

HEMA este cunoscut în calitate de monomer cu calități absorbante bune, care contribuie, în acest fel, la o pătrundere mai profundă a soluției, și împreună cu aceasta - a *Glutaraldehydei*. Partea forte a preparatelor, care conțin *Glutaraldehydă*, folosite în tratamentul coletelor sensibile ale dinților, constă în simplitatea utilizării.

Închiderea tubulilor dentinari denudați poate fi realizată datorită aplicării sistemului de adezivi dentinari *Gluma* cu fotopolimerizarea ulterioară.

Obiectivul adezivilor dentinari reprezintă difuziunea sistemului de monomeri în dentină. La ermetizarea suprafețelor dentinare, grație aceluiași mecanism, tubulii sunt sigilați, și prin aceasta este blocată conducerea de mai departe a excitațiilor provocate de factorii externi, îndreptate asupra substanței dure dentare.

Datele obținute din propria practică sugerează, că aplicarea adezivilor dentinari contribuie la diminuarea considerabilă a sensibilității pe un termen de la 6 luni până la 1,5 ani.

În cazul aplicării soluțiilor, ce conțin monomeri, altfel spus, la folosirea *Gluma Desensitizer*, trebuie de avut grijă ca aceștia să fie aplicați doar pe porțiunile dentinare, evitând acoperirea unor suprafețe mai mari cu implicarea țesuturilor moi circumiacente, deoarece, în caz contrar, se poate produce iritația membranei mucoase.

La utilizarea adezivilor dentinari fotopolimerizabili este necesar de a verifica minuțios, dacă în șanțul gingival (*Sulkus*) nu s-a acumulat o cantitate excesivă de adeziv, pentru a evita iritarea mecanică a parodontiului marginal.

Cu condiția respectării acestor măsuri de precauție adezivii dentinari ameliorează destul de sigur starea pacienților, suferinzi de hipersensibilitate a coletelor dentare.

Bibliografie

1. Терехов А.Б. Пародонтология /Курс лекций для студентов 2-го курса стоматологического факультета/; – Ch.: Vector, 2009. Pag. 4-14, 34-72.
2. Кине Б. Актуальность проблемы повышенной чувствительности зубов. Новое в стоматологии, Nr.3, 2009. Pag. 52-53.
3. Настольная книга стоматолога, работающего материалами фирмы Heraeus Kulzer: Смолл Б. Клиническое применение праймера на основе GA и HEMA для десенсибилизации дентина. Клиническая стоматология, М., 2000. Pag. 30-31.
4. Zetu L. Parodontologie: Tratament chirurgical, Ed. Junimea, Iași: 1999. Pag. 33-40.
5. Godoroja P., Spinei A., Spinei Iu. Stomatologie terapeuțică pediatrică. Ch.: 2003 - pag. 257-279.
6. Максимовский Ю.М. Фантомный курс терапевтической стоматологии. – М. «Медицина»: 2005 - с. 306-319.
7. Severineanu A.И. Parodontologie clinic și terapeuțică, Ed. Academiei Române, 1994. Pag. 113-202.
8. Dumitriu H. Parodontologie, Ed. VMR, Buc.: 2006. Pag. 176-245.

IGIENA PROFESIONALĂ A CAVITĂȚII BUCALE: INSTRUMENTE, METODE ȘI TEHNICI

Alexei Terehov, Corneliu Năstase

Catedra Stomatologie terapeuțică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Professional hygiene of the bucal cavity, instruments, methods

This investigation includes clinical data resulted from 42 patients aged from 19-45, without any somatic diseases. In this group of patients dental deposits has been observed. Later a professional hygiene of a oral cavity has been performed. The efficiency of a detartrage with classical instruments and modern electro-mechanical devices have been performed. As a result of

a treatment we can observe periodontal tissues improvement, decrease of complications which completely contribute to the stopped the development of periodontal diseases.

Rezumat

În acest studiu prezentăm date clinice, rezultate din tratarea a 42 de pacienți în vârstă de 19-45 ani, fără afecțiuni somatice asociate. La acest grup de pacienți am decelat depuneri dentare și s-a efectuat ulterior igiena profesională a cavității bucale. A fost demonstrată eficiența detartrajului, efectuat cu instrumente manuale clasice și aparate electromecanice moderne. În urma tratamentului efectuat am remarcat o ameliorare a stării țesuturilor parodontale, reducerea complicațiilor, fapt ce contribuie la stoparea evoluției afecțiunilor parodontale.

Actualitatea temei

În articol sunt prezentate moduli clinici de utilizare eficientă a unui set variat de instrumente și aparate, tehnici și metode, folosite pentru realizarea unei igieni profesionale a cavității bucale.

Efectuarea igienei profesionale a cavității bucale se prezintă a fi o componentă importantă a activității medicului stomatolog, vizând atât pacienții primari, cât și persoanele, care au beneficiat de sanare și au fost luate la evidența de dispensarizare de către instituția medicală.

Examenul planic permite medicului să mențină contactul cu pacientul, să efectueze controlul dinamic al sănătății stomatologice, evaluarea calității și corecția la timp a restaurărilor confecționate anterior.

Efectuarea cu regularitate a măsurilor igienice profesionale permite formarea la pacient a unei opinii despre grija permanentă față de sănătatea lui din partea medicului, moment ce impune atribuirea acestei proceduri a unui caracter util din punct de vedere medical.

Igiena profesională a cavității bucale reprezintă un complex de măsuri programate și efectuate consecvent de către medicul stomatolog (sau igienist), îndepărtând mecanic pe cale stomatologică a depunerilor dentare de pe toate suprafețele dentare, din șanțul gingival, pungile parodontale, - cele supragingivale și subgingivale, cu polizarea ulterioară a suprafeței țesuturilor dure dentare.

În literatura străină această intervenție se numește „scalling” – raclare, sau „root planing” – nivelare a suprafeței radiculare.

Succesul curățării profesionale a dinților este asigurat prin efectuarea corectă și consecventă a unui șir întreg de etape tehnice și necesită un număr mare de instrumente și aparate.

Obiectivele lucrării, materiale și metode

În urma examenului a 42 de pacienți în vârstă de 19-45 ani, fără afecțiuni somatice asociate (conform anamnezei, analizelor generale și biochimice), au fost decelate depuneri dentare (moi și dure).

Acuzele principale ale pacienților erau:

- *sângerarea gingiilor la consumul alimentelor și periajul dinților;*
- *mirosul neplăcut din gură;*
- *deranj estetic.*

În cadrul examenului la 28 pacienți a fost depistată prezența unor punji parodontale patologice cu adâncime de 2-3 mm, depuneri dentare mineralizate masive, depuneri dentare pigmentate. Pe radiografie – resorbția lamei compacte de țesut osos pe vârful septurilor interalveolare, dilatarea fantei periodontale în regiunea cervicală.

La 14 pacienți au fost remarcate depuneri dentare mineralizate fără prezența punjiilor parodontale patologice, și schimbări vizibile pe radiografie. La 9 pacienți din lotul respectiv a fost decelată înghesuirea dinților în segmentul frontal al mandibulei, depuneri dentare mineralizate masive, semne de gingivită catarală.

Celor 42 de pacienți, după ce a fost stabilit diagnosticul bolii, s-a efectuat igiena profesională a cavității bucale, care conținea următoarele puncte:

1. *Motivarea pacientului de a se trata.* Pacienților li se explica diagnosticul bolii, cauza ei și într-o formă accesibilă era expus planul recomandat de tratament. Când pacientul lua o decizie pozitivă privitor la începerea tratamentului și exprimă intenția fermă de a urma recomandările noastre în deplin volum la toate etapele de tratament, noi treceam la următoarea etapă.

2. *Corecția igienii individuale a cavității bucale* – ofeream recomandări privitor la utilizarea mijloacelor de îngrijire a cavității bucale: alegeam tipul potrivit de periuță, consultam privitor la compoziția și regimul de utilizare a pastei de dinți, iar în caz de necesitate selectam mijloace suplimentare de igienă (*flossuri, elixire etc.*) și instructam pacienții amănunțit, accesibil - privitor la modul de aplicare.

3. *Îndepărtarea depunerilor dentare supragingivale și subgingivale* – pentru asigurarea unei stări igienice sigure a cavității bucale și crearea pacientului unor condiții pentru curățirea optimă a dinților erau minuțios îndepărtate depunerile dentare supra- și subgingivale.

Înainte de îndepărtarea depunerilor dentare determinam tipul acestora (*moi, dure*) și localizarea lor (*supragingivale, subgingivale*), le coloram cu ajutorul comprimatelor (*faringosept*), și examinam minuțios spațiul punji parodontale (*sau șanțul dentogingival*). Inițial îndepărtam de pe suprafețele netede a dinților depunerile dentare moi cu ajutorul unor cupe de cauciuc atașate la piesa mecanică.

Pentru îndepărtarea depunerilor dentare moi de pe suprafețele masticatorii a dinților în regiunea fisurilor și geodelor recurgeam la periuțe rotative din naylon, în formă de cupă sau conice, cu pastă abrazivă „Septodont”

Îndepărtarea depunerilor dentare supragingivale mineralizate le-am efectuat cu ajutorul scalerului ultrasonic sau sonic. Menționăm că la folosirea *scalerului ultrasonic* temperatura locală creștea considerabil, aspect care solicita o răcire obligatorie și frecventă a terenului prelucrat. Pe de altă parte, la folosirea *scalerului sonic* detartrajul derula mai lent.

La folosirea acestor aparate ne ghidam de trei „NU”:

- *Nu instalăm vârful ansei instrumentului perpendicular la axul dintelui.*
- *Nu exercităm o presiune esențială cu instrumentul asupra suprafeței dintelui.*
- *Nu utilizăm aparatul fără irigare cu apă.*

Gingia era prelucrată cu antiseptic (apă oxigenată de 1,5%; „ghialudent” Nr.0), era introdus aspiratorul de salivă în cavitatea bucală, și apoi era efectuată cu piesa o serie de mișcări de răzuire sau de împingere, cu o presare ușoară a acesteia asupra suprafeței dintelui sub un unghi de 15 grade.

Executam preponderent așa-numitele *mișcări de suprapunere* în toate direcțiile, ceea ce asigura, de regulă, îndepărtarea maximă și cea mai calitativă.

Reieșind din faptul, că norul aerosol și micropicăturile, generate în jurul ansei ultrasonice, conțin o cantitate enormă de microorganisme, am recurs de fiecare dată la masca de protecție oro-nazală și la scutul facial (ecranul de protecție).

Tartrul subgingival l-am îndepărtat manual cu ajutorul chiuretelor.

Apoi am efectuat șlefuirea și polizarea suprafeței dentare subgingivale cu freze parodontale diamantate pentru piesă contra-unghi: la început – folosind cele cu granulații fine, iar apoi – cele cu granulații ultrafine.

Caracterul sistemic și consecvent la îndepărtarea depunerilor este cheazășia minuțiozității și calității manoperei efectuate. Volumul ei depinde de cantitatea depunerilor dentare în cavitatea bucală. Dar, în orice caz, este necesar de îndepărtat sistemic, în fiecare cvadrant maxilar, fără a rata vreo suprafață dentară. Succesiunea curățirii efectuate nu importă. Principalul e ca nici o suprafață a coroanei sau rădăcinii să nu fie „uitată”. Doar în asemenea condiții procedura oferă un efect maxim favorabil.

4. *Polizarea suprafații dentare și oferirea recomandărilor* — polizarea finală a suprafații dentare și îndepărtarea completă a depunerilor colorate s-au efectuat cu periuțe mecanice moi sau

cupe de cauciuc fără pastă de polizat. Pentru îndepărtarea depunerilor pigmentate și polizarea smalțului dentar au fost folosite capuri de polizat profilactice.

În încheiere s-a efectuat șlefuirea și polizarea restaurărilor compozite cu ajutorul unor capuri de șlefuit cu spray aer-apă fără pastă de polizat, iar suprafețele de contact ale dinților au fost prelucrate cu ajutorul unei ștripse de celuloid. În urma acestor măsuri era realizată o suprafață dentară dură și netedă care, după cum știm, este nefavorabilă pentru fixarea plăcii bacteriene.

Drept criteriu de control al calității curățirii profesionale dentare efectuate servea senzația de netezime a dinților, avută de pacient după polizarea efectuată. Utilizarea preparatelor cu conținut de fluor la sfârșitul procedurii era dictată de prezența hipersensibilității țesuturilor dure dentare, gradului de inflamație a gingiei marginale.

5. *Controlul igienii cavității bucale la etapele tratamentului* era efectuat cu scopul de a fixa la pacient a deprinderilor igienii individuale. Pentru aceasta dinții pacientului erau colorați cu remediu indicator (*comprimate de faringosept, soluție Lugol*), urmând ca ulterior să determinăm depunerile dentare. Apoi pacientul curăța dinții, și din nou determinam depunerile dentare. După aceasta demonstram pacientului segmentele, unde depunerile dentare n-au fost îndepărtate în urma curățirii. Și din nou explicam și demonstram pacientului, cum se curăță dinții – simulând pe modele de ipsos și în cavitatea bucală. Ofeream recomandări suplimentare privitor la îngrijirea igienică a cavității bucale, folosirea flossurilor, periștelor de dinți, periilor de curățire interdentară și stimuloarelor gingivale.

Rezultate obținute, discuții

Examenul-control s-a efectuat peste 6 luni. La 43% din pacienții cercetați s-a constatat lipsa acuzelor (*sângerarea gingiilor, mirosul neplăcut din gură*) și a schimbărilor obiective (*depuneri dentare mineralizate sau pigmentate absente sau puțin pronunțate*). La celelalte 57% din pacienților atât acuzele, cât și schimbările obiective erau prezente mai mult sau mai puțin manifest, ceea ce era, din punctul nostru de vedere, legat de igiena precară a cavității bucale.

Concluzii

Astfel, conform rezultatelor cercetărilor noastre clinice, îndeplinirea unui complex de măsuri de realizare a unei igieni profesionale a cavității bucale, asistate de un arsenal suficient de instrumente manuale clasice și aparate electromecanice moderne pentru prelucrarea suprafețelor dentare satisfac în totalitate necesitățile stomatologului, asigură sporirea calității și eficienței medicale a curățirii dinților, reieșind din specificul anatomo-fiziologic al sistemului dentomaxilar și particularitățile individuale ale pacientului. În urma unui tratament adecvat se denotă o ameliorare certă a stării țesuturilor parodontale, reducerea frecvenței recidivelor, fapt ce duce la stoparea evoluției afecțiunilor parodontale.

Îndepărtarea superficială, incompletă a depunerilor dentare, folosind un set restrâns și neadecvat de instrumente sau aparate, nu numai că nu permite atingerea rezultatelor dorite, dar poate să și agraveze evoluția patologiei parodontale. Tehnicile trebuie efectuate în prezența unei iluminări bune, asigurate de lampa unitului stomatologic, sau de lumina, reflectată de oglinda stomatologică. Medicul trebuie să dispună de un set oarecare de dexterități și cunoștințe, necesare pentru efectuarea cu succes a măsurilor curative, și explicarea pacientului a acțiunilor recomandate.

Bibliografie

1. Терехов А.Б. Пародонтология /Курс лекций для студентов 2-го курса стоматологического факультета/; – Ch.: Vector, 2009. Pag. 4-14, 34-72.
2. Severineanu A.I. Parodontologie clinic și terapeutică, Ed. Academiei Române, 1994. Pag. 113-202.

3. Dumitriu H. Parodontologie, Ed. VMR, Buc.: 2006. Pag. 176-245.
4. Zetu L. Parodontologie: Tratament chirurgical, Ed. Junimea, Iași: 1999. Pag. 33-40.
5. Godoroja P., Spinei A., Spinei Iu. Stomatologie terapeutică pediatrică. Ch.: 2003 - pag. 257-279.
6. Максимовский Ю.М. Фантомный курс терапевтической стоматологии. – М. «Медицина»: 2005 - с. 306-319.