

Pentru a determina succesul tratamentului, precum și menținerea integrității dentare, pacientul necesită o monitorizare la intervale permanent stabilite.

În concluzia celor relatate cu referire la factorii etiologici, pentru a micșora expunerea dinților la eroziuni, se recomandă de a reduce consumul produselor acide, folosirea paiului pentru a evita contactul direct cu dinții și respectarea unei igiene bune.

Bibliografie

1. Christensen GJ. Treating bruxism and clenching.//Am Dent Assoc., 2000, p.233-235.
2. Gandara B.K., Truelove E.L. Dental Erosion.// The journal of Contemporary Dental Practice, Vol.1, No.1, 1999.
3. Mandel L. Dental Erosion Due to Wine Consumption.// The journal of the American Dental Association, January 1, 2005, p.71-75.
4. Milosevic A. Eating disorders and the dentist.// Brit.Dent, 1999, p.109-113.
5. Moffitt A.R. Tooth Wear and Erosion.// Inside Dentistry, 2008, p.92-93.
6. Mok TB, McIntyre J, Hunt D. Dental erosion: in vitro model of wine assessor's erosion. Aust Dent J (2001) 46:263–268.
7. Wiegand A., Attin T. Occupational dental erosion from exposure to acids- a review.// Occupational Medicine, 2007, p.169-176.

LITIAZA GLANDELOR SALIVARE

**Marina Pronovici, Dumitru Șcerbatiuc, Dumitru Hițu,
Oxana Moraru, Mihai Cebotari**

Laboratorul Chirurgie oro-maxilo-facială USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Lithiasis of the salivary glands

During 2007 year in the Clinic of Oral and Maxillo-Facial Surgery Chishinau, there were examined and treatment 49 patients with salivary gland affections. 43% represent patients with salivary lithiasis. The treatment was determined according to calculus localization, clinical form and affection evolution.

Rezumat

Pe parcursul anului 2007 în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială a municipiului Chișinău au fost examinați și tratați 49 pacienți cu afecțiuni ale glandelor salivare. Din cei examinați 43% au fost diagnosticați cu litiază salivară. Metoda de tratament a fost determinată în corelație cu localizarea calculului, forma clinică și evoluția afecțiunii.

Actualitatea temei

Diagnosticul și tratamentul patologiilor glandelor salivare reprezintă una dintre problemele esențiale în stomatologie.

O serie de autori [8,10,14,15,16] au demonstrat că importanța glandelor salivare nu se limitează doar la funcția digestivă al acestora, fiind depistate substanțe biologice active ce influențează dezvoltarea normală a organismului și formarea sistemelor de reglare al acestuia demonstrându-se interrelația între glandele salivare și sistemul endocrin (tiroida, pancreasul, gonadele), precum și sensibilitatea glandelor salivare față de schimbările ce au loc în organism.

Din varietatea patologiei glandelor salivare sialoliteaza este o afecțiune frecvent întâlnită, oscilând conform datelor diferitor autori [1,2,3,5,8,10,11,13,14,15,16] între 20-61%.

Obiectivele lucrării

Evaluarea frecvenței afecțiunilor glandelor salivare între maladiile regiunii oro-maxilo-faciale cât și analiza comparativă a metodelor chirurgicale existente de tratament .

Materiale si metode

Pentru efectuarea studiului au fost examinați 49 de bolnavi cu afecțiunile glandelor salivare, care s-au adresat pentru ajutor medical în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Chișinău, pe parcursul anului 2007. Ca material de studiu au fost folosite fișele de observație a pacienților din care s-au extras date privind vârsta, domiciliul, sexul, starea socială cât și metodele de tratament care le-au fost aplicate.

Rezultate obținute și discuții

Conform studiului efectuat putem afirma că majoritatea pacienților care s-au adresat au fost din municipiul Chișinău constituind 61%, iar cei din alte localități 39%. Sinestătător s-au adresat 47%, cu îndreptare de la policlinicile de sector 37%, au fost transportați cu ambulanta 16,3%.

După starea socială 45% din adresați au constituit angajații, pensionarii 26%, neangajații 18%, invalizii 8%, și 2% cu elevii.

Sialoliteaza glandei salivare ca și sialodenita a fost depistată la 44% din pacienți, pe când pseudoparotita Gherțenberg cu doar 8%, iar parotita epidemică 4%.

Pacienții au fost repartizați pe 5 grupe de vîrstă: gr.I (pînă la 20 ani)-10% din numarul total, gr.II (21-40 ani)-fiind egal cu grupul IV (61-80 ani) constituind cîte 20.4% din total, gr.III(41-60 ani) constituie marea majoritate din bolnavi fiind de 47% și gr.V (81-100 ani) alcatuiește 2%.

Bărbații s-au adresat în 59.2% cazuri, dintre care 47% au suferit de sialolitiiază, iar la femei maladia s-a întîlnit în 33%. Faptul că sialoliteaza este mai frecventă la bărbați se explică prin aceea că ei au o igienă bucală nesatisfăcătoare, fumează mai des și consumă mai multe băuturi alcoolice, alimente condimentate[1,2,5,7,8,11].

Sialolitiaza este o patologie a glandelor salivare ce se caracterizează prin formarea în ducturile sau parenchimul glandei a unor concremente litiuzice unice sau multiple, dure sau moi cu suprafața netedă sau rugoasă, de diferite mărimi și forme[1,5,8].

Etiologia sialoliteazei presupune prezența factorului cauzal sau a unui grup de factori și anume [5,6,7,8,11,12,14,16]:

I.factori morfologici care pot fi:

a) congenitali- prezența porțiunilor cu ectazii și stricturi pe traiectul sistemului canalar al glandei ce favorizează staza salivei în ectazii cu dificultatea eliminării ei din cauza stricturilor.

b) dobîndiți (anatomici)- canalul Warthon deși este aproape la fel de lung ca Stenon are pe traiectul său două curburi: prima la nivelul marginii posterioare a m. milohioidean, și a doua cînd devine adiacent n. lingual; avînd și un orificiu de deschidere în formă de pîlnie și mai îngust ca cel al glandei parotide. Acești factori la fel ca și factorii funcționali favorizează apariția litiuzei salivare mai frecvent în glanda submandibulară.

II.factori funcționali- saliva glandei submandibulare este mai viscoasă și mai bogată în săruri de calciu decît cea a glandei parotide.

III.factori de mediu-climatul umed și rece determină prezența sialoliteazei în zonele nordice.

IV.factori alimentari-consumul preponderent sau exagerat al alimentelor conservate, picante, bogate în proteine, precum și alcoolul.

V.factorii traumatici- pătrunderea corpiilor stăni în ductul glandei (fire de periute de dinți, tartru, praf de dentină)

VI.factori infecțioși (teoria lui Galippe)- pătrunderea microorganismelor în duct și formarea în jurul lor a calculului. Experimental a fost demonstrată capacitatea actinomicetelor de a dizolva proteinele salivare și de a condiționa depunerea sărurilor.

VII.factori inflamatori locali- procese inflamatorii cronice existente în glandă (sialodenita sau parotita epidemică) condiționează descuamarea epiteliului, creșterea numărului leucocitelor în glandă și formarea de fibrină care generează apariția trombului salivar.

VIII. Factori reflexori (teoria reflexa Deshaume)- dereglarea inervației glandei salivare.

IX. Hipovitaminoza vitaminei A- ce duce la descuamarea exagerată a epiteliului ductului glandei și schimbarea pH salivar spre cel bazic.

X. litiuză salivară în 5% cazuri decurge concomitent cu litiuză renală, concentrația de calciu în serul sanguin fiind crescută.

Patogenetic sub influența factorilor endo- sau exogeni se produc tulburări funcționale neuroglandulare ce condiționează modificări în echilibrul coloido-mineral al salivei și în acinii glandulari ce duc la tulburări de evacuare a salivei și la staza acesteia.

În prima etapă se produce un catar litogen format din microorganisme, epiteliul descuamat al glandei, iar coloizii din salivă precipită dând naștere la un nucleu organic central peste care se depun săruri de Ca, P, Mg, Na, Al, Fl, Mn, Va, dar în mare majoritate fiind carbonathidroxiapatita.

Sialoliții se formează mai întâi în acini, apoi migrează în canalele intraglandulare rămânând acolo sau migrând în ductul principal[6,7,8,10,11].

Din numărul total de bolnavi ce s-au adresat pe parcursul anului 2007 în Spitalul de Urgență Chișinău în 57% cazuri calculul era situat intraglandular.

Clasificarea sialolitiazii:

Dupa I.G.Lucomski:

- I.sialolitiază gl. parotide;
- II.sialolitiază gl. submandibulare;
- III.sialolitiază gl. sublinguale.

Dupa N.D. Lesovaia:

- I.sialodenita calculoasă;
- II.sialadochita calculoasă;
- III. Sialodenita și sialadochita calculoasă;

Dupa A.V. Klementov:

- I. Sialodochita canalului: Wharton, Stenon, Bartolini;
 - a) fără manifestări clinice inflamatorii în glandă;
 - b) cu inflamație cronică în glandă;
 - c)cu acutizarea inflamației cronice în glandă;
- II. Sialolitiază cu localizarea concremenului în glanda: sudmandibulară, parotidă, sublinguală;
 - a) fără semne clinice inflamatorii în glandă;
 - b) cu inflamație cronică în glandă;
 - c) cu acutizarea inflamației în glandă;
- III. Inflamație cronică a glandei cauzate de sialolitiază glandei:submandibulare,parotide, sublinguale: a) eliminarea spontană a calculului din duct;
 - b) după înlăturarea a calculului din duct.

Clinica sialolitiazii este în dependență de evoluția bolii și localizarea calculului și poate fi ștearsă în stadiile incipiente și absentă în formele latente.

Colica salivară- este o criză dureroasă periodică ce se produce datorită migrării calculului, spasmului peretelui canalului ce se blochează momentan producându-se o distensie bruscă a canalului și acinilor.

Durerea este localizată în regiunea planșeului bucal între limbă și partea internă a corpului mandibulei, iriază spre ureche, rădăcina limbii, regiunea cervicală și temporală. În timpul crizei, care este provocată de un flux abundent de salivă, în timpul mesei sau după ea, la consumul alimentelor sialogoge (sarat, piparat). Din cauza obturării canalului saliva nu este eliminată în cavitatea bucală iar bolnavul acuză xerostomie și diminuarea senzațiilor gustative. În glanda submandibulară apare o tumefacție prin oprirea eliminării salivei ce persistă câteva ore sau zile repetându-se frecvent, ceea ce crează bolnavului o frică de a lua masa. Criza durează câteva minute sau o ora și trece după eliminarea unui val de salivă de stază (sărată). Între crize mucoasa sublinguală este congestionată, zona ce acoperă canalul Wharton este tumefiată (plica sublinguală, caruncula sublinguală proiemină cu ostiumul întredeschis sau ulcerat).

La palpare glanda salivară este moale, mărită în volum. Calculul se determină ca un corp dur pe traiectul ductului intraglandular.

La presare pe glandă se elimină salivă tulbură, opalescentă. Migrarea periodică a calculului poate duce la eliminarea spontană a acestuia.

Abcesul salivar- apare la adăugarea infecției ce condiționează supurarea în glandă și în canale, poate difuza în țesuturile vecine. Se caracterizează prin hipertermie (38-39°C), dureri vii, tulburări de masticatie, deglutiție, tumefierea mucoasei hemiplanșeului bucal, hiperemie, edem, plica sublinguală crează impresia de “creastă de cucuș”.

La palpare se determină -fluctuența mucoasei;
-canal îngroșat ca un cordon;
-calculul se determină bine ca un nodul dur al cărui palpare provoacă bolnavului dureri vii, intense bine localizate.

Dacă calculul este localizat în glandă sînt semne de supurație a ei tumefacție subangulomandibulară și în șanțul mandibulolingual în dreptul molarilor; la presare pe glandă se elimină puroi. Abcesul se poate deschide spontan pe mucoasă și mai rar pe piele lăsînd fistule din care se elimină puroi, salivă, posibil și calculul.

Diagnosticul se bazează pe:

- semnele clinice;
- radiografia-film mușcat în incidența axială a hemiplanșeului bucal-dacă calculul este situat în Wharton și în incidență laterală-dacă calculul este în glandă, fiind determinat superior de marginea bazilară a mandibulei sau se suprapune cu unghiul ei[1,2,11];
- sialografie-indicații restrinse, în caz că radiologic calculul nu poate fi depistat, iar procesul se află în stadiul de remisie; depistează dilatarea ductului posterior de calcul, cu cât mai frecvente au fost accesele de colică salivară cu atît modificările sînt mai vaste[3,11,15];
- sondarea ductului glandei-determină o suprafață rugoasă, dură a concrementului dacă acesta este situat în porțiunea anterioară sau medie a glandei;
- RMN;-ecografie;-termometria;-endoscopie;-antibioticograma;
- analiza citologică- la acutizarea procesului se determină tip de citogramă inflamator;
- analiza generală a sîngelui în stadiul acut confirmă prezența procesului inflamator (crește VSH, devierea formulei leucocitare spre stînga,ș.a.);
- analiza Ca în sînge determină creșterea valorilor acestuia[4,12,14];
- în analiza urinei nu se depistează modificări.

Diagnosticul diferențial:

- 1.colica de-pulpită, paradontită acută, nevralgie de trigemen;
- 2.abcesul de-celulită, abcesul jugal, abcesul planșeului bucal, abcesul lojei submandibulare abcesul șanțului mandibulolingual, limfadenite supurate;

Tratamentul:

Este în dependență de localizarea calculului și stadiul maladiei.

Din bolnavii care s-au adresat la Spitalul de Urgență din Chișinău la 43% li s-a efectuat sialoadenectomia; tratament conservativ a fost aplicat la 24% și 19% sialolitotomia, iar deschiderea abcesului la 14% bolnavi.

În stadiile incipiente sînt indicate:

1.tratament conservativ-prin stimularea secreției și eliminării salivei prin administrarea sialogogelor: suc de lămiie; sulfat de magneziu; sol. pilocarpină 1% 7-8 pic. de 2-3 ori pe zi 10 zile [1,2,11];

2.catetere cu baloane elastice pentru dilatarea canalului [4,9,15];

3.lipotripsie-micșorarea calculului și ieșirea lui prin orificiu după 4-6 proceduri cu ultrasunet cu frecvență 3.5-5 MHz, propusă pentru prima dată de H.Iro în 1989.

Este indicată - atunci când localizarea calculului este intraglandular;

-la pacienții cu afecțiuni somatice grave cărora le este contraindicată intervenția chirurgicală;

-la refuzul pacientului de a înlătura glanda[11];

4.extirparea calculului- constă în descoperirea și înlăturarea pe cale endo sau exobucală a calculului din glanda salivară sau din ductul ei.

B. A. Балодя(1965),Н. И. Арумстик(1969),Н. Д. Лессовая(1972) susțin că dacă calculul este localizat în glandă ea trebuie înlăturată indiferent de dimensiunile acestuia. B. C. Коваленко(1966) В. М. Соболева (1966) afirmă că este suficient de înlăturat calculul pe cale endobucală, fiind o intervenție mai puțin traumatică, glanda păstrată ca organ și exclusa cicatricea epidermală. Metoda limitează vizibilitatea cîmpului operator și are indicații restrînse cînd calculul este de dimensiuni mari sau este localizat în polul inferior sau posterior al glandei

Înlăturarea calculului din glandă pe cale exobucală după părerea A. И. Дардык(1953), Я. М. Биберман (1958), В. П. Камашина(1965) trebuie efectuată numai atunci cînd infecția din glandă a implicat țesuturile vecine și s-a complicat cu un abces sau flegmon, înlăturarea glandei cu calculul din ea în acest caz fiind contraindicată[1,2,4,5,10,11,12,13,16].

În formele complicate sînt indicate:

1. tratament antiinfecțios general;
2. instilații cu tripsină, antibiotice;
3. extirparea calculului;

În formele cronice sînt indicate:

1. sioloadenectomia-extirparea glandei salivare în accese frecvente de colică sau abces salivar (în stare de remisie), recidive după sialolitomie, apariția fistulelor epidermale.
2. suprimarea funcțională a glandei prin: radioterapie, sol. atropină, sol. scopolamină.

În formele cronice în acutizare, tratamentul este îndreptat în direcția combaterii fenomenelor inflamatorii apoi spre sioloadenectomie sau suprimarea funcțională a glandei.

Ca măsuri profilactice sînt indicate:

- respectarea igienei cavității bucale,
- asanarea cavității bucale,
- vizita la stomatolog de 2 ori pe an[9].

Reabilitarea bolnavilor după tratament chirurgical:

Tratamentul poate fi considerat eficient la restabilirea parțială sau totală a funcției glandei, dacă aceasta a fost păstrată. Pacienții necesită să fie examinați de medicul stomatolog peste 6 și 12 luni după efectuarea tratamentului chirurgical.[11]

Concluzii

1. Clinica, diagnosticul și tratamentul afecțiunilor glandelor salivare, constituie o problemă actuală pentru stomatologia modernă.
2. Sialolitiaza alcatuiește 44% din afecțiunile glandelor salivare; fiind mai frecventă la bărbați decât la femei;
4. Sialolitiaza apare mai frecvent în grupa de vîrstă 41-60 de ani (în 47% din cazuri), vîrsta medie a bolnavilor este 47 de ani;
5. Sioloadenectomia s-a aplicat în 43% din cazuri.

Bibliografie

1. Pricop Marius Infecțiile buco-maxilo-faciale; Timișoara 1994 pag132-143;
2. Stanescu Florica 'Patologia glandelor salivare'; Editura medicală 2004;
3. Timoșca T., Burlibașa C. Chirurgia buco-maxilo-facială; Chișinău 1992,
4. Бернардыкий Ю.А Основы челюстно-лицевой хирургий и хирургической стоматологии Москва 2000
5. Божанов Н.Н. Стоматология Москва 1984 ст. 109 -112
6. Доценко А.Н., Л.А. Юдин сцинтиграфия в диагностике заболеваний слюнных желез // мед. радиология №3 1991 ст.8-11
7. Никифоров В.С, В.В. Афанасьев Этиология сialолитиаза // Стоматология №5 1999 ст.39-41
8. Имад Мохаммед Эль-Хусейн Отдаленные результаты хирургических методов слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез Полтава 1995.
9. Матина, В.Н А.А.Кораго, В.Ю.Вероман Механизмы камнеобразования при слюнокаменной болезни(Обзор литературы) // стоматология №1 1993 ст.73-75
10. Осипова Л.Д. Хирургическое лечение больных слюнокаменной болезнью в профилактике осложнений заболеваний подчелюстных слюнных желез // профилактика стоматологических заболеваний Москва 1986 ст. 118- 120
11. Клементов А.В. Слюнокаменная болезнь 1960
6. Кораго А.А, В.Н. Матина, В.Ю. Вероман, А.А. Сокович, В.Н. Филиппов, Д.И. Цеховольская, О составе и структуре слюнных камней(сialолитов) //стоматология №4 1993

12. Ронь Г.Ю Хронические заболевания слюнных желез (Эпидимиалогия, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение сиалозов и сиалоденитов Москва 1992)
13. Солнцев А.М,В.С.Колесов,Н.А.Колесова Заболевание слюнных желез Киев 1991 ст.66 – 84
14. Угулава С.Н. Слюнокаменная болезнь Севастополь 1960
15. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология Москва 2003.

PREPARATELE ANTIHOMOTOXICE, UTILIZATE ÎN PRACTICA STOMATOLOGICĂ

(Review)

N. Șevenco

Catedra Chirurgia OMF pediatrică și Pedodontie

Summary

The use of antihomotoxic preparations in stomatological practice

Many antihomotoxic preparations are used lately for the treatment of different diseases and pathologies with inflammation of oral tissues, stomatitis, gingivitis, parodontitis. The antihomotoxic preparations, which can be recommended for solving the problem, are Traumeel S and Coenzyme compositum and Lymphomyosot. The usage of these antihomotoxic preparations are based on their composition, properties, action mechanism and the possibility to use for oral application. Antihomotoxic preparations are homeopathic substances and may be used as the additional complex therapy with the traditional ones.

Rezumat

În ultimul timp pentru tratamentul diferitor maladii și procese inflamatorii ale cavității bucale ca stomatită, gingivită, parodontită se utilizează preparate antihomotoxice. Astfel de preparate ce pot fi recomandate pentru tratament sunt Traumeel S, Coenzyme compositum, Lymphomyosot. Utilizarea acestor preparate se bazează pe componența, indicațiile și mecanismul acțiunii lor în cavitatea bucală. Preparatele antihomotoxice sunt substanțe homeopatice și pot fi utilizate în tratamentul complex cu terapia tradițională.

Aproape toate metodele cunoscute cu acțiune terapeutică asupra parodontiului au anumite neajunsuri, de aceea nu se pot considera universale. De exemplu, preparatele antibacteriene, utilizate pe larg în practica parodontală sunt referite la preparatele etiotrope de tratare a afecțiunilor parodontiului. În calitate de indicație pentru utilizarea lor este acutizarea parodontitei: pioree din pungile parodontale, abcedare, fistule, intoxicare.[1] Dar indicarea îndelungată a acestor preparate poate duce la unele urmări negative, ca, de exemplu, reacții alergice, hipovitaminoza vitaminelor grupei B și K, disbacterioză din cauza inhibării microflorei normale a pacientului, care este o barieră biologică specifică, ce protejează organismul omului de pătrunderea bacteriilor patogene, candidomicoză etc..[1] În afară de aceasta, preparatele antibacteriene, introduse prin diferite metode (intramuscular, intravenos, perifocal etc.) nimeresc numai parțial în focarul osteomielitic, deoarece ultimul întotdeauna este înconjurat de o zonă perifocală sclerotică a țesutului osos. De aceea în medicina contemporană există tendința de a utiliza la tratarea bolilor cronice în locul preparatelor alopaticе foarte eficiente metode de tratament și preparate cu acțiune mai moale: naturopatice, homeopatice, fitopreparate, care nu exercită acțiune secundară negativă, realizând principiul de bază al tratării în medicină *nu dăuna*. [2]

Principiul cel mai dăunător pentru medicină este principiul dualismului, care se manifestă, în special, prin două extremități referitor la viziunile la boală și tratamentul ei – concepțiile anatomică și energointegrativă. Conform primei, organismul trebuie împărțit în părți și tratat;