

5. Слабодская А.Б. Апикальная резорбция корня как осложнение при ортодонтическом лечении (обзор) / А.Б.Слабодская, О.А.Чупрова // Ортодонтия. - 2007. - №1. - С. 47-49.
6. Тулегенова Ф.А. Корневая резорбция как осложнение ортодонтического лечения / Ф.А.Тулегенова, Н.Л.Рамм // Доктор Лэндинг. - 1996. - №3. - С. 57-59.
7. Abuabara A. Biomechanical aspects of external root resorption in orthodontic therapy / A.Abuabara // Med. Oral Patol Oral Cir Bucal. - 2007. - 12(8). - P. 610-3.
8. Armstrong D. Root resorption after orthodontic treatment / D. Armstrong, O.P. Kharbanda, P. Petocz, M.A. Darendeliler // Aust. Orthod. J. - 2006. - 22(2). - P. 153-60.
9. Dudic A. Detection of apical root resorption after orthodontic treatment by using panoramic radiography and cone-beam computed tomography of super-high resolution / A.Dudic, C.Giannopoulou, M.Leuzinger, S.Kiliaridis // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. - 2009. - 135(4). - P. 434-7.
10. Esteves T. Orthodontic root resorption of endodontically treated teeth / T. Esteves, A.L.Ramos, C.M.Pereira, M.M.Hidalgo // J. Endod. - 2007. - 33(2). - P. 119-22. 15. Leach H.A. Radiographic diagnosis of root resorption in relation to orthodontics / H.A.Leach, A.J.Ireland, E.J.Whaites // Br. Dent. J. - 2001. - 190(1). - P. 16-22.
11. Lopatiene K. Risk factors of root resorption after orthodontic treatment / K.Lopatiene, A.Dumbravaite // Stomatologija. - 2008. - 10(3). - P. 89-95.
12. Makedonas D. Diagnosis, screening and treatment of root resorption in orthodontic practices in Greece and Sweden / D.Makedonas, K.Hansen // Angle Orthod. - 2008. - 78(2). - P. 248-53.
13. Marques L.S. Severe root resorption in orthodontic patients treated with the edgewise method: prevalence and predictive factors / L.S.Marques, M.L.Ramos-Jorge, A.C.Rey, M.C.Armond, A.C.Ruellas // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. - 2010. - 137(3). - P. 384-8.
14. Preoteasa C.T. Orthodontically induced root resorption correlated with morphological characteristics / C.T.Preoteasa, E.Ionescu, E.Preoteasa, C.A.Comes, M.C.Buzea, A.Grrmescu // Rom. J. Morphol. Embryol. - 2009. - 50(2). - P. 257-62.
15. Rathe F. External root resorption / F.Rathe, R.Nulken, D.Deimling, P.Ratka-Kruger // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. - 2006. - 116(3). - P. 245-53.
16. Rodriguez-Pato R.B. Root resorption in chronic periodontitis: a morphometrical study / R.B.Rodriguez-Pato // J. Periodontol. - 2004. - 75(7). - P. 1027-32.
17. Sameshima G.T. Characteristics of patients with severe root resorption / G.T.Sameshima, P.M.Sinclair // Orthod. Craniofac. Res. - 2004. - 7(2). - P. 108-14.

OZONOTERAPIA ÎN TRATAMENTUL PARODONTITEI MARGINALE CRONICE

Mihail Barbuț

Catedra Stomatologie Terapeutice

Summary

Ozonotherapy in chronic marginal treatment parodontitis

This study has the objective of the efficiency of ozonotherapy in chronic marginal treatment of parodontites. Most of the causes of parodontites have an inflammatory character, generated by the action of microbial factor from bacterial plaque. Once being removed the favourable factor and the adequate treatment performed with ozonotherapy, a favourable result was obtained in marginal treatment of parodontites.

Rezumat

Acest studiu are ca obiectiv studiul eficienței ozonoterapiei în tratamentul parodontitelor marginale cronice. Majoritatea cauzelor parodontitelor poartă un caracter inflamator, generat de acțiunea factorului microbial din placa bacteriană. Odată cu înlăturarea factorului favorizant și efectuarea unui tratament adecvat cu utilizarea ozonoterapiei s-a obținut un rezultat favorabil în tratamentul parodontitelor marginale.

Actualitatea

Afecțiunile parodontale se caracterizează prin răspândire largă și o evoluție agresivă cu tendința spre progresare. Parodontitele marginale de diferit grad de afectare duc mai frecvent la extracții dentare decât afecțiunile carioase. La moment se elaborează noi tactici de profilaxie și tratament a parodontitelor marginale, una din metodele de tratament este metoda ozonoterapiei. Folosirea terapiei cu ozon în stomatologie își câștigă locul în practica stomatologică și poate fi folosită în aproape toate aplicațiile dentare.

Obiectivul

Ca scop în această lucrare s-a efectuat tratamentul complex al parodontitei marginale cronice cu utilizarea soluțiilor ozonate.

Material și metode

Parodontita – inflamația țesuturilor parodontale care se caracterizează cu distrucția progresivă a periodonțiului și a aparatului de susținere a dintelui. Datele literaturii relatează că după vârsta de 35 ani afecțiunile parodontale se depistează la 80 – 100% pacienți, iar după vârsta de 50 ani maladiile parodontale sunt cauza principală a pierderii dentare.

Afecțiunile parodontale sunt considerate polietiologice cu un complex de modificări clinice și morfologice (inflamatoare, distrofice, ideopatice). Majoritatea cauzelor parodontitelor poartă un caracter inflamator, generat de acțiunea factorului microbial ce conține exotoxine, endotoxine și substanțe antigene, formînd pe suprafața dintelui supra și subgingival placa bacteriană. Placa bacteriană constituie un sistem ecologic microbial viguros, bine adaptat mediului său, avînd o activitate metabolică intensă, sistem care se prezintă sub forma unui strat mucoglicoproteic, puternic aderent la suprafața dintelui.

Factorii etiologici ale parodontopatiilor marginale cronice sunt locali și generali:

- Factorii locali:
 - cauzali: placa bacteriană;
 - favorizanți: tartrul dentar, trauma ocluzală cariile dentare, edentația, anomaliile dento-maxilare, parafuncții, obiceiuri vicioase, factori iatrogeni, alți factori locali.
- Factori generali, sistemici.

În ultimii ani, mai multă atenție se atribuie metodelor nemedicamentoase de terapie, acționînd asupra diferitor părți ale procesului patologic, și avînd capacitatea reglării homeostaziei dereglate, îmbunătățirea funcțiilor organelor și sistemelor, metode care pot înlocui sau micșora nevoia preparatelor medicamentoase în tratamentul parodontitelor marginale.

Studiile clinice și de laborator ale efectivității ozonoterapiei demonstrează că tratamentul cu amestecurile de gaz oxigen-ozon prezintă o metodă nouă și pozitivă în soluționarea problemelor actuale în tratamentul afecțiunilor parodontale.

Ozonul (O_3) greacă *ozein* – miros este format din 3 atomi de oxigen fiind o moleculă instabilă care după un timp scurt se descompune în oxigen molecular (O_2).

Ozonul este folosit în medicină local și/sau parenteral în dozele indicate, prezintă o substanță activă cu diferite proprietăți biofizice și biochimice.

Ozonul are un șir de proprietăți: bactericidă, fungicidă, antivirotică, antiinflamatoare, antidoloră, imunocorectoare și este un antioxidant puternic, provoacă acțiune antihipoxică, îmbunătățește proprietățile reologice și activează proprietățile bioenergetice.

Din motive de siguranță gazul O₃ nu este recomandat pentru folosirea direct intraorală. Numai dizolvat în apă sau în uleiuri la anumite concentrații ozonul se folosește în diferite domenii ale stomatologiei și în parodontologie la tratamentul parodontitelor marginale.

După efectuarea examenului clinic și paraclinic cu stabilirea diagnosticului s-a făcut tratamentul parodontitei marginale la 16 pacienți. Acuzele pacienților la prezentare erau: sîngerare gingivală, probleme estetice legate de recesiuni sau migrări dentare, tulburări masticatorii legate de mobilitatea dentară, halitoză (gust neplăcut în cavitatea orală), senzație de prurit la nivelul gingiei, probleme odontale (carii simple și complicate).

Pentru aprecierea stării țesuturilor parodontale și necesității tratamentului s-a folosit indicele CPITN (indicele stării parodontiului și necesității tratamentului); pentru aprecierea inflamației gingivale s-a folosit indicele gingival a lui Loe și Silness, pentru exprimarea gravității bolii prin estimarea clinică a simptomelor s-a folosit indicele parodontal după Ramfjord și indicele de mobilitate dentară.

Adîncimea pungilor, distanța de marginea gingivală pînă la fundul pungii este măsurată cu o sondă gradată. În timpul examenului clinic s-au depistat: mucoasa gingiilor de culoare roșie, gingivoragie după sondare, prezența depunerilor moi, tartrului supra- și subgingival, mobilitate dentară de diferit grad. Examinarea cu ajutorul sondei butonate gradate ne indica prezența pungilor parodontale supra- și infraosoase cu adîncimea de 4-6 mm adîncime. Ca examen complementar s-a efectuat radiografia panoramică, unde se observau decapitarea septurilor osului alveolar, resorbții osoase, destrucții ale osului trabecular septal.

După stabilirea diagnosticului de parodontită marginală cronică au fost stabilite etapele și planul de tratament.

Tratamentul parodontitei marginale are trei etape importante: 1. Îndepărtarea factorilor etiologici pentru oprirea bolii în evoluție 2. terapie regenerativă cu scopul de a reface țesutul parodontal distrus și utilizarea soluțiilor ozonate în toate fazele tratamentului 3. Menținerea rezultatelor obținute.

1. Prima etapă are ca scop stoparea progresării sau agravării afecțiunii; include diagnosticarea și tratarea afecțiunilor sistemice, iar local detartraj supra și subgingival, tratamente ortodontice, extracția dinților care se consideră a fi irecuperabili, imobilizarea dinților parodontici.

2. A doua etapă constă în îmbunătățirea mediului parodontal prin prelucrarea pungilor parodontale și a leziunilor de furcație cu soluție ozonată de ser fiziologic, efectuarea tratamentului chirurgical prin tehnici de chiuretaj supra și subgingival, operații cu lambou, regenerare tisulară ghidată, ulterior cu reabilitarea țesuturilor parodontale.

3. A treia etapă își propune menținerea rezultatelor obținute, controlul plăcii bacteriene
Timpii operatori efectuați la tratamentul chirurgical al parodontitelor marginale:

- Pregătirea cîmpului operator.
- Anestezie.
- Accesul în zona de operat prin (acces direct; incizie; secționare; decolare).
- Îndepărtarea gingiei excizate (în gingivectomii).
- Îndepărtarea pungilor parodontale prin: a) chiuretajul pungii, b)chiuretajul rădăcinii, c) surfasajul radicular d)chiuretajul osos.

- Tratamentul antibacterian, antiinflamator, cu soluție ozonată de ser fiziologic.
- Protecția plăgii prin sutură și cimenturi chirurgicale.

La pacienții diagnosticați cu parodontite marginale cronice li sa efectuat operații cu lambou mucoperiostal reflectat parțial și în totalitate. Operația cu lambou gingival s-a efectuat cu anestezie locală, apoi incizia și decolarea gingiei de pe dinți și osul adiacent. În timpul operațiilor cu lambou au fost efectuate citeva tipuri de incizii: incizii orizontale (cu bizou intern, incizie intrasulculară și incizie interdentală), iar cele verticale (meziale și distale). Decolarea lamboului s-a făcut cu decolatoare periostale fine. Aderențele periostale postinflamatorii se secționau cu forfecuța de plastie. După decolarea lamboului mucoperiostal se efectua hemostaza prin tamponament. După ce a fost expus, țesutul de granulație a fost îndepărtat cu chiuretele Gracey

și aparatul cu ultrasunete de pe suprafața osului și din jurul rădăcinilor, proces urmat de detartraj minuțios și planare radiculară.

Dacă osul prezenta defecte, se recurgea la procedeul de osteoplastie prin netezirea și îndepărtarea osului alterat, după se continua cu reconturarea osului și regenerarea tisulară ghidată cu utilizarea hidroxil apatitei. În cazul în care nu mai rămâneau resturi de țesut granular și cement necrotizat plaga se usca ușor prin tamponare, apoi s-a efectuat condiționarea chimică a suprafețelor radiculare cu acid citric în soluție apoasă cu pH de la 0,5 la 2,5 în scopul unei bune regenerări conjunctive, ulterior se provoca sîngerare ușoară, pentru a se forma cheaguri de sânge aderente de țesuturi și suturarea plăgii. Pe tot parcursul intervențiilor plaga se iriga cu ser fiziologic barbotat cu ozon în care concentrația de ozon în faza gazoasă era de 4000-5000 mkg/l. Protecția plăgii s-a făcut cu ciment chirurgical fără eugenol Coe-Pack (GC). La a 3-4 zi după intervenție, se îndepărta cimentul, se efectua toaleta plăgii cu soluții ozonate, ulterior se aplica din nou ciment pe o durată de 2 zile.

Pacienții au fost instruiți despre igienizarea corectă a cavității bucale. Sutura au fost înlăturate la 4-5 zi după efectuarea intervenției.

În tratamentul parodontitelor marginale se va efectua o reevaluare la 4-6 săptămîni, la jumătate de an și un an după tratament.

La etapele tratamentului complex al pacienților cu parodontite marginale în funcție de cazul clinic sau folosit următoarele metode de ozonoterapie:

- Metoda externă: clătiri și irigarea pungilor parodontale cu soluții ozonate, aplicații cu uleiuri ozonate. De 2 ori pe zi pacienții efectuau clătiri cu soluție fiziologică ozonată (200 ml soluție se clatește un minut) timp de 10-14 zile. Irigarea pungilor parodontale cu soluție ozonată se efectuau cîte 8-10 proceduri.

- Metoda parenterală (introducerea submucoasă a soluției fiziologice izotonică 0,9% ozonată). La a doua zi după intervenția se introduce submucos cîte 4 ml de soluție ozonată cu concentrația de ozon în faza gazoasă de 4000 mkg/l.

Rezultate

În urma tratamentului cu soluțiile ozonate sa obținut un timp mai rapid de regenerare tisulară, suturile au fost înlăturate la a 4-5 zi de la suturare, s-a redus sîngerarea gingivală la sondare, culoarea mucoasei gingivale a revenit roz pală, s-a redus mobilitatea dentară, și s-a obținut o igienizare satisfăcătoare a cavității bucale.

Concluzie

Efectele biologice benefice ale ozonului, activitatea sa antimicrobiană, oxidarea biomoleculilor precursori și a toxinelor microbiene implicate în bolile parodontale și proprietățile sale regeneratoare, antiinflamatoare și antidolore asupra țesuturilor parodontale fac ca odată cu folosirea ozonului sa se obțină un rezultat eficient cu o reușită a tratamentului mai rapid și mai favorabil în tratamentul parodontitelor marginale cronice.

Corect efectuată, terapia parodontală duce la eliminarea durerii, a inflamației gingivale și a sîngerării, reduce pungile parodontale și stopează formarea de puroi, oprește distrucția țesutului moale și a osului, reduce mobilitatea patologică a dintelui, stabilind funcția ocluzală normală, restaurînd, în unele cazuri țesuturile distruse de boală, restabilește conturul gingival fiziologic necesar apărării parodontale, previne recurența bolii și reducerea pierderii dinților.

Bibliografie

- П. Рикельми, М. Франзини, Л. Вальденаси Озоно-кислородная терапия.
- Severeanu V. Parodontologie clinică și terapeutică, Ed. Ac. Române, București 1994.
- Mârțu S., Mocanu C., Parodontologie clinică, Ed. Apolonia Iași - 2000
- Zetu L., Popovici D., Parodontologie. Tratament chirurgical, Ed. Junimea, Iași, România 1999.

- Dumitriu S., Dumitriu H., Etiologia microbiană în parodontitele marginale cronice. Profilaxie și tratament antimicrobian. Ed. Cerna, București, 1996.
- Dumitriu H. Parodontologie, Ed. Viața Medicală Românească, 1997.
- Данилевский М.Ф., Борисенко А.В. Терапевтична Стоматология, Медицина 2008.
- Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Озонотерапия внутренние болезни. Н.Новгород 1999.
- Муравьянникова Ж.Г Основы стоматологической физиотерапии, «Феникс», 2002.
- Ефименко Н.А., Чернеховская Н.Е. Озонотерапии в хирургической клинике. — М., 2001.
- Питер Феде, Артур Вернино, Джон Грей. Пародонтологическая азбука. Азбука. 2003.
- Beck/Viebahn-Hansler, Ozon-Handbuch, Background, Prevention, Therapy, Ecomed 1997.
- Криштопенко С.В. Измаилов С.Г., Современные методы лечения ран и актуальные вопросы хирургии, Н.Новгород 2000.
- Быков А.Т., Сычева Е.И., Конторщикова К.Н., Озонотерапия в комплексном санаторном лечении больных с ишемической болезнью сердца, Санкт Петербург 2000.
- Гульман М.И., Винник Ю.С. Якимов С.В., Корекция гомеостаза при остром панкреатите методом озонотерапии, Красноярск 2003.
- Разумов А.Н., Покровский В.И., Основные принципы и тактика озонотерапии, Пособие для врачей, Москва 2001.
- Перетягин С.П., Бояринов Г.А, Зеленев Д.М., Техника озонотерапии, Н.Новгород 1991.

PRINCIPII TERAPEUTICE ÎN TRATAMENTUL PARODONTITEI AGRESIVE

Mihail Barbuț

Catedra Stomatologie Terapeutice

Summary

Therapeutical principles in the treatment of aggressive parodontitis

The generalized aggressive parodontitis affects a small part of the patients, but it is rather significant because it is characterized by severe impairment of the supporting device of the teeth in a certain number of relatively young people. Due to its less frequent appearance few studies assessed various plans of treatment for this disease. Among the new methods of treatment used in aggressive parodontites is the ozonotherapy.

Rezumat

Parodontita agresivă generalizată afectează o minoritate de pacienți, dar aceasta este destul de semnificativă deoarece este caracterizată prin distrugerea severă a aparatului de susținere a dinților la un număr de subiecți relativ tineri. Datorită apariției sale mai puțin frecvente, puține studii au evaluat diferite planuri de tratament pentru această afecțiune. Printre noile metode de tratament utilizate în tratamentul parodontitelor agresive este ozonoterapia.

Actualitatea

Parodontita agresivă cuprinde un grup de rare, dar adeseori severe, forme rapid progresive de boală, adesea caracterizate printr-o precocitate a vârstei de apariție a manifestărilor clinice dar și de tendința destinctivă a cazurilor familiale.

Studierea patologiei parodontale în programul complex de evidențiere, evaluare și tratament al pacienților cu afectare odonto-parodontală severă.

Utilizarea metodelor noi de tratament complex în boala parodontală și anume parodontita agresivă, poate ameliora starea pacienților și reduce pierderea dentară.