

## Bibliografie:

1. Dorin Bratu, Robert Nussbaum „Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe“, „Editura medicală“, București, România, 2006;
2. Nicolae Gănuță, Alexandru Bucur, Alexandru Gănuță „Tratat de implantologie orală“, Editura Național, București, 2002;
3. Andreoni D., Maiorana C., Abondanza T. „Изготовление слепков имплантатов на раннем этапе их остеоинтеграции“, „Новое в стоматологии“, 4, 2006;
4. Anitua E. „Реставрации с опорой на имплантаты для жевательных зубов“, „Новое в стоматологии“, 2, 2008;
5. Fanuti A., Salice S., Piemontese M., Saponaro S. „Свободная установка реставраций с опорой на импланты“, „Новое в стоматологии“, 4, 2007;
6. Hrdina R. „Прикладная биомеханика“, „Новое в стоматологии“, 3, 2007;
7. Massironi D., Pasceta R. „Концепция терапии, обеспечивающая возможность воздействия функциональных нагрузок на импланты, непосредственно после их введения“, „Новое в стоматологии“, 8, 2004;
8. Mehrhof J, Nelson K. „PBLG — концепция изготовления реставраций с опорой на имплантаты“, „Новое в стоматологии“, 5, 2006;
9. V. Siminiuc „Unele aspecte ale terapiei protetice pe implante în cazuri de dereglări funcționale ocluzale“, „Medicina Stomatologică“, 1, 2006;
10. Букаев М. Ф. „Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами“, „Новое в стоматологии“, 3 (135), 2006;
11. Кауфман С., Мусин М. „Принципы формирования окклюзии при реабилитации функции жевания после оральной имплантации“, „Клиническая имплантология и стоматология“, 2, 1997;
12. Мушеев И.У., Олесова В. Н., Фрамович О.З. „Практическая дентальная имплантология“;
13. Параскевич В. Л. „Дентальная имплантология“, 2-е издание, Москва, Медицинское информационное агентство“, 2006;
14. Томас Тейлор, Джон Агар, Теодора Вогиаци „Протезирование на имплантах. Современное состояние и перспективы“, „ProLab iQ“, 1, 2005;

## IGIENA CAVITĂȚII BUCALE ÎN TERAPIA PROTETICĂ PE IMPLANTE

**Victor SIMINIUC**

*Doctorand Catedra  
Stomatologie  
Terapeutică,  
Medic șef adjunct  
IMSP Policlinică  
Stomatologică  
Republicană, Medic  
stomatolog protetician*

### Rezumat

Ca și alte organe, dinții sunt programați să funcționeze atât timp cât trăiește omul. Modul în care dinții sunt expuși un timp mai îndelungat factorilor de risc este la latitudinea noastră. Medicina stomatologică modernă a ajuns să depisteze o mare parte din acești factori de risc, precum și modul în care ei operează. Omul modern are nevoie de cunoștințe precise despre factorii de risc și mecanismul lor de acțiune.

Autorul vine cu informația corectă despre igiena cavității bucale a pacientului purtător de implante și proteze fixate pe ele. Prevenirea și combaterea afecțiunilor bucodentare trebuie să și-o asume fiecare persoană, totodată fiecare să fie responsabil pentru sănătatea proprie.

Implantologia astăzi vine să completeze arsenalul terapeutic al stomatologiei moderne, deoarece ea prezintă un mare avantaj și speranță pentru pacienți în soluționarea problemelor edentației parțiale și totale.

### Summary

#### ORAL HYGIENE IN PROSTHETICS THERAPY BASED ON IMPLANTS.

Like other organs, the teeth are programmed to operate as long as man lives. The way the teeth are exposed to risk factors is at our discretion. The modern dental medicine has come to detect most of these risk factors and how they operate. The modern man needs exact knowledge about risk factors and their action mechanism.

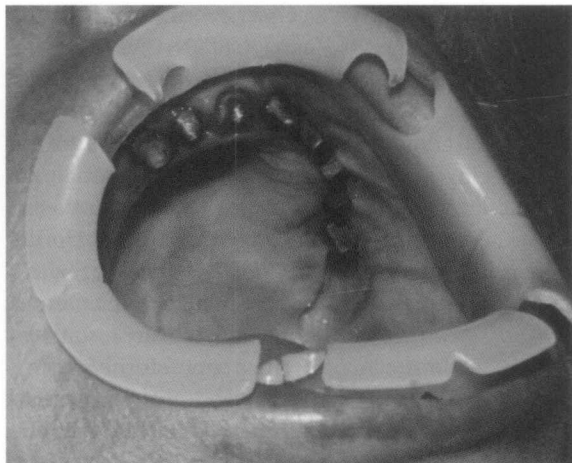
The author comes up with correct information about oral hygiene of the patient carrier of implants and prosthesis attached to them. Preventing and combating of buccal and dental diseases must be taken by each person as well as each person must be responsible for their own health.

The implantology comes up today to complete the therapeutic arsenal of modern dentistry, because it presents a great advantage and hope for patients in solving problems of partial and total edentia.

Mulți din pacienții au noțiuni extrem de limitate în ceea ce privește igiena individuală a cavității bucale în cazul existenței implantelor. E vorba despre faptul, că dacă pacientul a ajuns la o stare, când a fost nevoit să se despartă de o parte a dinților săi, atunci, desigur, una din cauzele principale a acesti lucru a fost atitudinea neglijentă față de ei, față de dinții săi, igiena foarte proastă a cavității bucale și lipsa vizitelor la medicul stomatolog. De aceea este naiv de a conta pe o atitudine diversă față de implantate. Pacientul trebuie să știe, că în cazul lipsei unei îngrijiri igienice a implantului, la fel ca și a dinților săi, se vor forma plăci dentare, un tartru dentar moale, care se vor mineraliza datorită salivei în tartru dentar dur. Resturile de mâncare (food debris), tartrul cu depunerile de microorganisme și celule autogene (materia alba), plăcile și tartrul, vor provoca prin mișcări de apăsare, suport masticatoriu inflamarea gingiei din jurul implantului. Ca reacție la aceasta este formarea mărită a lichidului gingival (sulcus fluid) în fisura periimplantică, care servește drept sursă de substanțe nutritive pentru microorganismele tartrului implantic (dentar). Ca urmare se intensifică formarea tartrului și sub el se creează condiții anaerobe. Dinții, și mai ales implantul, nu pot de sinestătător să scape de microbi, separînd, de exemplu, smalțul dentar. Chiar și tartrul dentar obișnuit („sănătos“), în fiecare oră, poate să se înmulțească (în cazul igienei proaste a cavității bucale) și să devină patogen. Tartrul dentar (implantic) are un statut absolut diferit, decît alte pelicule biologice din organismul uman (intestin, pe suprafața pielii). În cazul dezvoltării depunerii și transformării ei în tartru pe implant, el va crește în adîncime pe implant, distrugînd joncțiunea osoasă cu el și va conduce la formarea pungilor implantogingivale și osoase, la populația microbială a periodonțiului și a țesuturilor paraimplantice. Aceasta poate conduce la reacții de inflamare, tromboza vaselor sangvine periferice regionale, edem și sîngerarea gingiilor, ceea ce duce la mobilitatea implantului și a suprastructurii (protezei) pe el, chiar și pînă la căderea lor. Tartrul dentar (de implant) de asemenea, poate contribui la distrugerea cimenturilor superrezistenți din coroanele protezelor cu sprijin pe implantate, ceea ce duce la separarea implantului, independent sau în combinație cu distrugerea (destrucția) țesuturilor paraimplantice și infectarea lor.

Nici un sistem de implantare nu rezolvă problema corelației dintre viu și mort și integrării lor, închiderii fisurii implantogingivale și nu înlătură cauzele de distrugere și scădere (resorbție) a țesutului osos. De asemenea în cazul existenței implantelor nici odată nu se închide calea pentru pătrunderea infecției în interiorul osului maxilarului și a organismului în general, adică „întărirea“ epitelială nu este sigură în calitate de barieră biologică.

În calitate de măsuri de profilaxie importante, ce previn complicațiile în primele 2-3 luni după implantare, sunt vizitele medicale dese (2-3 ori pe lună) pentru luarea măsurilor oportune de imobilizare (crearea imobilizării totale sau mobilizării reduse) a implantu-



lui și la prevenirea infectării posibile a zonei paraimplantice. Acest lucru trebuie să-l cunoască și medicul, și pacientul. Doar necunoașterea dă naștere ignoranței, iar ignoranța științifică dă naștere unei activități lipsite de rezultate.

În practica mondială implantologia și terapia protetică pe implantate au trecut testarea timpului. Cunoștințele și abilitățile medicilor se văd nu după dificultatea lucrului realizat de ei, dar după rezultatele obținute. În implantologie și terapia protetică pe implantate rezultatele sunt bune. Numai la IMSP Policlinica Stomatologică Republicană pe parcursul unui an se implantatează și se protezează pe implantate cu proteze de metaloceramică, metaloacrilate și altele aproximativ o sută de pacienți. Problema constă în crearea sistemului masticator artificial OICA, ce constă din osului de sprijin (O), implant (-ți) (I), construcția protetică (C) și dinți antagoniști (A) (opuși maxilarelor implantate pe una sau ambele părți). Întreg sistemul trebuie să se adapteze adecvat la situația schimbătoare din cavitatea bucală. Adică, terapia protetică pe implantate este o artă, ce restabilește armonia întregului sistem stomatognat. Medicii în acest caz sunt ajutați de pacienți. Ei sunt obligați să aibă o atitudine grijulie față de tot lucrul în general, să efectueze igiena cavității bucale ca o parte a igienei generale. Doar „cununa“ tratamentului se transmite în minile anume a pacienților, care își asumă răspunderea pentru păstrarea cavității sale bucale, integrității lucrării protetice și stabilității implantului. Aceasta reprezintă o „insufflare“ pentru pacienți. Conform datelor multor cercetători prognoza favorabilă de implantare în mărime de 25-30% depinde de respectarea îngrijirii igienice a cavității bucale. Mai ales, că în comparație cu dinții naturali, capacitatea de formare a plăcilor pe suprafața implantatelor este mărită. Noi singuri suntem responsabili de „alegerea“ bacteriilor, ce populează cavitatea noastră bucală.

Igiena individuală a cavității bucale trebuie să fie completată de cea profesională, efectuată de medic — în primii 2,5 ani peste fiecare 3 luni, apoi — de 2 ori pe an.

Prima observare clinică asupra stării protezelor pe implantate se efectuează deja peste una lună după instalarea suprastructurii permanente. Trebuie să fie trecute toate testările, ce verifică igiena cavității bucale

(OHI-S indicele de igienă Green-Vermilhan, Zol, Silness, PMA-Parma, PI-Russel. CPITN-OMS, KPI-Lusuși și altele). În mod obiectiv se determină mobilitatea implantatelor, sensibilitatea la percuție. De asemenea se măsoară adâncimea de sondare a șanțului dintre implant și gingie cu sonde gradate sau sonde speciale parodontale „VIVACARE“, a căror presiune dozată este apreciată vizual după coinciderea striatiilor-vizorilor mînerului și intercalării, CPITN — cu sonde și altele. Într-un excluderea deteriorării suprafeții implantatului sau abatementului se recomandă folosirea sondelor din plastic. În scopuri științifice sunt folosite sistemele electronice de măsurare cu presiunea permanentă automată a sondării — Interprobe, Florida — Probe, Periprobe. Este determinată compoziția calitativă a lichidului, este efectuată diagnosticarea microbiologică. Se efectuează radiografia panoramică (OPG), osteodensitometria, dacă e posibil — tehnica roentghenologică paralelă cu sistemele Rinn sau Hawe-Neus. Cu ajutorul ultimelor cu inelele vizoare și cu fixatorii peliculei se realizează direcția exactă a fotografiei paralel cu axa dentară (implantul dentar).

Pentru determinarea stabilității implantului este oportun de a folosi aparatul „Periotest“ cu înregistrarea electronică a amortizării și mobilității sale (pe larg este folosită la catedra chirurgie oro — maxilo — facială și stomatologie ortopedică a facultății de perfecționare a medicilor a USMF „Nicolae Testemițanu“, profesor universitar, doctor habilitat în medicină dl Valentin Topalo), viziograful și altele cu inserarea informației primite în calculator, forma specială parodontologică sau harta medicală. Astfel, măsurile medicale și perioadele dintre ele trebuie să fie selectate individual. Aceasta depinde de calitatea igienei cavității bucale, reacția mucoasei cavității bucale la măsurile igienice și stările ei la acest moment, construcțiile de implantate și a suprastructurilor (protezelor). Se efectuează obligatoriu remotivarea și reinstruirea pacienților despre igiena cavității bucale după tabloul clinic dat.

Pentru măsurile profesionale medicul trebuie să se folosească de aparate optice (stomatoscop, lupa binoculară și altele) și de instrumentar special. M. N. Musin consideră, că folosirea unor instrumente metalice grosolane, a scelerelor metalice, depuratoarelor este inadmisă pentru curățirea profesională a implantatelor, iar A. Dudco — și a ultrasunetului. Folosirea acestora conduce la inactivarea chimică, dăunarea fizică a implantului, reacțiile posibile dintre metalul instrumentului și metalul implantului. În afară de acțiunea mecanică dăunătoare în general, ele deteriorează pelicula oxidului de titan pe suprafața implantului, ce asigură biocompatibilitatea mărită cu țesuturile cavității bucale. În autopasivarea titanului ea nu se restabilește în întregime. Contaminarea suprafeții titanului cu instrumente metalice creează premise pentru coroziune. Respectiv, în curățirea profesională este necesar de a folosi instrumente de plastic (de exemplu a ciuretelor „Implacare“ 4R-4L“, „Cavi — Jet“), iar dacă se folosesc de metal, atunci ele trebuie să fie acoperite cu teflon în partea cu care se lucrează. De obicei, cu-

rățirea profesională se efectuează cu ajutorul frezelor manuale avînd o rotație scăzută, cu instrumente acustice și nu numai pe părțile paragingivale, dar și parțial subgingivale a implantului. Mulți autori consideră că metoda cea mai eficientă de igienă profesională a cavității bucale este curățirea coletului implantului cu dispozitive de cauciuc în formă de ceșcuțe, de conuri (setul „Hawe-Prophy“), cu aplicarea pe ele a pastelor speciale pentru șlefuit sau introducerea prafului de ponce amestecat cu apă (șlefuirea poate fi efectuată cu un cap pilos). În continuare se prelucrează suprafețele dinților (artificiali, naturali) și ale implantatelor cu perii de nailon, instrumente de plastic sau cu dispozitivele „Eva-Plastickspitze“, „Cavi-Gets“ și altele. La o impurificare masivă, suprafețele (e de dorit numai ale dinților) se pot curăți cu ajutorul instrumentelor metalice, cu aparatul ultrasonor „Vector“ (se poate și a implantului) și altele, cu dispozitive speciale — „Cavitron“, skalere magnitostriuctive, instrumente de o frecvență joasă (Sonic), skalere piezoelectrice.

Instrumentele manuale pentru igiena profesională a cavității bucale pot fi specifice pentru un anumit grup de dinți sau suprafețe, ceea ce se aplică și pentru implantate. Avantajul lor este condiționat de forma, dimensiunea și particularitatea ascuțirii: bilaterale (universale — Columbia 13/14 și 4R 4L, Sikle skalere) și unilaterale (pentru suprafețele mediale — Gracey 11/12 sau distale — Gracey 13/14). Se cuvine de aplicat vibrația ultrasonoră foarte atent și numai în cazuri excepționale. Ea poate să influențeze negativ suprafața implantului, la fel ca și fătuielele compozite sau de faianță, poate să deterioreze ermetizarea marginală și să contribuie la distrugerea cimentului. După curățirea cu instrumente manuale metalice sau dispozitive ultrasonore, este obligatorie prelucrarea ulterioară cu metodele și materialele indicate mai sus (conurile de cauciuc etc.). Ca încheiere se efectuează curățirea suprastructurilor (protezelor), fixate pe implantate cu capuri de cauciuc. Structurile detașabile pot fi curățite suplimentar cu ultrasonor (de exemplu, în aparatul de tip „Ultrashall USG 5000“, băi ultrasonore).

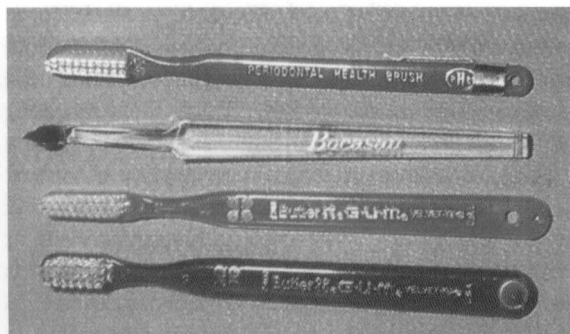
Toate metodele de curățire mecanică și chimică, de terapie antibacterială, aplicate pentru susținerea unei igiene corespunzătoare la dinții naturali, sunt bune și pentru implantate. Scopul este același: înlăturarea depunerilor și păstrarea suprafeței curate poleite. Într-o anumită privință îngrijirea implantelor este chiar mai simplă — plăcile și depunerile de tartru se văd foarte bine pe suprafața metalică și se înlătură mai ușor de pe suprafața poleită a implantului. Este necesar de a ține minte, că întărirea epitelială și țesutoconjunctivală la coletul implantului lipsește și numai țesuturile moi prezintă o barieră pentru bacterii. Este o corelație pozitivă dintre formarea plăcii, indicele ei înalt și gingivită, creșterea adâncimii pungii paraimplantice, resorbția accelerată a osului și popularea bacterială în șanțul paraimplantic. De aceea, menținerea unei igiene corespunzătoare a cavității bucale — este un factor deosebit de important în lupta pentru preîntîmpinarea destrucției (distrugerii) țesuturilor paraimplantice.

Procedurile îngrijirii individuale casnice trebuie să fie individualizate în legătură cu diferite condiții de acces la implantate, în funcție de termenul lor de funcționare, senzațiile subiective ale pacientului și datele obiective (tabloului clinic), analiza roentghenologică și de laborator. Este evident, că igiena individuală a cavității bucale a pacientului, ce poartă implante și suprastructuri pe ele, devine o parte a activității zilnice de muncă, o verigă ca somnul, dejunul sau prânzul etc., despre care nu putem uita sau omite.

În cavitatea bucală se află în permanență bacterii, acestea și substanțele cleioase eliminate de ele formează tartrul dentar. În continuare se dezvoltă un lanț, ce împiedică altor verigi ale activității vitale a pacientului — somnul, lucrul, prânzul, se dezvoltă o inflamare, ce trece prin implant — fisura gingivală drept pe os, vasele mari și nervii zonei maxilo-faciale. Resturile de mâncare și tartrul dentar trebuie în mod obligatoriu să fie eliminate. Locurile principale de concentrare a lor în implantele dentare va fi locul cel mai vulnerabil — patul paraimplantic, dar și suprafețele protezelor, spațiul dintre părțile intermediare și gingia, suprafețele dinților intacti.

Pentru efectuarea igienii orale individuale instrumentul de bază pentru curățirea dinților pînă în prezent este periuța de dinți. În cazul existenței implantelor cele mai eficiente și preferabile sunt periuțele de dinți manuale profesionale (Reach, Jordan Activ Tip, Colgate Total, Oral-B, Advantage, Plague, Remover etc), în combinație cu mijloacele suplimentare de igienă. Periuța trebuie să fie în mod obligatoriu din fibre artificiale (păr artificial), deoarece în părul periuțelor naturale este un canal mijlociu, care poate să se umple cu microorganisme. În plus, suprafața lor este poroasă, cu pielețe, iar capetele nu pot fi prelucrate. În periuțele din fibre artificiale canalul lipsește, suprafața este netedă, neporoasă, iar capătul poate fi rotunjit. De asemenea se recomandă, ca periuța să aibă o fixare rigidă (capul — gîtul — mîner), părul e microtextural (partea mare lucrativă — nu numai capătul părului, dar și suprafețele laterale), cu acoperire din polimeri și combinată după compoziție (nylon, setron, perlon, poliuretan etc.)

S-au recomandat bine **periuțele cu păr în două niveluri**: 1) lung și mai scurt la margini — pentru cu-



rățirea bazei dinților de-a lungul gingiilor (în regiune paracoletară), și 2) mic și aspru — pentru curățirea dinților înșuși. Periuța poate fi cu indicarea gradului de uzură a părului — părul este colorat astfel, încît

după un termen determinat de folosire părul își schimbă culoarea datorită ștergerii suprafeței.

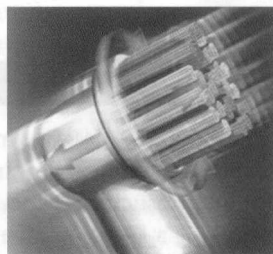
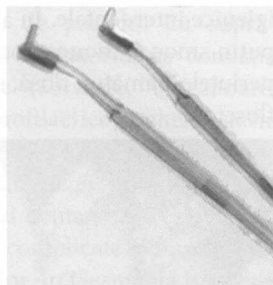
Este de dorit proeminența forței și adîncirea activă sub un unghi de 60°. După gradul de aspritate periuța trebuie să fie moale de tipul „Soft“, foarte moale de tipul „Sensitiv“ sau cu un grad mediu de aspritate de tipul „Medium“ cu un grad înalt de retenție a părului, cu o mică cantitate a lor cînd sunt strînse și de dorit cu mai multe nivele. I. Șeptelici și I. Postolachi recomandă în aceste scopuri tăierea rîndurilor inutile și lăsarea rîndului central a periuței obișnuite. T. Popovici recomandă de a folosi părul artificial cu două nivele și periuțele, ce au numai un smoc de păr în formă de spirală sau con. El recomandă de asemenea periuțele, care au la capătul opus al părții active (capului) un stimulator gingival de cauciuc sau un con din plastic elastic pentru curățirea și masajul papilelor gingivale și țesuturilor periimplantice, astfel stimulînd microcirculația lichidului gingival.

Din **periuțele electrice** se cuvine de a se folosi numai de periuțele profilactice cu fixare de aspritate joasă și medie, cu capuri mici rotunde, ce fac mișcări circulare de întoarcere. Datorită combinației mișcărilor de întoarcere — circulare și pulsației de înaltă frecvență curățirea unicală trece în cîteva direcții concomitent. Părul pătrunde în adîncime între dinți, implantși și pe marginile gingiilor, afinînd, iar apoi eliminînd tartrul dentar. Ca urmare se obține o curățire moale și profundă. Multe periuțe electrice au un senzor de presiune, taimer cu memorie, cîteva viteze, și fiecare pacient le alege individual („Braun Oral-B Plague Remover“, „Interplac“ și altele).

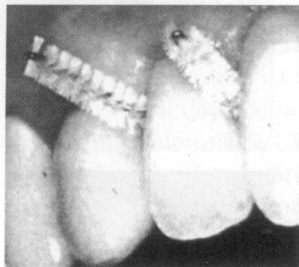
Totul ce este legat de electricitate, putem aplica pentru igiena individuală în mod cumpătat. Conform datelor lui I. Șeptelici, I. Postolachi nu se poate generaliza apariția curenților mici. La hotarul dintre implantul inserat (ai cărui componenți sunt metalul sau faianța, sticlă activă, HAP) cu țesutul moale viu și osul sunt prezente straturi electrice duble. Barierele lor energetice, împreună cu potențialul electric localizat pe suprafața membranelor separatoare biologice, dirijează procesele de regenerare. În aceste procese trebuie să ne amestecăm „cu prudență“, după studierea lor cu un scop bine determinat.

Periuțele igienice obișnuite nu sunt adaptate categoric pentru curățirea implantatelor și a suprastructurilor pe ele din cauza unei eficiențe joase. În cazul existenței în cavitatea bucală a dinților intacti cu parodont sănătos putem să le acceptăm.

Pentru curățirea implantatelor, suprafețelor protezelor dentare și a mucoasei sunt necesare mijloacele



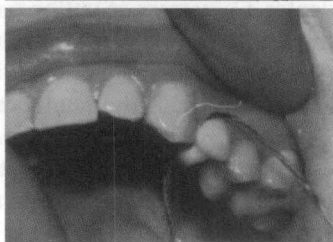
igienice interdentale. În afară de periutele de dinți cu puțin smoc și monosmoc manuale se mai folosesc și periutele-pământuf, flosă, superflosă, panglici dentare, flosețe.



**Pământufurile interdentale** pot fi considerate chiar obiectul de igienă de bază, folosit de către utilizatorul suprastructurilor pe implantate. Pământuful trebuie să fie confecționat din aceleași materiale

ca și periutele, descrise mai jos. Pământuful este confecționat nemijlocit din sîrmă răsucită cu păr scurt, fixat între răsucirile sîrmei. Este obligatorie acoperirea de plastic a sîrmei pentru evitarea „șocului galvanic”, care poate avea loc la contactul cu suprafețele metalice a implantului, protezelor. Pământufurile pot curăți cel mai eficient partea supragingivală a implantului și partea interioară a suprastructurii. Pământuful, legat cu un mîner, este numit periută pentru suprafețelor proximale ale dinților.

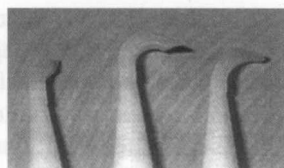
**Flosse** (ațe dentare — New Floss, Satinfloss, Satintape, Reach, Oral B) conțin fibre de nylon, care reprezintă ațișoare de nylon, răsucite între ele sau lipite cu ajutorul acoperirii de polimer „Pebax”. Ele pot fi neceruite sau acoperite cu ceară, care conține suplimentar impregnare cu mentol. În compoziția floselor moderne sunt adăugați antioxidanți, ulei de castor (ce conferă ațe elasticitate), component de fluor.



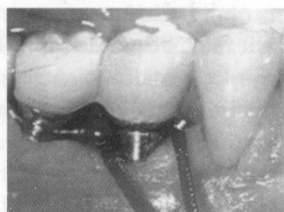
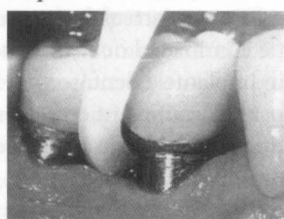
Pentru igiena cavității bucale, protezelor și implantatelor flosele trebuie să fie biocomponente cu acoperire de polimeri. E necesar de a le folosi după fiecare masă. Ele sunt un atribut foarte important, care permite pătrunderea în adîncime sub suprastructură (proteză) și de a curăți minuțios suprafața ei interioară, ceea ce protejează mucoasa de posibilele decubitusuri, curăță structurile implantelor (poleindu-le pînă la luciu). Testele clinice au arătat, că curățirea cu periută de dinți și ață este mai eficientă de 2 ori decît folosirea numai unei singure periute pentru micșorarea sîngerării și inflamării gingiilor.

Pentru a trece ușor flosa de pinză sub proteză se recomandă de a folosi flosețe (flososustînători) sau ace elastice „exPlac” cu construcția specială a urechii

pentru introducerea flosului. Ele sunt de plastic, de o singură sau mai multe folosințe, atraumatice. Pentru curățirea spațiilor interdentare, suprafețelor meziale și a suprafeței distale a coroanelor de sprijin, sunt folosite teipuri, setinflosuri etc.



**Superfloss** — sunt fibre de nylon de o înaltă textură în formă de amestec de nylon și poliuretanic. La protezarea pe implante este folosit superflossul în trei secțiuni standardizate. El constă din trei părți: subțire elastică, spongios purificator și partea de tipul superfloss obișnuit. Datorită suprafeței afinate părții lui mijlocii cu mult mai eficient se curăță partea supragingivală a implantului. Superflosurile sunt parte integrantă a procedurii igienice, de dorit după fiecare masă, minim înainte de somn (firmele „Educational”, „Health Products”, „Gohnson & Gohnson”, „Oral — B” și altele).



**Electroflosurile și scobitoarele** sunt contraindicate din cauza traumatismului și pericolului dăunării părții supragingivale a implantului.

**Panglica dentară** practic nu se deosebește cu nimic de flos, în afară de cantitatea de fibre de nylon de bază care o formează, care și o fac de 3 ori mai largă. Ea are o acoperire de ceară, impregnată cu polietilenglicon, sorbitol, zaharină de sodiu și aromă. Toate au menirea de a conferi panglicii o mai mare elasticitate, o capacitate mai bună de impregnare, preîntîmpinarea fragilității.

În acest mod, cu ajutorul mijloacelor enumerate mai sus de curățire mecanică se efectuează igiena zilnică a cavității bucale în cazul existenței implantului și a suprastructurilor pe ele (2—4 ori pe zi). La început se curăță dinții, gingia și limba, ca de obicei, după metoda recomandată de medic (metoda standardizată, metoda lui Leonard Bass, Fones, Reite, Charter, Smit — Bell, Stiman etc.) Una din metode este completată cu curățirea suprafețelor protezelor și implantelor. În același timp trebuie să remarcăm, că mișcările cu periută în regiunea implantului trebuie să fie în direcția ce vine de pe suprafața gingiei, scurte și sub un unghi, mai mic sau egal cu 45° față de implant.

La curățirea suprafețelor meziodistale ale coletului implantatelor cu ajutorul pământufurilor, mișcările lui trebuie să fie în direcția înainte-înapoi. Pacientul este obligat să țină minte, că în rezultatul mișcărilor instrumentelor de curățire, resturile de mîncare și ale

tartrului dentar cu diferite colonii de microorganisme nu trebuie să nimerească sub șanțul dintre gingie și suprafața implantului. Sunt preferate pastele suficient de lichide (se pot folosi geluri), pentru a pătrunde în locurile greu accesibile, inclusiv spațiul dintre coroane, corpul protezei-pungi și regiunea paraimplantică.

Păstrarea joncțiunii implantepiteliale depinde de eliminarea corectă a depunerii bacteriale și atîta timp cît măsurile de igienă individuală vor fi aplicate corect — nu vor fi migrații ale acestei joncțiuni. Împreună cu înlăturarea factorilor nocivi de pe țesuturile paraimplantice și papilele gingivale, cu ajutorul curățării mecanice se activează circulația atîta în întregului parodontiu, cît și fluxul de sînge și de substanțe nutritive la inserția implantepitelială, ceea ce constituie deja o profilaxie a complicațiilor.

Medicii și pacienții trebuie să-și pună scopuri realiste — profilaxia și oprirea progresării bolii. Dacă ei tind spre obținerea stărilor ideale, atunci ambii pot fi dezamăgiți. Succese ale măsurilor profilactice (profesionale și individuale) pot fi considerate după criteriile:

1. Lipsa pungilor dentogingivale și lipsa joncțiunii implantgingivale.
2. Lipsa pierderii osului alveolar ce sprijină dinții și implantul.
3. Gingia sănătoasă ce nu sîngerează la curățirea dinților, lipsa mirosului din cavitatea bucală, masticății indoloră și zîmbetul armonios.

Astfel, se demonstrează că cea mai eficientă formă a măsurilor de profilaxie este înlăturarea mecanică a toxinelor, plăcilor, depunerii și tartrului de pe suprafața rădăcinilor dinților, coletele implantului și suprafețele protezelor (scaling și root planing). În afară de mijloacele mecanice și a dispozitivelor în acest scop sunt folosite și cele auxiliare, printre care sunt și **pastele de dinți**.



Strămoșii noștri se curățau pe dinți cu sticlă pisată, cărbune de lemn, smoală, funingine, lînă cu miele... Cu trei secole în urmă în Europa au început să se folosească de sare pentru curățirea dinților. Apoi s-a trecut la cretă. Începînd cu secolul XIX se foloseau prafuri de dinți pe bază de cretă, iar la sfîrșitul lui oamennii au început să treacă la paste de dinți în tuburi (primul în această privință este compania „Colgate“). În secolul XX căutările de substituire a cretei ca abraziv dentar au condus la folosirea dioxidului de cremniu, compatibil cu mulți componenți activi. La etapa actuală se produc paste cu un diapazon larg de calități cerute, cu un indice optimal de pH, și datorită acestui fapt se normalizează balanța acido-alkalină în cavitatea bucală, fapt ce reprezintă o necesitate strictă nu numai în cazul existenței implantatelor și protezelor, dar și în cazul dinților și gingiilor sănătoase.

Pentru pastele, folosite de pacienți cu suprastructuri pe implante, este obligatoriu, ca corelația tuturor componenților lor (abrazive, umezitoare, superficial-active, curativ-profilactice și altele) să fie optimală cu acțiunea curativ-profilactică determinantă. Componenții necesari în ei sunt inhibitorii creșterii cristalice a tartrului dentar, care este inițiatorul reacțiilor inflamatorii complicate și multiforme în jurul dinților și implantelor. În Germania în aceste scopuri sunt folosite difosfaturi, în SUA — pirofosfaturi (Blend-a-Med-Complet) și altele, în cea mai mare parte a lumii se folosesc compuși de zinc — clorură și nitrat de zinc.

Pentru a recomanda și a prescrie paste de dinți pacienților săi, protezați pe implantate, se cuvine de știut compoziția acestora. În baza ei e mai simplu și mai ușor de a judeca despre calitățile și, respectiv, mecanismele de acțiune, în care cazuri ce fel de paste de aplicat. Pacienților cu implante le este necesar de a se folosi de paste curativ-profilactice, dar periodic, ținînd cont de situația stomatologică din cavitatea bucală. Astfel, nemijlocit după operație este necesar de a folosi paste, ce conțin extracte și (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, antiseptice puternice de tipul clorhexidin (CG), triclozan (T), cetilperidiumclorid (CPC) și cele analoge, precum și fermenți — pancreatin, tripsin, dextranoză, mutanaza, ce acționează inhibitor asupra cîtorva tipuri de bacterii. Dar, ele sunt folosite pe un termen scurt, nu mai mult de trei săptămîni. S. B. Ulitkovski subliniază, că uneori pasta de dinți are o influență negativă (dăunătoare), care constă în distrugerea cu ajutorul unor mijloace antibacteriale puternice nu numai a microflorei patogene, dar și saprofite, ce conduce la disbioză. În perioada principală de folosire se dă preferință pastelor cu extracte (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, ce au o acțiune astringentă moale și o acțiune antiinflamatoare, dar ce nu conține antiseptice puternice de tipul CG, T, CPC. În pastele, recomandate pentru folosire permanentă, este de dorit de a include complexe de vitamine. În caz de acutizare, însoțită de reacția inflamatoare, se recurge la pastele, folosite în primul caz.

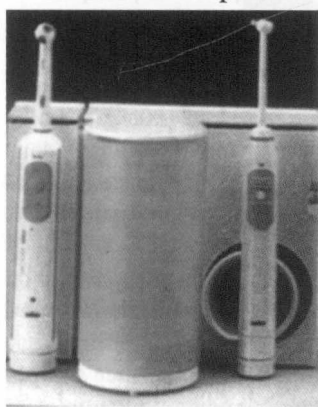
Calități antibacteriale posedă pastele „Blend-a-med Complit“, „Blend-a-med respirație sănătoasă“, („Procter and Gamble“, SUA), „Elgidium“, „Elgifiur“, „Pan-soral“ („Pierre Fabre Medicament“, Franța), „Colgate Total“, „Colgate Xylltrol“, „Natural White“, „Pepsodent Ultra“, „Txeramed 2 in 1“, „Bioenel“, „Paradontax“, „Forever“, „Parodontal“, „Novii jemciug extra“, „Izumrud“, „Vesna“, „Osınca“, „Meatnaia“, „Lesnaia“, „Hlorofilovaia“, „Evrica“, „Extra“ și altele.

Pastele, ce conțin preparate vegetale (cel mai des pigmentul de hlorofilă), extracte și infuzii de romaniță, pojarniță, trestie mirositoare, trandafir, ulei de trandafir și altele și complexul de vitamine (C, E, K, P) posedă o acțiune antiinflamantă accentuată. Ele reduc sîngerarea gingiilor, îmbunătățesc metabolismul în mucoasa cavității bucale și stimulează procesele de regenerare. Hidroaxipatitul ce intră în compoziția unor paste asigură microprelucrarea țesutului osos cu calciu

și fosfat, iar în virtutea lipsei în ea a componentilor de fluor, ea poate fi folosită în raioanele cu conținut mărit a fluorurilor în apa potabilă. În extractele de ierburi intră vitamina K, ce posedă acțiune hemostatică (de oprire a sîngelui), iar triclozanul (se conține în unele paste ale companiei „Colgate“, „Procter and Gamble“ și altele) preîntîmpină procesele purulent-inflamatoare, accelerează creșterea granulelor și epitelizarea mucoaselor. La pastele cu săruri cu conținerea diferitor componente minerali, microelemente, antiseptice se referă „Balsam“, „Morscaia“, „Meri“, „Pomorin“, „Lazuri“ etc. Ele activează procesele metabolice în țesuturile moi ale cavității bucale, contribuie la îmbunătățirea circulației sanguine, influențînd binefăcător țesuturile parodontiului.

Pastele, ce conțin în calitate de componente activi curățători fermenți și alte SBA (substanțe biologice active — pancreatin, lizoțim, ribonucleaza, tvin-40 și altele) — „Zendium“, „Biotene“, „Salutem“, „Osobaia“, „Fosfataznaia“, „Cristall“ și altele trebuie să fie aplicate sub controlul medicului curant (fără sfatul acestuia — numai în decurs de 5—7 zile).

Una din varietățile esențiale a formelor lichide este pasta de dinți lichidă. Una din ultimele variante este **periuța de dinți, în mînerul căreia se introduce un container cu pastă lichidă**, care se scurge prin



tub în interiorul coletului periuței de dinți spre baza cîmpului periuței. Datorită calităților înalte de formare a spumei ea se răspîndește ușor de la baza smocului spre propriul cîmp al periuței. Containerul este calculat pentru folosire de mai multe ori. Această formă este

comodă mai ales în drum, în plus, izolarea completă a containerului cu pastă lichidă de mediul înconjurător preîntîmpină posibilitatea populării microbiene. Ca exemplu a acestei combinații de periuță cu pastă este Dent X pres.

Recent a fost propusă încă o modificare a periuței de dinți, în mînerul căreia sunt deja două spații, dintre care unul se umple cu pastă de dinți, altul cu clătitor, și la fel, ca și în cazul anterior, care se scurge spre baza cîmpului periuței pe capul periuței de dinți. Scurgerea pastei de dinți și a clătitorului se reglează independent. Pentru a putea conține o cantitate mai mare de pastă de dinți și de clătitor, mînerul periuței este făcut mai lung, decît la periuța de dinți tradițională.

La prescrierea medicului (în perioada postoperatorie după implantare, reacțiile inflamatoare) se pot folosi **paste și geluri specifice**, — nu pentru efect de curățire, dar pentru aplicare pe mucoase, — „Pasta adezivă solcoseridentală“, „Mundizal-gel“, „Peridontol pasta“, gel factoric „Dentim“, „Metrogil-denta“, peliculele „Diplen — denta cu CG“, „Lac antibacterial

cu CG“, „Cervitec“, „Traumel S“, „Voko-Pac“, „Septopac“, bioemplaștrii de preparate colagene „Gingitec“, „Sangvinol“, compoziții de collagen cu făină osoasă „Collaost“ și hidroaxipatit (HA) „Collapol“, sisteme pentru înlăturarea tartrului dentar „Proxyt“ și altele.

**Pasta adezivă solcoseridentală** (Solco Basll, Switzerland) (PASD) este o combinație de substanță activă solcoseril, ce accelerează procesele de cicatrizare cu anesthetic local pe bază de compus. Ea se aplică pe mucoasele din jurul implantului și în regiunile de inflamare cu un strat subțire de 3—5 ori pe zi după luarea mesei și efectuarea toaletei mucoaselor, combinîndu-le cu alte măsuri curativ-profilactice. Pasta se aplică pe suprafața uscată preventiv (cu un tampon de vată sau un șervețel de hîrtie), după aceasta suprafața PASD se înmoaie cu apă pînă la formarea peliculei adezive de forma jelului, care protejează mucoasa de daunele mecanice și termice. Peste 2—5 minute după aplicare înlătură durerea, și simțul indolor se menține timp de 3—5 ore. Se așează bine pe mucoasă, durata de menținere a PASD pe mucoasă este de 1,5—5 ore, ceea ce o deosebește de „Mundizal-gel“, „Metrogil-denta“ și altele (ultimele sunt de scurtă durată). J. Porteder a propus utilizarea PASD în calitate de bandaj optimal după implantarea implantatelor dentare, pentru diminuarea riscului complicațiilor infecțioase (conform datelor observărilor — de trei ori), ce se dezvoltă în rezultatul divergenței marginilor rănii postimplantice pentru tratarea decubiturilor sub proteze. I.M. Rabinovici și G.V. Bancenco. l-au propus pentru lecuirea stomatitelor aftodice și herpetice. Influența PASD asupra procesului de granulare se observă deja în primele 2—3 zile după începutul terapiei. PASD accelerează cicatrizarea cu 30%, poate fi folosită în timpul gravidității, în perioada de lactație, la bolnavii de diabet zaharat.

„Mundizali-gel“ reprezintă o combinație de colină salicilată, ce posedă o acțiune antiinflamatoare și analgetică, și clorură de cetalconiu, ce este un mijloc dezinfectant.

„Metrogil Denta“ — gel pentru gingii, se folosește în complex cu toate procedurile igienice curativ-profilactice după implantare, skelingul profesional (curățire) de asemenea și în condiții casnice precum PASD sau mundizal-gel. „Metrogil Denta“ conține metronidazol și clorhexidin, datorită cărora posedă calități accentuate bactericide, bacteriostatice și antiprotozoice referitor la gram „-“ și gram „+“ de bacterii. Conform datelor lui Langhe, 60% din doza CG rămîne pe mucoasa cavității bucale și retabilirea nivelului bacterial anterior are loc doar după 7 ore, e de dorit de a nu clăti gura și de a nu lua masa după aplicarea gelului măcar 30—40 de minute, deoarece „Metrogil-Denta“ nu formează peliculă, iar adeziunea de mucoasă este joasă. Șincarenco V. N. și coautorii au propus pentru mărirea expoziției și prelungirea acțiunii ei, aplicarea „Metrogil Denta“ în formă de pansament elastic cu lut alb, oxid de zinc și ulei de mentă.

**Gel factoric „Dentim“** contribuie la normalizarea echilibrului microbial în cavitatea bucală, datorită

suprimării selective a creșterii de stafilo- și streptococi și alte tipuri de bacterii patogene. El se aplică cu degetul sau cu o periută moale pe gingie și se încoțeste de masare.

V. P. Dedeian, N.I. Soloviova au propus **pelicula medicinală adezivă biopolimerizată „Diplen-Denta“ cu CG** ca un component medicinal de bază, dar cu posibilitatea conținerii și a unui șir de alte componente antibacteriale, antiinflamatoare și a combinației lor. Ea are o grosime ne semnificativă, este transparentă, nu este toxică, are o plasticitate înaltă, ceea ce îi conferă mari avantaje în folosire, mai ales în perioada postoperatorie după implantare. Ea constă din două straturi — hidrofilă și hidrofobă. Stratul interior — hidrofил, conține mijloace și componenți terapeutici, ce stabilizează preparatul și prelungesc acțiunea lui, controlează ieșirea lui din peliculă și transportarea prin mucoasă, precum și componentele, ce reglează echilibrul acido-alkalin pe suprafața sectorului acoperit. Stratul exterior — hidrofob, izolează focarul de acțiunea factorilor mediului înconjurător și îndeplinește funcția de protecție. Înainte de aplicarea „Diplen-Denta“ trebuie să fie efectuat skellingul profesional, poleirea coletelor rădăcinilor, implantelor și a protezelor nedetașabile, după indicații — chiuretajul. Fișile de peliculă de 5—6 mm se așează pe mucoasa marginii gingivale de 2 ori pe zi (dimineața și pe noapte), în cazul existenței pungilor adânci parodontale (mai mult de 6 mm) medicul introduce suplimentar bucățele tăiate mărunt nemijlocit în pungi (sau în fisura implantgingivală). Cursul este de 5—14 zile.

S-a recomandat bine materialul hidrofил din Germania „**Reso-pac**“, folosit în calitate de pansamente pe gingie și purtător de medicamente. El nu necesită să fie înlăturat, se fixează pe 30 de minute și apoi se dizolvă încet. „Reso-pac“ constă în mod preferențial din celuloză, mai ales se fixează trainic pe țesuturi umede și chiar sîngerînde. Avantajul „Voko Pac“ este elasticitatea în decursul întregii perioade de aflare în cavitatea bucală, lipirea excelentă pe suprafețele dinților și pe gingie, efectul stabil după cursul lui terapeutic.

„**Gingitec**“ și „**Sanngvicol**“ — pansamente gingivale, ce reprezintă plăci poroase din biopolimerul natural al colagenului. În componența lor intră extracte de ierburi medicinale de romaniță, gălbenele, coada-șoricelului, măcieș, salvin, alginat de sodiu și preparat antimicrobian de origine vegetală sangviritin. Ultimul este activ și față de microorganismele, rezistente la acțiunea antibioticelor.

Sistemul de paste „**Proxyt**“ („**Plaque removal system**“) este destinat pentru înlăturarea tartrului dentar (de implant) și poleirea optimizată. O anumită valoare a abrazivității pastelor (microdisperse, medie și simplă) permite de a le folosi în conformitate cu indicațiile individuale. Un efect profilactic suplimentar este asigurat de adaosurile de aminofluorură și xilit.

Se cuvine de a reaminti, că folosirea pastelor, gelurilor, panglicilor și altor mijloace de igienă orală, mai ales în complex cu conținerea mijloacelor antibacteriale cu o acțiune puternică, de tipul CG, T și altele,

poate conduce la distrugerea nu numai a microflorei patogene a cavității bucale, dar și saprofite. De aceea, este preferabil de a lăsa medicul să decidă în privința alegerii pastei. Pastele cu acțiune puternică nu se folosesc mult timp, la sfatul medicului și conform instrucțiunii firmei producătoare, alternînd cu mijloacele obișnuite curativ-profilactice. La apariția semnelor de disbacterioză (depuneri pe gingii, limbă, durere, înroșire) se cuvine de a înceta urgent folosirea acestui mijloc curativ-profilactic și de adresat la medic.

**Elixirele dentare** nu sunt recomandate pacienților ce poartă suprastructuri (proteze dentare) pe implantate, iar în perioada postoperațională sunt absolut inadmisibile din cauza unei concentrații înalte de alcool.

**Clătitorii igienici** pentru gură se pot folosi, cînd sunt inaccesibile formele perfecționate. În perioada postoperatorie ei nu sunt bineveniți, deoarece conțin alcool.

În prezent se consideră, că anume formele lichide fără alcool ale mijloacelor igienice sunt cele mai eficiente mijloace de luptă cu formarea, acumularea și dezvoltarea tartrului dentar. Ele pătrund în orice locuri greu accesibile, indiferent de desimea dinților, formele maxilarelor sau a oricăror stări patologice, inclusiv starea după intervențiile operative, implantare. Aceasta este deja o garanție a unei cicatrizări mai intensive și a rezultatului favorabil pe fonul profilaxiei dezvoltării oricărei infecții.

Se consideră, că cel mai eficient acționează clătitorii antiseptici pentru prevenirea dezvoltării și înlăturării tartrului dentar în mediul cu Ph 8,0—11,0. În caz dacă clătitorul conține 1,5% de etanol, 5% de oleat de sodiu și o cantitate suficientă de hidrogenfosfat-2-sodiu este posibil de a crea un mediu de soluție a clătitorului cu ph, egală cu 9,8, ceea ce se consideră o condiție optimă pentru acțiunea clătitorului antitartric. Unele clătitori conțin și mai activi componenți — CPC (cetil piridin clorură), ce împiedică formarea tartrului dentar („Reach Anti — Plaque“, „Stomatidin“ și altele).

Numai cu clătirea cavității bucale se poate obține o influență subgingivală de lungă durată asupra florei pungi (fisurii implantgingivale) și, deci, asupra înlăturării bacteriilor. Durata de aflare a substanței în pungă este scurtă (nu pentru toate — la stomatidin ea este de 72 de ore) sau nu se poate atinge adîncimea pungi (fisurii implantgingivale). De aceea este necesară folosirea de asemenea și a dispozitivelor cu jet de apă, irigatorilor, centrilor orali, stropitoarelor, aplicatorilor cu vacuum.

Una din ultimele invenții în domeniul producerii mijloacelor lichide de igienă este fabricarea clătitorilor capsulați, care pot fi sub formă finită. Capsula cu membrana ce se dizolvă în cavitatea bucală conține o cantitate suficientă de soluție pentru irigarea cavității bucale sau în capsula de dimensiune mai mică poate fi o substanță în formă de gel, care se amestecă cu saliva după dizolvarea capsulei, și creează o soluție antiseptică. Există și forme capsulate, care trebuie să fie preventiv dizolvate în apă, pentru a crea un clătitor adecvat pentru folosire.



O idee originală este combinarea containerului cu clătitorul și a mosorului cu ață dentală. Un astfel de dispozitiv înmoaie puțin ața și irigă spațiul interdental în procesul procedurii igienice. Există variante și mai simplificate, când ambalajul clătitorului este combinat cu cutioara de flos, dar ele se folosesc separat și consecutiv. De asemenea sunt și elaborări de clătitoru pentru cavitatea bucală, care conțin steroizi antiinflamatori și agenți antifugi. În acești clătitori ph al mediului variază între 3.5 pînă la 7.0, conținutul de steroid antiinflamator constituie nu mai puțin de 2.5 privind hidrocortizon (S. B. Ușacovschi).

**Clătitorii curativ-profilactici** pentru pacienții cu implante sunt preferabile. Ei trebuie să fie folosiți după fiecare masă și de dorit, după ce s-a băut ceva dulce. Ei nu trebuie să conțină alcool, trebuie să aibă ingrediente antiinflamatori și antimicrobieni. În perioada postoperatorie se folosesc clătitorii, ce conțin extracte și (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, antiseptici de tipul CG, T, CPC (cetilperidiumclorură) sau analoge lor. Dar antisepticii în pastă și clătitor trebuie să coincidă, iar folosirea lor (la fel ca și a pastelor) — este de scurtă durată, pînă la 3 săptămîni. În stare liniștită, în viața cotidiană se folosesc clătitori cu extracte (sau) uleiuri de ierburi și (sau) plante, dar fără antiseptici artificiali. În caz de inflamare se recurge la clătitori, după cum este indicat mai sus. Clătitorii curativ-profilactici trebuie să aibă o spumozitate moderată, cu aromatizanți neutrali. La clătitorii antitartrici de tipul „Prebrashing“ se recurge numai la sfatul medicului, peste 1—2 zile în decurs de 7—10 zile.

Mijloacele antimicrobiene nu trebuie să aibă toxicitate locală sau sistemică, ele nu trebuie să conducă la formarea bacteriilor rezistente, trebuie să aibă un spectru larg de acțiune, iar contactul dintre substanța microbială și microorganismele trebuie să fie de o durată mai lungă. Newbrun clasifică mijloacele antimicrobiene în felul următor:

1. Fenoli: Phenol, Timol, Hexylresorcin, Listerin (Timol bucaliptol, Mentol, Methsalicylat).
2. Compuși cvadrupli de amoniu: Cetylpiridiniumchlorid, Bezethoniumchlorid.
3. Substanțe de oxidare: Perborate, Peroxyde.
4. Extracte vegetale: Quecksilber, Sanguinarine.
5. Bisbiguanide: chlorhexidine.
6. Bis-pyridine: ostenidim.
7. Pyromidine: hexedin.
8. Hologone: chloridine, fluoride, bromide, iodide.
9. Sărurile metalelor grele: Silber, Zinn-Zinc, Kupfer.

Substanțele de oxidare, fenolii și compușii cvadrupli de amoniu se consideră un început activ al primei generații cu eficiență joasă, Bisiguanide-agentii celei de-a doua generație cu capacitate înaltă. La cele

din urmă se referă CG și Alexidin, care este apropiat după structură.

În implantologia dentară și terapia protetică pe implante se folosesc **antiseptice** de tipul miramistin, HG, T, CPC, cidipol, listerinocinisept, corsodil, eluidril și altele. Dar, ele trebuie, fără îndoială să se deosebească după concentrarea componentului antibacterian în dependență de tabloul clinic, direcția acțiunii lor. În mare măsură aceasta depinde de mecanismul predominant de acțiune a preparatului.

Determinarea sensibilității bacteriilor față de preparate antibacteriale permite de a alege individual antisepticul. Cea mai joasă activitate antibacteriană față de microbi anaerobi ai cavității bucale este depistată la miramistin și octinesept, iar un spectru mai larg îl posedă cidipol. Cele mai active sunt listerina (dar ea nu influențează asupra streptococilor anaerobi), metacid, fogucid, tantum verde, meridol (cu fluorură de amoniu sau plumb), clorghexamed — fluid, catamin AB, catapol CG și dioxidin (care acționează asupra tuturor ștamilor, chiar în amestec 1:10). Sub aspect clinic se cuvine de a ține cont de faptul, că în cazul folosirii locale a antisepticilor în cavitatea bucală ei se amestecă în mare măsură cu salivă, cu lichid gingival (minim de 2 ori), astfel, activitatea bactericidă a acestor preparate pentru sanarea focarului în privința bacteriilor anaerobe trebuie să fie nu mai puțin de 1 : 2 (folosind concentrația standartizată).

Un mare interes prezintă preparatul „Imudon“ („Solovei Farma“, Franța), capabil de a acționa simultan pe verigile cheie ale mecanismelor de protecție. „Imudon“ (pastile pentru supt, mecanismul de acțiune este ca și la capsule) este pregătit din amestec de lizat ștam excitantii cei mai frecvenți bacteriali și fungicizi ale proceselor patologice în cavitatea bucală, la care se raportează *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corinobacterium pseudodiphtherium*, *Candida albicans*. El reprezintă un complex polivalent de anticorpi — vaccina uscată, care poate fi folosită la sfatul medicului în perioada postoperatorie privind implantarea și la apariția reacțiilor de inflamare (paraimplantite).

Noi perspective în profilaxia complicațiilor după implantare în stomatologie se deschid cu folosirea ozonului medical, ce are efecte bactericide, antivirolice, antiinflamatoare, analgezice, imunomodulatoare și dezintoxicatoare. Ozonoterapia locală — este cronologic prima metodă de aplicare a ozonoterapiei în medicină. În același timp concentrații înalte de ozon se folosesc pentru dezinfecție, cele joase — contribuie la epitelizare și cicatrizare. Sunt elaborate metodici speciale de ozonare și de dozare a ozonului în soluție fiziologică, ulei pe ozonatori (Cvazar) și altele. Pacienților li se recomandă clătirea cavității bucale zilnic 1 dată pe zi (250 ml de soluție în decurs de 2—3 min.) și local pentru spălarea pungilor paradontale, a fisurii implantgingivale cu ajutorul seringii, încet (5—10 min.) cu concentrația de ozon de 1500—4000 mkg/l în ședințe de la 3 pînă la 10



zile, de asemenea aplicații de ulei de măsline ozonat (3500—4000 mkg/l) câte 10 ml pe maxilar în decurs de 30 de min.

Din mijloacele lichide de igienă a cavității bucale, folosite în condiții casnice se poate evidenția cele igienico-profilactice — **deodorantul gel-spray „Dentonic” și gel factoric „Dentim”**. O particularitate caracteristică a acestor mijloace este alegere minuțioasă și folosirea combinațiilor optime ale componentelor biologic-activi de origine vegetală și maritimă. Datorită componentelor naturali de extracte din ierburi și acțiunii complexului antioxidant, vitaminelor C și P cu antighipoxant, „Dentonic” contribuie la acțiunea de regenerare și de învelire. Datorită intensificării proceselor de schimb energetic celular și a respirației are loc stimularea imunității locale, fapt decisiv pentru folosirea lui după implantare dentară. Pentru obținerea unui efect mai mare se dă cu spray de la o distanță mică, îndreptând jetul sub părțile intermediare ale protezelor în regiunea implantatelor.

Mai simplă și eficientă este irigarea cavității bucale cu antiseptici, în același timp se spală cu ușurință resturile de mâncare, tartrul moale din locurile greu accesibile (părțile intermediare ale protezelor — punți, zona joncțiunii implantgingivale și alte), unde nu se poate folosi nimic, în afară de jetul de apă sau de soluție. **Irigatorii** trebuie să fie cu câteva regimuri de lucru („jet” și „duș”) și cu un vas mai mare pentru soluție. La începutul procedurilor igienice — „jetul”, la sfârșit — „duș” cu masarea gingiilor. Ele pot fi folosite de nenumărate ori pe zi, după fiecare masă. De exemplu: 1. duș pentru cavitatea bucală „Aqualux electronic” — are regimuri cu un jet și cu mai multe jeturi de apă, cu o bună schimbare a ajustajului (duzei). 2. hidromasor Braun Plak Control MD 5000 Type 4723. 3. irigator Water Pik Familienmunddusche WP-30E — cu un jet, cu o pompă mai lentă a apei din rezervor (180 s). La această etapă există totalitatea irigatorului cu periuța de dinți electrică — centrul oral, ceea ce mărește posibilitatea îngrijirii igienice. Setul centrului oral conține — dispozitive de încărcare separat pentru periuța de dinți și irigator, container pentru lichid, motor pentru pomparea apei sub presiune spre mînerul irigatorului, container pentru păstrarea periuțelor-ajustaje (duze) și a capurilor irigatoare individuale — ajustaje (duze), tuburi pentru pomparea lichidului, întărire de pereți.

Ținând cont de cele expuse mai sus, facem concluzia, că metodele igienei profesionale și individuale a cavității bucale, mijloacele folosite pentru aceasta și seturile lor optime, vor fi diferite în dependență de diversitatea construcțiilor, cantitatea, formele implantelor și protezelor pe ele, tabloul clinic. Igiena individuală a cavității bucale în aceste cazuri va fi minuțioasă și de lungă durată.

Dacă există o singură coroană pe implante (aflată separat), ea trebuie să se „așeze” pe locul său, pereții de contact ai coroanei nu trebuie să atîrne de supra gingiei sau să o străpungă. Luînd în considerare faptul, că după operația de implantare și așa este

prezent edemul traumatic, iar mai apoi este posibilă depunerea gingiei și resorbția posttraumatică al procesului alveolar, ecuatorul coroanei artificiale trebuie să fie modelat anatomofiziologic. Astfel, resturile de mâncare nu pot să se acumuleze intens sub coroana artificială, în regiunea joncțiunii implantgingivale, ceea ce ar fi contribuit la o distrugere mai rapidă a ei, mai ales, că o astfel de joncțiune este departe de perfecțiune, de natură. În aceste cazuri se cuvine de a recurge la o curățire mai intensă a spațiilor interdental și a spațiului dintre coroană și gingie, adică a coletului implantului. Dacă să ținem cont de faptul, că de flose ne folosim permanent, atunci la acestea e necesar de a adăuga superflosa, ultraflosa, setinflosa și pămătuful.

La folosirea aței dentare, introduse sub coroana artificială în regiunea coletului implantului este necesar de a face cu ea mișcări circulare, ceea ce contribuie la o înlăturare mai bună a resturilor de mâncare. Evident, superflosa și pămătufurile sunt mai eficiente. În mod obligatoriu după curățirea mecanică cu mijloace de bază și auxiliare se fac băițe cu clătitor. Orice acumulare de tartru la hotarul dintre medii duce la o distrugere mai rapidă a materialului fixator (ciment), pe fonul unei formări mai intensive a tartrului dentar. De aceea superflosa este necesară în mod deosebit, ea este trecută în jurul coletului implantului (dinților) și se fac mișcări de întindere — întoarcere. Atunci datorită părții afinate a aței se curăță mai bine suprafețele paragingivale atât ale implantului, cât și a coroanei artificiale.

Curățirea coroanelor pe implantate este combinată cu curățirea coroanelor, ce se află pe dinți, fără o deosebire esențială în efectuarea igienei individuale. În continuare este curățit corpul protezei-punte cu curățirea spațiilor interne (ascunse) și externe în jurul coroanelor protezei. O atenție deosebită se acordă suprafeței interne a corpului protezei-punte, spațiului ce se spală, pentru a evita formarea decubiturilor sub ele.

După cum se vede, efectuarea măsurilor individuale profilactice (procedurilor igienice) pentru pacienți, purtători de implantate și de suprastructuri pe ele, este destul de complicată. S. B. Ulitovschi a elaborat o schemă rațională de efectuare a lor. Considerăm, că igiena individuală a cavității bucale în cazul existenței suprastructurilor pe implante nu trebuie să fie efectuată de două ori, deoarece din punct de vedere igienic ea nu este pe deplin justificată. Este vorba, că după somn, chiar dacă s-a făcut igiena minuțioasă a cavității bucale seara, oricum are loc acumularea unui mare număr de microorganisme și se formează tartrul dentar, ceea ce este mai ales dăunător pentru fisura implantgingivală. Este igienic justificat de a introduce încă un ciclu de curățire a cavității bucale, și anume dimineața după mâncare. Adică, igiena se va efectua de trei ori: 1. pînă la masă dimineața (după somn), 2. după dejun, 3. înainte de somn (după cină). După fiecare masă în mod obligatoriu este necesar de a face irigarea (dușul) și clătirea cavității bucale.

## Schema efectuării procedurilor individuale igienice



Dintele — este o structură inginerescă ideală, la presiunea pe dinte de 42 kg, efortul pe vârful rădăcinii lui se mișorează și constituie aproximativ 800 g. La implant presiunea superioară va fi identică cu presiunea implantului pe țesuturile inferioare, deoarece implantul nu are un sistem de amortizare ca la dinte natural — legături, fibre cu orientare funcțională diferită (sub diferite unghiuri), fibrili și toate funcțiile parodontului în această regiune sunt scăzute. În parodontologie A. S. Grigorean, N. A. Rabuhin consideră semnul diferențial-diagnostic de bază starea joncțiunii dentogingivală. Dacă aceasta este menținută, ceea ce se determină la sondarea șanțului dentogingival, se presupune diagnoza de gingivită, iar la distrugerea joncțiunii dentogingivale și descoperirea pungii parodontologice este diagnosticat cu încredere parodontită. În acest caz **implantul există permanent în stare de parodontită?** Această întrebare trebuie să și-o pună și medicii (chirurgii-implantologi, terapeutii, proteticienii), și pacienții. Ei trebuie să țină minte despre faptul, că partea cea mai vulnerabilă și complicată a cavității bucale nu sunt dinții, coroanele, protezele, implantul și osteointegrarea lui (întreg sistemul APIO), dar gingia, regiunea ei marginală. Acolo, unde implantul (dintele) iese din maxilar, se hotărăște soarta lui, va trăi sau va muri? Problemele igienei individuale nu trebuie să abordeze aspectul curățirii dinților, protezelor și a suprafețelor lor, dar curățirea cavității bucale, mai întâi de toate — a zonei marginale a gingiei, mai ales în cazul existenței implantelor. Așa cum natura nu poate uni împreună implantul și osul, așa ea nu poate opri și distrugerea țesuturilor paraimplantice (dacă aceasta a început deja). Gingia din regiunea implantului nu trebuie să se inflameze nici odată, deoarece se dezvoltă edemul. În acest caz, în afară de depunerea de bacterii, bacterii și toxine, ce se acumulează în fisura implantogingivală, în ea poate crește și epitelul (stratul superior al gingiei), legătura implantului cu osul este dereglată în continuare, deoarece creșterea epitelului poate merge pe

toată adâncimea. În caz de nerespectare a regulilor de igienă, pungea ce s-a format, va crește, deoarece bacteriile continuă lucrul său distructiv, distrugând tot mai multe țesuturi de sprijin. Implantul pierde în permanență sprijinul și cade. În cazuri de depistare a „pierderii” țesutului osos în combinație cu prezența unui escudat e necesar de scos proteza (-ele) și de le curățit separat. Regiunea afectată în timpul curățirii abatmentelor e necesar de prelucrat cu apă oxigenată 1% sau cu pastă cu conținut de metronidasol („Metrogyl denta”, „Elysol”), se repetă instructajul de igienă orală de sinestător, se demonstrează metodele de folosire a superflossului și pămătufurilor interdentale. La această vizită este necesară șlefuirea selectivă a contactelor premature.

Specialiștii sunt unanimi în părerea, că parodontita, din păcate, este incurabil, boala ce se termină cu căderea ultimului dinte și de asemenea a implantului. Dar nu este aici sfârșitul stomatologiei, boala poate fi oprită. În acest scop astăzi medicii stomatologi împreună cu pacienții posedă un vast arsenal de cunoștințe, metode și mijloace. În cazul distrugerii țesutului osos, detsabilizării gingiei, fiecare milimetru de legătură obținută din nou (joncțiune implantogingivală) — este deja un mare succes. Dar, de regulă, după implantare nu trebuie să existe procese destructive. Viteza de atrofiere (pierdere) a țesutului osos al maxilarelor în regiunea implantatelor nu trebuie să depășească 0,2 mm pe an (conform criteriilor general acceptate). Și chiar dacă „implantul trăiește în stare de parodontită”, atunci sarcina medicilor și pacienților este simplificată — e vorba de menținerea stării inițiale, adică constă în profilaxia complicațiilor:

1. vizita regulată la medicul stomatolog — cel puțin de 2 ori pe an.
2. efectuarea măsurilor igienice necesare cu întregul arsenal de mijloace igienice de 3 ori pe zi și după fiecare masă.
3. detartrajul profesional regulat al dinților, protezelor și implantelor.
4. respectarea regulilor de detartraj profesional al dinților, protezelor și implantelor.
5. respectarea regulilor de protezare (oportună, adecvată, rațională), regulilor de folosire a protezelor și a îngrijirii igienice a acestora.

## BIBLIOGRAFIE

1. Postolachi I. și coaut. „Protetica dentară”, Chișinău, „Știință”, 1993, pag. 84 — 96, 122 -130, 402 — 412.
2. Popovici T. „Particularitățile protezării cu utilizarea implantatelor”, „Îngrijirea igienică”, „Implante dentare în stomatologie”. Chișinău, 1994, pag. 22 — 25.
3. Detienville R., Besnainou B., Mirot F. „Maintenance et implants osteointegres”, „Journal de Parodontologie”, 2, 1991, pag. 227 — 232.
4. Eugene Joffe „Современный подход к лечению пародонтита в повседневной практике стоматолога” (Нью — Йорк, 12, 97). „Новое в стоматологии”, 9, 1998, стр. 39 — 42.
5. Hans — Georg Gräber „Влияние антисептических растворов для полоскания полости рта, содержащих хлорексидиндиглюконат и фторид аммония/олова на образование налета и гингивит”, „Квинтэссенция”, 2, 1999, стр. 51 — 58.

6. Hyman Smukler, Martin C. Nager, Paul C. Tolmie „Влияние особенностей морфологии проксимальных поверхностей зуба на удаление зубного налёта“. „Квинтэссенция“, 2, 1991, стр. 151- 157.
7. Ivo Drižhal „Микробный дентальный налёт“. „Новое в стоматологии“, 8, 2001, стр. 19 — 24.
8. Manfred Lang „Вопросы гигиены в дентальной имплантологии“, „Квинтэссенция“, 4, 1998, стр. 53 — 55.
9. Roger Böhne-Grandt. „Усовершенствование помощницы врача-стоматолога. Возникновение заболеваний пародонта. Обзор“, „Квинтэссенция“, 4, 1998, стр. 58 — 61.
10. Безрукова И. В. „Клиника, диагностика и лечение быстро прогрессирующего пародонтита“. „Новое в стоматологии“, 5, 2001, стр. 65 — 69.
11. Бер Марк, Миссика Патрик, Джованьоли Жан-Луи „Устранение осложненного имплантологического лечения“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2007, стр. 215-218.
12. Бокая В. Г. „Самоконтролируемая гигиена полости рта — эффективный способ профилактики стоматологических заболеваний“, „Стоматология для всех“, 3, 2000, стр. 17 — 19.
13. Быков В. Л. „Функциональная морфология эпителиально-го барьера слизистой полости рта“, „Стоматология“, 3, 1997, стр. 12 — 16.
14. Бюкинغ Вольфрам „Стоматологическая сокровищница. Советы и секреты практического стоматолога“, Москва, Барселона, Пекин, Берлин, Чикаго, Стамбул, Лондон, Милан, Бомбей, Париж, Прага, Сан — Паулу, Сеул, Токио, Варшава, „Квинтэссенция“, 2007, стр. 175-179.
15. Вагнер В. Д. „Первичная профилактика стоматологических заболеваний“, „Пособие по стоматологии“, Н. Новгород, 2000, стр. 148 — 151.
16. Варес Э. Я. „Парадоксы стоматологии (информация к размышлению)“. „Стоматология“, 1, 1997, стр. 72 — 74.
17. Григорьян А. С., Топоркова А. К. „Проблемы интеграции имплантатов в костную ткань (теоретические аспекты)“, Москва, „Техносфера“, 2007, стр. 11 — 18.
18. Дедеян В. Р., Соловьёва Н. И., Езикаян Т. И., Медведева И. А. „Лечение заболеваний пародонта с использованием плёнкок „Диплен — дента“ с хлоргексидином“. „Стоматология“, 4, 1997, стр. 18 — 22.
19. Дмитриева Л. А., Романов А. Е., Царев В. Н., Ушаков Р. В., Карнаухов А. Т. „Сравнительная характеристика антибактериальной активности новых антисептиков и перспективы их применения в стоматологической практике“. „Стоматология“, 2, 1997, стр. 26 — 27.
20. Дудко А. С. „Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами“, „Новое в стоматологии“, 3, 1998, стр. 73 — 77.
21. Зицманн Н. и Шерер П. „Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов. Клиническое руководство“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2005, стр. 47.
22. „Квинтэссенция“. „Новый RESO — PAC“, „Растворы для полосканий полости рта для эффективной профилактики зубного налёта и гингивита“, „Квинтэссенция“, 2, 2000, стр. 56.
23. Копейкин В. Н., Миргазизов М. З. „Ортопедическое лечение адентии с использованием имплантатов“, „Руководство по ортопедической стоматологии“ Москва, 1998, стр. 206 — 230; 406 — 443.
24. Ланге Д. Е. „Применение в стоматологии хлоргексидингликоната (СНХ) в качестве antimicrobial средства“. „Клиническая стоматология“, 1, 1999, стр. 38 — 42.
25. Леус П. А., Любко С. С. „Эффективность профессиональной гигиены полости рта в профилактике болезней пародонта“. „Клиническая стоматология“, 3, 1997, стр. 70 — 72.
26. Маттила П., Киуттила М. „Влияющие вещества, содержащиеся в зубных пастах“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 3(6), 1998, стр. 76 — 80.
27. Мельниченко Э. М. „Методы и средства профилактики основных стоматологических заболеваний“, „Профилактика стоматологических заболеваний“, Минск, 1990, стр. 12 — 28.
28. Михайлова А. М., Лясников В. Н. „Дентальные имплантаты и суперинионный эффект“. „Новое в стоматологии“, 2, 1999, стр. 13 — 23.
29. Модина Т. П. „Исследование коллапана в хирургическом лечении парадонтитов“. „Клиническая стоматология“, 1, 1999, стр. 44 — 47.
30. Мусин М. Н. „Вопросы гигиены с точки зрения современной имплантологии. Клинические и зуботехнические аспекты“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 2, 1997, стр. 25 — 33;
31. Никольский В. Ю., Федяев И. М. „Дентальная имплантология“ (учебно — методическое пособие), Москва, МИА, 2007, стр. 100 — 111.
32. Параскевич В. Л. „Дентальная имплантология“, 2-е издание, Москва, 2006, стр. 363 — 391.
33. Перова М. Д. „К вопросу о профилактике деструкции околоимплантанных тканевых структур“. „Новое в стоматологии“, 2, 1999, стр. 33 — 41.
34. Попельных В. П. „Дентальная имплантация — метод, которому можно доверять“, „Стоматология для всех“, 2/3, 1999, стр. 51 — 58.
35. Портедер Х., Хеннинг Г. „Солкосерилдентальная адгезивная паста в лечении ран слизистой оболочки полости рта после имплантации внутрикостных имплантатов“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 2(5), 1998, стр. 48 — 51, 3(6), 1998, стр. 63 — 66.
36. Рабинович И. М., Банченко Г. В., Рабинович О. Ф. „Опыт клинического применения „Солкосерил дентальной адгезивной пасты“. „Клиническая стоматология“, 4, 1998, стр. 49 — 51.
37. Ренуар Франк, Рангерт Бо „Факторы риска в стоматологической имплантологии“, Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, ИД „Азбука“, 2007, стр. 42.
38. Самсонов В., Иванов А., Васильев М., Медведский В. „Некоторые клинические аспекты в лечении периимплантита“. „Клиническая имплантология и стоматология“, 4(7), 1998, стр. 26 — 27.
39. „Стоматология для всех“, „Как правильно чистить зубы?“, „Зубная паста на основе гидроксиапатита „Парадонтол“, новинка косметического объединения „Свобода“, „Стоматология для всех“, 1, 1998, стр. 24 — 25.
40. Суров А. „Новый взгляд на проблему шейки имплантата“. „Новое в стоматологии“, 3, 1998, стр. 79 — 90.
41. Суров О. Н. „Зубное протезирование на имплантатах“, Москва, 1993, стр. 117 — 129, 133 — 138, 172 — 176.
42. Темерханов Ф. Т., Гарафутдинов Д. М. „Комплексная оценка исследований микробиологических и цитологических показателей имплантоэпителиальной зоны“. „Стоматология“, 4, 1997, стр. 45 — 46.
43. Улитковский С. Б. „Прикладная гигиена полости рта“. „Новое в стоматологии“, 6, 2000, 9, 2000, стр. 45 — 48, 58 — 63.
44. Улитковский С. Б. „Проблема зубной щётки в России“. „Новое в стоматологии“, 7, 2001, стр. 23 — 24.
45. Улитковский С. Б. „Современные тенденции в производстве жидких средств гигиены полости рта“. „Новое в стоматологии“, 4, 2001, стр. 50 — 52.
46. Ушаков Р. В., Царев В. Н. „Проблема выбора антисептиков в стоматологии“, „Стоматология для всех“, 4(5), 1998, стр. 50 — 51.
47. Ушаков Р. В., Царев В. Н., Чувилкин В. И. „Принципы применения антибиотиков в современной стоматологии“. „Стоматология для всех“, 1, 1999, стр. 24 — 27.
48. Ушаков Р. В., Шугайлов И. А., Белоглазов В. Л., Чуходжян Г. А., Чуходжян А. Г., Ушакова Т. В. „Применение самоклеящейся плёнки „Диплен ЛХ“ для аппликационного обезбоживания в стоматологии“. „Стоматология для всех“, 1(6), 1999, стр. 32 — 33.
49. Хоббек Джон, Уотсон Роджер, Сизи Ллойд „Руководство по дентальной имплантологии“, Москва, МЕДпресс — информформ“, 2007, стр. 139 — 140, 187 — 188.