efectua tracțiunea caninului superior stâng cu catenele elastice, miniplante ortodontice (b).



Fig. 9. La etapa de tratament peste 6 luni se observă schimbarea topografiei caninului în urma aplicării forței de tracțiune implant-dinte.

Concluzii

- În rezultatul efectuării studiului și analiza lucrărilor științifice, stabilim faptul că transpoziția dentară este o anomalie destul de rară, cu un raport egal între bărbați și femei, întâlnindu-se mai des la maxilarul superior decât cel inferior; mai des fiind transpoziționați caninul și premolarul I.
- Tabloul clinic al pacienților poate fi foarte variat, în dependență de tipul transpoziției, dar pentru stabilirea diagnosticului rămân a fi ac-

tuale metodele clasice de diagnostic: examinarea clinică și paraclinică: ortopantomografia, teleradiografia de profil, examenul fotostatic, analiza modelelor.

— Urmărind scopul de a aduce dinții în relații fiziologice normale s-a recurs la metodele de tratament classic cu tracțiune dento-dentară și modern cu tracțiune implanto-dentară, acestea fiind cele mai reușite în obținerea rezultatelor favorabile.

— Astfel, în urma aplicării acestor metode, s-a stabilit faptul că metoda modernă este una mai avantajoasă în ceea ce privește micșorarea duratei tratamentului și permite evitarea traumării țesuturilor parodontale ale dinților adiacenți.

Bibliografie

1. Dragos Stanciu, Valentina Dorobat, Ortodontie, Editura Medicală, București, 1991
2. Chatopadhyay A. Transposition of teeth and genetic etiology. Angle Orthod. 1998;66:147-152.
3. Gholston L R, Williams P R 1984 Bilateral transposition of maxillary canines and lateral incisors: a rare condition. Journal of Dentistry for Children
4. Hitchin AD. The impacted maxillary canine. Br Dent J. 1956; 100:1-12.
5. Platzer KM. Mandibular incisor-canine transposition. J Am Dent Assoc. 1968;76:778-784
6. Peck S, Peck L. Classification of maxillary tooth transpositions. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1995;107:505-517.
7. Shapira Y, Kuftinec MM. Maxillary canine—lateral transposition—orthodontic management. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1989;95:439-444.

TRATAMENTUL ORTODONTIC LA MATURI

Rezumat

Tot mai des la medicul ortodont se adresează pacienți adulți. Tratamentul ortodontic la adulți face parte dintr-un tratament stomatologic complex. Necăzind la faptul că rezultatul se poate lăsa așteptat, comparativ cu copiii, totuși se pot obține rezultate performante.

Summary

ORTHODONTIC TREATMENT FOR ADULTS

The number of adult patient who need orthodontic treatment is growing. Orthodontic treatment for adults is a part of comprehensive dental treatment. Despite the fact that the result is more boringly, compared with children, performant results can be achieved.

Ortodonția adultului este cea care se aplică în absența creșterii cranio-faciale, definiție simplistă care nu subliniază toată complexitatea problemei. Pe lângă absența creșterii cranio-faciale trebuie de avut în vedere și alți factori ca:

- modificările parodontiului;
- adaptarea fiziologică la o stare de dezechilibru ocluzal;
- comportamentul psihic.[2]

Deosebiri fundamentale între tratamentul ortodontic la copii și maturi nu există. Răspunsul la efortul ortodontic pentru maturi poate fi un pic mai întârziat față de copii, dar strămutările dentare au loc la fel în orice vîrstă.

Necăzind la aceasta tratamentul complet la maturi poartă cu sine un șir de probleme pe care nu le întâlnim la copii.[2]

În timpul tratamentului ortodontic la adulți pot apărea anumite dificultăți, care tin de însăși dezvoltarea fiziologică cît și de statutul psihologic al pacientului:

- creștere osoasă diferită comparativ cu copiii (cercetările de ultimă oră demonstrează faptul că creșterea continuă și în maturitate, dar are tempouri mai lente comparativ cu copilăria);
- aprovizionarea redusă cu sînge și răspunsul celular mai îndelungat (s-a demonstrat că la copii se primește răspuns la o forță ortodontică în decurs de 24 ore, la adulți acest termen atîgînd 3 săptămîni;
- reducerea atașamentului parodontal;
- dinți lipsă sau defectuos restaurați;
- adulții sunt mai puțin capabili să se adapteze la discrepanțele ocluzale;[3]

Adulții care necesită tratament ortodontic pot fi împărțiți în 2 grupe:

Ion Lupan

*Dr. hab. în med.,
Prof. univ.*

Oleg Solomon

Asistent universitar

Lilia Solomon,

Asistent universitar

Ion Borș,

Maria Guțanu
*studenti Facultatea
Stomatologie*

*Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodontie
și Ortodontie
USMF „N. Testemițanu“*

- adulți tineri (pînă în 35 ani), care au dorit dar nu au beneficiat de tratament ortodontic ca tineri și acum devenind independenți financiar îl caută;
- adulți peste 40 ani, care au nevoie de tratament ortodontic, ca parte componentă a unui tratament complex stomatologic.

Pentru primul grup ca scop este îmbunătățirea calității vieții prin reducerea la maxim a disproporționalităților.

Pentru al doilea grup este important să mențină ceea ce au, și tratamentul ortodontic este acel care le-ar putea facilita atingerea obiectivelor de restabilire a dinților pierduți mai ușor și mai eficient.[5]

Astăzi, tratamentul ortodontic constituie o opțiune viabilă pentru aproape orice adult. Este cunoscut faptul că prin netratarea problemelor ortodontice, acestea se pot agrava. În cazurile de malocluzie, dinții pot fi înghesuiți, excesiv de spațiați sau nu se potrivesc în mușcătură. Astfel de afecțiuni pot conduce la alte probleme de sănătate dentară. Dinții înghesuiți sunt dificil de curățat și, în timp, pot contribui la apariția cariilor ori a afecțiunilor parodontale. Mușcătura anormală poate constitui cauza abraziunii anormale a suprafețelor dinților, dificultăți în masticatie sau afectări ale țesuturilor de suport (os și gingie). Dinții incorect aliniați pot contribui la apariția durerilor în articulațiile mandibulare.

Adulții nu mai cresc și este posibil să fi suferit afecțiuni sau pierderi ale dinților. Tratamentul ortodontic poate constitui doar o parte din întregul plan de tratament. Coordonarea perfectă între medicul ortodont, chirurg, parodontolog, protetician și medicul stomatolog generalist asigură realizarea corectă a planului de tratament.[7]

Considerații speciale:

- Adulții sunt de obicei mai motivați, dar au așteptări mai ridicate;
- Există o probabilitate mai mare de boli sistemice (de exemplu diabet zaharat), și adulții sunt mai predispuși la boala parodontală;
- Poate exista o dentiție compromisă cum ar fi boala parodontală, pierderea dinților, tratament de restabilire extins, patologie periapicală sau rezorbție de rădăcină;
- Tratamentul de planificare la adulți este mai ambițios decît la adolescenți, datorită pierderii dentare anterioare, sau sprijin osos redus;
- Reducerea populației de celule, reducerea vascularizării de os alveolar înseamnă integrarea mai lentă a dintelui în circulație. Conținția este de odurntă mai lungă deoarece remodelările de țesuturi sunt mai lente, sau aceasta trebuie să fie permanentă în cazul că este redus sprijinul parodontal;
- Sunt binevenite forțele ușoare în periodonțiul afectat;
- Trebuie să fie asigurată ocluzia posttratament, deoarece exista o ușoară adaptare la malocluzie; [3]

Scopul

- Actualizarea și elucidarea necesității și oportunităților tratamentului ortodontic la adulți.

Materiale și metode de cercetare

În total în studiu s-au aflat un număr de 9 pacienți cu vârste cuprinse între 27 și 57 ani dintre care 4 bărbați (reprezentînd 44,4%) și 5 femei (reprezentînd 55,6%). Pacienții au fost diagnosticați cu diferite tipuri de malocluzii;

- în plan vertical, în număr de 2 pacienți (reprezentînd 22,2%);
- sagital, în număr de 4 pacienți (reprezentînd 44,5%);
- transversal, în număr de 3 pacienți (reprezentînd 33,3% din lotul de studiu).

Reieșind din considerentele de vîrstă a pacienților și de impactul asupra lor a diferitor metode de tratament ortodontic, s-au utilizat practic aceleași metode de tratament pentru fiecare pacient: tehnica adezivă fixă.

Pacienților li s-a aplicat în tratament tehnica fixă și anume sistemul arcului drept (Straight Wire), considerînd că aceasta este cea mai acceptabilă metodă de tratament la pacienții studiați. Am considerat de cuviință să utilizăm această metodă reieșind din șirul de avantaje pe care-l prezintă, printre care cel ce permite ortodontului să mențină forțele moderate pentru prevenirea basculării în sectoarele anterior afectate la pacientul adult.

Această tehnică s-a impus deoarece ușurează cu mult munca ortodontului, printr-o manipulare a arcului mai redusă, dar necesită o poziționare mai precisă a bracket-ului. Bracket-urile se fixează în centrul coroanei clinice a dintelui, punctul 'LA' a lui Andrews. Primul bracket se colează pe incisivi, ceilalți se vor poziționa la același nivel incizal, cu excepția celui de pe incisivul lateral superior, care va fi așezat mai incizal în funcție de necesitățile estetice individuale, iar pe canin ușor gingival.

Axul vertical al bracket-ului trebuie să coincidă cu axul lung al dintelui.

Pentru păstrarea rezultatelor obținute la pacienții în cauză s-a recurs la conținția permanentă, care permite menținerea poziției sagitale a incisivilor și distanței inercanine care sunt definatorii în menținerea rezultatelor.

Se presupune confecționarea aparatului dintr-o sîrmă flexibilă colată cu compozit pe suprafața orală a grupului frontal, împiedicînd astfel mobilitatea fiziologică cu implicații asupra funcțiilor și structurilor parodontale.[4]

Caz clinic 1.

Pacientul V.

Vîrsta 57 ani, sex: feminin

Acuze: S-a adresat cu dereglări estetice în regiunea grupului de dinți anterior, lipsa dinților 2.6, 4.7; dereglări de masticatie.

Diagnostic: Malocluzie de clasa I după Angle asociată cu acoperire în exces, prezența diastemei la maxilarul superior.

Tratament: Aplicarea tehnicii fixe la maxilarul superior pentru închiderea spațiului interincisival și alinierea arcadei dentare.

Pacientul urmează tratamentul necesar pentru rezolvarea problemelor la specialiștii de profil (terapeutic, ortopedic...).

Caz clinic 2.

Pacient C. Vîrsta 42 ani

Sex: masculin

Diagnostic: malocluzie de clasa I după Angle asociată cu edentație frontală la maxilarul inferior.

Tratament: Aplicarea tehnicii adezive inferioare pentru alinierea arcadei inferioare și aducerea ei în raport normal cu maxilarul superior.

Concluzii

— În urma analizării particularităților clinice la maturi, s-a stabilit faptul că, maturii sunt o categorie de pacienți problematici pentru medicul ortodont, manifestînd un șir de probleme ce țin de aplicarea unui tratament complex, nu doar ortodontic.

— În diagnosticarea anomaliilor dento-maxilare e necesar de a implica noi metode și tehnologii moderne, ce ar permite minimalizarea efortului medicului ortodont pentru obținerea rezultatelor performante.

— Tratamentul ortodontic la maturi face parte dint-un tratament stomatologic complex, și este inevitabilă conlucrarea medicului ortodont cu ceilalți specialiști stomatologi (protecționist, terapeut, chirurg, implantolog).

— Analizînd rezultatele obținute în urma tratamentului ortodontic la adulți apare posibilitatea să spunem că maturii pot beneficia în deplină măsură de serviciile ortodonției moderne.

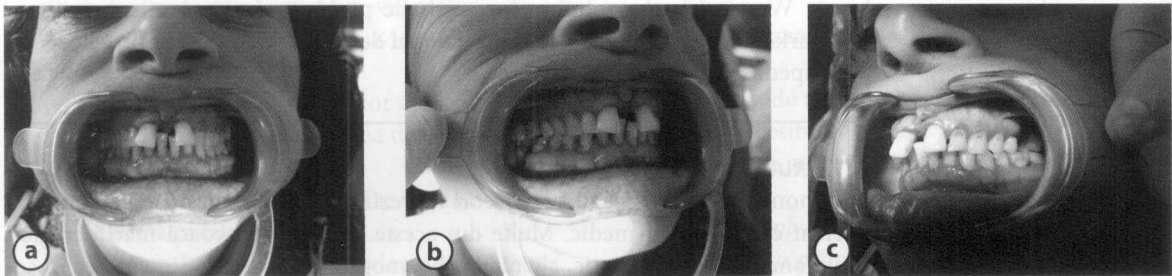


Fig. 1. Aspectul endobucal a pacientei, vedere frontală (a), dreaptă (b) și stîngă (c), se pune în evidență spațierea interincisivală. Etapa pretratament.

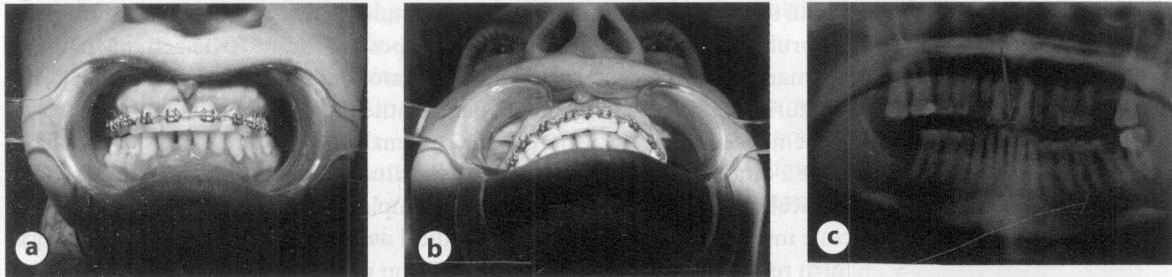


Fig. 2. Aspectul intraoral la etapa de tratament după o perioadă de 23 luni (a,b), examenul radiologic după 23 luni (c), se observă închiderea spațiului dintre incisivii centrali superiori.

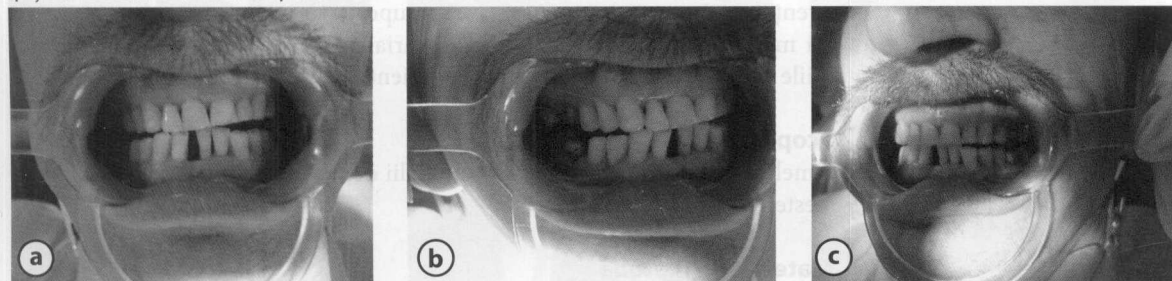


Fig. 3. Aspectul endobucal (a) al unui bărbat unde se observă spațierea interincisivală la arcada dentară inferioară și extruzia dintelui 1.4, endobucal dreapta (b) și stînga (c) al pacientului, unde se observă relațiile molare și canin-canin-premolar mezializate bilateral.

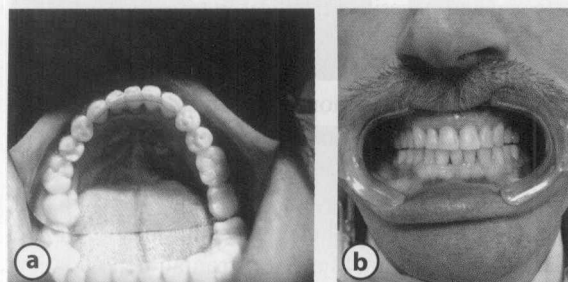


Fig. 4. Aspectul endobucal al pacientului (a,b) la etapa posttratament, se observă lichidarea hiperspațierii interincisivale inferioare și normalizarea relațiilor ocluzale cu intruzia incisivilor inferior, se observă aplicarea „retainer”-lui ortodontic.

Bibliografie

1. Aurel V. Fratu, Ortodonție. Diagnostic. Clinică și tratament 2001;
2. Elisabeta Bratu, Florica Glăvan, Practica Pedodontică 2005;
3. Corneliu Amariei, Cristina Nucă, Dragoș Totolici, Îndreptar de lucrări practice la ortodonție, editura Ovidius University Press, 2002
4. Claire Nightgale, Jonathan Sandy, Orthodontics. Picture Test Atlas, 2000;
5. Declan Millet, Richard Walbury, Orthodontic and Pediatric Dentistry, Colour guide Toronto 2000;
6. Профит У. Р., Современная ортодонтия;
7. www.ortodontiesibiu.ro/ortodontie_adulti

ELUCIDAREA PROBLEMELOR ESTETICE ÎN CAZUL ANOMALIILOR DENTO-OCLUZALE

Ștefan Vlas,
șef secție stomatologie
Nr.2 IMSP AMT
„Râșcani“ policlinica
Nr.11

Ana Eni,
dm, catedra
stomatologie terapeutică
FECMF. USMF
„N. Testemițanu“

Haralambie Vlas,
rezident an I
stomatologie USMF
„N. Testemițanu“

Rezumat

Prezentăm mijloacele de corecție estetică efectuate la 2 pacienți cu anomalii dento-ocluzale pronunțate și defecte estetico-funcționale prin aplicarea unor variante individualizate de tratament ortopedic.

Summary

HIGHLIGHTING THE AESTHETIC PROBLEMS IN DENTAL OCCLUSAL ABNORMALITIES

We present the solution for aesthetic problems in two patients with marked occlusal and aesthetic-functional defects by an individualized orthopedic treatment.

Actualitatea temei

Anomaliile dento-maxilare, deseori reprezintă o problemă majoră atât pentru pacient cât și pentru medic. Multe din aceste anomalii provoacă mari dereglări funcționale, aspect inestetic, alterări psihoemoționale și sociale (integrarea în societate). În așa cazuri se crează condiții favorabile pentru apariția: plăcii dentare, nodului sau ocluziei traumatice, lipsei punctului de contact, modificării nivelului ecuatorului etc. Toate acestea la rândul lor pot provoca diferite acțiuni traumatice — marginale, interdentare sau axiale ale parodontiului, contribuind în majoritatea cazurilor la apariția gingivitelor, parodontitelor, cariilor și stomatitelor.

Asemenea situații frecvent ne crează anomalia ocluzală deschisă și anomalia de poziție a dinților. Pentru rezolvarea acestor situații deseori se propun diverse soluții radicale și costisitoare (extracții masive, implanți, proteze din metalo-ceramică). Aceste intervenții pe lângă caracterul radical necesită și un termen mai îndelungat pentru realizarea tratamentului, condiții ce nu pot fi acceptate de toți pacienții.

În practica medicului deseori se întâlnesc situații când pacienții pun condiții (azi, acum și aici) — adică limitează medicul în timp, nu pot, sau nu vor să accepte intervențiile deja enumerate, dar și nu pot suporta costurile acestor lucrări. În așa cazuri medicul este nevoit să recurgă la variante de compromis, care ar rezolva situațiile create prin soluții acceptate de pacient.

Scopul lucrării

Ameliorarea stării pacienților cu anomalii dento-maxilare prin atingerea unui efect estetico-funcțional satisfăcător.

Materiale și metodă

Prezentăm 2 cazuri clinice de anomalii dento-maxilare, cu pacienți care pe lângă defectele pronunțate estetico-funcționale, manifestau dereglări severe psiho-emoționale. Tratamentul solicitat de pacienți necesita a fi aplicat în termen scurt.

1. Caz clinic Situația inițială

Pacientă A — 52 ani, prezintă următoarele acuze: aspect inestetic al dinților, defect de vorbire, mobilitatea dinților frontali, hemoragii gingivale.

Din anamneză s-a aflat că anterior cu mai mulți ani în urmă pacienta a urmat un tratament ortodontic care din spusele ei nu s-a soldat cu un careva rezultat pozitiv.

Obiectiv:

Defect estetic pronunțat caracterizat prin profil convex, etajul inferior al feței mărit, fanta labială deschisă, lăsând vizibili dinții superiori frontali pe 2/3, iar cei inferiori pe 1/2 din lungimea coroanei, ocluzie deschisă, anomalie de poziție a dinților frontali superiori cu poziție vestibularizată a dinților 12,21,22, cu mobilitate de gradul II, gingia prezintă edem, hiperemie, hipertrofie, punji parodontale, exudație purulentă. Închiderea gurii este practic imposibilă (fig.1).

Diagnostic:

- Defect estetic-funcțional pronunțat
- Ocluzie deschisă anatomică frontală
- Ectopie vestibulară a grupului frontal superior de dinți
- Parodontită cronică localizată grad mediu-grav.

Condițiile puse de pacient (sau problema care stă în fața medicului stomatolog).

- Îmbunătățirea aspectului estetic maximal posibil
- Minimum extracții dentare
- Dinții să fie albi
- Termen de tratament maxim redus: 2-3 săptămâni
- Costul rezonabil.

Colegi, cum ați rezolva Dumneavoastră această situație?

Cum am rezolvat noi această problemă!

- S-a efectuat extracția dinților 12, 21, 22 — mobili de gr. II (fig.2).
- Șlefuirea selectivă a cuspizilor molarilor și premolarilor pentru micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO).
- Confecționarea protezei fixe metalo-acrilice pe d. stâlpi 13, 11, 23 (fig. 2,3).
- S-a efectuat tratamentul complex al parodontitei.
- Se preconizează restaurarea (transformarea) coroanelor dinților 42, 41, 31, 32 pentru închiderea maximală a dinților în ocluzie.

Rezultatul căpătat este satisfăcător și acceptat de pacientă pe toți parametrii stabiliți.

2. Caz clinic Situația inițială

Pacient B — 25 ani, prezintă acuze: defect estetic rezultat datorită poziției palatinale a caninului superior pe dreapta, dereglarea masticației.

Anamneză: Din spusele pacientului s-a constatat, că anterior a început un tratament stomatologic ce prevedea confecționarea unei proteze metalo-ceramice. Inițial au fost devitalizați d. 16,14,13,12 ca mai apoi sa-i fie propusă extracția dintelui 13 deja devitalizat. Însă pacientul a refuzat această variantă optând pentru un tratament conservativ.

Obiectiv: Defect estetic din contul poziției palatinale a dintelui 13 (3-4mm), lipsa dintelui 15 (fig.4). Dinții 16,14,13,12 devitalizați

Diagnostic:

- Ectopie palatinală a dintelui 13 (3-4mm)
- Edentație parțială redusă clasa III Kennedy.

Condițiile pacientului:

- Tratament conservativ (fără extracții și devitalizări)
- Restabilirea estetică și funcțională a arcadei dentare
- Termen de tratament redus (1 săptămână)
- Preț accesibil.

Colegi, cum ați rezolva Dumneavoastră această situație?

Cum am rezolvat noi această problemă!

S-a efectuat o proteză parțial mobilizabilă acrilică ce restaurează defectul din arcada dentară și încorporează în sine dintele 13 (fig. 5-7).

Concluzie:

Ambele tratamente expuse în articol sunt rezultatul unui compromis între necesitățile și posibilitățile pacientului la moment, ce au oferit un rezultat esteticofuncțional maxim posibil în asemenea cazuri.



Fig.1 Ocluzie deschisă anaomică

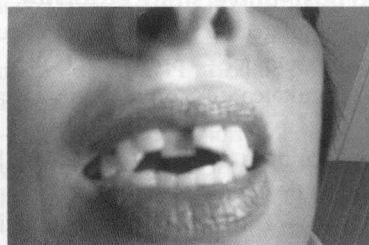


Fig.2 Câmpul protetic



Fig.3 Rezultatul final

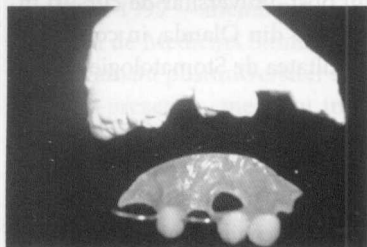


Fig. 4 Ectopie palatinală a d. 13



Fig. 5 Proteza acrilică și modelul de lucru



Fig. 6 Rezultatul final, vedere în ocluzie centrică



Fig. 7 Rezultatul final. Vedere palatinală

Bibliografie

1. G. Zegan „Ortodonție și ortopedie dento-facială“ Iași 2005
2. A.C. Cameron, R.P. Widmer „Handbook of Pediatric Dentistry“ 1998
3. V. Milicescu „Ortodonție și ortopedie dento-facială“ București 2004
4. Declan Millet „Orthodontic and Peadiatric“ Toronto 2000
5. A.K. Иорданишвили „Клиническая ортопедическая стоматология“ Москва 2007

CURRICULUM VITAE

PROF. DR. ADAM MAXIM



Nume: MAXIM

Prenume: ADAM

Parinti: tata — Adam — preot; mama — Nina — invatatoare — decedati

Data nasterii: 19 noiembrie 1947

Locul nasterii: Rosiori, jud. Botosani

Nationalitatea: romana

Starea civila: casatorit, 1 copil

Numele si ocupatia membrilor familiei: Zvetlana — sotie — medic specialist stomatologie generala si ortodontie; Dana Cristiana — fiica — medic rezident ortodontie si ortopedie dento-faciala, cadru didactic la Facultatea de Medicina Dentara, U.M.F. „Gr. T. Popa“ Iasi

Adresa acasa: Sos. Arcu Nr. 7, Bl. F5, Sc. A, Et. 1, Apt. 4, 700132 Iasi, Romania;
Telefon: + 40 232 21 42 38; + 40 740 16 33 80

Adrese servicii:

- Clinica de Stomatologie Pediatrica — Str. Lapusneanu Nr.20, 700057 Iasi, Romania
- Facultatea de Medicina Dentara, Universitatea de Medicina si Farmacie „Gr.T. Popa“, Str. Universitatii Nr.16, 700115 Iasi, Romania
- C.M.I. „SANOSTOM“ — str pacurari 113, Iasi, Romania

Studii liceale:

Liceul „Mihai Eminescu“ Botosani — promotia 1965

Studii universitare:

1965—1971 — Facultatea de Stomatologie, I.M.F. Cluj

Cursuri post-universitare absolvite:

1972 — Facultatea de Stomatologie, Bucuresti, Departamentul de organizare a asistentei stomatologice — prof. dr. I. Gall

1986 — Facultatea de Stomatologie, Iasi, Departamentul de Stomatologie Pediatrica

1988 — Facultatea de Stomatologie, Iasi, Departamentul de Stomatologie Pediatrica si Clinica de Gnato-protetica

1989—1990 — Facultatea de Stomatologie, Iasi, Departamentul de Stomatologie Pediatrica

1992 — Iasi (I) si 1994 — Iasi (II): Programul post-universitar de cursuri intensive de ortodontie organizat de Fundatia Ortholab din Olanda, in colaborare cu Departamentul de Stomatologie Pediatrica, Facultatea de Stomatologie, U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi

2000 — Primul Curs National de Pedodontie cu participare internationala — lector si cursant

2001 — a doua editie a Cursului National Postuniversitar de Stomatologie Pediatrica — lector si cursant

2002 — primul Workshop National cu participare internationala de Stomatologie Pediatrica — “Dentists For All Children“ (DENFAC) — Iasi — lector si cursant

2003 — a II-a Editie a workshop-ului formative national cu participare internationala — DENFAC — Iasi — lector si cursant

Schimburi de experienta:

1970 — Clinica de Ortodontie, Prof. R. Hotz, Zurich, Elvetia

1973 — Clinica de Stomatologie Infantila, Iasi

1974 — Clinica de Stomatologie Infantila, Bucuresti

Diplome:

- 1971 — doctor medic stomatolog
- 1976 — medic specialist stomatologie generala
- 1986 — doctor in stiinte medicale, specialitatea stomatologie pediatria — titlul tezei de doctorat „Studiul fenomenelor de crestere si dezvoltare in anodontia partiala intinsa“
- 1990 — medic primar stomatologie generala
- 1990 — medic specialia;list ortodontie
- 1998 — membru active al Academiei Europene de Stomatologie Pediatria
- 1972—2005 — diplome de absolvire si de excelenta, cursuri P.U. si manifestari stiintifice nationale si internationale mentionate in C.V.

Experienta profesionala: grade, titluri, functii

- 1971—1973 — medic — stomatologie pediatria Policlinica Stomatologica Spitalul Nr.1, Botosani, Romania
- 1972—1973 — medic coordinator al judetului Botosani in domeniul stomatologiei pediatrie
- 1973—1976 — medic stomatologie pediatria Clinica de Stomatologie Infantila Iasi — prin concurs
- 1976—1990 — medic specialist stomatolog Clinica de Stomatologie Pediatria Iasi, cu activitate de integrare didactica si cercetare stiintifica conform normei de incadrare in Clinica de Stomatologie Pediatria Iasi (din 1973)
- 1990 — medic primar stomatologie generala si medic specialist ortodont, Clinica de Stomatologie Pediatria Iasi — cu integrare didactica si de cercetare
- 1991 — Sef Lucrari — Pedodontie— Ortodontie, Departamentul de Stomatologie Pediatria, Facultatea Stomatologie Iasi — prin concurs
- 1996 — Conferentiar — Departamentul de Stomatologie Pediatria, Disciplina de Pedodontie, Facultatea de Medicina Stomatologica Iasi — prin concurs
- 1999 — Profesor — Departamentul de Stomatologie Pediatria, Disciplina de Pedodontie — prin concurs
- 1991 — prezent — Sef Disciplina de Pedodontie
- 1994—1999 — membru in Consiliul Profesor al Facultatii de Medicina Stomatologica Iasi, coordonator invatamant postuniversitar stomatologie
- 2004—prezent — membru in Consiliul Profesor al Facultatii de Medicina Dentara U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi
- 1999—2004 — Director al Departamentului de Stomatologie Pediatria, facultatea de Medicina Stomatologica Iasi (Pedodontie—Ortodontie)
- 1999—2004 — membru in Senatul Universitatii de Medicina si Farmacie „Gr.T. Popa“ Iasi
- 2000 — prezent — conducator stiintific de doctorate in specialitatea stomatologie peditrica
- 2004 — prezent — coordonator de master — „Managementul comportamental si terapeutic in stomatologia pediatria“ — in cadrul U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi
- 2000—2004 — seful Comitetului de Relatii Inte-

racademice si coordonator al Programului Socrates, Leonardo DaVinci, la nivel de Facultate

2005 — prezent — expert evaluator — Corpul de Experti ai Ministerului Educatiei si Cercetarii Romania

2007— prezent — Prodecan al Facultatii de Medicina Dentara, U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi

2008 — prezent — Medic Sef Coordonator al Clinicii de Stomatologie Infantila Iasi

membru fondator si membru activ al consiliului director al Centrului de Colaborare O.M.S. pentru sanatate orala a copilului — Iasi — Romania

colaborare interacademica individuala si departamentala in probleme de curricula universitara si didactica universitara, cercetare stiintifica si asistenta stomatologica pediatria cu departamente de specialitate din tara (Bucuresti, Cluj, targu Mures, Timisoara) si strainatate (Hadassah, Atena, Chisinau, western University — Ontario, Canada, I.A.P.D.)

membru in colegiul de redactie al revistei nationale (acreditata) „Medicina Stomatologica“ — Sef Compartiment Pedodontie

coordonator metodologic in domeniul stomatologiei pediatrie la nivelul judetelor Galati, Neamt si la nivel zonal Iasi

reprezentant oficial al ANSPR (Asociatiei Nationale de Stomatologie Pediatria din Romania) la Academia Europeana de Stomatologie Pediatria — Atena 2008

Cursuri PU de Stomatologie Pediatria si Stomatologie Comportamentala Pediatria sustinute in calitate de lector

din 1990 si in prezent — cursuri anuale in domeniul, la nivelul disciplinei si al bazei clinice

cursuri intensive in teritoriu: Galati, Focsani, Braila , Botosani, Vaslui, Piatra Neamt

1997 — curs cu participare internationala Dijon — Franta, organizat de Asociatia Stomatologica Internationala (ASI)

2000, 2001 — curs national cu participare internationala de stomatologie pediatria organizat de Departamentul de Stomatologie Pediatria, Facultatea de Medicina Stomatologica, U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi, in colaborare cu Asociatia Nationala de Stomatologie Pediatria din Romania (A.N.S.P.R.) — lector si coordonator

2002, 2003 — curs in cadrul workshop-urilor nationale cu participare internationala de stomatologie pediatria — „Dentists For All Children“ (DENFAC I, II), organizate de Departamentul de Stomatologie Pediatria U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi, in colaborare cu A.N.S.P.R. sub egida Asociatiei Internationale de Stomatologie Pediatria (I.A.P.D.) — lector si coordonator

2002, 2003 — curs intensiv in cadrul sesiunilor stiintifice anuale „Ziua Facultatii de Medicina Stomatologica“, Facultatea de Medicina Stomatologica, U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi

2003 — curs intensiv la nivelul bazei clinice in cadrul sesiunii stiintifice anuale omagiale „Ziua Mondiala a Sanatatii“

2004 — lector atestat in cadrul programului Socrates „Teaching Staff Mobility“, Uniersitatea Kapodistraina Atena — cursuri P.U. si demonstratii practice in problematica „Managementul comportamental in stomatologia pediatrica“

2006 — lector curs intensiv bazal si P.U. in cadrul Congresului National de stomatologie organizat de Facultatea de Stomatologie, Universitatea N. Testemiteanu, Chisinau

Activitate de cercetare stiintifica:

contractuala nefinantata — in cadrul contractelor de cercetare nefinantate ale disciplinei cu U.M.F., A.S.M., Centrul de Colaborare O.M.S. Romania

activitate de cercetare personala

coordonare a activitatii de cercetare stiintifica a studentilor la nivelul disciplinei, catedrei si a doctoranzilor in stomatologie pediatrica

finantata — Programul national de preventie si educatie al Ministerului Sanatatii si Familiei, Programul Colgate Cp Ro — colaborari in desfasurare

co-autor al primului studiu aplicativ in Romania privind fluorizarea topica ionoforetica in scop cario-profilactic — Cluj 1969—1971

Lucrari stiintifice:

publicate: 170, in revistele „Stomatologia“, „Revista Medico-Chirurgicala“, „Culegere de Probleme in Stomatologie Infantila“, „Arhivele Uniunii Medicale Balcanice“, „Jurnalul de Medicina Preventiva“, „Medicina Stomatologica“, „Psychosomatic and Psychotherapy“, „Acta Neurologica Moldavica“, „International Journal of Paediatric Dentistry“, volume de rezumate ale Congreselor BaSS Sofia—1998, Congres National de Stomatologie Chisinau, congrese I.A.P.D. — Londra—1999, Paris—2001, Sydney—2005, Hong Kong—2007, congrese nationale de stomatologie U.N.A.S. — Bucuresti—2000, 2004.

comunicate: peste 215

Participari la manifestari stiintifice (1971—2009):

locale (Cluj, Botosani, Iasi, Suceava, Focsani), nationale (Iasi, Bucuresti, Cluj, Brasov, Constanta, Timisoara), internationale (Bucuresti, Iasi, Timisoara, Chisinau, Sofia, Dijon, Londra, Paris, Sydney, Atena, Hong Kong)

Implicarea in organizarea de manifestari stiintifice si de educatie medicala continua in calitate de

initiator si coordonator:

Primul curs si **primul mic tratat de Stomatologie Comportamentala Pediatrica** pentru invatamant bazal si P.U. in Romania

Primul curs national postuniversitar de pedodontie cu participare internationala creditat CMR — Iasi 2000 in colaborare cu A.N.S.P.R. si I.A.P.D.

A II-a Editie a Cursului National P.U. de Stomatologie Pediatrica creditat CMR — Iasi 2001 in colaborare cu A.N.S.P.R. si I.A.P.D.

Primul Simpozion national cu participare internationala de stomatologie pediatrica creditat CMR — Iasi 2001

Primul workshop national cu participare internationala de stomatologie pediatrica „Teaching the Teachers“ (DENFAC), in colaborare cu A.N.S.P.R. sub egida IAPD si Facultatea de Medicina Stomatologica Iasi, Iasi 2002 — creditat CMR

Al doilea workshop national cu participare internationala de stomatologie pediatrica „Teaching the Teachers“ (DENFAC), in colaborare cu A.N.S.P.R. sub egida IAPD si Facultatea de Medicina Stomatologica Iasi, Iasi 2003 — creditat CMR

4 cursuri locale P.U. transdisciplinare cu cadre didactice din municipiul Iasi — „Educatia sanogenetica stomatologica pediatrica“ in colaborare cu Inspectoratul Scolar Judetean Iasi si Filiala Iasi a A.N.S.P.R. — Iasi 2003

membru in comitetul de organizare:

sesiunile stiintifice anuale si congresele internationale organizate de Facultatea de Medicina Dentara U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi — creditate CMR

workshop-uri internationale organizate de Facultatea de Medicina Dentara Iasi

sesiuni stiintifice anuale consacrate zilei O.M.S. — organizate de Departamentul de Stomatologie Pediatrica al Facultatii de Medicina Dentara, U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi — creditate CMR

congrese nationale UNAS — Bucuresti, Romania

Carti publicate — ISBN — in edituri recunoscute:

„**Anodontia-simptomsientitateclinica**“ — **Adam Maxim**, Editura Tehnica Chisinau, 1995

„**Paedodontics**“ — **Adam Maxim**, Marinela Pasareanu, Adriana Balan, Bogdan Armencea, Editura Contact International, Iasi, 1998

„**Stomatologie comportamentala pediatrica**“ — **Adam Maxim**, Adriana Balan, Marinela Pasareanu, Mariana Nica, Editura Contact International, Iasi, 1998

„**Pedodontie, distrofii dentare**“ — Marinela Pasareanu, **Adam Maxim**, Editura Junimea, Iasi, 2001

„**Pedodontie, traumatisme dento-parodontale**“ — Adriana Balan, **Adam Maxim**, Editura Junimea, Iasi, 2001

„**Durerea in stomatologie**“ — Capitoulul 30 **Adam Maxim** in „**Tratat de algeziologie**“ sub redactia O. Mungiu, Editura Polirom, Iasi, 2002

„**Patologia parodontala in diabetul juvenil**“ — L. Foia, V. Toma — autori; **Adam Maxim** — colaborator, Editura Gr.T. Popa, Iasi, 2008

„**Pedodontie**“ — in curs de editare

Reprezentari in academii, organizatii si asociatii profesionale:

membru al Academiei Europene de Stomatologie Pediatrica (E.A.P.D.)

membru fondator si presedinte al Asociatiei Nationale de Stomatologie Pediatrica din Romania (A.N.S.P.R.)

membru fondator si sef de Departament Pedodontie in cadrul consiliului Director al Uniunii Nationale a Asociatiilor Stomatologice din Romania (U.N.A.S.)

membru fondator si membru activ al Asociatiei Nationale Romane de Ortodontie (A.N.R.O.)

membru activ al Societatii Medicilor Naturalisti Iasi (S.M.N.)

membru activ al Societatii Balcanice de Stomatologie (BaSS)

membru activ al Asociatiei Internationale de Stomatologie Pediatrica (I.A.P.D.)

reprezentant oficial al A.N.S.P.R. cu drept de vot in Consiliul Director al I.A.P.D.

reprezentant oficial al A.N.S.P.R. la Academia Europeana de Stomatologie Pediatrica — Atena 2008

CertIFICATE DE RECUNOASTERE SI MEDALII:

certificat acordat de catre I.A.P.D. si colgate Cpn. de recunoastere a contributiei deosebite in managementul educational stomatologic si preventiv al copilului pentru sanatate orala pediatrica, comunitara — Paris 2001

certIFICATE DE EXCELENTA ACORDATE DE CATRE UNIVERSITATEA KAPODISTRIANA ATENA (2004) SI UNIVERSITATEA N. TESTEMITANU — FACULTATEA DE STOMATOLOGIE CHISINAU (2006), DE RECUNOASTERE A CONTRIBUTIEI DEOSEBITE IN

managementul stomatologic pediatric cat si pentru calitatea colaborarii inter-academice

certificat de excelenta si locul III la competitia internationala IAPD, Sydney 2005, acordat de catre IAPD si Colgate Company pentru caracterul novativ si motivational al programului comunitar de preventie si educatie pentru sanatate orala pediatrica elaborat

medalii jubiliare:

120 ani U.M.F. „Gr.T. Popa“ Iasi

U.M.F. „N. Testemiteanu“ Chisinau

2000 ani Jerusalem

3000 ani Jerusalem

C.V.-ul personal editat in semn de apreciere si recunoastere in „Who's Who Medical“ in Romania, 2006, Pegasus Press, 238 (editat in Romania si in S.U.A.)

Limbi straine cunoscute:

engleza

franceza

Hobby-uri:

psihologia copilului

muzica simfonica (indeosebi Chopin, Vivaldi, Tchaikovsky)

acordeonul

sculptura in lemn

drumetiile montane

animalele (indeosebi cainii).

CURRICULUM VITAE

CONF. UNIV. DR. ÎN MEDICINĂ VASILE NICOLAE



Informații personale

Nume / Prenume Nicolae Vasile

Adresă(e) Str. Oituz, Nr. 16, cod 550337, Sibiu, Romania

Telefon(oane) +40-269-216099 – Ambulatoriul Clinic de Medicină Dentară
Spitalul Militar de Urgență Sibiu;

+40-269-216393 - Domiciliu

Fax(uri) +40-269-210577

E-mail(uri) dento.medica@yahoo.com;

Naționalitate(-ități) Română

Data nașterii 16.12.1956

Sex Masculin

Locul de muncă vizat / Domeniul ocupațional Experiința profesională

Perioada Din 2008 până în prezent

Funcția sau postul ocupat Sef Ambulatoriu Clinică de Medicină Dentară Spitalul Militar de Urgență Sibiu

Activități și responsabilități principale Coordonarea, supravegherea și controlul activității în Ambulatoriul Clinic

Numele și adresa angajatorului Spitalul Militar de Urgență Sibiu Bl. Victoriei Nr. 44-46, 550024, Sibiu, România

Tipul activității sau sectorul de activitate Medicină Dentară, Învățământ superior

Perioada Din 2007 până în prezent

Funcția sau postul ocupat Conferentiar universitar

Activități și responsabilități principale Coordonarea și controlul activității în disciplinele de implantologie orală și protetică

Numele și adresa angajatorului Universitatea Lucian Blaga Sibiu, Facultatea de Medicină Victor Papilian Sibiu

Tipul activității sau sectorul de activitate Medicină Dentară, învățământ universitar și Colegiu de Tehnică Dentară

Perioada Din 2004-2007

Funcția sau postul ocupat Sef lucrări Universitar

Activități și responsabilități principale Coordonarea și controlul activității în disciplinele de implantologie orală și protetică

Numele și adresa angajatorului Universitatea Lucian Blaga Sibiu, Facultatea de Medicină Victor Papilian Sibiu

Tipul activității sau sectorul de activitate Medicină Dentară, învățământ universitar și Colegiu de Tehnică Dentară

Perioada 2002—2007

Funcția sau postul ocupat Locțiitor Comandant Spitalul Militar

Activități și responsabilități principale Coordonarea și controlul activității în cadrul Spitalului Militar Sibiu

Numele și adresa angajatorului Spitalul Militar de Urgență Sibiu

Perioada Din 2004 până în prezent

Funcția sau postul ocupat Secretar al Comitetului Executiv al Consiliului județean Sibiu, și membru al delegației permanente a A.G. a Colegiului Medicilor Dentiști din România (CMDR)

Activități și responsabilități principale Coordonarea și controlul activității în cadrul comisiilor de deontologie, formare profesională și buget finanțe

Numele și adresa angajatorului CMD Romania

Perioada Din 1996—2006

Funcția sau postul ocupat Sef Policlinică a SMUS

Numele și adresa angajatorului Spitalul Militar de Urgență Sibiu

Activități și responsabilități principale Coordonarea și controlul activității în cadrul Policlinicii Spitalului Militar Sibiu

Tipul activității sau sectorul de activitate Medicină

Perioada Din 1991 până în prezent

Funcția sau postul ocupat Manager General al Clinicii Dentare Private

Numele și adresa angajatorului Str. Stefan cel Mare Nr. 15, 550283, Sibiu, România

Activități și responsabilități principale Coordonarea cabinetelor de ortodontie, chirurgie, implantologie orala, protetica dentara, reabilitare si urgente stomatologice

Tipul activității sau sectorul de activitate Management sanitar

Educație și formare

Perioada 2008

Calificarea / diploma obținută Master în domeniul sanitar

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Universitatea Lucian Blaga Sibiu

Perioada 2003—2007

Calificarea / diploma obținută Doctor in Medicină

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Universitatea de Medicina si Farmacie Carol Davila Bucuresti

Perioada 1996

Calificarea / diploma obținută Medic primar

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Centrul de Formare Profesională a Ministerului Sănătății si Familiei

Perioada 1991

Calificarea / diploma obținută Medic specialist

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Centrul de Formare profesionala a Ministerului Sanatatii si Familiei

Perioada 1983—1989

Calificarea / diploma obținută Medic stomatolog Sef Cabinet

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Academia trupelor de uscat Sibiu

Perioada 1980—1983

Calificarea / diploma obținută Stagiul postuniversitar — medic stomatolog stagiar

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Spitalul Militar de Urgență Sibiu

Perioada 1975—1980

Calificarea / diploma obținută Medic stomatolog

Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Medicină

Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Universitatea de Medicină si Farmacie Carol Davila Facultatea de Stomatologie Bucuresti

Aptitudini și competențe personale

Limba(i) maternă(e)

Limba engleză B1 Utilizator independent

Limba franceză B1 Utilizator independent

Limba Italiană A1 Utilizator elementar

Limba Rusă A1 Utilizator elementar

Competențe și aptitudini organizatorice

2009-..., Director a 1 program de cercetare științifică finanțate de Clinica Polissano Sibiu

2009-..., Coordonator științific a unui program de cercetare a 1 program de cercetare științifică — finanțate de Clinica Polissano Sibiu.

2008 -..., Director a 2 programe de cercetare științifică finanțate de Clinica Polissano Sibiu

2007-..., Redactor șef al Revistei Dentomedica, revistă medicală în cadrul Facultății de Medicină Victor Papiilian Sibiu

2007-..., Lector al Cursurilor de Educatie Medicala Continua în cadrul CMDS si Organizatia AMSPPR Sibiu

2004-..., Secretar al Colegiului Medicilor Dentiști din România – filiala Sibiu

2003-..., Organizator al celui de-al IX-lea Congres Național de Ortodontie din partea Spitalului Militar de Urgență Sibiu

2003-..., Membru fondator al Societatii Romane de Implantologie Orala si Biomateriale

2000-..., Membru A.M.S.P.P.R.

1998-..., Membru U.N.A.S.

1990-..., Membru în comisiile de examinare a medicilor dentiști pentru ocuparea posturilor libere din rețeaua medicală arondată Spitalului Militar de Urgență Sibiu

1989-..., Membru in Comisiile de promovare în grad profesional a medicilor dentiști din teritoriul arondat Spitalului Militar de Urgență Sibiu

Prezența în comitete științifice ale revistelor acreditate la nivel național

— Revista DentoMedica ISSN 1453-2476, Sibiu

— Revista DentalTarget ISSN 1842-2054 Sibiu

— Revista Acta Medica Transilvanica ISSN 1453-1968, Sibiu

— Revista Sibiul Medical ISSN1221-2873, Sibiu

Conferințe naționale și internaționale

— Congresul Internațional de Implantologie și Chirurgie Orală, 02.-08. 12. 2009, Seoul Coreea;

— Reuniunea interacademică și științifică între Universitatea Internațională de Catalunya și Universitatea Lucian Blaga Sibiu la data de 19.11. 2009, Facultatea de Odontologie din Catalunya;

— Al XV-lea Congres Româno-Francez de Stomatologie 8-10 octombrie 2009, Sibiu, România;

— The 4th International Conference on Manufacturing Science and Education – trends in Engineering and Academic 4–6 iunie 2009 Sibiu, România;

— Al XIII Congres Internațional UNAS 7–10 octombrie 2009, București, România

- A IV Conferinta Nationala de Parodontologie 8 octombrie 2009 Bucuresti
 - Congres international Zilele Medicinii Dentare Iasi – Chisinau, 1-4 aprilie 2009 Romania;
 - Primul Congres International al Societatii Romane de Reabilitare Orala , 23-25 aprilie 2009, Bucuresti
 - Al XII Congres Internațional UNAS 8–11 octombrie 2008, „ București, România
 - Congres national zilele medicinii dentare craiovene 25–28 martie 2009, Craiova, Romania
 - Congres International Interdisciplinaritate in Medicina Dentara Actuala 25-28 iunie 2008 Timisoara Romania
 - Simpozionul Urgente in Medicina Interna 15-18 noiembrie 2007, Sibiu, Romania
 - Al IX-lea Congres Internațional de Implantologie Orală, 22-25 noiembrie 2006, București, România
 - La „Prima conferință Internațională de Parodontologie” UNAS, 6 octombrie 2006, București, România
 - „A X-a Ediție a Congresului Internațional al UNAS” 4–7 octombrie 2006, București, România
 - Al VII-lea Congres Național de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, 27–30 mai 2004 Constanța, „România
 - Al XI-lea Congres Româno-Francez de stomatologie 13–15 octombrie 2005 Sibiu, România
 - Al X-lea Congres Româno-Francez de stomatologie 14–16 octombrie 2004 Sibiu, România
 - Conferința națională de Stomatologie, 23–25 septembrie 2004, București, România;
 - Al VII-lea Congres Național de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, 27-30 mai 2003, Constanța, România;
 - A IV-a Conferință internațională pentru studenți și tineri medici, 6–9 noiembrie 2003, Sibiu, România;
 - The 6-th Congress of the Balkan Stomatological Society, 3 – 6 mai 2003, Bucharest, România
 - Al VI-lea Congres Național de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială 30-31 mai 2002, București, România;
 - Al VII-lea Congres Național de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, 27-30 mai 2001, Constanța, România;
 - The 6th Congress of the Balkan Stomatological Society, 3-6 mai 2001, Bucharest, România
 - Conferința cu tema Sumamed (Azitromicina) în terapia infecțiilor de căi aeriene superioare și inferioare”. „Locul terapiei cu azitromicină în patologia infecțioasă la copil” 23 februarie 2001 București România;
 - The 16th World Congress „R. Chercheve Memorial” , 5-6 mai 2000, București, România;
 - Congresul Național de Stomatologie și chirurgie maxilo-facială, noiembrie 1996, București, România;
 - Al XI-lea Congres de Stomatologie, 1989 la Mamaia, România:
- Competențe și aptitudini tehnice** Medicină Dentară Generală Competență în Implantologie Orală și Protetică Dentară Managementul instituțiilor sanitare
- Competențe și aptitudini de utilizare a calculatorului** Word, Internet
- Alte competențe și aptitudini**
- Cărți, monografi, tratate:**
1. *Elemente de implantologie orală* , Editura ULBS, ISBN 973-739-010-5, 2005
 - Restaurări protetice pe implanturi*, Editura ULBS, ISBN 978-973-739-361-6, 2006
 - Montaje în implantologia orală - ghid practic. Edentația totală*, Editura ULBS, ISBN 973-739-079-2, 2005
 - Montaje în Implantologia Orală/ ghid practic. Edentația parțială*, Editura ULBS, ISBN 978/973/739/560/3 2008
 - Abordări chirurgicale în implantologia orală*, Editura ULBS, ISBN 978/973/739/550/4 2008
 - Proteza scheletată în reabilitarea edentației parțiale*, Editura TechnoMedia, ISBN 978/973/7865/96/0 2008
 - Tehnologia protezei scheletate . ghid practic* Editura ULBS, ISBN 978/973/739/582/5, 2008
 - Management și performanță în cabinetele de medicină dentară private*: Editura, ULBS ISBN 978/973/739/656/3, 2008
 - Elemente de implantologie orală Ed. A 2.a revizuită* Editura, ULBS ISBN 978/973/739/552/8 2008
 - Tratamentul implanto-protetic al edentației parțiale mandibulare*, Editura ULBS, ISBN 978-973-739-359-3, 2007
 - Forme clinice și variante terapeutice implanto-protetice ale edentației termino-terminale mandibulare*, Editura ULBS, ISBN 978-973-739-360-9, 2007
 - Restaurari protetice pe implantate*, Editura ULBS, ISBN 978-973-739-511-1
 - Strategia de dezvoltare durabila a comunei Mandra judetul Brasov*, Editura ULBS ISBN 978-973-739-643-3 2008
- Permis(e) de conducere** Categoria B