

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

NR. 2 (31) / 2014

CHIȘINĂU — 2014

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

Adresa redacţiei:

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

- © Text: ASRM, 2014, pentru prezenta ediţie.
- © Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

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

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

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

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

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

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

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

Ion LUPAN

Redactor-șef,

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABII

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Maxim ADAM (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Vasile NICOLAE (Sibiu, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris TOPOR

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBĂȚIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Alexandru BUCUR (București, România)

profesor universitar

Galina PANCU

doctor în medicină, asistent universitar

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Tel Aviv, Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. GNOISKI (Zurich, Elveția)

Doctor în medicină

Nicolae CHELE

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Tatiana CIOCOI

*Doctor habilitat în filologie, conferențiar universitar
Redactor literar*

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, doctor în medicină, conferențiar universitar

Elena BISTRIȚCHI

Secretar Referent ASRM

SUMAR

Teorie și experiment

Аркадий Максимович Боян
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ В РАБОТЕ ВИСОЧНО–НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ (ВНЧС) СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ В МНОГОПРОФИЛЬНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ. (НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДИЛОСЬ В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ)7

Tatiana Porosencova
MONITORIZAREA STĂRII DE SĂNĂTATE PARODONTALĂ LA COPII ȘI ADULȚI TINERI. 10

Dumitru Șcerbatiuc, Grigore Iovu
DISFUNȚIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO–MANDIBULARE13

Odontologie—paradontologie

Adriana Șabazova, Valeriu Burlacu, Emilia Pelin
PROGRAM DE TRATAMENT COMPLEX AL EROZIUNILOR DENTARE20

Nicolae Chele, Sofia Mostovei
TRATAMENTUL COMPLEX AL PARODONTITEI APICALE CRONICE GRANULOMATOASE ... 23

Dumitru Zabolotnii
EFICIENTIZAREA TRATAMENTULUI STOMATOLOGIC ȘI PREGĂTIREA PSIHOEMOȚIONALĂ A PACIENTULUI26

Dumitru Friptu, Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Valeriu Fală, Ala Ojovan, Vasile Zagnat, Ana Eni, Oleg Chiriac, Dumitru Zabolotnii
MANAGEMENTUL ȘI TEHNOLOGIILE MODERNE ÎN TRATAMENTUL DEFECTULUI CUNEIFORM29

CONTENTS

Theory and experiment

Аркадий Максимович Боян
PREVALENCE OF ABNORMALITIES IN THE FUNCTION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS (TMJ) AMONG PATIENTS, WHO SOUGHT MEDICAL CARE IN A MULTI-FIELD DENTAL (CLINIC STUDY WAS CARRIED OUT FOR 7 YEARS).....7

Tatiana Porosencova
MONITORING OF PERIODONTAL HEALTH IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS.10

Dumitru Șcerbatiuc, Grigore Iovu
TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION.....13

Odontology—paradontology

Adriana Șabazova, Valeriu Burlacu, Emilia Pelin
COMPLEX TREATMENT PROGRAM OF THE DENTAL EROSION.....20

Nicolae Chele, Sofia Mostovei
COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS23

Dumitru Zabolotnii
STREAMLINING OF DENTAL TREATMENT AND PSYCHO-EMOTIONAL PREPARATION OF THE PACIENT26

Dumitru Friptu, Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Valeriu Fală, Ala Ojovan, Vasile Zagnat, Ana Eni, Oleg Chiriac, Dumitru Zabolotnii
MANAGEMENT AND MODERN TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF THE CUNEIFORM DEFECT29

Tatiana Dobrovolschi
**STUDIUL COMPARAT AL ACȚIUNII
DIFERITELOR METODE DE DEBRIDARE
ȘI DETARTRAJ ASUPRA BACTERIILOR
PARODONTOPATOGENE31**

Valeriu Fala, Vitalie Gribenco, Vitalie Pânteia,
Lilian Nistor, Igor Cazacu, Radu Bolun,
Boris Golovin
**TRATAMENTUL COMPLEX AL
AFECȚIUNILOR PARADONȚIULUI ASOCIATE
CU EDENȚAȚII PARȚIALE (PARTEA II)36**

Protetică dentară

Vitalie Gribenco, Roman Caldare, Doina Darii
**TRATAMENTUL EDENȚAȚIILOR PARȚIALE
UNIDENTARE PRIN INTERMEDIUL
RESTAURĂRILOR PROTETICE ADEZIVE ..49**

Cercetări studențești

Gheorghe Bordeniuc, Valeriu Fala, Vitalie
Gribenco, Vitalie Pânteia, Lilian Nistor
**CONCEPTELE OCLUZALE ACTUALE ÎN
TERAPIA PROTETICĂ IMPLANTARĂ FIXĂ 54**

Ana-Maria Tomaș, Viorica Chetruș
**RESTAURĂRI ESTETICE DIRECTE A
GRUPULUI FRONTAL DE DINȚI ÎN
AFECȚIUNILE DE TIP NECARIOS59**

Iulian Ursu, Vitalie Gribenco, Valeriu Fala, Vitalie
Pânteia, Lilian Nistor
**AVANTAJELE DIAGNOSTICULUI
FUNCȚIONAL-INSTRUMENTAL ÎN REA-
BILITĂRILE OCLUZALE LA PACIENȚII CU
EDENȚAȚII TERMINALE.....63**

Ina Ionițel, Viorica Chetruș
GINGIVITA DE SARCINĂ67

Tatiana Dobrovolschi
**COMPARATIVE STUDY OF THE ACTION OF
DIFFERENT METHODS OF SCALING AND
DEBRIDEMENT OF THE PERIODONTOGENIC
BACTERIAS31**

Valeriu Fala, Vitalie Gribenco, Vitalie Pânteia,
Lilian Nistor, Igor Cazacu, Radu Bolun,
Boris Golovin
**COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL
DISEASES ASSOCIATED WITH PARTIAL
EDENTATIONS (PART 2)36**

Dental protetics

Vitalie Gribenco, Roman Caldare, Doina Darii
**TREATMENT UNIDENTAL PARTIAL
EDENTATION THROUGH ADHESIVE
PROSTHETIC RESTORATION.....49**

Student research

Gheorghe Bordeniuc, Valeriu Fala, Vitalie
Gribenco, Vitalie Pânteia, Lilian Nistor
**CURRENT OCCLUSAL CONCEPTS IN FIXED
IMPLANT PROSTHODONTICS54**

Ana-Maria Tomaș, Viorica Chetruș
**DIRECT FRONT TEETH AESTHETIC
RESTORATIONS IN NON CARIOUS
TOOTH SUBSTANCE LOSS59**

Iulian Ursu, Vitalie Gribenco, Valeriu Fala, Vitalie
Pânteia, Lilian Nistor
**THE ADVANTAGES OF THE FUNCTIONAL-
INSTRUMENTAL DIAGNOSIS IN THE OCCLU-
SIVE REHABILITATIONS OF THE PATIENTS
WITH TERMINAL EDENTULOUS63**

Ina Ionițel, Viorica Chetruș
GINGIVITIS IN PREGNANCY67

Dan Brînza, Maxim Matei, Ion Roman,
Viorica Chetruș
CARIA RECIDIVANTĂ.....70

Dragoș Cucu, Viorica Chetruș
**PARODONTITA MARGINALĂ CRONICĂ
FORMA MEDIE. PREVALENȚA PMC
ȘI METODELE DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT72**

Cristina Croitoru, Viorica Chetruș
**PULPITA ACUTĂ DIFUZĂ. ETIOLOGIE, ME-
TODE DE TRATAMENT75**

Dan Brînza, Maxim Matei, Ion Roman,
Viorica Chetruș
RECURRENT CARIES70

Dragoș Cucu, Viorica Chetruș
**CHRONIC PERIODONTITIS MEDIUM
FORM. PMC PREVALENCE
AND METHODS OF DIAGNOSIS
AND TREATMENT72**

Cristina Croitoru, Viorica Chetruș
**DIFFUSE ACUTE PULPITIS. ETIOLOGY,
TREATMENT METHODS.....75**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ В РАБОТЕ ВИСОЧНО–НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ (ВНЧС) СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ В МНОГОПРОФИЛЬНУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ. (НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДИЛОСЬ В ТЕЧЕНИЕ 7 ЛЕТ)

Резюме

В течение 7 лет нами проводилось анкетирование больных, обратившихся за стоматологической помощью с целью выявить пациентов с нарушениями в работе височно–нижнечелюстных (ВНЧС).

За весь период исследования нами выявлено, что из 6383 пациентов:

- 25,37% (т.е.1619) не обращали внимания на имеющиеся нарушения в работе ВНЧС и планировали лечить только зубную патологию; (15,7% — пациенты с одним симптомом нарушения; 7,2 % — с двумя симптомами; 2,47% — с тремя и более симптомами, следовательно с уже развившейся дисфункцией ВНЧС);
- только 0,7 % т.е. 48 пациентов из 6863 обратились для лечения дисфункции ВНЧС;
- выявление пациентов с нарушениями в работе ВНЧС позволит своевременно начать лечение и предотвратить развитие деструктивных процессов в височно–нижнечелюстных суставах.

Ключевые слова: Височно–нижнечелюстные суставы (ВНЧС), дисфункция ВНЧС, мышечно–суставная дисфункция ВНЧС, кранио–мандибулярная дисфункция (КМД).

Аркадий Максимович
Боян,
к. м. н., доцент,
врач высшей
аттестационной
категории
Республиканский
Центр
Стоматологической
Имплантации
(РЦСИ), г. Харьков,
Украина

Rezumat

FRECVENȚA DISFUNCȚIEI ARTICULAȚIEI TEMPORO– MANDIBULARE LA PACIENȚII CARE AU SOLICITAT ASISTENȚĂ STOMATOLOGICĂ (7 ANI DE EXPERIENȚĂ CLINICĂ)

Întru depistarea pacienților cu dereglări funcționale a articulațiilor temporo–mandibulare (ATM), pe parcursul a 7 ani a fost efectuată chestionarea pacienților care au solicitat asistență stomatologică, în rezultatul căreia s-au constatat următoarele:

- 25,37% sau 1619 de pacienți din 6383 n-au acordat atenție dereglărilor funcționale ale ATM și doreau să trateze doar patologia dentară, inclusiv:15,7% — cu un singur simptom, 7,2% — cu două simptome, 2,47% — cu trei și mai multe simptome, deci, deja cu patologia de disfuncție a ATM;
- numai 0,7% sau 48 de pacienți din 6863 au solicitat tratamentul disfuncției ATM;
- identificarea acestor pacienți ar oferi posibilitatea începerii oportune a tratamentului și prevenirii dezvoltării proceselor distructive a ATM.

Cuvinte cheie: articulații temporo–mandibulare (ATM), disfuncția ATM, disfuncția musculo–articulară a ATM, disfuncția crano–mandibulară (DCM).

Summary

PREVALENCE OF ABNORMALITIES IN THE FUNCTION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS (TMJ) AMONG PATIENTS, WHO SOUGHT MEDICAL CARE IN A MULTI-FIELD DENTAL (CLINIC STUDY WAS CARRIED OUT FOR 7 YEARS)

Within 7 years we have conducted survey of our patients who addressed for dental care in order to identify patients with temporomandibular joints dysfunction (TMJ).

It was revealed:

- from 6383 people, 25,37% (1619 patients) did not pay attention at existing temporomandibular joints dysfunction (TMJ) and was going to treat only dental pathology (15,7% with one symptom of abnormalities; 7,2% with two symptoms; 2,47% with three and more, that is with already expanded temporomandibular joints dysfunction (TMJ));
- only 0,7% (48 patients from 6863 people) was applied for treatment of temporomandibular joints dysfunction (TMJ);
- Identification of such patients will allow beginning early treatment and preventing the development of destructive process in temporomandibular joints.

Key words: *Temporomandibular joints (TMJ), temporomandibular joints dysfunction, muscle and joint dysfunction of temporomandibular joints, TMJ pain-dysfunction syndrome.*

Актуальность

В последние годы наблюдается увеличение количества стоматологических больных с нарушениями в работе ВНЧ суставов. При несвоевременном лечении у них может развиться тяжелое стоматологическое заболевание — мышечно-суставная дисфункция (МСД) височно-нижнечелюстных суставов [8].

По мнению Хватовой В.А., Гришкова М.С., Семкина В.А., Рабухиной Н.А., Волкова С.Н., Smukler Н. и др. в основе мышечно-суставной дисфункции (МСД) лежит нарушение координированной функции жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и взаимного расположения элементов ВНЧС (головки и диска относительно суставного бугорка).

Анализируя публикации многих авторов, становится очевидным, что данное заболевание встречается от 40 до 82% из общего числа пациентов, обратившихся за стоматологической помощью [1,2,4,5,15,14,17,18]. Результаты исследований за последние годы свидетельствуют о высокой распространенности данной патологии ВНЧС особенно у молодых людей в возрасте от 18 до 22 лет, что составляет 52% пациентов. [10, и др.]

Манфредини Д., Нардини Л. Г. утверждают, что распространенность заболеваний ВНЧС среди населения остается неясной, что объясняется недостаточной гомогенностью диагностических критериев, используемых исследователями. Некоторые авторы отмечают, что объективные симптомы мышечно-суставной дисфункции ВНЧС наблюдаются у 1–75% населения, а субъективные у 5–33% [13]. Кроме того, как отмечают авторы Манфредини Д., Нардини Л.Г. — распространенность отдельных симптомов мышечно-суставной дисфункции ВНЧС среди населения следующая:

- 8–20% — щелчки в области ВНЧС;
- 4–15% — крепитация в области сустава;
- 4–10% — боль в области сустава ВНЧС;
- 3–17,5% — боль в области жевательной мускулатуры;
- 4–9% — ограниченное открывание рта.

Как отмечают Персин Л.С., Шаров М.Н. ссылаясь на данные Schiffmann E.L., мышечные нарушения встречаются у 23 % населения, суставные нарушения встречаются у 19 %, и сочетание мышечно-суставных нарушений встречается примерно у 27 % населения.

Согласно данным Rantala Mai, Ahlbert J. двумя самыми распространенными симптомами являлись щелчки в области ВНЧС и боли при пальпации жевательной мускулатуры, что составляет 10–15% обследованных пациентов из общего числа обратившихся, в то время как другие симптомы МСД ВНЧС встречались значительно реже.

Таким образом, при анализе статистических данных относительно самого заболевания мышечно-суставной дисфункции ВНЧС и отдельных проявлений симптомов, свидетельствующих о дисбалансе в функционировании ВНЧС, видна значительная разница, выраженная в процентном отношении:

- 40–82% — заболевания мышечно-суставной дисфункции ВНЧС
- 3–27% — отдельные проявления симптомов заболевания.

При этом Friction J.R., Schiffmann E.L. отметили, что объективные симптомы мышечно-суставной дисфункции ВНЧС наблюдаются у 1–75% населения, а субъективные — у 5–33%.

Для выявления краниомандибулярной дисфункции (КМД), синоним МСД ВНЧС, Ahbrs M.O., Jakstat H.O. составили тест, с помощью которого выявляли отдельные симптомы заболевания (несимметричное открывание рта, шумы, боль в суставах, окклюзионные нарушения и др.)

Тест оценивался таким образом:

1. Нет признаков или один признак — у пациентов нет КМД.
2. Наличие 2-х признаков — у пациентов возможно есть КМД.
3. Больше 3-х признаков — у пациентов точно есть КМД.

Из вышеизложенного, по мнению Ahbrs M.O., Jakstat H.O., Манфредини Д., Нардини Л.Г. вы-

текает, что наличие у пациентов отдельных симптомов заболевания, не подтверждает наличие мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

В своих исследованиях, разные авторы изучали % патологии относительно всего населения [11, 13, 16]. Другие авторы [4, 5, 15, 17] среди стоматологических больных.

Не у всех авторов понятно, на каком количестве объектов было проведено исследование.

Для того, чтобы выявить распространенность данной патологии, среди больных, обращающихся за стоматологической помощью, нами было проведено специальное исследование.

Цель исследования

Изучить распространенность нарушений в работе ВНЧС среди пациентов, обращающихся за стоматологической помощью.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являлись пациенты, обратившиеся за стоматологической помощью в многопрофильную стоматологическую клинику (Республиканский центр стоматологической имплантации, г. Харьков).

Выявление лиц имеющих нарушения в работе ВНЧС осуществлялось путем анализа специальной анкеты, которую заполнял сам пациент при обращении в клинику. Анкета содержала простые понятные обывателю вопросы. (Приложение 1) При наличии утвердительных ответов пациента, указывающих на нарушения в работе ВНЧС суставах, с пациентом проводилось дополнительное собеседование включающее сбор анамнеза и детальный осмотр.

Приложение 1.

Анкета стоматологического пациента с вопросами, относящимися к функционированию ВНЧС

ФИО пациента _____
Возраст _____

1. Испытываете ли Вы затруднение при жевании?
 да нет
2. Испытываете ли Вы боли в ВНЧС?
 да нет справа слева
3. Возникает ли у Вас ощущение щелчка при открывании или закрывании рта?
 нет да справа слева
4. Испытываете ли Вы ограничения при открывании рта?
 да нет
5. Возникают ли у Вас боли в области лица?
 да нет

«___» _____ 201_г. _____

Примечание: в исследованиях учитывались лишь пациенты, имевшие затруднения при пережевывании пищи, не связанные со значительной потерей зубов.

Результаты исследования и их анализ

С 2007 по 2013гг. обратились за стоматологической помощью 6863 человека в возрасте от 18 лет и старше. Анкеты согласились заполнить 6383 человек, т.е. 7% по различным причинам отказались от анкетирования. У 134 человек (2,1%) после обследования, несмотря на указанные ими симптомы, нарушений в работе ВНЧС не выявлено.

Пациенты, обратившиеся целенаправленно на лечение МСД ВНЧС не анкетировались, их количество составило 48 от общего числа обратившихся — 6863, т.е. примерно 0,7%.

Из общего числа лиц, заполнивших анкеты (6383 человек):

- мужчин — 3000 (47%);
- женщин — 3383(53%).
- с одним симптомом — 1002 человека (что составило 15,7%);
- с двумя симптомами — 459 человек (7,2%)
- с тремя симптомами — 157 человек (2,47%)

Практическое значение

Анкетирование пациентов, как доступный, малозатратный и информативный метод, позволяет выявлять больных, имеющих нарушения в работе височно-нижнечелюстных суставов. Это позволит своевременно начать лечение и предотвратить развитие деструктивных процессов в височно-нижнечелюстных суставах.

Выводы

1. Из 6863 человек, обратившихся за стоматологической помощью, только 48 человек или 0,7% целенаправленно обратились за лечебной помощью по поводу мышечно-суставной дисфункции.
2. Из 6383 пациентов, заполнивших анкеты, с одним симптомом, указывающими на нарушения в ВНЧС, выявлено 1002 человека, что составило 15,7%; с двумя симптомами — 459 (7,2%).
3. Количество пациентов с тремя и более симптомами, указывающими на дисфункцию ВНЧС, составляет 157 больных (2,47%).
4. У 1619 больных (25,37%) из 6383, обратившихся за стоматологической помощью, выявлены нарушения в работе ВНЧС, включая 2,47% с развившейся дисфункцией ВНЧС суставов, которые на это не обращали внимания и следовательно не собирались заниматься лечением.
5. Предложенная методика выявления лиц с нарушениями в функционировании ВНЧС эффективна, проста, доступна и может быть предложена для применения в широкой стоматологической практике.

Список литературы

1. Банух В.Н., Постолаки И.И. Особенности планирования лечения при дисфункциях ВНЧС, связанных частично с

- утратой боковых зубов//Здравоохранение.– Кишинев.– 1984– №4. –С. 28–30
2. Гринин В.М., Максимовский Ю.М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава. *Стоматология*. 1998. — № 5. — С. 19–22.
 3. Гришков М.С. Стомато–неврологические параллели в диагностике и лечении миофасциальной болевой дисфункции лица. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2010.
 4. Долгалев А.А., Браги Е.А. Диагностика при комплексном лечении пациентов с окклюзионными нарушениями зубных рядов, ассоциированных с патологией ВНЧС. Актуальные вопросы клинической биологии. Сб. научн. статей. — Ставрополь, 2008.–С. 147–151
 5. Иорданошвили А.К. Комплексное лечение заболеваний височно–нижнечелюстного сустава у людей старших возрастных групп / журнал «Клиническая стоматология», «Институт стоматологии», 2012 — с. 76–78.
 6. Манфредини Д., Нардини Л.Г. Височно–нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения. / Москва, Санкт –Петербург, Алматы, Вильнюс «Азбука стоматолога», 2013.
 7. Персин Л.С., Шаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы. Издательство “ГЭОТАР–Медиа”, г. Москва, 2013.
 8. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно–нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 2002.
 9. Семкин В.А., Рабухина Н.А., Волков С.Н.(2011) Патология височно–нижнечелюстных суставов. М.: Практическая медицина, 2011. –168 с. : ил.
 10. Ткачук О.Е., Сысолятин С.П., Попова Т.Р., Шиян В.П. (2010) Особенности сочетания признаков, выявленных в ходе исследования распространенности внутренних нарушений височно–нижнечелюстного сустава у людей в возрасте от 18 до 22 лет. Матеріали Республіканської науково–практичної конференції «Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної стоматології і щелепно–лицевої хірургії», присвяченої 30–річчю з дня заснування кафедри хірургічної стоматології і щелепно–лицевої хірургії ХНМУ. — Харків, 2010.–С. 100–101.
 11. Хватова В.А. (2005) Клиническая гнатология: Учебная литература для слушателей системы последилового образования / Москва, «Медицина», — с. 127–239.
 12. AhbrsMO, JakstatHO. Специальные методы функциональной диагностики в практике врача–стоматолога / журнал «Современная стоматология» №2, 2007 — с. 131–133.
 13. Friction JR, Schiffmann EL, Epidemiology of temporomandibular disorders. In: Friction JR, Dubner R (eds). Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders. New York: Raven Press, 1995:1–14
 14. Gavish A, Halachmi M, Winokur E, Gazite E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls//J. Oral Rehabil. — 2000.– Vol.27, №1–P.22–32
 15. Molin C. From bite to mind: TMD — a personal and literature review. *Int J Prosthodont* 1999;12:279–288
 16. Rantala Mai, Ahlbert J, Suvinen TI, Savolainen A, Kononen M. Symptoms, signs, and clinical diagnoses according to the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders among Finish multiprofessional media personnel. *J Orofac Pain* 2003;17:311–316
 17. Raphael KG.. Marbach JJ, Janal MN, Hirschhorn–Roth R. Reliability of clinical judgement of bruxism. *J Oral Rehabil* 2003;30:113–118
 18. Șerbatuic D, Iovu G. DISFUNCTIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO–MANDIBULARE. ACTUALITATE — ж. «Medicina stomatologica» №4(29) 2013; C.18–23
 19. Smukler H. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. М., издательский дом «Азбука», 2006. — 136 с.

Data prezentării: 07.04.2014
Recenzent: Oleg Solomon

MONITORIZAREA STĂRII DE SĂNĂTATE PARODONTALĂ LA COPII ȘI ADUȘTI TINERI

Tatiana Porosencova,
doctorand

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Rezumat

Maladiile parodontale afectează adolescenții sub formă de gingivită și forma incipientă a parodontitei cronice precum și a parodontitei marginale agresive. Parodontita incipientă este frecvent nedignosticată de către clinicieni din lipsa înțelegerii a afecțiunii și suficiență perspicacitate diagnostică. Afecțiunile parodontale pot fi tratate cu succes prin standardele necesare ale intervențiilor și cel mai important, aceste afecțiuni pot fi prevenite [5].

Cuvinte-cheie: *afecțiuni parodontale, diagnostic, incipient.*

Summary

MONITORING OF PERIODONTAL HEALTH IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS

Periodontal diseases affect the adolescents in the form of Gingivitis and incipient form of Chronic Periodontitis and the Aggressive Periodontitis. The incipient Periodontitis is often not diagnosed by clinicians for the lack of understanding of the disease and sufficient diagnostic acumens. The periodontal diseases can be treated successfully by appropriate interventions and more importantly they are preventable.

Key words: *periodontal diseases, diagnosis, incipient.*

Introducere

Parodontita marginală cronică este cea mai frecventă formă a parodontitei ca maladie întâlnită la adulți, dar se poate manifesta în stadiile incipiente (inițiale) și la adolescenți [2].

Toate bolile parodontale cu debut precoce sunt inițiate de placa bacteriană și au ca rezultat o boală distructiv-progresivă la indivizii susceptibili. Această introducere scoate în evidență o clasificare pentru formele de parodontită care pot afecta copiii și adolescenții (clasificarea și etiopatogenia este dată de Kinane și alți autori)[3,4].

O dată cu vârsta, efectele cumulative ale pierderii atașamentului clinic, formarea pungii parodontale și pierderea de os alveolar devine tot mai evidentă și poate afecta o proporție considerabilă a populației adulte [2].

Adolescența este un stadiu de tranziție al dezvoltării umane fizice și mentale ce apare în general între pubertate și maturitate. Un număr mare de afecțiuni în maturitate își au începuturile în adolescență, de exemplu utilizarea tutunului, alimentarea irațională și nepracticarea exercițiilor fizice, problemele mentale ce duc la maladii cronice sau deces prematur. Parodontita cronică la fel își poate avea incipiența în adolescență și poate duce mai târziu în maturitate spre pierderi dentare cât și la asocierea afecțiunilor de sistem [2].

Cu o decadă în urmă, Academia Americană de Parodontologie a acceptat faptul că afecțiunile parodontale nu sunt limitate doar la populația adultă. Există o evidență epidemiologică că afecțiunea parodontală își poate avea incipiența în copilărie [5].

Scopul

Sistematizarea indicilor clinici parodontali în vederea estimării statutului parodontal la copii și adulți tineri.

Scopul a trasat următoarele obiective:

1. Estimarea unor indici clinici capabili să testeze inițierea procesului inflamator parodontal.
2. Aprecierea statutului parodontal la pacienții tineri (copii și adulți tineri).

Materiale și metode

În vederea estimării stării țesuturilor parodontale, ne-am propus aprecierea indicilor clinici parodontali cu utilizarea sondei parodontale automatizate (Florida Probe). Măsurările se efectuează electronic și sunt transferate în mod automat în computer în timp ce pedala de picior este apăsată. Sonda combină forța constantă de măsurare de 15g și o măsurare exactă a adâncimii pungii parodontale. Eficiența utilizării sondei automatizate constă în stocarea electronică a datelor, precum: adâncimea pungilor gingivale și parodontale, recesiei gingivale, aprecierea nivelului de atașament clinic, sângerarea la sondare, prezența plăcii bacteriene, introducerea factorilor de risc. Sistematizarea acestor rezultate, permite medicului într-un timp restrâns de a obține date informative și de a monitoriza în timp afecțiunea.

Diagnosticarea maladiei parodontale este determinată prin examinarea clinică completă și măsurarea nivelului clinic de atașament în jurul fiecărui dinte. Nivelul atașamentului clinic este calculat prin măsurarea

adâncimii pungii parodontale și a măsurării recesiei de la joncțiunea smalț-cement, considerat punct fix de referință. Măsurarea pierderii atașamentului este utilizată, deoarece comparația longitudinală în timp este mult mai elocventă decât alte metode [1].

Nivelurile de fixare clinică ale gingiei este un indicator excelent al distrucțiilor anterioare al aparatului de fixare parodontal și astfel poate fi utilizat pentru monitorizarea progresării parodontitei [1].

Caz clinic: Pacienta A. 24 ani.

S-a prezentat în clinică cu următoarele acuze:

Gingivoragii în timpul periajului, la masticăție, durere ușoară în zona incisivilor inferiori, aspect fiziomic neplăcut al dinților din cauza depozitelor dentare. Din istoricul medical, pacienta este la prima manipulație de igienă profesională în cabinetul dentar. Din spusele pacientei, membrii familiei sunt la evidența medicului stomatolog cu afecțiuni gingivale. Deși teoretic, conform chestionarului parodontal, pacienta a manifestat cunoașterea regulilor de periaj dentar, durata și frecvența efectuării acestuia, frecvența schimbării periei dentare, în urma examenului clinic am obținut:

Indicele de sângerare este pozitiv în 66 situsuri sondate (43%), adâncimea pungii parodontale în 28 situsuri sondate >3.4 mm (16%), adâncimea pungii parodontale în 12 situsuri sondate >5.4 mm (15%). Recesia gingivală a fost înregistrată la 22 dinți, fiind cuprinsă între 1-3 mm. S-au depistat depozite moi pe 63% din suprafețele dentare.

Pierderea atașamentului clinic și măsurarea adâncimii pungii, s-au înregistrat în 6 situsuri per dinte (meziobucal, bucal/facial, distobucal, meziolingual, lingual și distolingual).

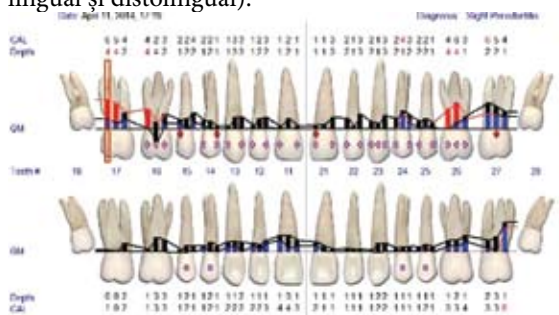


Fig. 1 Măsurarea adâncimii pungii parodontale, nivelul atașamentului clinic cu ajutorul sondei automatizate, indicele de sângerare, indicarea prezenței plăcii bacteriene la arcada superioară pe suprafețele vestibulară și palatinală

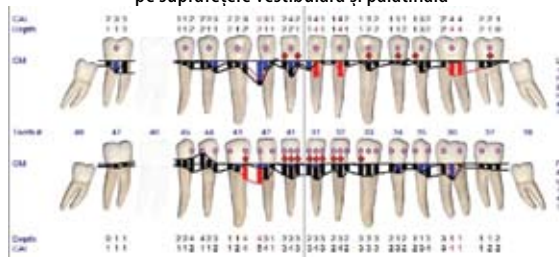


Fig. 2 Măsurarea adâncimii pungii parodontale, nivelul atașamentului clinic cu ajutorul sondei automatizate, indicele de sângerare, prezența plăcii bacteriene la arcada inferioară pe suprafețele linguală și vestibulară

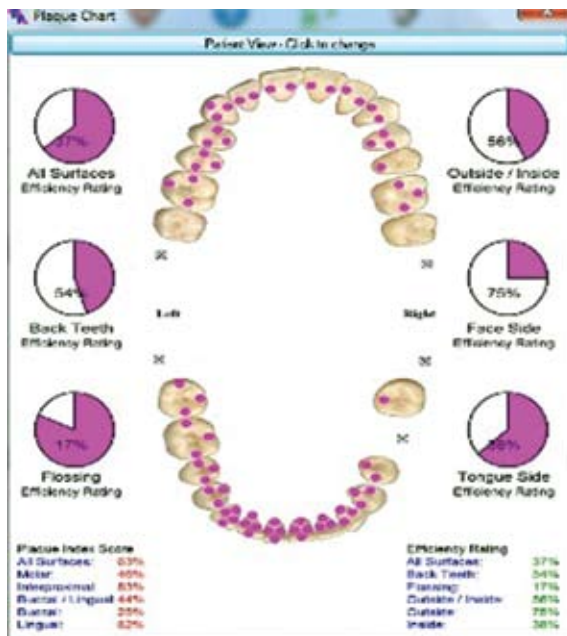


Fig. 3 Diagrama pentru placa dentară. Indică pacienței localizarea plăcii bacteriene

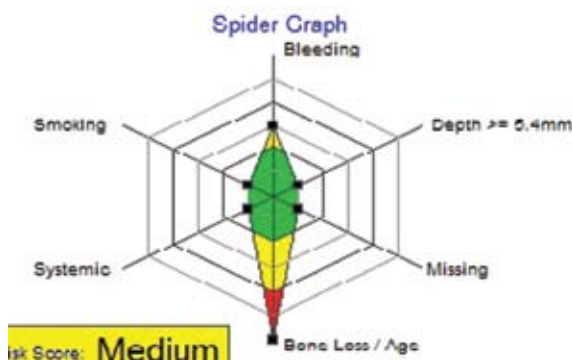


Fig. 4 Interrelația indicilor clinici parodontali, raportați la factorul de vârstă, indică un pronostic nefavorabil în ce privește conservarea țesuturilor parodontale

În urma estimărilor parametrilor clinici parodontali, cât și al factorilor predispozanți maladiei, prezentarea grafică Spider de analiză la risc (Fig.4), prezice un risc de grad mediu al pierderii de țesut osos o dată cu vârsta.

Prin analiza celor obținute, stabilim diagnostic parodontal: Parodontită marginală cronică incipientă localizată la 17;16;26;36;32;31;42;43;44;45.

S-a realizat terapia mecanică de înlăturare a depozitelor dentare, urmate de periajul și lustruirea cu polipanturi a suprafețelor afectate, nefiind asociat cu terapie adjuvantă antibiotică. Pacienței s-a explicat atât rolul igienei dentare, cât și importanța sănătății orale în contextul stării generale de echilibru a organismului. Astfel, aceasta a fost avertizată asupra posibilităților de legături dintre inflamațiile parodontale și boli generale.

Rezultate și discuții

Peste o lună, pacienta a revenit la control repetat conform indicațiilor.

Indicele de sângerare este pozitiv în 14 situsuri sondate (9%), adâncimea pungii parodontale în 1 si-

tus sondat >3.4 mm (1%) , Recesia gingivală a fost înregistrată la 22 dinți, fiind cuprinsă între 1-3 mm. S-au depistat depozite moi pe 10 situsuri (9%) din suprafețele dentare.

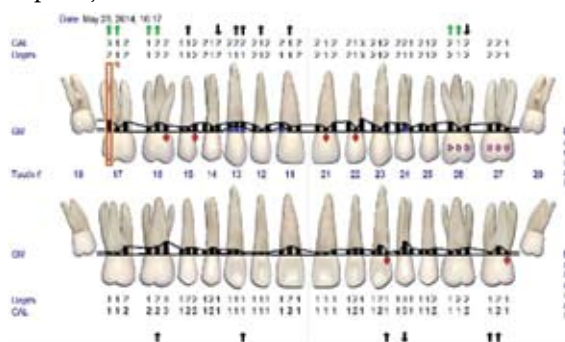


Fig. 5 Măsurarea adâncimii pungii parodontale, nivelul atașamentului clinic cu ajutorul sondei automatizate, indicele de sângerare, prezența plăcii bacteriene la arcada superioară pe suprafețele vestibulară și palatinală, la vizita repetată a pacienței

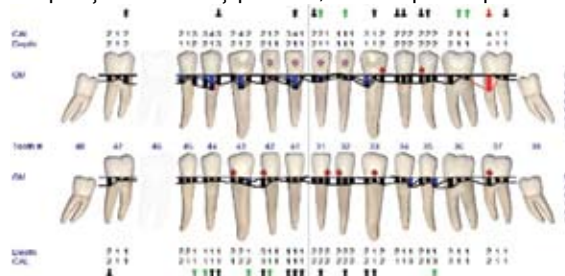


Fig. 6 Măsurarea adâncimii pungii parodontale, nivelul atașamentului clinic cu ajutorul sondei automatizate, indicele de sângerare, prezența plăcii bacteriene la arcada inferioară pe suprafețele linguală și vestibulară, la vizita repetată a pacienței

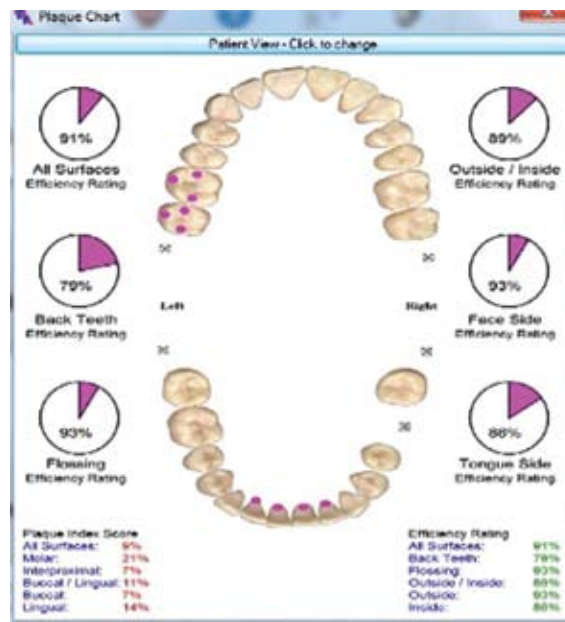


Fig. 7 Diagrama pentru placa dentară la vizita repetată a pacienței

Concluzii

Afecțiunea parodontală este una complexă și necesită o abordare minuțioasă și concretă pentru a obține rezultate elocvente.

Demonstrarea grafică a examinării parodontale, asigură pacientului o mai bună înțelegere a afecțiunii.

Rezultatele obținute arată că terapia inițială tradusă prin îndepărtarea agenților cauzali (placa bacteriană și tartru) este în general suficientă pentru eradicarea maladiei generale. În acest studiu de evoluție a bolii parodontale, nu este depășită capacitatea de apărare și regenerare a structurilor parodontale.

Totuși evoluția tratamentului depinde de biotipul parodontal și imunitatea organismului. Desigur, factorul primordial de succes este rigurozitatea igienei dentare.

Bibliografie

1. David P. Capelli. Prevention in Clinical Oral Health Care. Copyright ©2008 by Mosby, Chapter 2, page 21.
2. Valerie Clerehugh, Aradhana Tugnait and Robert Genco, Periodontology at a Glance, Chapter 34, page 69
3. Kinane D.F. (2001) Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification. Periodontology 2000; 26:7-15
4. Kinane D F, Attstrom R. (2005) Advances in the pathogenesis of periodontitis. Group B consensus of the fifth European workshop in Periodontology. J Clin Periodontol; 32 (Suppl 6): 130-131
5. Sood M. Diagnosis of Periodontal disease in adolescents. Journal of Innovative Dentistry, Vol. 1, Issue 1, Jan-April 2011

Data prezentării: 02.06.2014

Recenzent: Vasile Zagnat

DISFUNȚIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Rezumat

DISFUNȚIILE ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE (ATM)

Au fost mai puțin studiate în stomatologie. Disfuncția ATM desemnează orice problemă care împiedică funcționarea normală a sistemului complex de mușchi, ligamente, discuri și oase. Majoritatea medicilor stomatologi consideră că disfuncțiile ATM se referă doar la articulație și statusul psihologic al pacientului și necesită numai tratament medicamentos sau imobilizare. De aceea, obiectivul acestei prezentări este de a accentua necesitatea diagnosticului corect în diferitele etape ale disfuncțiilor ATM de la cele mai simple la cele mai complicate și mai greu de tratat [1].

Cuvinte cheie: *disfuncții ATM, deplasare de disc, dislocare de disc, incompatibilități structurale, ipsilateral.*

Summary

TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Temporal Mandibular Dysfunction is a relatively new area in modern dentistry. TMJ dysfunctions refers to any problem that restrains normal operations of the complex system of muscles, ligaments, discs and bones. Many clinicians still feel that T.M.D. refers only to articulation and psychological status of the patient and only require medical treatment or immobilization with splint. That's why the objective of the presentation is to teach the clinician to first recognize and properly diagnose the various stages of T.M.D. from the simplest to the most complicated and difficult to treat [1].

Key words: *TMJ dysfunctions, disc displacement, disc dislocation, structural incompatibility, ipsilateral.*

Introducere

Studierea disfuncțiilor ATM sunt un segment relativ nou în stomatologie. Acest domeniu este complicat prin faptul că savanții nu întotdeauna iau în considerație importanța funcției unei articulații temporo-mandibulare normale. Mulți medici încă mai cred că Disfuncțiile ATM, în esență, sunt o condiție psihosomatică întâlnită în primul rând la femeile în perioada menopauzei și care trebuie tratate prin terapie medicamentoasă sau/și, eventual, o atelă cu suprafață plană[4].

În realitate, Disfuncțiile ATM au fost raportate la 35% din numărul total de copii din America cu vârsta sub doisprezece ani. De asemenea, există numeroase dovezi, atât în literatura de specialitate cât și în literatura medicală, care afirmă că restaurările incorecte, precum și procedurile ortodontice pot complica și chiar iniția disfuncții ATM severe[4].

Obiectivul acestei prezentări este de a direcționa clinicienii spre un diagnostic corect în diferite etape ale disfuncțiilor ATM.

Dumitru Șcerbatiuc,
prof. universitar

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Grigore Iovu,
medic stomatolog

*Centrul Stomatologic
„Iovu-Dent“*

Inițial, trebuie abordată problema ce ține de diagnostic. Toți pacienții cu disfuncții ATM ar trebui împărțiți în două grupe de bază: cazurile cu deranjamente (perturbări) interne și cazurile cu deranjamente externe. Primele (cazurile cu deranjamente interne), reprezintă pur și simplu existența unei probleme de natură mecanică la nivelul capsulei articulației temporo-mandibulare. Deranjamentele externe indică faptul că există o problemă în cadrul sistemului muscular scheletic în afara capsulei ATM. Un alt tip de clasificare este reprezentată de disfuncțiile intra- și extra-capsulare. Toate deranjamentele externe sunt rezultatul deranjamentelor interne cu excepția problemelor cum ar fi, abces la nivelul mușchilor, traumatisme directe la nivelul complexului musculo-scheletic, sau probleme neuro-musculare, cum ar fi sindromul Meniere — acestea sunt situații unice, care trebuie să rămână probleme independente. Prin urmare, efectele secundare ale cazurilor de disfuncții ATM cu deranjamente externe ar trebui să scadă în cazul în care deranjamentele interne sunt abordate în mod corect [4].



Fig. 1 Poziția normală a discului articular față de condil

În acest moment, este necesar să discutăm despre funcția normală a ATM înainte de a aborda orice patologie (Fig.1). În primul rând, nu trebuie să existe abateri ca deviație sau deflecție în timpul deschiderii sau închiderii mandibulei. Nu trebuie să existe zgomete sau durere pe tot traiectul de deschidere al mandibulei. Deschiderea verticală normală ar trebui să fie de 40–60mm de la relația centrică. Excursia laterală normală ar trebui să fie de 12–15mm pe fiecare parte atunci când linia mediană este aliniată corect în relație cu linia interincisivă [4].

Deviație — este abaterea de la traiectoria verticală în timpul deschiderii cu revenirea la poziția inițială vertical-centrală [3].

Deflecția — este abaterea de la traiectoria verticală centrală fără revenirea la poziția inițială vertical-centrală [3].

Care sunt factorii precipitanți ai deranjamentelor interne ale articulației temporo-mandibulare?

Este bine cunoscut faptul că o traumă deschisă ar putea afecta articulația TM, astfel devenind un factor precipitant al afecțiunilor articulațiilor TM. Nu se cunoaște, însă, care sunt factorii cauzanți ai unui debut spontan al unei afecțiuni atunci când nu este implicată nici o traumă. Din perspectiva fizicii, este nevoie de un dezechilibru al forțelor pentru a deplasa un obiect,

iar discul este un astfel de obiect. Legile fizicii dictează că dacă forța în direcția anterioară este mai puternică decât forțele posterioare care o inhibă, atunci discul se va deplasa în față. Forțele primare care mențin poziția normală a discului în raport cu condilul vin de la ligamentele laterale și mediale ale articulației TM. Orice afecțiune a acestora duce la mobilitatea sporită a discului articular. O traumă la sigur poate afecta aceste ligamente, însă la fel poate și o microtraumă [2].

Microtrauma este prezentă atunci când ligamentele se află într-o stare de stres continuu. Probabilitatea unei microtraume este mai mare atunci când are loc o aliniere greșită a mandibulei în raport cu maxilarul. În acest caz fiecare închidere va provoca o anumită doză de stres în ligamente.

- Atunci când alinierea greșită a mandibulei are loc în direcția posterioară (distală) (ex. Clasa II), ligamentele ambelor articulații se află în stres.
- Când alinierea greșită are loc la nivel de mediane scheletale, stresul va fi concentrat în articulație în direcția căreia a deviat alinierea.
- În cazul pierderii suportului posterior unilateral, mandibula ar putea fi orientată posterior, iar condilul articular — în parte ipsilaterală, astfel stresând ligamentele discului (de partea defectului).
- O pierdere bilaterală a suportului posterior va provoca distalizarea mandibulei, astfel adăugând stres la ambele ligamente.
- Retracția excesivă a incisivilor maxilari în timpul tratamentului ortodontic, bruxismul nocturn/diurn și încheștarea tot pot fi factori precipitanți.

În final, este necesar de a înlătura microtrauma care provoacă stres în timpul re-capturării discului pentru a obține un rezultat cât mai stabil. Dacă doar discul este re-capturat, iar microtrauma nu este abordată, o recidivă este foarte probabilă [2].

1. *Deregările Complexului Condil-Disc articular*

- Deplasare de disc. Faza incipientă

Apare ca rezultat al elongării ligamentelor colaterale, laterale, al laminei retrodiscale inferioare și subțierii marginii posterioare a meniscului (trebuie reținut conceptul că ligamentele nu se întind, dar dacă o fac, ele compromit biomecanica articulației). În poziție „gură închisă” condilul se află pe marginea posterioară subțiată a discului (Fig. 2) ^[1].



Fig. 2. a) poziția normală a discului articular cu elongarea ligamentelor colaterale, laterale, a laminei retrodiscale inferioare și subțierea marginii posterioare a meniscului; b) deplasarea de disc

De ce are loc deplasarea? Posterior se găsesc ligamentele retrodiscale, care sunt foarte bine vascularizate și prezintă o ușoară elasticitate ca rezultat al elongării. Anterior se găsește mușchiul pterigoidian lateral superior care este inserat atât de condil, cât și de disc. Prin urmare tonicitatea acestui mușchi pare să învingă elasticitatea ligamentului retrodisca, astfel discul se va deplasa în direcție anterioară, iar condilul nu va fi plasat pe partea mijlocie a discului, ci pe marginea posterioară a acestuia. În mod normal între condil și disc are loc o mișcare de rotație, în faza incipientă a deplasării de disc, la deschidere, se produce o mișcare de translație între condil și disc, urmată mai apoi de mișcarea de rotație normală.

În deplasările de disc, faza inițială, s-ar putea auzi sunete articulare de intensitate sonoră mică, la deschidere timpurie și închidere a gurii, la care pacienții, de obicei, nu atrag atenție.

Dirrecția deplasării discului.

Dacă urmărim direcția de inserție a mușchiului pterigoidian extern (de la aripa mare a sfenoidului la condilul articular), observăm că acesta prezintă o tracțiune nu doar anterioară, ci și antero-medială. Deci discul are tendința de a se deplasa și medial atunci când ligamentele sunt elongate.

Există o varietate de deplasări de disc: unele pot fi anterioare, altele laterale, ocazional posterioare, dar în majoritatea cazurilor discul va migra antero-medial. În cazul unor traume acute, accidente, când suferă ligamentele colaterale, deplasarea de disc ar putea fi chiar medială [1].

b) Deplasare de disc cu reducție

Atunci când ligamentele continuă să se elongheze, iar marginea discului să se subțieze, mijlocul meniscului va fi poziționat anterior față de mijlocul condilului articular (în mod normal aceste 2 trebuie să coincidă), adică condilul funcționează în spatele discului, va avea loc o mișcare de translație, o mișcare neobișnuită care produce un sunet, un „click“, atât la deschidere, cât și la închiderea gurii.

Clicul la deschidere se produce în momentul când condilul vine în poziție normală față de disc, clicul la închidere se produce când condilul revine la poziția anormală față de disc și are loc de fapt deplasarea de disc. Acest din urmă „click“ se numește „click reciproc“

Clicul la deschiderea gurii poate apărea la 4–5mm, sau chiar la 20–30–40mm între dinții centrali superiori și inferiori, depinzând de laxitatea ligamentelor, dar clicul la închiderea gurii întotdeauna apare înainte ca dinții să contacteze.

Deplasarea de disc cu reducție semnifică faptul că discul încă menține contactul cu condilul și fosa articulară și poate să nu prezinte dureri, deoarece sunt încă suprafețele articulare normale. Dar dacă discul se deplasează un pic mai mult, atunci poate apărea durerea din cauza compresiunii ligamentelor retrodiscale [1].

c) Dislocare de disc cu reducție

Ce înseamnă dislocare? — o separarea a suprafețelor articulare. Discul poate fi dislocat, adică este în afara poziției lui normale și astfel nu mai articulează cu celelalte suprafețe articulare.

Deci, dacă ligamentele colaterale laterale continuă să se întindă, la fel și lamina retrodisca, dacă are loc o subțiere și mai mare a marginii posterioare a discului, atunci în mișcarea de deschidere a gurii discul are destulă libertate de a aluneca prin spațiul articular spre anterior, iar condilul va articula cu ligamentele retrodiscale — ceea ce înseamnă dislocare de disc. Aceasta nu este o dislocare a articulației temporo-mandibulare, pentru că, condilul se află încă în fosa articulară, ci este o dislocare a discului articular (Fig. 3) [1].



Fig. 3 a) deplasare de disc; **b)** dislocare de disc cu reducție

În poziție „gură închisă“ discul este mișcat anterior de condil—dislocare. La deschidere în articulație se exercită o decompresie, discul revine, fiind atras și menținut de ligamente și mușchi pe condil, care continuu se mișcă în față, trece de marginea posterioară subțiată a discului, se produce „click-ul“, are loc reducția discului. Un moment important de reținut: Dislocarea de Disc are loc în momentul închiderii gurii, când în articulație se produce o presiune, când dinții aproape contactează are loc clicul la închidere.

La dislocarea de disc cu reducție se aude un sunet de intensitate mare produs de deplasarea condilului peste marginea posterioară a discului. Aceste simptome sunt asemănătoare celor din deplasările de disc cu reducție, însă în dislocările de disc pacienții descriu că încearcă să „prindă“ articulația, iar la deschidere articulația uneori se blochează, fiind necesară mișcarea mandibulei dintr-o parte în alta pentru a găsi o poziție confortabilă.

Este foarte greu să diferențiem deplasarea de disc față de dislocarea de disc, deoarece în ambele situații tabloul clinic poate fi asemănător. Pentru un diagnostic diferențial fiind necesar o investigație de RMN (Rezonanța Magnetică Nucleară), cu indicarea poziției condilului față de disc în ocluzie. În cazul **deplasării de disc**, condilul este situat pe marginea posterioară a discului. În cazul **dislocării de disc** cu reducție, condilul este situat pe suprafața retrodisca (mai posterior). Această investigație nu poate fi folosită ca o investigație de rutină sau screening, deoarece este costisitoare și nu este ușor accesibilă. Indiferent că este o deplasare sau dislocare, tratamentul ar fi același [1].

d) Dislocare de disc fără reducție

Înseamnă că discul nu este adus înapoi în poziția sa normală față de condil în mișcarea de deschidere—

închidere. Atunci cînd pacientul deschide gura, condilul rămîne blocat în contact cu țesuturile retrodiscale, fără a ajunge în contact cu meniscul (Figura 4).



Fig. 4 Dislocare de disc fără reducere

Semnele clinice ale dislocării de disc fără reducere în faza acută

Prezintă 5 semne clinice:

Un istoric pozitiv (o adaptare pozitivă) — cînd a început? — pacienții răspund: „joiă trecută seara, cînd mîncam un măr și brusc mi s-a blocat articulația și de atunci nu mai pot deschide normal gura“. Sau pot spune: „m-am trezit ieri dimineața, iar articulația mea era blocată“. Deci pacienții au limitare în mișcările articulare.

1. Limitarea deschiderii gurii (25–30 mm)

Dacă pacientul prezintă o dislocare de disc fără reducere la nivelul articulației drepte și o poziție normală a discului la nivelul articulației stîngi, în timpul deschiderii gurii se observă o deflecție de parte ipsilaterală. Dacă considerăm că nu e suficient pentru a formula diagnosticul, atunci:

2. rugăm pacientul să execute o mișcare laterală

spre partea ipsilaterală— va fi o mișcare normală deoarece articulația stîngă se rotește, iar la nivelul celei drepte (unde este dislocarea de disc) are loc translația.

3. Dacă rugăm pacientul să execute o mișcare contralaterală dislocării de disc— vom observa o mișcare laterală restricționată (limitată) spre partea contralaterală, sănătoasă.

4. O eliminare bruscă (instantanee) a „click-ului“ — pacientul va spune că de cînd i s-a blocat mandibula (articulația), clicurile s-au oprit. Aceasta este din cauză că dislocarea de disc cu reducere (unde clicurile se auzeau) s-a transformat în dislocare de disc fără reducere (care nu pocnește).

Acut—înseamnă că aceste simptome apar în ultima săptămînă [1].

Semnele clinice ale dislocării de disc fără reducere în fază cronică

1. Rămîne un istoric pozitiv

2. Revenire treptată a deschiderii gurii (35–40 mm)— deoarece ligamentele retrodiscale se alungesc tot mai mult și permit o deschidere mai mare a gurii.

3. Mișcarea laterală de parte ipsilaterală rămîne normală.

4. Mișcarea contralaterală dislocării de disc fără reducere restricționată. Are loc o revenire la normal a mișcării laterale de parte contralaterală, la fel, din cauza întinderii ligamentelor.

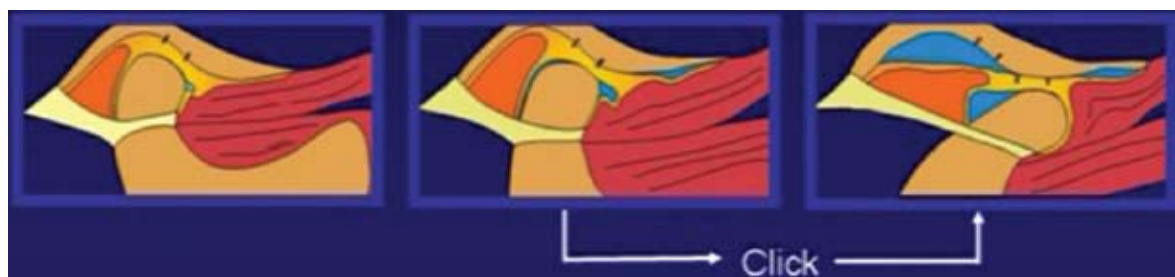


Fig. 5 Adeziune temporară în spațiul articular superior

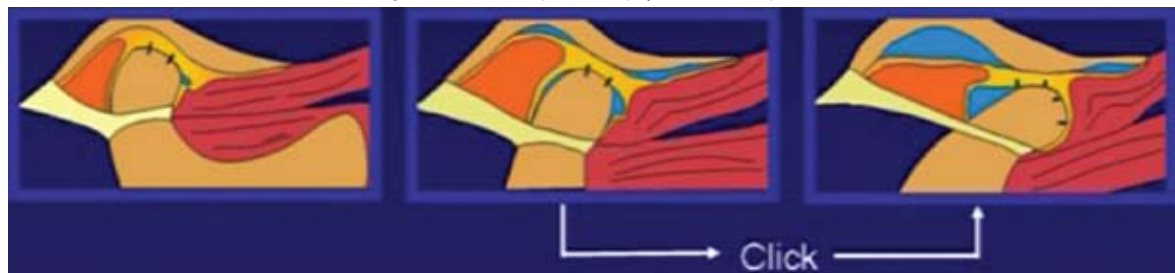


Fig. 6. Adeziune temporară în spațiul articular inferior



Fig. 7. Adeziune permanentă în partea superioară a articulației

5. Pot reveni sunetele articulare determinate de schimbări degenerative în articulația TM (pot apărea crepitații în locul clicurilor).

Prin urmare, în dislocările de disc fără reducere, cronică, simptomele nu sunt la fel de clare și uneori este foarte greu de diagnosticat. Așadar factorul critic în identificarea condiției date devine diapazonul limitat în deschiderea gurii 35–40 mm [1].

2. *Incompatibilitățile structurale ale Articulației Temporo-Mandibulare*

a) *Adeziune (lipire)*

Între fosa și discul articular poate exista un țesut de legătură (conectare) care poate bloca (limita) mișcările articulare.

Adeziune temporară în spațiul articular superior

Atunci când lubrefierea este absentă sau insuficientă poate avea loc o aderență a discului de fosa articulară. Astfel pacientul poate spune că s-a trezit dimineața cu o rigiditate în articulație și o forțează pentru a putea mișca mandibula. Când reușește, aude un clic, după care poate mișca articulația, deoarece ea este deja lubrefiată.

Deci, pacienții vor spune că articulația lor uneori pocnește. Dacă îi întrebăm: „când anume?“, ei vor răspunde: „dimineața mă trezesc cu mandibula rigidă, iar după ce o mișc se aude un click“, apoi se mișcă mai ușor (Fig. 5) [1].

Adeziune temporară în spațiul articular inferior

Este o situație clinică similară precedentei. Pacienții nu pot deschide gura complet, după care o forțează un pic, reușesc să deschidă gura, se rupe adeziunea și se aude un singur clic. Dar pentru că în aceste cazuri adeziunea se gasește în spațiul articular inferior, ei pot mișca articulația ceva mai mult, deoarece ansamblul disc-condil se poate roti și executa mișcarea de translație. De aceea acești pacienți pot deschide gura mai larg decât pacienții cu adeziune temporară în spațiul articular superior. (Figura 6) [1].

Adeziune permanentă în partea superioară a articulației

Adeziunile pot apărea din cauza unei inflamații. Astfel, dacă apare adeziune în partea superioară a articulației, discul va fi oprit din mișcarea de translație în momentul deschiderii gurii, iar condilul va articula cu marginea anterioară a discului sau chiar îl va depăși spre anterior (Fig. 7).

Cum ne putem da seama dacă a apărut o adeziune de acest fel sau nu?

Atunci când gura este închisă, pacientul se poate simți confortabil. Disfuncția apare atunci când el încearcă să deschidă gura, iar discul nu se mișcă – poate fi numit „disc fixat“. Pacientul va relata că la deschiderea gurii aude un clic întârziat, iar după aceasta îi este greu să închidă gura. Atunci când gura este deschisă poate să apară și durere.

În cazul adeziunilor trebuie să ne gândim la un alt tratament utilizând spre exemplu artroscopia. Capele, în schimb, nu sunt eficiente în astfel de cazuri [1].

b) *Abatere de la formă*

Este un alt tip de disfuncție ATM. Spre exemplu: colul condilului poate prezenta în plus o formațiune osoasă care este fiziologică, dar, în același timp, este o abatere de la forma anatomică normală a condilului. (Figura 8) Această formațiune osoasă poate determina deviații sau clicuri în timpul deschiderii gurii la o anumită distanță (spre ex: 25mm), după care nu se întâmplă nimic, iar la închidere, la exact aceeași distanță (ex: 25 mm) se aude clicul sau deviază din nou.

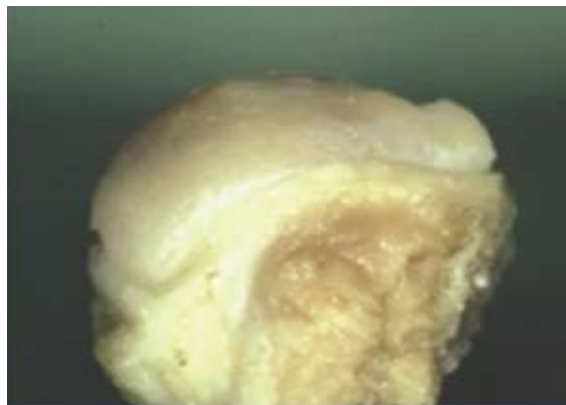


Fig. 8 Abatere de la formă a suprafeței condilului articular

Abaterile de la formă se caracterizează prin consistență și clic. Astfel, dacă avem un pacient care prezintă clicuri în același moment atât la deschidere, cât și la închidere, indiferent de viteza de închidere–deschidere, trebuie să ne gândim la o abatere de la formă.

Trebuie să diferențiem aceste tipuri de disfuncții ATM unele de altele, deoarece managementul terapeutic diferă la fiecare în parte [1].

Perforații de disc

Sunt destul de comune (obișnuite). Pot fi localizate atât la mijlocul discului, când condilul articulează direct cu fosa glenoidă, ceea ce este destul de grav. Însă pot fi localizate și la nivelul marginilor discului articular, (Fig. 9) nu este la fel de grav deoarece se schimbă doar hidrodinamica și sunt prezente mai multe fluide (lubrifianți atât din partea superioară, cât și din partea inferioară a articulației). Însă nu putem spune dacă acest tip de perforație prezintă simptome sau durere [1].

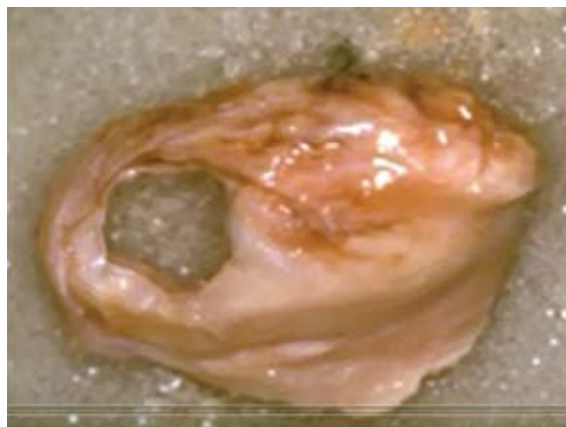


Fig. 9 Perforație articulară la nivelul marginii discului articular

c) **Subluxațiile**

Nu sunt considerate patologice. Subluxațiile apar datorită creșterii laxității elementelor periarticulare uni- sau bilaterale, este o excursie incompletă reductoare a condilului intact dincolo de eminența articulară. Pacienții singuri pot să aducă condilul în fosa articulară.

După cum am menționat, subluxațiile nu sunt patologice, dar dacă pacienții continuă să subluxeze mandibula, ligamentele se pot întinde mai mult și pot apărea incidente. De aceea astfel de pacienți nu trebuie să deschidă larg gura.

d) **Dislocare spontană**

Ocazional, putem avea pacienți care vin la un oarecare tratament, aplicăm *ruber dam-ul*, iar după o oră, când scoatem *ruber dam-ul*, pacientul nu poate închide gura, rămâne cu gura deschisă, blocată— acestea se numesc *dislocări spontane*.

Pe ortopantomografie putem observa cum condiliile articulare se găesc anterior de eminența articulară, de aceea pacienții nu pot închide singuri gura și trebuie ajutați. Pentru aceasta, pacientul trebuie să stea cât mai relaxat. Dacă singuri nu reușesc să revină la normal, atunci medicul trebuie să se așeze în fața pacientului și îi prinde mandibula între police și index, apoi imprimă o presiune ușoară îndreptată în jos și apoi spre spate (posterior), astfel reducem dislocarea spontană.

Dacă discul rămâne dislocat pentru o perioadă mai îndelungată de timp, condilul va apăsa pe țesuturile retrodiscale (zona bilaminară), acestea din urmă se pot inflama, ceea ce se numește — **retrodiscită**. Retrodiscita este o sursă continuă de durere.

Între timp, țesuturile retrodiscale se pot rupe și se poate dezvolta **osteoartrita** (sau afecțiune temporo-mandibulară degenerativă), în acest caz condilul va articula cu fosa articulară. Nu toate articulațiile cu osteoartrită prezintă durere, deoarece în timp se formează un os sclerotic, de o formă neobișnuită și fără durere, ceea ce poartă denumirea de — **osteoartroză** [1].

Facând o concluzie a celor spuse mai sus reese o schemă care demonstrează că de la o simplă dislocare de disc există o avansare continuă spre osteoartrită (Fig. 10).

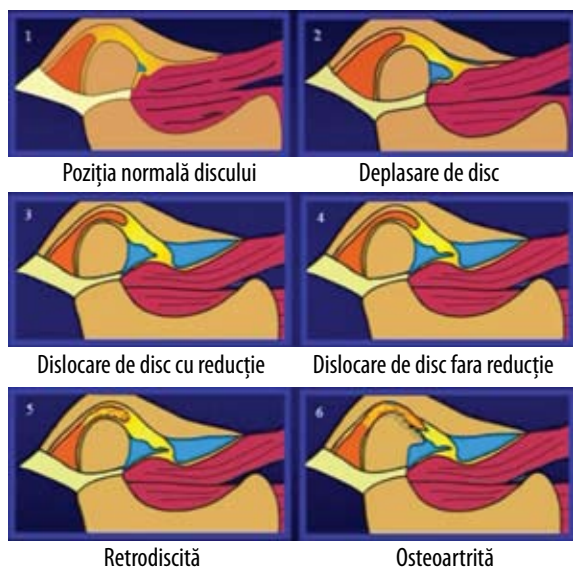


Fig.10 Evoluția disfuncțiilor Articulației Temporo-Mandibulare

Există 2 întrebări importante care influențează tratamentul:

I. Care este etiologia deranjamentului de disc articular?

1. Macrotrauma (cea mai comună etiologie)
 - a. Trauma brutală: — accidente sportive (atleți, boxeri)
 - accidente rutiere;
 - lovituri neașteptate, etc.;
 - b. Trauma iatrogenică:
 - procedura de intubare
 - extracția molarului III
 - proceduri stomatologice îndelungate
 - tracțiuni cervicale;
2. Microtrauma: — încărcare excesivă în timp;
 - hipoxie/ reperfuția țesuturilor articulare.
 - a. Hiperactivitate musculară cronică — parafuncții: bruxism, încheștarea maxilarelor;
 - b. Instabilitate ortopedică — dacă este asociată cu încărcare excesivă, determină instabilitate articulară, instabilitate ocluzală [1].

II. Dacă perturbările de disc progresează întotdeauna?

În funcție de situație, deranjamentele de disc pot progresa sau nu. În timp, unii pacienți pot acuza dureri mai mari și sunete articulare mai intense. Alții, pot spune ca articulația lor pocnește de la 18 ani, de când au fost loviți în barbă și nu-i deranjează nimic, deoarece articulația este adaptată.

Frecvența clicurilor sunt redată în tabele 1 și 2 [1].

Tab. 1 Studii epidemiologice a sunetelor articulare selectate pe grupe de vîrstă

Autorul	Vîrsta	% Clicuri
G.Bernal et al, 1986	3-5	5%
Nilner et al, 1991	7-14	8%
Nilner et al, 1991	15-18	14%
W.K.Solberg et al, 1979	18-23	28%
A.de Laat et al, 1985	22-28	30%
C.E.Reider et al, 1983	40-49	50%
T.Osterberg et al, 1979	70	37%
T.W.Morris et al, 1998	83	20%

Tab. 2 Studiile pe termen lung a sunetelor articulare netratate

Autorul	#Subiecți	Anii	Constatări
S.Greene, 1983	100	5,2	38% fără clicuri 35% îmbunătățiri 1% înrăutățiri
J.P.Okeson, 1995	84	4,5	38% fără clicuri 32% îmbunătățiri 7% înrăutățiri
H. Sato et al, 2003	24	2,1	24% fără clicuri 4% înrăutățiri
John C. Magnusson et al, 1985	35 cu clicuri 38 fără clicuri	5 5	46% fara clicuri 50% clicuri prezente
R.de Leeuw et al, 1994	45 cu clicuri 8% cu crepitații	30 30	62% fără clicuri 38% cu crepitații
H.M.Bush, 1987	33 cu clicuri 65 fără clicuri	3,5 3,5	31% fără clicuri 66% clicuri prezente

Din cele expuse în tabele ajungem la concluzia că nu toate clic-urile progresează. Astfel apare o întrebare importantă: care clicuri trebuie tratate?

Dacă un pacient intră în cabinet și indică care articulație pocnește, prima întrebare care o adresăm va fi: „clicul este însoțit de durere sau nu?”. Dacă durerea este prezentă, ne transmite urmatorul mesaj: articulația nu este adaptată.

Adaptarea este importantă deoarece ea indică raportul dintre celulele distruse și celulele reparate. Dacă aceste 2 grupe de celule sunt egale — apare durerea, dar dacă sunt mai multe celule de reparare decât celule distruse, atunci avem o articulație adaptată [1].

Simptome clinice care indică o dereglare funcțională a Sistemului Stomatognat pentru un diagnostic clinic:

1. Simptome dentare:
 - suprafețe dentare abrazate;
 - fisuri verticale în smalț;
 - defecte cuneiforme la coletul dinților (supra-solicitare–forțe distructive asupra dintelui);
 - sensibilitate sporită;
 - dureri pulpare (pulpalgii) la dinții intacti;
 - fracturarea suprafețelor de ceramică;
 - atrofia țesutului osos în parodontite (radiologic);
 - mobilitate dentară (parodontite);
 - urme dentare pe suprafața laterală a limbii (hipertrofia limbii);
 - pierderea implantelor, fracturare.
2. Simptome musculare:
 - dureri în regiuni musculare;
 - oboseala musculară în timpul alimentației, vorbirii (spre seară), adesea mușcarea limbii, obrazului, buzelor;

- limba cu digitații (semne dentare laterale);
 - dureri, presiuni în regiunea auriculară;
 - vertij;
 - zone trigger dureroase în mușchi, iradiere;
3. Simptome de disfuncție articulară:
 - dereglarea amplitudinii și caracterului de deschidere;
 - sunete articulare;
 - dureri în timpul palpării articulației temporo-mandibulare;
 - dureri auriculare;
 - dureri bine determinate în articulație;
 - sunete, clicuri articulare.

Concluzii

1. În diagnosticul disfuncțiilor ATM o însemnătate deosebită are cunoașterea mecanismelor anatomo-fiziologice ale articulației, deoarece ATM reprezintă un sistem biofuncțional complex.
2. În centrul atenției disfuncțiilor ATM se găsește starea discului articular.
3. Cunoașterea munițioasă a anatomiei, fiziologiei ATM și dereglărilor lor este baza diagnosticului și tratamentului afecțiunilor articulare.

Bibliografie

1. Jeffrey P. Okeson: Intra Capsular Disorders of TMJ, 2005.
2. BioResearch Annual Conference Journal, 2013.
3. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В., Патология ВНЧС, 2007, p.13–15; 25–27.
4. Dr J W „Skip” Truitt: Temporal Mandibular Dysfunction, Colegio Nacional De CiRujanos Dentistas B.S. D.D.S.

Data prezentării: 29.04.2014

Recenzent: Valentin Topalo

PROGRAM DE TRATAMENT COMPLEX AL EROZIUNILOR DENTARE

Adriana Șabazova,
doctor în medicină

Valeriu Burlacu,
d.m., profesor universitar

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Emilia Pelin,
medic stomatolog

*Clinica Universitară
Stomatologică*

Rezumat

Deși la prima vedere, abordarea curativă a eroziunilor dentare pare a fi simplă, cercetările generale demonstrează necesitatea tratamentului multilateral. Combinarea metodelor restaurative, medicamentoase și fizioterapeutice, paralel cu excluderea unor substanțe acide, aparent inofensive, pot soluționa problema defectelor deja existente, menține stabilizarea procesului sau chiar elimină invaziile erozive.

Cuvinte cheie: eroziune dentară, tratament conservativ, materiale compozite.

Summary

COMPLEX TREATMENT PROGRAM OF THE DENTAL EROSION

Although at first glance, dental erosion's treatment appears to be simple, general researches demonstrate the need for multilateral treatment. Combining restorative, drug and physiotherapeutical methods, along with the exclusion of acidic substances, seemingly harmless, they can solve the problem of existing defects, may retain the stabilization of the process or can eliminate erosive invasions.

Key words: dental erosion, conservative treatment, restorative materials.

Actualitatea temei

În cazul eroziunilor dentare, atât pacienții, cât și mulți practicieni preferă să amâne tratamentul pe motiv că trebuie așteptat ca leziunile erozive să se mărească și abia apoi să intervină și să le țină sub control. Acești clinicieni nu iau în considerare că pacienții mai devreme sau mai târziu vor avea nevoie de tratament restaurativ, care va fi mult mai invaziv, iar întârzierea terapiei eroziunilor dentare va duce în mod inevitabil la afectarea masivă a țesuturilor dentare dure.

Este cunoscut faptul că cu cât este mai tânăr pacientul, cu atât principiul de preparare minimală și de păstrare a țesuturilor dentare dure devine decisiv. Restaurarea compozițională directă a a dinților este recunoscută în prezent ca fiind cea mai conservativă tehnologie existentă în stomatologia estetică [4].

Materiale și metode

Studiul de față reprezintă o analiză a datelor acumulate în procesul explorării a 101 de pacienți care au prezentat leziuni dentare erozive cu grad diferit de manifestare. Tratamentul eroziunilor dentare s-a aplicat în funcție de gravitatea procesului eroziv și de individualitatea pacientului.

Tratamentul conservativ medicamentos al eroziunilor dentare a inclus:

1. administrarea locală a unor preparate desensibilizante (*Ultra-Ez* și *Gluma Desensitizer*);
2. aplicarea unor proceduri de fizioterapie (electroforeza cu gel *Bio-R* de 0,1%).

Aplicarea locală a desensibilizantelor a contribuit la suprimarea durerii dentinei hipersensibile. Aceste preparate au fost indicate chiar și la dureri puternice ca reacție la stimuli termici, tactili și osmotici.

Tratamentul miniinvaziv restaurativ (cu coafaj indirect) al eroziunilor dentare a presupus parcurgerea mai multor etape:

1. anestezierea cu *Articaine Hydrochloride*;
2. prepararea leziunilor erozive, cu formarea bizotului adamantinal și a șanțurilor de retenție internă;
3. inserarea firului de retracție;

4. izolarea dinților cu diga;
5. aplicarea sistemului adeziv;
6. restaurarea propriu-zisă:
 - căptușeala pe bază de hidroxid de calciu;
 - obturația de bază tip *liner*;
 - obturația permanentă;
7. șlefuirea, lustruirea și poleirea;
8. ermetizarea dintelui.

Atunci când pacienții s-au adresat cu pulpite acute și cronice ca rezultat al eroziunilor dentare, implicate în distrucții până la camera pulpară și erau indicații pentru devitalizare, înainte de lucrările de restaurare s-a recurs la tratament endodontic (terapie maxiinvasivă).

Alt aspect al tratamentului a fost excluderea xerostomiei [1,2]. Secreția salivei poate fi stimulată prin mestecarea gumei fără glucide timp de 5 minute. În primele minute de mestecare a gumei se produce de 10 ori mai multă salivă decât în normă.

Tratamentul obturațional al suprafețelor netede a fost indicat în cazul leziunilor erozive ale țesuturilor dentare dure. A fost rațional ca terapia eroziunilor dentare să o începem neinvasiv. Acesta a presupus, în primul rând, operarea unor modificări în regimul alimentar al pacientului (cu includerea produselor cu acțiune neerozivă). În al doilea rând, explicarea și respectarea procedurii corecte de igienă dentară. O importanță deosebită, în acest sens, a avut și excluderea suprasolicitării danturii în procesul de masticatie (înlăturarea hiperbalanței și precontactelor).

Terapia maxiinvasivă de restabilire morfo-funcțională a fost indicată numai în cazul prezenței simptomelor durabile persistente și pentru obținerea efectului estetic.

Materialele compozite au fost folosite pentru obturarea tuturor cavitațiilor dentare, care erau înconjurate de adamantină sănătoasă.

În cazul preparării mecanice am ținut cont de faptul că, spre colet, distanța până la organul pulpar este nesemnificativă. Din aceste considerente, cavitatea avea forma curburii suprafeței dentare. Cu ajutorul frezelor diamantate cilindrice și conice formam o cavitate minimală. Aspectul cavității corespundea lățimii defectului eroziv și direcției marginii gingivale, având forma unei cuve.

În situația clinică a eroziunilor dentare, adamantina înconjoară din toate părțile defectul eroziv, fapt care va necesita ca marginile cavității să fie bizotate (cu un bizot nu mai mic de 0,5 mm) cu ajutorul frezelor cilindrice. În calitate de bază curativă, am folosit materialul de hidroxid de calciu care asigură o adezivitate bună la țesutul dentinei. În calitate de izolare am folosit *lineri*.

În cazul prezenței unor leziuni erozive în care sectorul de colet se prezenta în formă de farfurioară, situația clinică nu necesită aplicarea procedurii de preparare mecanică. După curățarea suprafeței de dentină cu periute speciale, restaurarea era aplicată prin coeziune adezivă, folosind în acest scop tehnologia gravării smalțului, intermediarii dentinoleganți și bondingul.

logia gravării smalțului, intermediarii dentinoleganți și bondingul.

În perioada aplicării tratamentului, le-am prescris pacienților folosirea preparatelor de calciu în calitate de aditivi alimentari. Necesarul zilnic pentru copii a constituit 500–800 mg, iar pentru adulți — până la 1200 mg.

Leziunile dentare de mici dimensiuni, cauzate de procese erozive, au fost tratate prin obturații compoziționale nemasive, îndeosebi în situațiile în care țesutul remanent dur era într-o stare estetică bună. În acest caz se proceda în funcție de situația clinică existentă, care determina scopul tratamentului — obținerea unor rezultate estetice și restabilirea funcționalității dinților.

De regulă, în acest scop se da preferință materialelor care corespund cerințelor tehnice, rezistă forțelor ocluzale și sunt simple de folosit. Compozitele hibride sunt aplicate mult mai frecvent, deoarece sunt rezistente și netede la suprafață după polimerizare. Aceste compozite sunt elaborate în diverse nuanțe, opacitate și consistență. Există și compozite de microumplere, care sunt folosite tot mai mult la efectuarea unor lucrări stomatologice de reconstituire a unui aspect estetic natural.

În ultimul deceniu, piața materialelor stomatologice s-a diversificat foarte mult. Este vorba, în acest sens, și de apariția unor agenți de legătură cu smalțul dinților — sistemele adezive. Astăzi există câteva generații de astfel de adezivi. Sistemele adezive asigură o coeziune destul de stabilă față de adamantină și dentină, fapt care permite evitarea fracturilor dentare coerente și a celor de refacere. Stomatologul poate alege și poate decide ce adeziv va folosi.

Materialele compozite hibride se caracterizează prin stabilitate și rezistență la factorii exogeni. Compozitele de microumplere se polizează foarte ușor, dar deseori se despică, fapt care le face recomandabile în sândviș-tehnici. Ele pot fi folosite cu succes în sectoarele nesupuse forțelor ocluzale nemajore și pe suprafețele masticatorii unde aspectul adamantinal și capacitățile de polizare au o însemnătate deosebită (suprafețe mai frecvent depistate la erodarea țesuturilor dentare dure).

Culoarea dintelui va fi selectată înainte de izolarea lui și când dintele rămâne umectat. Cheile de culori propuse de producători, de regulă, nu redau tonalitatea reală a materialului, de aceea este necesară determinarea culorii dintelui după materialul (care va fi folosit) deja preparat. Vom proceda astfel, ținând cont de faptul că dinții sunt policromi, deoarece straturile mai profunde de dentină sunt acoperite de smalț transparent. În afară de aceasta, vom lua în considerație și faptul că culoarea dintelui în sectorul precolar se deosebește de culoarea coroanei în sectorul din treimea medie a lui, în sectoarele proximale și în zona marginii incizale.

Prin urmare, la selectarea și aplicarea straturilor individuale de culoare, se va ține cont de modificarea opacității restaurării și va fi necesară o analiză foar-

te minuțioasă. Compozitele repartizează neuniform culoarea și lumina îndreptate spre smalț și dentină. Va fi nevoie ca particularitățile cromatice ale dintelui natural să fie reproduse cu o precizie maximală, cu aplicarea compozitului în straturi de diverse tonalități. În afară de aceasta, se va ține cont de faptul că compozitele hibride se aseamănă la culoare cu dentina, pe când cele de microumplere — cu adamantina. Aplicarea mai multor straturi de compozit nu va diminua adeziunea sau rezistența, deoarece pe suprafața stratului de compozit polimerizat se formează un strat umectat bogat în oxigen.

Luând în considerație faptul că saliva și sângele micșorează adeziunea compozitului la țesuturile dentare dure, va fi necesar de aplicat cel mai eficient procedeu de izolare a câmpului operator de aceste lichide biologice cu coferdam. Ca o alternativă, noi am folosit în acest scop și retractorul labial, firul de retracție și aspiratorul de salivă — acestea fiind foarte eficiente numai în cazul utilizării lor corecte.

Aplicarea maselor compoziționale a presupus executarea corectă, cu particularități, a defectelor erozive:

1. a fost înlăturat volumul de țesut dur, necesar unei adeziuni adecvate și rezistenței restaurării;
2. smalțul erodat și dentina au fost înlăturate cu instrumente rotative;
3. prepararea adamantinei, formarea bizotului și punctelor de retenție s-au executat cu freze diamantate cu piesa pneumatică cu răcire,
4. cavitatea a fost formată cu freze diamantate în formă de pară;
5. îndepărtarea adamantinei de suprafață și bizotarea marginilor cavității s-a executat cu freză diamantată-con ascuțit.

Procesul de restaurare a fost divizat în etapele de aplicare a sistemului adeziv (gravare, primer și bonding), de aplicare a compozitului, de prelucrare finală a reconstituirii și ermetizarea acesteia.

Rezultate obținute și discuții

Cercetările efectuate ne-au permis să distingem 3 situații de eroziuni dentare în care este necesar să se procedeze la tratament, și anume, atunci când: este afectată integritatea dentară; dentina expusă este hipersensibilă; defectul eroziv este inestetic.

Analiza tratamentului simptomatic ne permite să confirmăm faptul că hiperestezia a dispărut la 72,1% din pacienții cărora li s-a aplicat soluția de *Gluma Desensitizer*, 74,4 %- *UltraEz* și 73,7% — gel *BioR* de 0,1%.

Pentru combaterea hipersensibilității le-am recomandat pacienților să folosească o varietate de paste de dinți cu efect desensibilizant (din seriile *Sensodyne C*, *Sensodyne P*, *Oral-B*, *Жемчуг*), care includ componente biologice active: ioni de calciu, glicerofosfat de calciu, hidroxiapatite, citrat de zinc, natriu, triclosan. Citratul de calciu atenuează sindromul dolo, iar triclosanul este cunoscut ca un antiseptic eficient [3].

Importanța practică

Constă în punerea la dispoziție stomatologiei practice a opțiunii de tratament miniinvaziv și maxiinvaziv. Acordarea unei atenții mai mari profilaxiei distrofiilor dentare, în deosebi a eroziunilor dentare, rămâne a fi partea cea mai responsabilă a tratamentului. Oricare pacient trebuie să fie abordat individual și fiecăruia să i se ofere informația medicală adecvată cu privire la afecțiunea stomatologică pe care o are.

Concluzii

Tratamentul eroziunilor dentare a presupus parcurgerea obligatorie a câtorva etape, care, în ultimă instanță, au putut fi structurate clar într-un algoritm (terapia conservativă medicamentoasă, miniinvazivă restaurativă și maxiinvazivă). Conform numărului de dinți tratați stabilitatea leziunilor erozive a fost de 91,46% ($p < 0,1$).

Bibliografie

1. Hall AF. The effect of saliva on enamel and dentine erosion. *J Dent* 1999;27:333-9 p.
2. Jonsson R. et al. Oral and Dental Manifestations of Sjogren's syndrome: Current Approaches to Diagnostics and Therapy. *Sjogren's syndrome*: Springer New York, 2012, 72-74 p.
3. Lan W.H., Lui H.C. Treatment of dentine hypersensitivity: Yag laser. *J.Clin.Laser Med.Surg.*, 1996, 14: 89-92 p.
4. Lussi A. Dental Erosion. From Diagnosis to Therapy. *Monographs in Oral Science*, Vol.20, 77-140, 173-212 p.

Data prezentării: 15.05.2014

Recenzent: Ana Eni

TRATAMENTUL COMPLEX AL PARODONTITEI APICALE CRONICE GRANULOMATOASE

Rezumat

Dată fiind ponderea mare a patologiei periapicale cronice, considerăm că prin stabilirea criteriilor diagnostice și a variantelor terapeutice, putem obține păstrarea dintelui pe arcadă o perioadă mai îndelungată. Progresele înregistrate în medicina dentară contemporană, vizând metodele profilactice și curative, nu au reușit să elimine patologia periapicală. Tratatamentul terapeutic este acceptat mai ușor de către unii pacienți, dar implică multiple ședințe de terapie și rezultatul în timp uneori este nesatisfăcător. Din nefericire, tratamentul chirurgical este încă preferat de o mare parte dintre pacienți pentru că reprezintă o variantă rapidă.

Cuvinte cheie: *tratament conservativ-chirurgical, parodontita apicală granulomatoasă, rezecție apicală.*

Nicolae Chele,
d.m., conferențiar
universitar

Sofia Mostovei,
rezident

Catedra de Propedeutică
Stomatologică și
Implantologie Dentară
„Pavel Godoroja”,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Summary

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

Given the high percentage of chronic periapical pathology, we believe that by establishing diagnostic criteria and therapeutic alternatives, we can get keeping the tooth on the arch for a long time. Progress in modern dentistry aimed at prevention and curative methods have failed to eliminate the periapical pathology. Conservative treatment is more easily accepted by some patients, but involves multiple sessions of therapy and sometimes the result is unsatisfactory. Unfortunately, surgery is still preferred by a majority of patients because it is a quick option.

Key words: *conservative and surgical treatment, chronic apical periodontitis, apical resection.*

Introducere

Parodontitele apicale cronice constituie una din problemele de bază a terapiei stomatologice contemporane. La momentul actual există o gamă vastă de remedii și tehnici de tratament. Însă aceste metode nu întotdeauna asigură efectul scontat, deoarece afecțiunile periapicale pot decurge timp îndelungat fără manifestări clinice, provocând deseori schimbări ireversibile în țesutul osos.

Opiniile precum și metodele de tratament descrise în literatura de specialitate deseori sunt contradictorii, fapt ce creează dificultăți în alegerea unei abordări terapeutice optime și corecte.

Una din problemele nesoluționate în acest sens este stabilirea unor limite clare ce va determina eficiența utilizării tehnicilor terapeutice de tratament de cele chirurgicale[7].

Cercetările din ultimii 15 ani au relevat o rată înaltă (50–70%) de complicații provocate de formele distructive ale parodontitei apicale cronice. În aproximativ 80% din cazurile examinate s-au determinat canale radiculare obturate necalitativ, iar în cadrul tratamentului endodontic a parodontitelor apicale în dinții pluriradiculari, aceasta poate atinge cifra de 95%[4,5]. De asemenea, în aspect epidemiologic și clinic, parodontitele apicale se întâlnesc des și afectează o parte din populație încă din copilărie. Către vârsta de 12 ani parodontitele apicale, în general, alcătuiesc 35–39% din totalitatea de complicații ale cariei dentare, iar către vârsta de 18 ani–45%. În timp ce între 35–44 ani pierderea dinților din cauza parodontitelor apicale constituie 42%, valorile indicelui în cauză ating 78% către vârsta de 65 ani (E. B. Боровский, 2003).

Aceiași autori constată că din 6–7 dinți extrași la pacienți de 35–44 de ani, parodontitei apicale cronice îi revine circa 61%. Mai mult decât atât, focarele periapicale reprezintă un pericol eminent de dezvoltare a afecțiunilor cardio-vasculare,

diabetului zaharat cu urmări și valențe de ordin clinic general [4, 5].

În opinia unor autori, din punct de vedere morfopatologic și al aspectelor clinico-radiologice, pot fi deosebite trei tipuri de parodontite apicale cronice granulomatoase[8]:

- granulom simplu conjunctiv;
- granulom epitelial — cu 2 forme: fungoasă sau chistică;
- granulom chistic.

Granulomul conjunctiv

Este o osteită cronică a osului alveolar și se caracterizează prin constituirea unei formațiuni granulomatoase la apexul unui dinte.

Aspectemorfopatologice:

Microscopic: țesut de granulație format din rețea de fibre conjunctive (fibroblaști, fibrociti), infiltrat celular (limfocite, plasmocite, histiocite, rar leucocite și poliblaști), capilare de neoformație; la periferie: aglomerare de fibre de colagen, celule, constituind o falsă membrană.

Macroscopic: volum variabil (3–4 mm); forma rotundă sau ușor ovalară; este în continuarea spațiului periodontal.

Granulom epitelial

Din punct de vedere morfopatologic este un granulom conjunctiv ce conține și celule epiteliale. *Simp-tomatologic* este similar celui conjunctiv.

Radiologic— similar cu granulomul conjunctiv, însă volumul și radiotransparența este mai mare.

Granulom chistic reprezintă stadiul final al granulomului epitelial netratat.

Morfopatologic: la periferia formațiunii se găsesc fibre conjunctive și de oxitalan, iar în interior: lichid clar, cu cristale de colesterină, care în acutizări devine turbure, purulent și hemoragic.

Radiologic este prezentat de radiotransparență mai accentuată decât la celelalte forme, dimensiuni variabile (5–6mm) datorită demineralizării masive din focar, sărurile minerale se aglomerează la periferia procesului, astfel apare limita radio-opacă observată pe radiografie.

În prezent se observă o tendință către majorarea morbidității afecțiunilor odontogene, fapt ce se datorează și lipsei acuzelor, patologia fiind depistată deseori tardiv și întâmplător, iar aspectul radiografic trădează deja un proces periapical distructiv și avansat [1]. Pentru a evita asemenea stări, este necesară asocierea metodelor terapeutice și chirurgicale de tratament ceea ce va permite o atitudine menajantă față de complexul dento-parodontal și țesutul osos.

Scopul lucrării

Evaluarea metodelor chirurgicale și terapeutice de tratament al parodontitelor apicale cronice granulomatoase.

Obiective

- Studiul retrospectiv a pacienților tratați prin diferite metode conservativ-chirurgicale în

cadrul Clinicii Stomatologice SRL „Masterdent“;

- Studiarea eficacității tratamentelor conservativ-chirurgicale și obiectivizarea tratamentului chirurgical.

Materiale si metode

Pentru realizarea scopului au fost evoluți 80 pacienți care s-au adresat primar în perioada 1.11.2013–1.12.2013 în incinta clinicii stomatologice SRL „Masterdent“. În studiu au fost incluși 25 pacienți cu vârsta medie de $35,4 \pm 1,24$ ani, dintre ei 13 femei (55%) și 12 bărbați (45%) (Fig.1), care au fost diagnosticați cu parodontită apicală cronică granulomatoasă stabilită în urma examenului clinic și paraclinic (tomografii, OPG, radiografii retro-alveolare). Șase pacienți au prezentat semne clinice de exacerbare, acuzând: dureri permanente iradiante și jenă la masticăție. Ceilalți 19 pacienți nu au prezentat acuze.

În conformitate cu tratamentul efectuat, toți pacienții au fost divizați în trei grupuri (Fig.2).

Grupul I — constituit din 19 pacienți, la care s-a efectuat tratamentul terapeutic;

Grupul II — l-au constituit 2 pacienți, la care în urma tratamentului endodontic planificat, s-a efectuat ulterior rezecția apicală;

Grupul III — 4 pacienți la care s-a planificat și efectuat doar tratament chirurgical.



Fig. 1 Repartizarea pe sexe a pacienților adresați pentru acordarea asistenței medicale stomatologice calificate

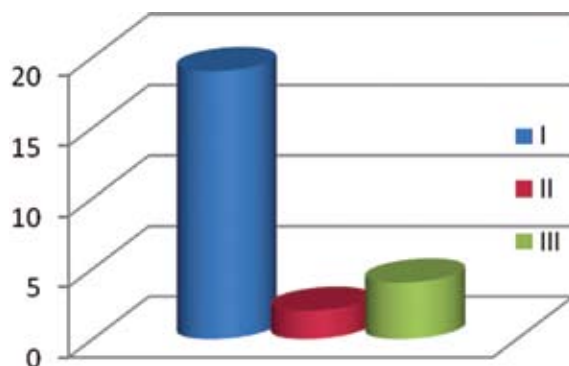


Fig. 2 Grupurile de pacienți supuși studiului.

Rezultate și discuții

La primul grup de pacienți s-a efectuat retratarea canalelor radiculare minuțioasă prin utilizarea instrumentelor rotative, de tipul protaper și profile (firma „Dentsply“) conectate la piesa endodontică („X-SMART Dual“, Dentsply). Ca preparat antiseptic s-a utilizat irigații cu hipoclorit de Na 3% încălzit la 30 grade și remediu „Consepsis“ („Ultradent“). Lungimea de lucru a fost determinată cu ajutorul aparatului apex locator „Raypex 5“ și radiologic (radioviziografie). Canalele au fost obturate cu pastă endodontică, la baza căruia stă capacitatea componentelor active de a difu-



Fig.3 Pacientul C. Aspect radiologic al tratamentului endodontic și a obturării cu material canalar „Diapex”(DiaDent) a dintelui 24: postobturator (a); la 2 săptămâni postobturator (b) ; la 1 lună postobturator (c)

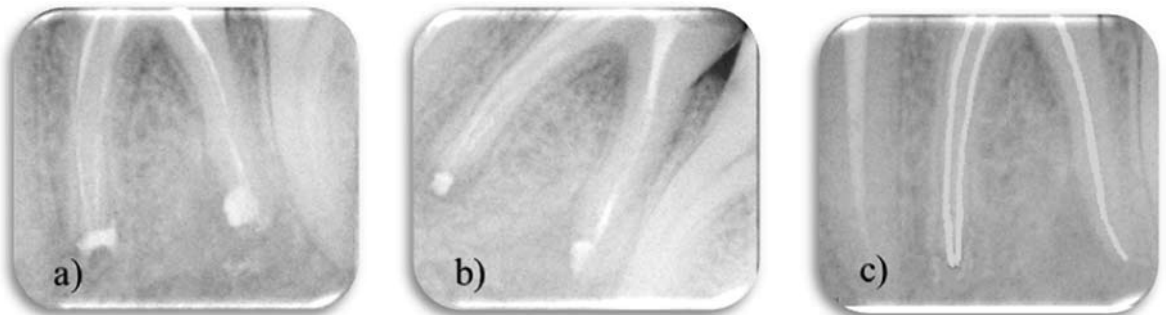


Fig.4 Pacientul B. Aspect radiologic al tratamentului endodontic și a obturării cu material canalar „Diapex”(DiaDent) a dintelui 36: 2 săptămâni postobturator (a); 1 lună postobturator (b); la 3 luni postobturator (c)



Fig.5 Pacientul C. (a), (b), (c)–aspect radiologic al parodontitei apicale cronice al dintelui 36; (d)–rezeția apexului rădăcinii meziale a dintelui 3.6 postoperator

za prin canaliculele dentinare și canale accesorii. S-a folosit preparatul „Diapex”(DiaDent) (hidroxid de calciu — 30,3%, Iodoform 40,4%, ulei siliconic 22,4%, substanțe inerte 6,9%), cu acțiune antiseptică, antiinflamatoare și reparativă asupra zonelor de distrucție. Controlul radiologic s-a efectuat postobturator și la un interval de două săptămâni, precum și la vizitele ulterioare a pacienților.

Trebuie de marcat faptul că tratamentul conservativ–chirurgical este o alternativă a tratamentului terapeutic și nu opusul acesteia [3]. În vederea realizării scopului și a înlăturării leziunilor apicale și periapicale se pot utiliza diferite metode chirurgicale, cea inclusă în studiu fiind rezeția apicală .

Grupul II, constituit din 2 pacienți care au fost tratați endodontic anterior, s-au adresat la medicul stomatolog cu acuze de durere surdă, săcâitoare și jenă la masticție. În urma examenului radiologic s-au de-

pistat zone de radiotransparență la dinții cauză. Inițial s-a considerat optimal retratarea canalelor radiculare, dar pe parcursul unei luni de tratament nu s-au observat schimbări ale tabloului clinic și la examenul radiologic, astfel s-a decis efectuarea intervenției chirurgicale.

În general principiul rezeției apexului este îndepărtarea apexului radicular, precum și a țesuturilor înconjurătoare, în cazul în care acestea sunt infectate. Suprafața de rezeție va avea întotdeauna o înclinare descendentă la dinții superiori și una ascendentă la dinții inferiori, pentru a permite controlul vizual al tuturor manoperelor, precum și al obturației [2]. Ca urmare a rezeției s-a efectuat suplینirea defectului cu „КОЛІПОЛКІП-3” și suturarea plăgii. Sutura marginilor plăgii (a lambourilor muco–periostice) se face cu fire neresorbabile, suprimarea acestora fiind făcută la a 7–10 zi după intervenție.

Grupul III este format din 4 cazuri clinice în care, din start, s-a hotărât că cea mai bună metodă de tratament este cea chirurgicală-rezeecția apicală. În acest grup sunt studiate 3 situațiile clinice în care, în urma tratamentului terapeutic corect efectuat anterior, pe parcursul 6 luni procesele periapicale au abcedat. La examenul radiologic s-au depistat semne de radiotransparență periapicală. De asemenea, din acest grup de studiu face parte un caz clinic în care s-a depistat radiologic un instrument endodontic fracturat în canalul rădăcinii meziale, ceea ce face imposibil sau dificil realizarea tratamentului terapeutic. Inițial, canalele radiculare au fost permeabilizate și prelucrate mecanic și medicamentos conform tehnicii expuse mai sus până la distanța posibilă, realizând controlul radiologic la fiecare etapă. Obturarea canalelor s-a efectuat cu „Уницем“ (ВладМиВа) și peste 24h s-a efectuat rezeecția apicală. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7–10 zi după intervenție (Fig.5).

Concluzii

1. Analizând datele statistice expuse mai sus, tratamentul endodontic rămâne de primă elecție, cu rezultate pozitive majore (71,64%), în restul cazurilor de eșec, recurgându-se la metode chirurgicale (28,36%).
2. Din perspectivă endodontică, chirurgia periapicală este indicată doar atunci când s-a încercat realizarea unui tratament de bună calitate

sau în cazul în care nu s-a produs vindecarea după tratament. Niciodată chirurgia periapicală nu trebuie realizată înainte de a se fi realizat tratamentul convențional canalar nechirurgical. Și doar în cazurile de necesitate, vine în ajutor și chirurgia endodontică (anomalii anatomice, factori iatrogeni, leziuni traumatice, leziuni periapicale grave).

Bibliografie

1. Bodrug V., Cu privire la frecvența formelor clinice ale parodontitelor periapicale. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XI al ASRM, Chișinău, 9–10.10.2001, p. 44–45
2. Dumitriu H.T. Parodontologie. Editura Viața Medicală Românească, 1997. p. 101–139.
3. Huuomonen S., Orstavik D. Radiological aspect of apical periodontitis. Endodontic Topics, 2002, nr.1, p. 3–25
4. Nicolaiciuc V., Sârbu S. Hemiseecția în tratamentul conservator-chirurgical al parodontitelor. Probleme actuale de stomatologie. Congresul X al ASRM, Chișinău, 7–8.09.2001. pag. 51–53
5. Orstavik D. Radiology of apical periodontitis. In: Orstavik D, Pitt Ford TR, eds. Essential endodontology. Prevention and treatment of apical periodontitis, 1st edn. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1998.
6. Nicolae Chele, Ana Nazar, Tratamentul chirurgicale al afecțiunilor periapicale cronice, Ediție consacrată jubileului de 50 ani ai Facultății de Stomatologie a USMF „N. Testemițanu” și 50 de ani ai Asociației Stomatologice din Republica Moldova, Nr. 4 (13) / 2009, pag.27–29
7. <http://www.esanatos.com/boli/boli-stomatologice/Parodontitele-apicale-cronice-21634.php>

Data prezentării: 19.06.2014

Recenzent: Nicolae Bajurea

EFICIENTIZAREA TRATAMENTULUI STOMATOLOGIC ȘI PREGĂTIREA PSIHOEMOȚIONALĂ A PACIENTULUI

Dumitru Zabolotnii,
doctorand

Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan” USMF „Nicolae
Testemițanu”

Rezumat

Pacientul ce se adresează pentru tratament stomatologic necesită o atenție sporită pentru controlul durerii și a stării emoționale. Aceste etape pre-tratament ocupă o parte din timpul de lucru al medicului și influențează asupra duratei de aflare a pacientului în cabinet. Astfel, pentru eficientizarea lucrului medicului a fost elaborat un algoritm de pregătire a pacientului. Pe lângă faptul că oferim pacientului control asupra propriilor dureri și fobii, prin această tehnică am reușit să micșorăm și timpul de lucru rezervat fiecărei proceduri stomatologice.

Cuvinte cheie: Analgezie, premedicație, durere, tratament indolor, eficiență.

Summary

STREAMLINING OF DENTAL TREATMENT AND PSYCHO-EMOTIONAL PREPARATION OF THE PATIENT

The patient which addresses for dental treatment requires attention to pain and emotional state control. These pretreatment steps occupies a part of the time of the doctor and influences on the duration of stay of the patient in the office. So, for streamlining of the work was developed an algorithm of the patient preparation. Besides patients control over their pain and phobias by this technique we were able to lower working time reserved to each dental procedures.

Key words: Analgesia, premedication, pain, painless treatment, efficiency.

Introducere

Adeesea în practica stomatologică medicul este nevoit ca paralel cu tehnicile de analgezie să posede și deprinderi de aplicare a remediilor de pregătire psihoemoțională a pacientului. Timpul ce trece de la momentul intrării pacientului în instituția medicală și pînă la procedura propriu-zisă de care are nevoie acesta poate varia anume din cauza factorului emoțional al individului. Factorul important în tratamentul indolor este respectarea „patrulerului anestezic“ în care sunt cuprinse dezideratele principale pe care trebuie să le satisfacă anestezia. Aceste deziderate sunt: combaterea durerii (analgezia), protecția vegetativă (antișoc), relaxarea musculară și hipnoza facultativă. [12]

Anestezia modernă presupune un act medical complex și de mare responsabilitate în care trebuie să asigure, să susțină sau să mențină, funcțiile vitale fundamentale care sunt interferate în perioada intraoperatorie: funcția respiratorie, circulatorie, de excreție, echilibrul volemic și să respecte cele 4 obiective:

1. *Combaterea durerii (ANALGEZIA)*. Orice intervenție chirurgicală — ca toate actele de agresiune ale țesuturilor vii, presupune durere. Anestezia loco-regională sau generală de calitate, asigură acest deziderat major iar intervențiile terapeutice invazive se desfășoară astăzi practic, fără durere.

2. *Protecția vegetativă* sau protecția antișoc. Orice act chirurgical — chiar intervenție minoră pe scara gradelor de dificultate, determină o mobilizare neuro-endocrină importantă care de obicei depășește nevoile organismului iar cantitatea de hormoni eliberată — în special de la nivelul medulosuprarenalei, este prea mare; modificările sistemice și celulare ca vasoconstricția, ischemia, hipoxia, acidoza, devin astfel agresiuni majore pentru o funcționalitate normală. În acest mod, reacția de apărare se transformă în reacție de agresiune iar mijloacele de adaptare devin mecanisme de protecție vegetativă sau antișoc. Orice măsură de diminuare a reacției vegetative, devine măsură de protecție împotriva unei reacții postagresive prea puternice.

3. *Relaxarea musculară*. Aceasta nu constituie preocupare deosebită pentru medicii stomatologi și nici pentru chirurgii maxilo-faciali, deoarece în zonele în care se intervine nu sunt mase musculare mari, puternice, ca în chirurgia membrelor, abdominală sau peinvă care sa necesite un grad important de relaxare.

4. *Hipnoza* sau somnul anestezic este un deziderat facultativ. Prin hipnoză se protejează bolnavul intraoperator din punct de vedere psihic, deoarece nu trăiește actul chirurgical, nu aude discuțiile despre tehnica operatorie, nu aude zgomotul instrumentelor, **nu se simt** mirosuri specifice sălilor de operație. El depășește astfel **momentul** operator printr-o absență a vieții de relație, pe care o acceptă, cu plăcere. Anestezia loco-regională nu este însoțită de hipnoză, **dar** printr-o bună premedicație, pacientului i se asigură un confort satisfăcător. Elementul esențial al oricărei

anestezii rămîne ANALGEZIA. [16,18]

Pentru realizarea unei farmacoterapii a durerii cât mai eficiente și cu efecte secundare minime e necesar să cunoaștem mecanismele de producere, întreținere și agravare a acesteea. Orice medic, în primul rând, trebuie să respecte regulile de etică medicală, pacientul sau familia trebuie să cunoască ce tratament se aplică și să fie de acord cu efectuarea lui, cunoscând și complicațiile pe care acesta le poate da. În al doilea rând, se va stabili de la început prognosticul de durere, boală și de viață. În al treilea rând, trebuie știut că nu se poate aplica o terapie eficientă fără a se efectua teste de evaluare a durerii, de la cele mai simple folosite în cea acută (constante fiziologice, necesar de medicament, etc.) pînă la chestionare și examene psihologice în doloșitatea cronică. În al patrulea rând, se va aplica un tratament adecvat tipului de durere pe care îl are pacientul: acută, cronică, nevralgică, mialgică, colicativă, prin vasoconstricție sau vasodilatație, prin agenți inflamatorii sau mecanici, etc [12].

Farmacoterapia durerii trebuie să ia în considerație două lucruri: caracteristicile durerii și proprietățile farmacologice ale familiilor de medicamente. Cunoșcându-se că pacienții cu aceleași afecțiuni pot reacționa diferit la suferința dureroasă, tratamentele trebuie individualizate calitativ și cantitativ, stfel preoperator se recurge la *medicația adjuvantă*. Aceste medicamente nu sunt analgezice în sensul farmacologic al termenului, dar pot scădea durerea direct sau indirect, prin efectele lor. În general ele scad doza de analgezic potențând prin diverse mecanisme acțiunea acestuia. Principalele grupe de coanalgezice sunt: antidepresivele (amitriptilina, clomipramina, maprotilina, mianserina), neurolepticele (levomepromazina), anti epilepticele, antiinfalmatoarele steroidiene (glucocorticoizii), antispasticele și vasodilatatoarele, sedativele și tranchilizantele [7,14,15].

În afară de aceste grupe multe alte medicamente pot suprima sau preveni durerea acționând direct sau indirect. Putem cita dintre acestea protoxidul de azot, oxigenul, capsicina, blocanți adrenergici, blocanți de calciu, vasoconstrictoare, toxina botulinică (decontracturant). Cu același scop este folosit și analgezicul inhalator pe bază de Methoxyflouran. Comoditatea administrării preparatului a majorat eficiența aplicării tehnicilor de tratament stomatologic [1,8,9,10].

Materiale și metode

În studiul efectuat a fost analizat timpul utilizat pentru efectuarea unor anumite intervenții stomatologice. Drept exemplu a servit procedura de tratare a cariei profunde la 1 dinte la un lot de 65 pacienți. Studiul a inclus pacienți cu procedura de lucru:

- Fără analgezie;
- Analgezie prin anestezie loco-regională;
- Analgezie inhalatorie.

Rezultate și discuții

Timpul utilizat pentru procedură în cele trei tehnici a fost aproximativ identic și a constituit în medie

o oră, diferența nesemnificativă se explică prin particularitățile fiecărei tehnici:

- Metoda *fără analgezie* a necesitat o preparare intermitentă a cavității cariate, astfel la apariția senzațiilor durere necrotomia era întreruptă pentru a oferi pacientului timp de a se calma și de a evita supraexcitarea emoțională.
- Analgezia prin *anestezie loco-regională* a oferit o rapiditate a necrotomiei, însă a necesitat timp atât pentru convingerea pacientului despre necesitatea anestezierii, precum și așteptarea apariției efectului anestezic.
- *Analgezia inhalatorie* a oferit comoditatea cooperării cu pacientul și necrotomia indoloreă, însă a necesitat timp pentru convingerea de a utiliza o așa tehnică.

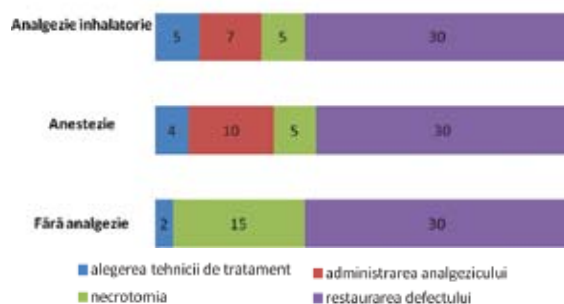


Fig.1 Timpul (min) utilizat la procedura de tratare a cariei dentare

Din datele obținute s-a remarcat că medicul stomatolog utilizează o parte a timpului de lucru pentru informarea pacientului și înlăturarea manifestărilor însoțite de tensiune psihică și anxietate. Preparatele tranchilizante (anxiolitice) ce se administrează cu minim 30 minute pretratament, fac ca aflarea pacientului în sala de așteptare să fie mai îndelungată ca de obicei, ceea ce la fel s-ar putea răsfrînge asupra stării generale și a capacității de comunicare a pacientului în timpul procedurii.

Asfel a fost dedus un nou algoritm de repartizare a timpului pentru eficientizarea lucrului și obținerea unui confort operatoriu prin utilizarea analgeziei inhalatorii. Pentru aceasta au fost elaborate chestionare și broșuri informative din care pacienții pot face cunoștință cu remediile și tehnicile de control a durerii. După analiza chestionarelor și determinării parametrilor hemodinamici cei anxioși sau excitați, în timpul aflării în sala de așteptare primesc și își autoadministrează analgezicul inhalator. Aflați sub controlul personalului instruit, aceștia prin inhalări intermitente în decurs de maxim 10 minute pot obține un control asupra propriilor dureri sau a stării de fobie. Pacientul este invitat în cabinet pentru procedură la momentul când conform chestionarelor acesta relatează ameliorarea durerilor sau diminuarea anxietății. Prin implementarea acestui algoritm am reușit de a scurta

timpul aflării pacientului în fotoliul stomatologic și transferul pregătiri preoperatorii în sala de așteptare. În timpul necrotomiei pacientul își autoadministrează analgezicul la necesitate.

Concluzii

1. Utilizarea analgeziei inhalatorii în sala de așteptare, la etapa pretratament ne permite să eficientizăm timpul de lucru al medicului stomatolog.
2. Am oferit pacienților o posibilitate reală de control asupra propriilor dureri și fobii, fapt ce a crescut interesului față de tratamentul stomatologic datorită încrederii în sine pe care au căpătat-o.

Bibliografie

1. Babl F, Barnett P, Palmer G, et al. A pilot study of inhaled methoxyflurane for procedural analgesia in children. *Paediatr Anaesth* 2007;17:148-53.
2. Бороговский Е.В. Кариез зубов: препарирование и пломбирование /Е. В. Боровский. — М.: АО „Стоматология“, 2001.
3. Буșан М.: Кариез зубов лечение профилактика Кишинев 1979, p -213
4. Firn S. Methoxyflurane analgesia for burns dressings and other painful ward procedures in children. *Br J Anaesth* 1972;44:517-22.
5. Gafar Memet, Iliescu A.; *Odontologie, Caria dentară*. București 1998
6. Gănuță Nicolae, Canavea Ion, *Anestezia în stomatologie și chirurgia maxilo-facială* București 1993 p. 19-33, 229-249
7. Ghicavii V.; S.Sîrbu; N.Bacinschi; D.Șcerbatiuc *Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice Chișinău* 2002 p.386
8. Methoxyflurane. [Revised September 2007]. In: eTG complete [CD-ROM]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Ltd, March 2010.
9. Medical Developments International Ltd. Pentrox (methoxyflurane) inhalation. Product information, May 2009.
10. Medical Developments International Ltd. Pentrox (methoxyflurane) Consumer medicine information, November 2006
11. Nicolau Gheorghe, Terehov, Nastase, Nicolaiciu *Odontologie practică modernă*; Nasticor-Vector 2010 p.53-60
12. Office of Product Review, Therapeutic Goods Administration, Australian Government Department of Health and Ageing. Adverse drug reaction reports, methoxyflurane. (Personal Communication). 2010.
13. Petricas A., Ermilova C, Dubova M. „Клиническая эффективность и безопасность обезболивания пульпы и твердых тканей зуба современными местными анестетиками“ *ДентАрт* № 1. 2005
14. Saulea Aurel: *Fiziologia sistemului simatognat*. ed.Știința Chișinău 2009 p.47,123-152
15. Scripnicova T. „Причины малоэффективного местного обезболивания“ *ДентАрт* № 1. 2001;
16. Vares Evald : „Эмаль зубов — это рецептор, определяющий твердость тела“ *ДентАрт* № 4. 2006
17. Veisbalt S. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. К.,1962 — 5-41
18. Nicol Carmen, Maria Voroneanu, C.Budacu *Medicina stomatologică*. Ianuarie 2007. „Valoarea metodelor alternative de preanestezie în chirurgia orală de ambulator“ UMF“Gr.T.Popa“ Iași

Data prezentării: 23.05.2014

Recenzent: Valeriu Burlacu

MANAGEMENTUL ȘI TEHNOLOGIILE MODERNE ÎN TRATAMENTUL DEFECTULUI CUNEIFORM

Rezumat

Defectul cuneiform este o patologie necarioasă posteruptivă cauzată de suprasolicitările ocluzale datorate anomaliilor de poziție și număr a dinților. Necesită un examen clinic și paraclinic minuțios cât și o abordare complexă și riguroasă în timpul tratamentului în vederea înlăturării cauzei și simptomelor acestei patologii, pentru dobândirea unui rezultat eficient și durabil.

Cuvinte cheie: etiologie, tratament, suprasolicitări ocluzale, rezultat durabil.

Summary

MANAGEMENT AND MODERN TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF THE CUNEIFORM DEFECT

Cuneiform defect is a non-carious post-eruptive pathology caused by the occlusal over use due to the abnormal position and number of teeth. A detailed clinical and paraclinical exam is needed as well as a complex and rigorous behavior during the treatment in order to remove the cause and the symptoms of the pathology to obtain an efficient and a lasting result.

Key words: etiology, treatment, occlusal over use, lasting result.

Introducere

La etapa actuală este bine cunoscut că cerințele estetice și cunoștințele pacienților, cât și tehnologiile avansate, au permis de a crea o nouă direcție a medicinei moderne — stomatologia estetică. Scopul primordial al ei este confecționarea restaurărilor, ce se caracterizează prin eficiență funcțională, biocompatibilitate și redarea aspectului estetic impecabil, luând în calcul toate particularitățile fiziologice ale pacientului. De aceea în timpul lucrului este necesar de a tinde nu numai spre înlăturarea defectului și a plângerilor pacientului, dar și de a reda frumusețea naturală a dinților.

În ultimii ani se observă o tendință de creștere a distrofiilor dentare posteruptive. Cunoscut este faptul că în decurs de 5 ani pot fi pierdute până la 20% din obturațiile localizate în regiunea coletului dentar [2]. De aceea problema păstrării restaurării pe un termen îndelungat, în special în zonele estetice importante, incontestabil, rămâne actuală. Dezvoltarea defectului cuneiform este însoțită de pierderea progresivă a stratului de enamel și dentină. Pentru defectul cuneiform este caracteristic afectarea zonei coletului pe suprafața vestibulară, având suprafețele netede lucioase, cu marginile drepte. La progresarea procesului are loc denuțarea dentinei, care sub acțiunea pigmentilor alimentari și microbieni, poate să-și modifice culoarea [4]. Senzațiile de durere apar mai frecvent la pacienții cu defecte cuneiforme profunde, sau care progresează rapid.

O simplă plombare a leziunii cuneiforme deseori este inefficientă. Faptul se datorează cauzei apariției acestei afecțiuni: pierderea patologică a smalțului și dentinei cauzată de suprasolicitările biomecanice în regiunile de concentrare a forțelor (fenomenul de abfracție) [3,6,7]. Ca regulă defectul apare la nivelul coletului dentar unde torsiunea poate provoca lezarea straturilor subțiri ale prismelor smalțului și microfracturi ale cementului radicular sau ale dentinei. Toate aceste mecanisme sunt datorate interacțiunii ocluzale patologice a arcadelor dentare.

Cauzele care împiedică efectuarea unei restaurări estetice calitative și de durată sunt numeroase. Dintre acestea putem menționa stratul subțire de smalț și dentină în zona coletului, fapt care limitează formarea zonelor de retenție mecanice în țesutul dentar la etapa de odontopreparare [5]. Există și riscul de deschidere accidentală a camerei pulpare sau progresării proceselor necarioase mai jos de nivelul smalț-cement. Dificultăți pot apărea și la etapa izolării câmpului operator.

Dumitru Friptu,
doctorand

Valeriu Burlacu,
d.m., prof. universitar

Angela Cartaleanu,
d.m., conferențiar
universitar

Valeriu Fală,
d.m., conferențiar
universitar

Ala Ojovan,
d.m., conferențiar
universitar

Vasile Zagnat,
d.m., conferențiar
universitar

Ana Eni,
d.m., conferențiar
universitar

Oleg Chiriac,
doctorand

Dumitru Zabolotnii,
doctorand

Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“

Însă factorul primordial al apariției complicațiilor în tratamentul defectului cuneiform îl constituie inacțiunea medicului–stomatolog asupra înlăturării factorului etiologic. Astfel în paralel cu procedeul de restaurare a defectului cuneiform va fi necesar de a restabili integritatea morfo–funcțională a arcadelor dentare.

Materiale și metode

Una din metode a tratamentului defectului cuneiform propusă colaboratorii catedrei COMFIST „A.Guțan“ (Friptu D., Burlacu V., Fala V.) constă în refacerea integrității morfo–funcționale a arcadelor dentare prin restaurări directe după un examen clinic și paraclinic minuțios.

Esența tehnicii constă în: examinarea clinică a pacienților pentru a înregistra acuzele și de a depista dereglările care pot surveni la nivelul sistemului stomatognat (atât a arcadelor dentare, cât și a articulației temporo–mandibulare și a mușchilor masticatori). Apoi are loc amprentarea arcadelor dentare pentru confecționarea modelelor de studiu și a modelelor de lucru. Etapa următoare este diagnosticul funcțional obținut cu ajutorul dispozitivelor de tipul Arcus-Digma sau Reference, care permit de a determina cu precizie înaltă raporturile statice și dinamice ale arcadelor dentare, gradul de deviere de la parametrii fiziologici, cât și poziția condililor articulari în cavitatea glenoidă.

Tehnologiile date au permis de a stabili direcția și gradul de intervenție a stomatologului pentru redresarea elementelor sistemului stomatognat la parametrii fiziologici. Acțiunile motivate au permis de a scoate tensiunea la nivelul mușchilor masticatori, de a poziționa condilul articular corect în raport cu tuberculul respectiv și de a repartiza uniform și funcțional forțele ocluzale pe suprafețele dinților. Astfel prin restaurarea directă, ghidată a dinților și a arcadelor dentare (refacerea coroanelor dentare, redarea punctelor de contact dento–dentar și a ghidajului canin în latero–ocluzie) s-a modificat raporturile mandibulo–craniene și a planului ocuzal obținând rezultatul dorit (care după valorile numerice s-a încadrat în limitele parametrilor fiziologici). Pe modelele de lucru ulterior s-a confecționat o gutieră, care s-a aplicat pe arcada inferioară propunându–se pacientului de a o purta pe un termen de 1–2 luni. Această gutieră permite de a poziționa corect mandibula în raport cu craniul și de a determina dacă nu apar ceva complicații.

După 1–2 luni pe modelul de lucru s-a modelat din ceară viitoarele restaurări, care începând cu zonele laterale ale dinților, s-au transferat în cavitatea bucală. Gutiera s-a scurtat odată cu restaurarea dinților.

Rezultate

Pentru a obține un rezultat mai eficient la nivelul coletului dentar ca material adeziv au fost recoman-

date bond–urile de tehnologie 3D–SR (3 Dimension Self–Reinforced Technology). Această tehnologie tri-dimensională auto–armată a permis de a realiza numeroase interacțiuni ale monomerului din adeziv cu calciul țesuturilor dentare și de a întări stratul hibrid prin conexiuni încrucișate ale lanțurilor polimerice din contul hidroxiapatitei libere [1]. Din această serie de adezivi face parte EE–Bond, care are în compoziție un acid ortofosforic de 39% și un sistem adeziv auto–gravant cu proprietatea de a elimina fluor și de a nu lăsa pete uleioase. Adezivul dat cu dublu gravaj a permis de a evita senzațiile de durere după restaurare și de a împiedica apariția cariei secundare. Compozitul utilizat la refacerea integrității coroanei dentare corespundea cerințelor biomimetice.

Importanța practică

Tehnicile de tratament al defectului cuneiform orientat atât spre înlăturarea factorilor etiologici cât și asupra simptomatologiei maladiei aduce rezultate eficiente și durabile. Pacienții sînt scutiți de vizite suplimentare pentru refacerile dentare de la nivelul coletului, beneficiază de redresări ocluzale și sînt lipsiți de acuze la nivelul articulației temporo–mandibulare, iar medicii–stomatologi minimalizează riscul apariției complicațiilor în tratamentul leziunilor cuneiforme. Aceste metode de echilibrare a forțelor ocluzale și restaurări ale morfologiei dentare necesită de a fi implimentate în practica cotidiană a medicilor stomatologi.

Concluzii

Astfel pentru a obține un rezultat de durată și care să corespundă cerințelor estetice actuale, tratamentul defectului cuneiform necesită o abordare complexă în vederea examinării pacienților și acțiunii nemijlocite atât asupra cauzelor care au favorizat apariția patologiei, cât și intervenției selecte și minuțioase pentru refacerea integrității morfo–funcționale a dintelui și arcadelor dentare.

Bibliografie

1. Bruke, F. J. T., Whitehad, S.A and McCaughey, A. D. Contemporary concepts in the pathogenesis of the Class V non–cariou lesion. Dent Update, 22.195, p. 28,32;
2. М. Н. Бычкова, З.М. Челдиева „Клиническое обоснование выбора адезивных систем при восстановлении клиновидных дефектов“ ОБОЗрение 2013, p 32–33.
3. Dimitreva, Maximov „Терапевтическая стоматология“ 2009, p 271–273.
4. A. Eni, V. Burlacu „Afecțiuni ale țesuturilor dentare dure“, Chișinău 2010, p 42–47.
5. Helving E., Klimek I. „Терапевтическая стоматология“ 1999, p59–63.
6. Schroder H.E. „Pathobiologie oraler strukturen karger“ Basel 1991, p 53–55.
7. Volghin M, Hendrick Mayer–Lucker, Kulibassa A. „Клиновидный дефекты“ QuintEssentia 2007 Berlin, Germania p59–63.

*Data prezentării: 30.05.2014
Recenzent: Andrei Paulescu*

STUDIUL COMPARAT AL ACȚIUNII DIFERITELOR METODE DE DEBRIDARE ȘI DETARTRAJ ASUPRA BACTERIILOR PARODONTOPATOGENE

Rezumat

În studiu s-au cercetat bacteriile parodontopatogene în APM, iar pe 122 de cazuri s-au evaluat genurile de aceleași microorganisme după detartrajul cu Waterlase Er, Cr: YSGG (MD), manual și cu ultrasunet.

Summary

COMPARATIVE STUDY OF THE ACTION OF DIFFERENT METHODS OF SCALING AND DEBRIDEMENT OF THE PERIODONTOGENIC BACTERIAS

In the present paper the periodontogenic bacterias were studied, and in 122 cases the types of the same microorganisms were evaluated following Waterlase Er, Cr: YSGG (MD), manual and ultrasonic debridation.

Introducere

În stabilirea diagnosticului și realizarea unui plan de tratament cu administrarea preparatelor antimicrobiene, o atenție deosebită se acordă investigațiilor microbiologice, care ne oferă informație despre conținutul bacterian, calitativ și cantitativ al pungilor parodontale/gingivale [1,4,6,7,9].

După cum s-a demonstrat în cercetările multiplilor autori [9,11], parodontopatogene se consideră un grup de microorganisme anaerobe, care vegetează în placa bacteriană subgingivală din pungile parodontale.

Datele din ultimele decenii demonstrează, că din pungile parodontale se determină predominant bacterii anaerobe gram-negative — bacteroide, fuzobacterii și spirochete [7,8,9]. Mai frecvent se determină specii ale *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema forsythia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*, care sunt atribuite către speciile parodontopatogene [1,3,4,6,7,9].

De remarcat că aceleași microorganisme pot fi prezente în cavitatea orală și în stare de sănătate însă numărul lor este mult mai mic în raport cu PMC plus la aceasta ele nu au proprietăți patogene.

În actualele cercetări noi am pus accent pe microbiocenoza plăcii subgingivale, dat fiind faptul că după cum menționează H.T. Dumitriu (1997) placa supragingivală protejează zona subgingivală și permite stabilirea unor specii noi cu aderența bacteriilor la celulele epiteliale, invazia țesuturilor adiacente și aderența la structurile dure parodontale.

Scopul studiului

Evaluarea comparată a microflorei considerate parodontopatogenă din pungile parodontale a pacienților cu APM până și imediat după prelucrarea lor prin aplicarea detartrajului : manual, ultrasonic și cu Waterlase Er, Cr: YSGG (MD).

Acțiunea laserelor în tratamentul parodontal a fost detaliat descrisă de noi în lucrarea „Avantajele și limite în tratamentul parodontal prin aplicarea laserelor“ (Medicina Stomatologică nr. 3, 2010.), ținem să informăm cititorul și despre unele proprietăți ale ultrasunetului.

Ultrasunetul este utilizat pe scară largă în diferite ramuri ale medicinei și în special este foarte populară metoda de detartraj în tratamentul complex al afecțiunilor parodontului marginal.

Deși undele ultrasunetului pot fi distrugătoare, au fost elaborați parametri ai ultrasunetului care nu sunt dăunătoare pentru țesuturi.

E știut că sub acțiunea ultrasunetului se modifică structura albuminei, se glează sistemul legăturilor hidrogenului, se eliberează radicali activi, ioni, hormoni, se modifică viteza difuziei diferitelor substanțe.

Tatiana Dobrovolschi,
doctorand

Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Este demonstrată acțiunea antiinflamatorie, anestezică, bactericidă și bacteriostatică, efectul de sterilizare a ultrasunetului. Ultrasunetul are acțiune de distrugere și inactivare a virusurilor inclusiv efect imunologic, sporște conținutul B-limfocitelor, T-limfocitele cu migrarea leucocitelor.

Aparatele ultrasonice moderne în afară de detartrajul efectiv mai au și capacitatea de distrugere a biofilmului, având un efect mare antimicrobian.

Materiale și metode

În studiu s-au aflat 122 de pacienți — 58 bărbați și 64 femei cu vârste între 17 și 75 de ani, cu afecțiuni ale parodonțiului marginal (gingivite, parodontite marginale cu diferit grad de afectare). După stabilirea diagnosticului toți cei 122 de pacienți aflați în studiu au fost repartizați în două loturi:



Fig.1 Prelucrarea pungilor parodontale cu laserul MD

Lotul I — de cercetare a fost constituit din 77 de pacienți, tratamentul cărora includea detartrajul și debridarea țesuturilor afectate, după indicații, cu iradierea cu laserul Er, Cr: YSGG (fig.1).

Lotul II — de confruntare includea 45 de pacienți, dezițați în două grupuri:

Grupul A — alcătuit din 15 pacienți — detartrajul s-a efectuat manual cu chiuretele Gracey.

Grupul B — alcătuit din 30 de pacienți a inclus cazurile în care detartrajul și debridarea au fost realizate prin intermediul unde ultrasonice (fig. 2.3).



Fig. 2. Aparatul ultrasonic în funcție

Metodele de cercetare au fost orientate spre studierea bacteriilor parodontopatogene cunoscute (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*), studiate de mai mulți autori dar și de S. Ciobanu (2012).

Conținutul microflorei pungilor parodontale s-a recoltat în două probe (până și după debridarea pungilor parodontale) în aceeași vizită. Am constatat că în literatura de specialitate nu există un consens privind cea mai eficientă metodă sau asociere de metode de decontaminare a pungilor parodontale.

Colectarea probelor bacteriologice a fost efectuată conform schemei elaborate după cum urmează:

- Preoperator pacientul își efectua periajul dentar, apoi cavitatea orală era bine irigată cu un get de apă;
- Mucoasa gingivală adiacentă zonei de unde se colectau probele se izola minuțios cu meșe de tifon sau rulouri de vată sterile și se usca;
- În punca parodontală cu acuratețe se introduceau absorbantii din hârtie sterile până la fundul punții parodontale, în așa fel ca să nu contacteze cu lichidul bucal și gingia marginală externă (fig. 3.).



Fig. 3 Colectarea probelor bacteriene

- Absorbantul se menținea în punca parodontală timp de 10 sec;
- Înlăturarea absorbantelor contaminate și plasarea lor în containere de transport — de tip Ependorf care conține 500 mkl de ser fiziologic steril (fig.4).
- Agitarea conținutului împreună cu absorbantul, după care absorbantul se înlătură;



Fig.4 Sistem de prelevare a probelor bacteriologice de la pacienții cu PMC

- Ulterior în aceeași vizită de tratament pacienților loturilor respective se efectua detartrajul și debridarea pungilor parodontale prin metode preconizate după care se preleva a doua probă. După detartraj și debridarea pungilor parodontale probele au fost colectate de la toți cei 122 de pacienți, conform loturilor: de studiu — 77 pacienți, detartraj — manual 15 pacienți și detartraj ultrasonic 30 pacienți.
- La detartrajul manual și ultrasonic pungile parodontale erau izolate de mediul bucal, irigate cu apă destilată sterilă, după care se colectau prelevate. Astfel se prevenea recontaminarea pungilor parodontale după detartraj.
- Probele au fost expediate la laboratorul „Bio-clinica”, orașul Brașov, România, în termen ce n-a depășit timpul de 2,5-3 ore de la prelevare, unde a fost testat efectul de distrugere și înlăturare a microorganismelor din pungile parodontale prin acțiunea laserului Er, Cr: YSGG, ultrasunetului și debridării mecanice.

Rezultate și discuții

După cum s-a menționat și demonstrat prin cercetările multiplilor autori [1,3,6,7,9], parodontopogene se consideră un grup de microorganisme anaerobe, care vegetează în placa bacteriană, apoi în anumite condiții contribuie la dezvoltarea parodontitelor marginale cronice.

Gingivitele și parodontitele dispun de flora microbiană caracteristică, totodată variază mult timp și numărul de specii care la un moment oportun se asociază concomitent. De remarcat, aceleași microorganisme pot fi prezente în cavitatea orală și în stare de sănătate, însă numărul lor e mult mai mic în raport cu APM, plus la aceasta ele nu au proprietăți patogene.

Conform postulatelor lui Socransky S.S. (1984) pentru a fi considerate parodontopogene microorganismele trebuie să întrunească anumite condiții, pe care unele din bacteriile parodontale gram-negative le îndeplinesc.

În așa mod, în baza multor cercetări, se poate deduce că flora parodontopogenă posedă factori de virulență, care sunt responsabili de remanierele substratului tisular caracteristic afecțiunilor parodontale.

Obiectivele actualelor cercetări au fost nu atât studiul componenței microbiene a pungilor parodontale, ele au fost efectuate de diferiți autori, pe cât cum acționează asupra microflorei parodontopogene diferite metode de detartraj și debridare a pungilor parodontale (rasele laserului Er, Cr: YSGG, detartraj manual și ultrasonic).

Inițial din cele două loturi de pacienți în totalitate 122 de persoane pentru determinarea conținutului bacteriologic s-au luat 61 de persoane în vârstă de la 25-65 de ani, din ei 34 femei și 27 de bărbați, cu parodontite marginale cronice forme: ușoară, medie și gravă.

Din lotul de studiu au fost 40 de pacienți iar din cel de control — 21 de pacienți. Am reeșit din faptul că microflora PPr inițial este identică.

Rezultatele cercetărilor au constatat că la 3 (4,9%) pacienți cu parodontită marginală cronică forma ușoară n-au fost depistate din prelevate *Prevotella intermedia* și *Treponema denticola*, pe când la forma medie aceste microorganisme n-au fost depistate la 2 (3,2%) pacienți. În forma gravă de parodontită au fost depistate toate cele 5 specii de microorganisme considerate parodontopogene. *Prevotella intermedia* și *Treponema denticola* au fost puse în evidență la 56 (91,8%) de persoane, pe când altele — *Actinobacillus actinomycescomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* au fost depistate la toate 61 (100%).

Datele obținute, cu mici devieri, demonstrează că cu cât procesul inflamator este mai avansat, cu atât mai multe specii de microorganisme parodontopogene sunt implicate în evoluția afecțiunii. Așadar, tratamentului au fost supuși toți cei 122 de pacienți. În lotul de studiu, care cuprinde 77 de pacienți s-a evaluat acțiunea laserului Er, Cr: YSGG (mediul activ-cristal Erbium, Chromium: Yttrium, Scandium, Gallium, Garnet) cu lungime de undă 2780 nm, putere 0,1 -8 W, frecvență 10-50 Hz, energie/puls — 300 mJ.

Pentru a studia acțiunea laserului am apelat la cazurile în care profunzimea pungilor parodontale atinge 5-6 mm, unde am efectuat chiuretajul lor în câmp închis, după care sau colectat probe de studiu.

Rezultatele obținute în urma acțiunii cu laser au demonstrat un efect antimicrobian excelent. Detartrajul a fost realizat fără anestezie. Evaluarea îndepărtării tartrului s-a făcut cu ajutorului instrumentului spatula metalică, cu o lățime de 2 mm, palpând suprafața rădăcinii dinților, s-a constatat că ea este netedă, fără rugozități.

Analiza datelor bacteriologice a arătat absența microorganismelor în pungile parodontale.

Debridarea chirurgicală prin intermediul laserului contribuie esențial la decontaminarea țesuturilor parodontale afectate, cât și la înlăturarea epitelului, granulațiilor și tartrului subgingival.

Așadar, de rând cu rezultatele cercetărilor microbiologice, criteriile de evaluare a efectului laserului Er, Cr: YSGG, au fost durerea, edemul, senzațiile subiective ale pacienților — zgomotul și vibrațiile în timpul tratamentului. Absența celor menționate, dar și sângerarea neînsemnată a țesuturilor în timpul procedurii, fac ca laserul s-a devină o metodă de preferință în tratamentul complex al parodontitelor marginale cronice. Evaluarea subiectivă a fost de asemenea pozitivă, doar 5 (6,4%) pacienți au fost incomodați de zgomote neplăcute și vibrații percepute în timpul tratamentului.

În grupul de confruntare, după cum am menționat anterior în studiu s-au aflat 45 de pacienți cu aceleași forme ale PMC.

Pacienților grupului A — 15 cazuri, li s-a efectuat detartraj manual, folosind chiuretele Gracey, și chiuretajul în câmp închis al pungilor parodontale cu adâncimea de până la 5-6 mm. Mai întâi de toate, tuturor celor 15 pacienți li sa efectuat anestezie cu sol. Ubistezină 4% — 1,7 ml, pentru a realiza un chiuretaj fără durere, în timpul manoperei țesuturile inflamate sângerau abundent, pacienții erau în stare de anxietate, ceea ce se reflectă asupra rezultatului final al medicației. Pentru detartrajul manual era nevoie de mai mult timp.

Analiza bacteriologică a prelevatelor colectate din pungile parodontale a arătat că din cei 15 pacienți, la 7 (46,66%) au fost depistate bacteriile parodontopatogene. După detartrajul manual la 4 pacienți (57,14%) din cei 7 au fost identificate: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia* și *Bacteroides forsythus*; în 2 cazuri (28,57%) — numai *Bacteroides forsythus* și într-un — caz *Prevotella intermedia* (14,28%). *Bacteroides forsythus* s-a identificat în 6 cazuri (85,71%) din cele 7 depistate pozitiv. Dar ținem să menționăm că, în linii mari, numărul bacteriilor a scăzut considerabil în comparație cu cele din probele inițiale, colectate până la tratament.

Prezența microorganismelor speciei *Bacteroides forsythus* în aproape toate cazurile, se poate explica prin faptul că, posibil după irigare au rămas celulele epiteliale disprinse, însă ne eliminate din pungile parodontale. E cunoscut faptul că acest gen de bacterii aderă preponderent la celulele epiteliale.

Rezultatele obținute demonstrează că chiuretajul mecanic în câmp închis este o metodă de tratament chirurgical, destul de răspândită în practica stomatologică, deși nu este suficient de efektiv. Controlul suprafețelor radiculare a arătat că ele pe unele porțiuni nu sunt netede.

Această metodă are un șir de dezavantaje în comparație cu debridarea și detartrajul cu laserul Er, Cr: YSGG, ele au fost menționate anterior, dar și necesitatea unui număr mai mare de vizite la medic. Metoda chiuretajului manual în câmp închis este considerată metodă consumatoare de timp, necesită anestezie, fiind și o „metodă oarbă” în comparație cu metodele efectuate cu uzul laserului sau al chiuretajului în câmp deschis.

Lindhe J. (1986) caracterizează chiuretajul parodontal ca un procedeu de eliminare a feții interne moale a pungii parodontale. Chiuretajul în câmp închis are multe dezavantaje, el urmărește înlăturarea tartrului, bacteriilor, toxinelor, granulațiilor și cimentului radicular necrotizat, infiltrat cu toxine și obținerea unor suprafețe radiculare netede, biocompatibile, care să favorizeze cicatrizarea țesuturilor parodontale, dar aceasta e greu de obținut prin procedeu de chiuretaj în câmp închis.

Detartrajul-surfasaaj sau/și debridarea chirurgicală în chiuretajul în câmp închis nu sunt posibile de realizat efektiv. Deacea pe suprafața radiculară după detartraj-surfasaaj radicular, se observă rugozități, care ar prezenta remeniscente de tartru.

Datele obținute de multipli autori cât și observațiile proprii, confirmă rolul determinant al microor-

ganismelor în patogeniza leziunilor parodontale de origine inflamatorie. Mai mult ca atât, s-a constatat că sunt un șir de bacterii care sunt numite parodontopatogene, dar procesul depinde și de răspunsul organismului la acțiunea lor. Pentru a institui un tratament efektiv este foarte important de a acționa nu numai asupra florei microbiene, dar și a stimula forțele de apărare a organismului.

Luând în calcul acțiunea US asupra țesuturilor biologice, am decis să utilizăm US pentru tratamentul proceselor inflamatorii în parodonțiu, dat fiind faptul că el poate influența factorii etiologici și patogenia acestor afecțiuni. Este știut, că unele ultrasonice au o acțiune biologică la baza căroră stă capacitatea lor de a se răspândi în mediul lichid, de a pătrunde în țesuturile biologice și de a se absorbi. În țesuturile biologice, energia undelor ultrasonice provoacă cavitația acustică, formare de căldură și transformare chimică. Acțiunea acestor factori în dependență de frecvența undelor ultrasonice, durata și intensitatea acțiunii US, poate fi distructivă, ca inhibitor sau stimulator. La acțiunea US asupra bacteriilor, ele în scurt timp se distrug ori are loc defromarea membranei celulare a microorganismului, ce face ca el să piardă capacitatea de înmulțire. Sub acțiunea US, în organism are loc desfășurarea unui complex de reflexe defensive, se îmbunătățesc funcțiile de adaptare și troficitate tisulară.

În grupul B al lotului II — de confruntare (30 de pacienți), detartrajul s-a efectuat cu US cu un nivel de energie standard utilizat clinic în stomatologie.

Ultrasunetul elimină cu succes depozitele de tartru subgingival, dar multe studii au demonstrat limitele utilizării aparatelor ultrasonice — insertul aparatului ultrasonic este de multe ori prea mare pentru a fi utilizat subgingival. Însă noi am folosit aparatul Vector cu inserte convenabile pentru prelucrarea pungilor parodontale.

Din cele 30 de persoane cu PMC, după detartrajul ultrasonic s-au recoltat prelevate pentru studiul bacteriologic. Rezultatele obținute au arătat o reducere semnificativă a celor 5 tipuri de microorganisme, însă unele punși au rămas contaminate cu tulpinile bacteriilor parodontopatogene. Din cei 30 de pacienți din grupului dat, microorganisme au fost identificate în 9 cazuri, ceea ce alcătuiește 30%. Dintre care la 6 (66,66%) persoane s-au identificat *Actinobacillus actinomycetemcomitans* și *Porphyromonas gingivalis*, la 2 (22,22%) persoane *Bacteroides forsythus*, iar la 1 (11,11%) pacient — *Prevotella intermedia*.

Datele arată că în 30% din cazuri pungile parodontale au rămas contaminate.

La verificarea calității detartrajului-surfasaajului cu spatula și sonda, suprafețele radiculare prezintă un anumit grad de rugozitate.

Noi am concluzionat că detartrajul US este necesar de combinat cu cel manual. Detartrajul cu chiuretele Gracey ne permit manevrele respective în toate zonele arcadei dentare, fiind active la ambele capete.

Așadar, rezultatele obținute în ambele grupuri din lotul de control arată că metodele de decontaminare a pungilor parodontale nu sunt perfecte, deși se observă

o scădere a numărului de colonii și tipuri de bacterii. Metodele de detartraj mecanic și ultrasonic, în comparație cu cea cu laserul Er, Cr: YSGG, sunt mai puțin eficiente, necesită anestezie, provoacă hemoragie pronunțată, iar cel ultrasonic — sunet neplăcut, și după ambele metode apar senzații durabile în zona detartrajului.

În ultimile decenii o atenție deosebită în tratamentul complex al parodontitelor marginale se atribuie terapiei nemedicamentoase, tehnologiilor medicinei reparatorii, în același rând metodelor fizioterapeutice, care se utilizează cu scopul de a abroga fenomenele inflamatorii ce ar stimula capacitățile organismului în lupta cu factorii cauzali.

Cea mai efektivă terapie medicamentoasă antiinflamatorie și antibacteriană, lichidând procesul inflamator, totodată provoacă disbalanța imunității și de asemenea scade rezistența microorganismelor către remediile medicamentoase reducând rezistența nespecifică a factorilor de apărare care mențin sau duc la creșterea formelor cronice de inflamație.

O metodă efektivă este utilizarea US, deoarece ultrasunetul, în opinia unor autori [10] ameliorează circulația sangvină și limfatică, stimulează schimbul de substanțe, regenerarea țesutului conjunctiv, procesele de reepitelizare și posedă proprietăți analgezice.

Din contul fluxurilor acustice și cavitației la limita dintre lichid și țesut, are loc ablația, desprinderea țesuturilor necrozate, iar acțiunea biostimulatoare a US sporește apariția țesutului de granulație și a țesutului conjunctiv, stimulând regenerarea plăgii.

Bulișoarele minuscule de aer, care apar în urma cavitației, penetrează pereții vaselor sangvine contribuind la migrarea leucocitelor care devin fagi — macrofagie digerând celulele microbiene. Procesul în cauză intensifică reacțiile de apărare a organismului. Acest proces a primit denumirea de „fagocitoză tehnică ghidată”.

Ultrasunetul este îndreptat spre: 1) a micșora numărul de vizite la cura de tratament de 4-5 ori. 2) de a mări perioada de remisiune de 2-3 ori. 3) de a reduce timpul pentru primirea unui pacient de 3-4 ori.

Ultrasunetul aparatului sistemului „Vector”, utilizat de noi, posedă capacități de a polei suprafețele radiculare ale dinților. Microparticulele hidroxiapatitei optimizează poleirea și micșorează sensibilitatea rădăcinilor după tratament. Punga parodontală este irigată intens sub presiunea apei, astfel conținutul de bacterii se micșorează evident.

Ultrasunetul poate fi utilizat în punși cu o profunzime de 5,7 și 9 mm. Un șir de autori au demonstrat că ultrasunetul distruge biofilmul fără a leza țesuturile intacte ale dintelui și parodontiului [7,10]. Un efect pozitiv se observă după primele procedee efectuate cu ultrasunetul: se observă micșorarea senzațiilor durabile, sângerărilor, supurațiilor.

Unul din avantajele acțiunii ultrasunetului față de detartrajul manual sunt rezultatele apropiate suficiente. Deja la a II-a zi de la detartrajul cu aparatul „Vector”, dispar simptomele inflamației, iar după 7-8 zile dispare hemoragia, descrește profunzimea pungilor parodontale.

Așadar, rezultatele obținute prin compararea efectului antibacterian, inclusiv eliminarea toxinelor bacteriene, din țesuturile parodontale sub acțiunea detartrajului și debridării prin intermediul metodelor manuală, ultrasonică și radiația laserului Er, Cr: YSGG, ne oferă posibilitatea de a concluziona.

Concluzii

1. Până la tratament, din prelevatele pungilor parodontale ale celor 61 de pacienți s-au depistat microorganisme parodontopatogene în 100% cazuri au fost prezente în prelevate *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*. *Treponema denticola* și *Prevotella intermedia* s-au depistat la 56 (91,8%) totalitatea observațiilor (n=61).
2. Debridarea chirurgicală și detartrajul pungilor parodontale cu laserul Er, Cr: YSGG are un efect excelent antibacterian, antialgic, antihemoragic.
3. Debridarea și detartrajul manual nu are efect antimicrobial suficient, rezultatele au arătat că în 46,66% din cazuri după tratament, din pungile parodontale se recoltau bacterii parodontopatogene. Detartrajul manual necesită anestezie, un timp mai îndelungat pentru efectuarea lui, mai multe vizite (6-7).
4. Detartrajul ultrasonic are dezavantaj în comparație cu laserul (decontaminarea țesuturilor s-a obținut numai în 30% din cazuri, necesită anestezie, pe suprafețele rădăcinilor s-au păstrat unele rugozități). Este necesar de combinat detartrajul cu US cu cel manual.

Bibliografie

1. Burta L., Mărușca P., Pelea D. Curs de microbiologie pentru Medicina Dentară. Oradia: Ed. UMF, 2007, 184 p.
2. Carvalho L. H. Et al. Scaling and root planing, systemic metronidazole and profesional plaque removal in the treatment of cronic periodontitis in a Brazilian population II — microbiological results. J. Clin. Periodontol., 2005; 32: 406-411.
3. Ciobanu S. Tratamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontită marginală cronică. Chișinău. 2012, 183 p.
4. Ciobanu S., Dobrovolschi T., Laser treatment in complex treatment of cronic crevicular periodontal disease. J. Timișoara Medical, 2009, pag. 38-39.
5. Dobrovolschi T. Avantaje și limite în tratamentul parodontal prin aplicarea laserelor. Medicina Stomatologică. ASRM. nr. 3 (16), 2010, p. 57-61.
6. Dumitriu A.S., Dumitriu H.T., Etiologia microbială în parodontitele marginale cronice. București: Cerma, 1996, p. 49-62.
7. Dumitriu H. T., Parodontologie. Ed. Viața Medicală Românească, 1997, 351 p.
8. Haffajel A.D., Socransky S.S. Microbiological etiological agents of destructive periodontal diseases. J. Periodontol. 2000, 1994, 5: 223-231.
9. Mombelli A. Et al., Persistence patterns of *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* /*nigrescens* and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* after mechanical therapy of periodontal disease. J. Periodontol., 2000; 71: 14-21.
10. Moritz A. et al. Bacterial reduction in periodontal pockets through irradiation with a diode laser: a pilot study // J. Clin. Laser. Med. Surg. 1997. — Vol.15 (1). — p. 33-37.
11. Socransky S.S. Microbiology of plaque. Comped. Contin. Educa. Dent. Suppl., 1984,5,53.

Data prezentării: 28.05.2014
Recenzent: Sofia Sirbu

TRATAMENTUL COMPLEX AL AFECȚIUNILOR PARADONȚIULUI ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE (PARTEA II)

Valeriu Fala¹,
d.m. conf. univ.,
Vitalie Gribenco²,
asist. univ.,
Vitalie Pântea³,
asist. univ.,
Lilian Nistor⁴,
doctorand,
Igor Cazacu⁵,
asist. univ.,
Radu Bolun⁶,
doctorand,
Boris Golovin⁷,
d.m. conf. univ.,

^{1,4,6,7} Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
terapeutică „Arsenie
Guțan”, USMF „Nicolae
Testemițanu“

^{2,3} Catedra Stomatologie
ortopedică „Ilarion
Postolachi”, USMF
„Nicolae Testemițanu“

⁵ Catedra Chirurgie
OMF pediatrică,
Pedodonție și
Ortodonție, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Au fost examinați complex (clinic și paraclinic) 34 pacienți (18 b, 16 f, cuprinsă între 35-52a.) cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrări dentare și asociate cu edențații parțiale. S-a constatat că patologia se caracterizează prin lezarea lentă, însă în progresiune, a elementelor de suport ale dinților, iar în aspect clinico-radiologic, printr-o serie de semne și/sau simptome dominante: congestie gingivală și distrucție osoasă, ceea ce duce la apariția pungilor parodontale, mobilitate și migrarea dinților.

Particularitățile manifestărilor clinice, datele examenelor paraclinice utilizate de noi, au stat la baza elaborării metodei moderne de tratament complex a parodontitelor marginale cronice cu migrări dentare. Scopul acestei metode este asocierea unor măsuri moderne de diagnostic și tratament pentru refacerea echilibrului morfo-funcțional și ameliorarea homeostaziei locale și loco-regionale.

Cuvinte cheie: parodontită marginală cronică, migrare dentară, reabilitare ocluzală, imobilizarea dinților, diagnostic funcțional.

Summary

COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES ASSOCIATED WITH PARTIAL EDENTATIONS (PART 2)

A complex examination (clinical and paraclinical) was conducted on 34 patients (18 m, 16 f, aged between 35-52 yrs.), presenting slowly-progressing deep marginal chronic periodontitis, complicated with dental migrations and associated with partial edentations. It was concluded that the disease is characterized by a slowly-progressing damage to the supporting elements of the teeth, and in a radiologically-clinical aspect, by a series of dominant symptoms and signs, like gingival congestion and bone destruction, which leads to periodontal pockets formation, mobility and migration of the teeth.

The particularities of the clinical signs and the data from paraclinical tests, were used to develop a modern method of complex treatment of the chronic marginal periodontitis, associated with dental migrations. The goal of this method is to associate modern diagnostic techniques with the treatment, in order to reestablish the morpho-functional balance and to improve local and loco-regional homeostasis.

Key words: chronic marginal periodontitis, dental migration, occlusal rehabilitation, tooth immobilization, functional diagnosis.

Actualitatea temei

Afecțiunile parodontiului marginal constituie unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ale aparatului dento-maxilar și implică peste 95-98% din populația adultă. [2;4]

Parodontita marginală cronică cu afectarea parodontiului profund, reprezintă la rândul său o afecțiune complexă, urmările ei fiind de ordin distructiv și proliferativ. [3;7]

Sistemul stomatognat, fiind prezentat de un complex de organe și țesuturi, este considerat un sistem complicat prin corelația dependentă dintre componentele sale morfologice și realizarea funcțiilor proprii.

După cum afirmă [5;9;12] etiologia parodontitelor marginale cronice cunoaște factori locali și cei generali, determinanți, cărora li se asociază factori favorizanți și influența factorilor de risc.

În acest context, prezența edentațiilor parțiale ne-tratate timp îndelungat poate fi considerată ca factor favorizant la apariția parodontitei marginale cronice (PMC). [4;9]

Edentațiile parțiale la rândul său produc modificări ale echilibrului morfo-funcțional ale sistemului stomatognat, datorită migrațiilor dentare în leziunile parodontale cu modificări ale contactelor dento-dentare. În situațiile clinice respective dezechilibrul ocluzal, ce se manifestă prin micșorarea contactelor dento-dentare și transmiterea forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților, declanșează procese patologice în parodontiu cu consecințele ulterioare.[3;5;12]

În literatura de specialitate sunt elucidate aprofundat informații privitor la rolul traumei ocluzale în evoluția parodontitei marginale cronice (PMC). Astfel contactele ocluzale nefuncționale produc instalarea unei ocluzii instabile cu dispersia forțelor ocluzale în afara axului lung a dinților, favorizând procesele de distrucție a parodontiului dinților respectivi.

În același timp, contactele premature și interferențele ocluzale produc suprasolicitarea dinților, capabile să provoace leziuni ale aparatului de susținere atunci când rezistența țesuturilor parodontale este redusă. Suprasolicitarea funcțională a dinților provoacă la rândul său tulburări de circulație sanguină, distrugerii ligamentare și lărgirea spațiului periodontal.

Slăbirea rezistenței țesuturilor parodontale produce mobilitate dentară, substituirea fibrelor parodontului cu țesut de granulație, apariția migrațiilor dentare.

Metodele de tratament descrise în literatură sunt complexe, în conformitate cu cauzele apariției și entității nozologice de afecțiune parodontală.

Parodontita marginală cronică, reclamă metode de tratament conservative, chirurgicale, ortopedo-protective, redresări ortodontice, aplicate în mod oportun și asociate în diverse forme, care oferă posibilitatea de a executa un tratament efektiv, capabil să frâneze evoluția procesului morbid.

După cum susțin [2;3;4] terapia parodontitei marginale cronice include etape distincte de tratament etiologic și patogenetic cu utilizarea metodelor și mijloacelor de acțiune asupra diferitor verigi a procesului distructiv-inflamator.

Din necesitatea complexității tratamentului parodontitei marginale cronice, sistematizarea rațională a etapelor de tratament va asigura un prognostic favorabil.

Astfel etapa inițială (etiologică) are ca scop stoparea evoluției parodontitei marginale cronice, prin eliminarea și controlul asupra plăcii bacteriene.

O sistematizare de acest fel este dată de [3;7;8;9;12] unde etapa inițială cuprinde tratamentul parodontal, odontal și preprotetic, inclusiv și restaurări protetice provizorii.

Următoarea etapă denumită și corectivă cuprinde măsuri terapeutice tradiționale și moderne, având ca scop restabilirea funcției și a aspectului estetic prin terapie endodontică, metode chirurgicale, tratamente conservatoare și protetice cu reechilibrarea ocluzală.

Aici este important să menționăm că reabilitarea ocluzală își are ca obiectiv refacerea individuală și corelativă a parametrilor ocluzali care vor asigura o funcționalitate optimă.

Astfel analiza unui șir de factori cum ar fi traiectoria condiliană, unghiul Bennett, unghiul dintre planul ocluzal și traiectoria condiliană, forma curbelor de ocluzie, care influențează mișcările cu contact dentar, guvernează modelarea și aranjamentele cuspizilor și al șanțurilor ocluzale.

Îndeplinirea acestor prevederi este indispensabilă fără utilizarea articulatorilor adaptabile. [1;8;10;11]

Respectiv înregistrarea datelor specifice prin intermediul arcurilor faciale anatomice sau cinetice, va oferi informația necesară pentru programarea articulatorilor.

Diagnosticul instrumental-funcțional efectuat pacienților cu parodontită marginală cronică de gravitate medie și grave, asociate cu edentații parțiale și cu migrații dentare îi va permite medicului să elaboreze schema de reabilitare ocluzală în baza conceptuală.

Respectarea acestui deziderat, la rând cu imobilizarea individuală a dinților restanți, pentru repartizarea uniformă a forțelor funcționale, va asigura în final un prognostic favorabil.

Scopul lucrării

Asocierea unor măsuri moderne de diagnostic și tratament pentru refacerea echilibrului morfo-funcțional și ameliorarea homeostaziei locale și loco-regionale a pacienților cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrații dentare și asociate cu edentații parțiale.

Material și metode

Au fost examinați complex (clinic și paraclinic) 34 pacienți (18 b, 16 f), cu vârsta cuprinsă între 35-52 ani, cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrații dentare și asociate cu edentații parțiale. Examenul clinic s-a efectuat după schema standart, completat cu examenul clinic al ocluziei dentare efectuat pe etape distincte: -examenul ocluzal general și cel specific. La rând cu aceasta s-a efectuat parodontometria, utilizând sonda gradată, recomandată de OMS. Datele examenului clinic au fost completate cu cele oferite de metodele imagistice (OPG, TRG, CT), diagnosticul funcțional-instrumental, condilografia. Investigațiile paraclinice sau efectuat până la tratament, în timpul, după tratament și la distanță de un an și trei ani.

Rezultate și discuții

Caz clinic: (Partea II) Pacientul G.L. 44 ani, s-a adresat la C.S. „Fala-Dental“ prezentând următoarele acuze:

- dureri în regiunea unor dinți;
- sângerări gingivale periodice;
- dificultăți în timpul masticăției, ca urmare a lipsei parțiale a dinților;
- dureri în regiunea ATM, cefalee matinală;
- oboseală musculară.

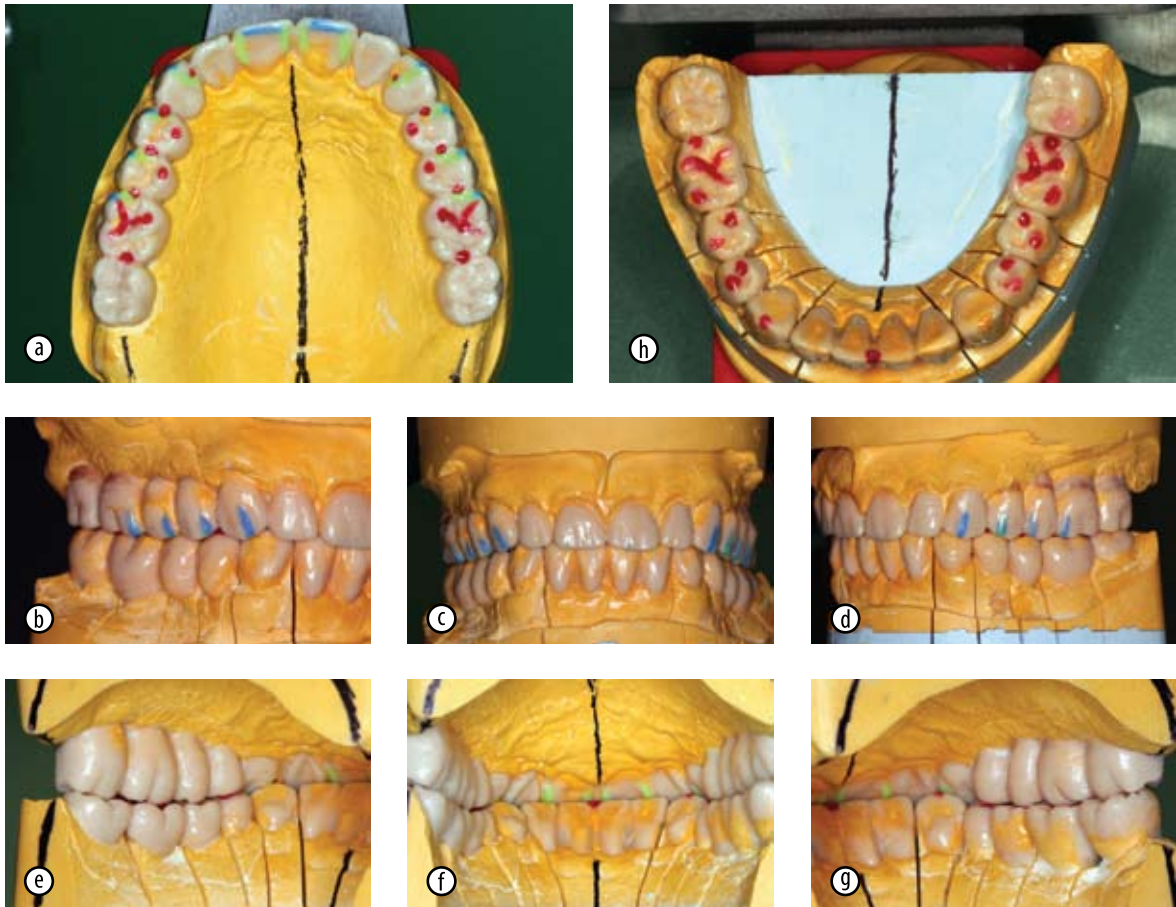


Fig. 23 Modele de diagnostic duplicate. Tehnica modelării diagnostice (Wax-up), în ceara, a reliefului ocluzal conform concepției „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”: vizualizarea suprafețelor ocluzale (a, h); din normă frontală (c); din normă laterală dreapta (b); din normă laterală stânga (d); din normă posterioară (e, f, g)

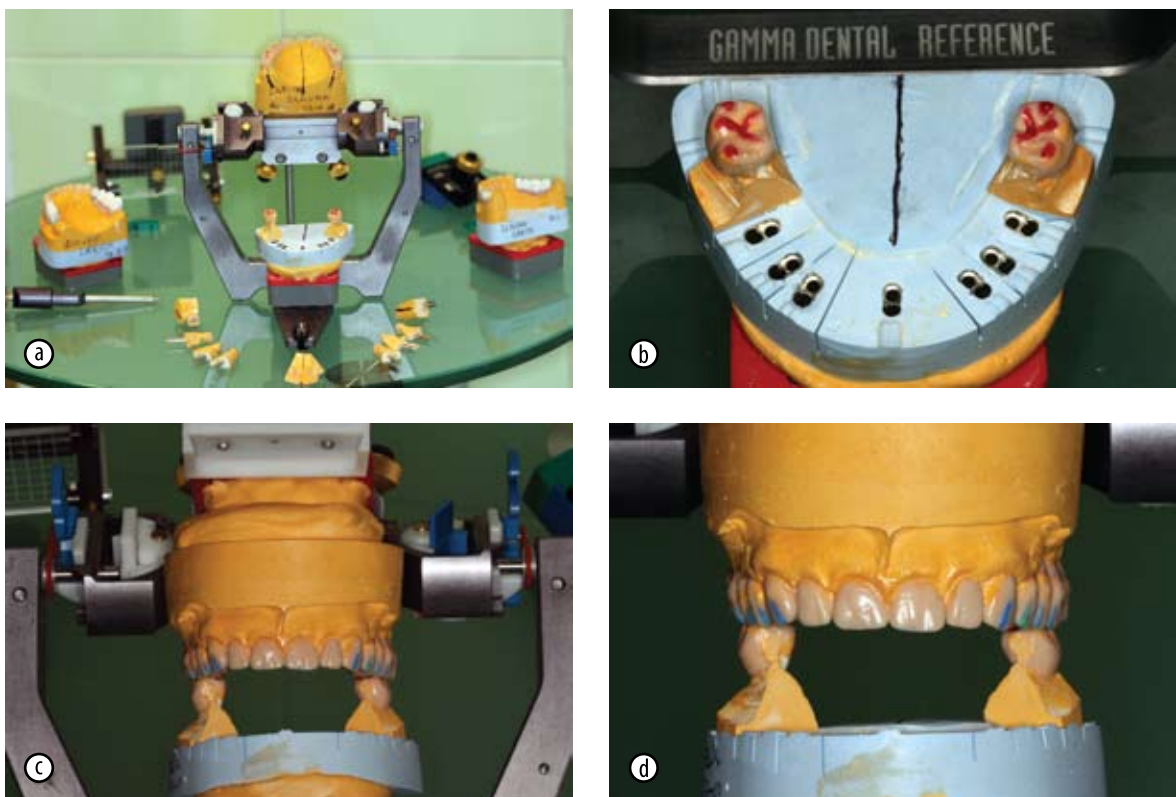


Fig. 24 Tehnica modelării diagnostice în ceara a reliefului ocluzal conform concepției.
Aspectul primilor molari inferiori de pe modelul demontabil al mandibulei (a, b).
Raportul primilor molari inferiori cu modelul duplicat al maxilei montate în articulatorul adaptabil „Reference” (c, d)

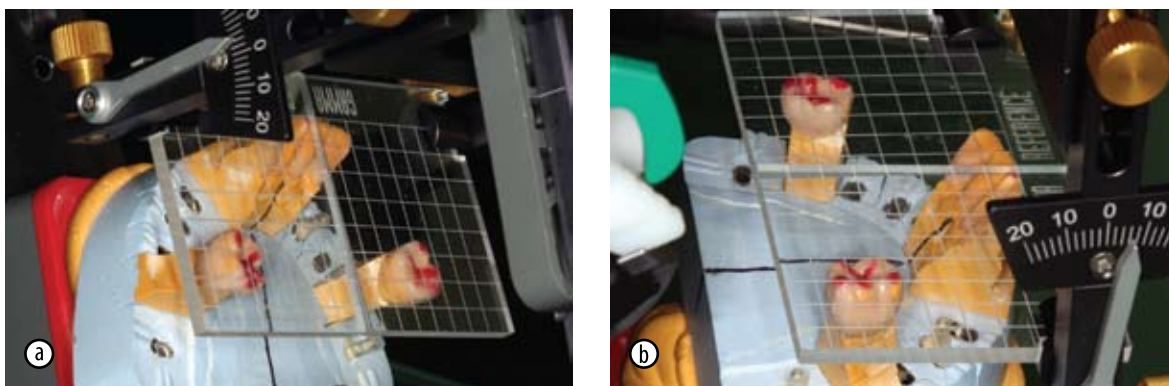


Fig. 25 Tehnica modelării diagnostice în ceara a reliefului ocluzal ai primilor molari inferiori, respectând valoarea unghiului planului ocluzal obținut cu suportul SOFT-lui GAMA-dental (a, b)



Fig. 26 Realizarea „cheii ocluzale” la nivelul primului molar inferior cu contacte ocluzale statice (a, b) și funcționale în laterotruzie (c)



Fig. 27 Modelarea în ceara a reliefului ocluzal a dintelui 45, cu realizarea contactelor ocluzale statice (a, b) și obținerea traiectoriei ocluzale în laterotruzie cu producerea dezocluzei dintelui 46 (c)



Fig. 28 Modelarea în ceara a reliefului ocluzal a dintelui 44, cu realizarea contactelor ocluzale statice (a, b) și obținerea traiectoriei ocluzale în laterotruzie cu producerea dezocluzei dinților 46; 45 (c)



Fig. 29 Modelarea în ceara a reliefului ocluzal a dintelui 43, cu realizarea contactelor ocluzale statice (a, b) și obținerea traiectoriei ocluzale în laterotruzie cu producerea dezocluzei dinților 46; 45; 44 (c)

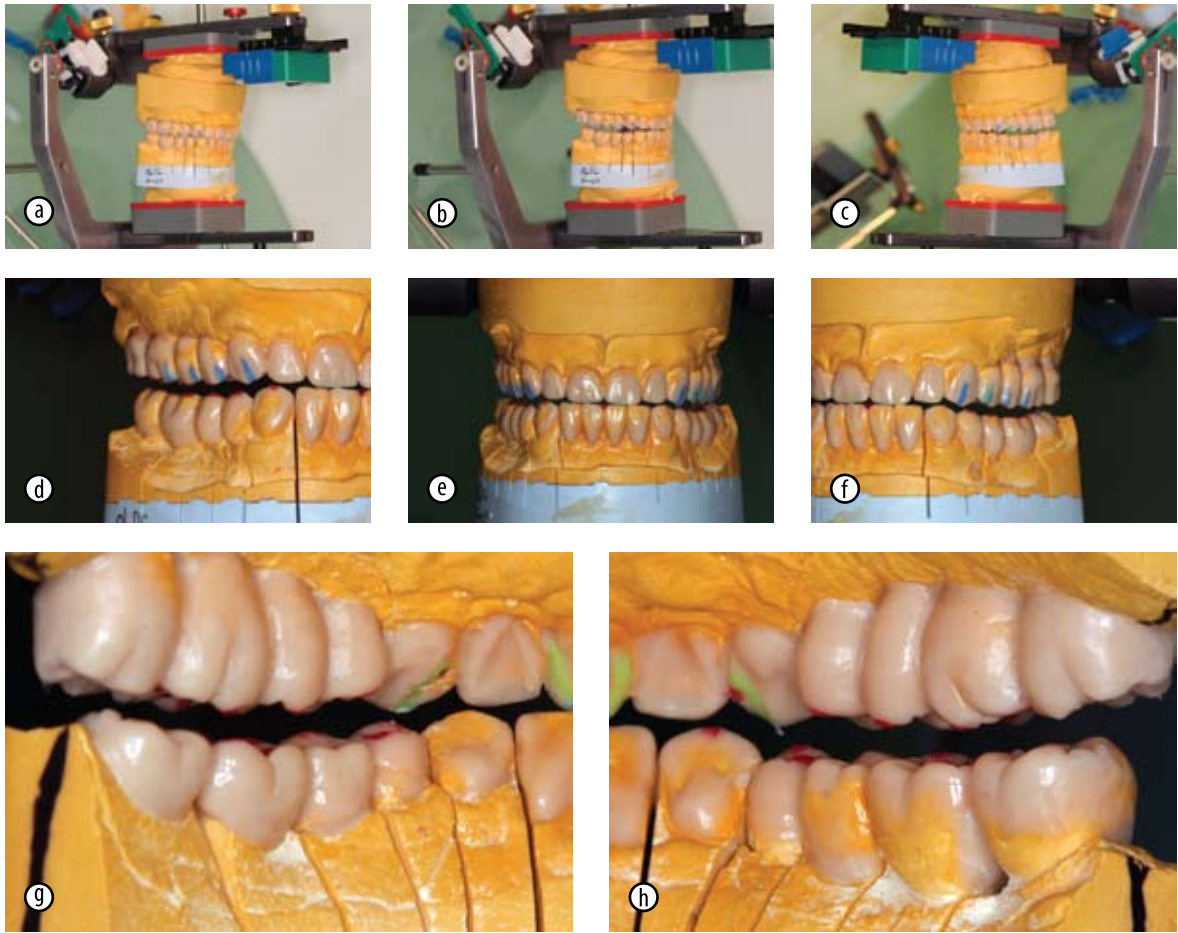


Fig. 30 Rezultatul final al tehnicii modelării în ceară (Wax-up) conform concepției „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”: în intercuspitudine maximă (a); în protruție cu producerea dezocluziei a dinților laterali — norma laterală (b, c, d, f),- norma frontală (e), — norma posterioară (g, h,)

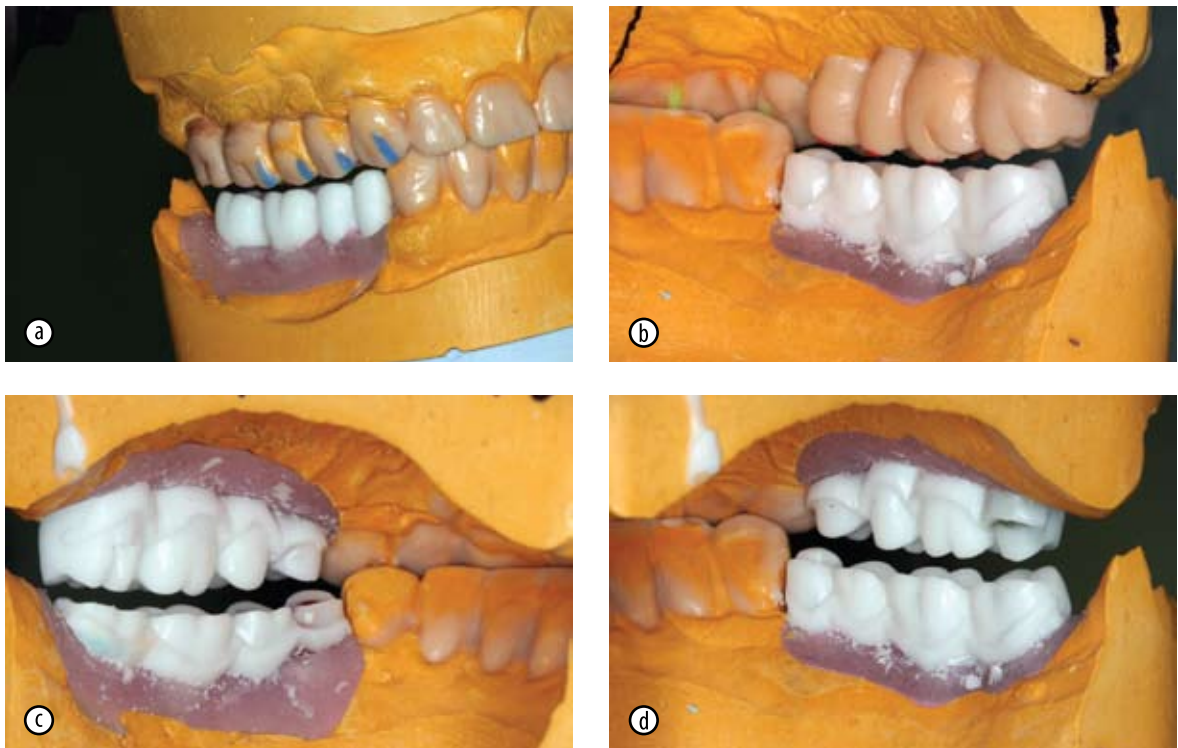


Fig. 31 Macheta din ceară a componentei metalice a construcției protetice fixe, pe modelul de lucru, a mandibulei, în referință cu șablonul modelării diagnostice pe modelul duplicat a maxilei (a, b). Machetele din ceară a componentelor metalice pe modelele de lucru a maxilei și mandibulei (c, d)



Fig. 32 Design-ul finisat ale machetelor din ceară a componentelor metalice. Utilaj, accesorii necesare procesului de confecționare



Fig. 33 Proba componentelor metalice pe modelele de lucru: — la mandibulă (a, b), la mandibulă și maxilă (c, d)



Fig. 34 Proba componentelor metalice în cavitatea bucală: — la maxilă (a), la maxilă și mandibulă cu aprecierea raportului dinților restanți frontali (b), norma laterală (c, e), norma frontală (d), la mandibulă (f)

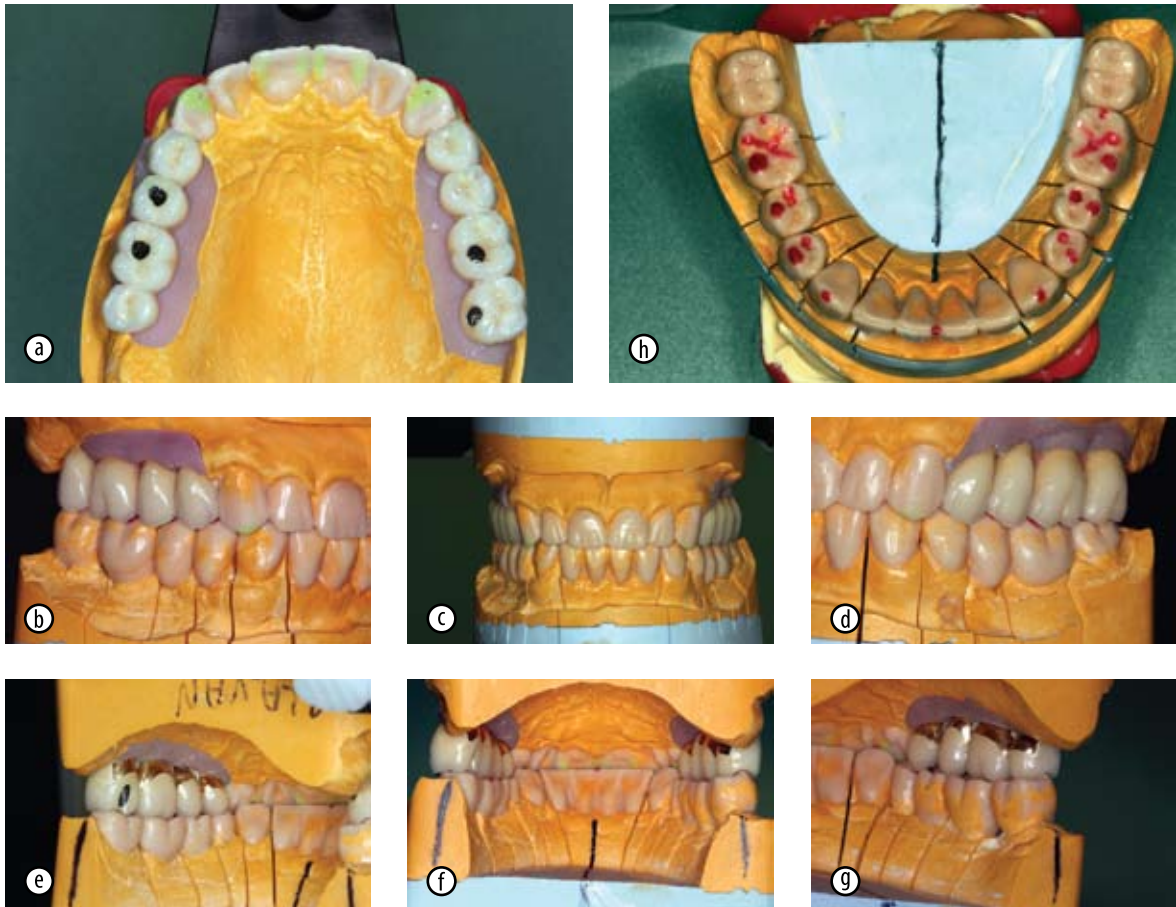


Fig. 37 Proba construcțiilor protetice fixe pe modelul de lucru a maxilei (a), în referință cu șablonul modelării diagnostice pe modelul duplicat a mandibulei (b — normă laterală dreapta), (c- normă frontală), (d — normă laterală stânga), (e, f, g — normă posterioară). Șablonul modelării diagnostice pe modelul duplicat a mandibulei (h)



Fig. 38 Verificarea finală a realizării concepției ocluzale „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”; a „cheii ocluzale” la nivelul primului molar inferior cu contacte ocluzale statice (a); a contactelor ocluzale statice la nivelul dinților 35, 36 (b); a traiectoriei ocluzale în laterotruzie la nivelul dintelui 35 cu producerea dezocluziei dintelui 36 (c)

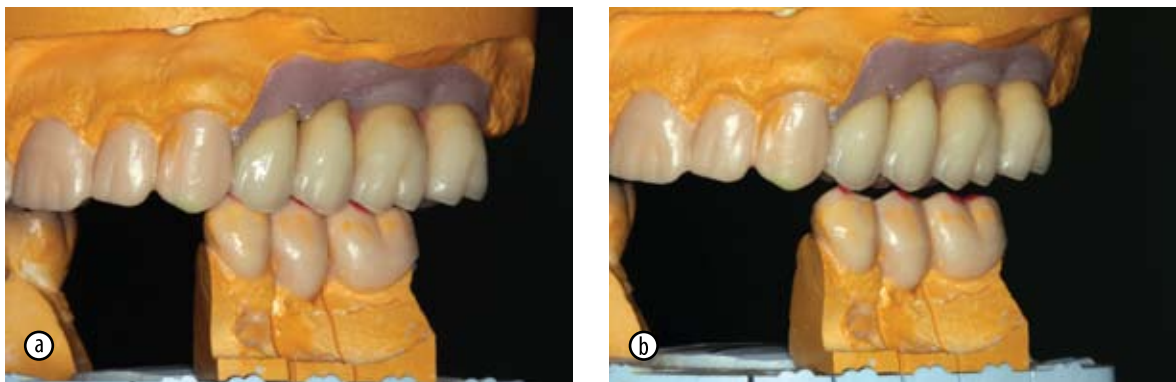


Fig. 39 Verificarea finală a realizării concepției ocluzale „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”; a contactelor ocluzale statice la nivelul dinților 34, 35, 36 (a); a traiectoriei ocluzale în laterotruzie la nivelul dintelui 34 cu producerea dezocluziei dinților 35, 36 (b)



Fig. 40 Verificarea finală a realizării concepției ocluzale „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”; a contactelor ocluzale statice la nivelul dinților 33, 34, 35, 36 (a); a traiectoriei ocluzale în laterotruzie la nivelul dințului 33 cu producerea dezocluziei dințului 34, 35, 36 (b)

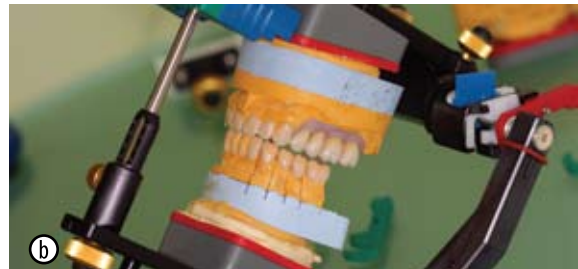


Fig. 41 Verificarea finală a realizării concepției ocluzale „Dezocluzia consecutivă cu dominantă canină”; a poziției terapeutice de intercuspidare maximă (a); a mișcării de protruție cu dezocluzia dinților laterali (b)



Fig. 42 Comparativul modelelor de lucru cu construcțiile protetice fixe finale și a șabloanelor modelării diagnostice în ceară pe modelele duplicate: — a maxilei (a, b); — a mandibulei (c, d)



Fig. 43 Proba construcțiilor protetice fixe pe modelul de lucru a mandibulei în referință cu șablonul modelării diagnostice în ceară pe modelul duplicat a maxilei (a, b — normă laterală), (c, d — normă posterioară)

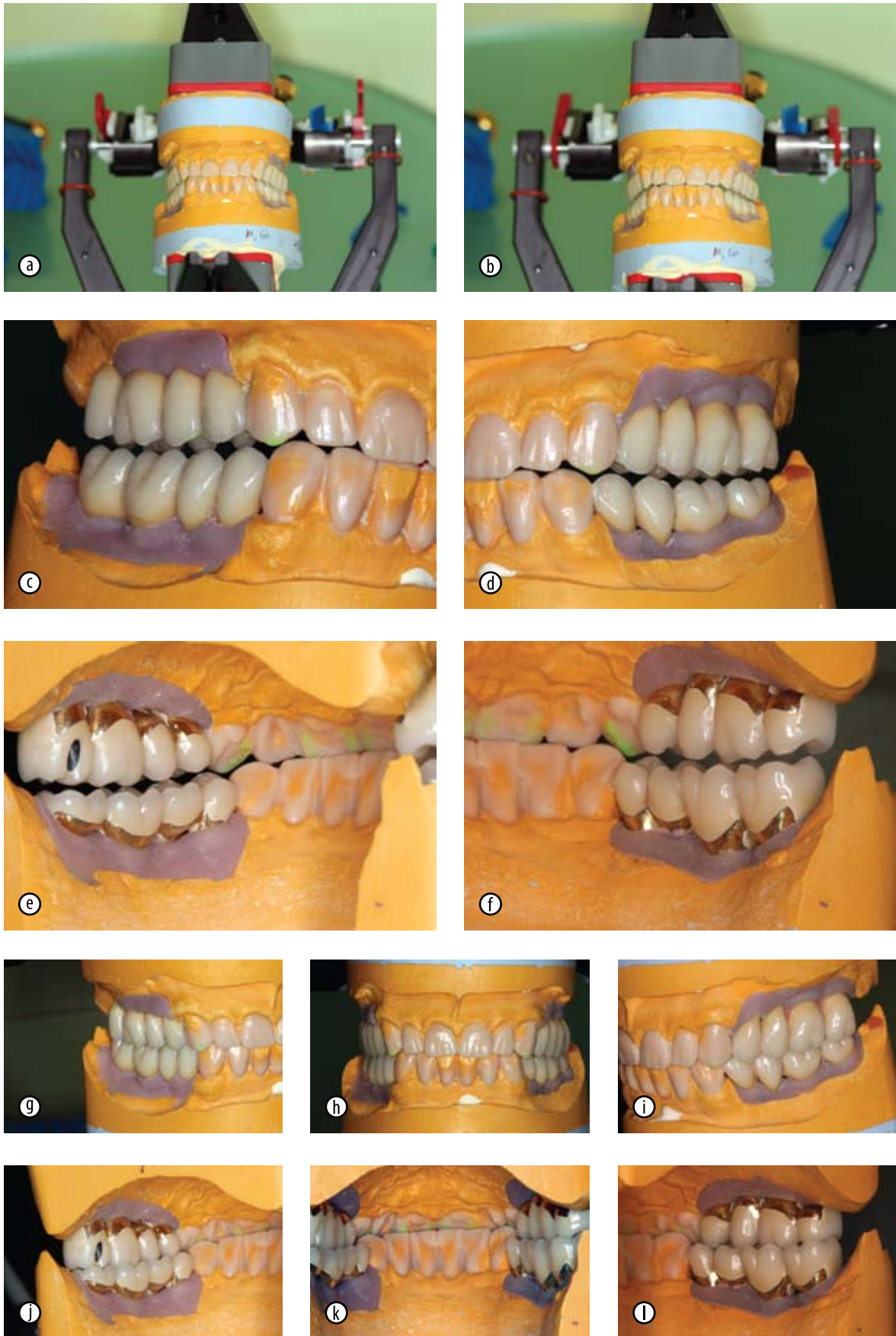


Fig. 44 Proba construcțiilor protetice fixe pe modelele de lucru a maxilei și mandibulei montate în articulatorul adaptabil „Reference”:
 — (a — în poziția terapeutică de intercuspidare maximă), (b — în protruzie din normă frontală, c, d — în protruzie din normă laterală,
 e, f — în protruzie din normă posterioară); (g, i — în poziția terapeutică de intercuspidare maximă din normă laterală,
 h — din normă frontală, j, k, l — din normă posterioară)

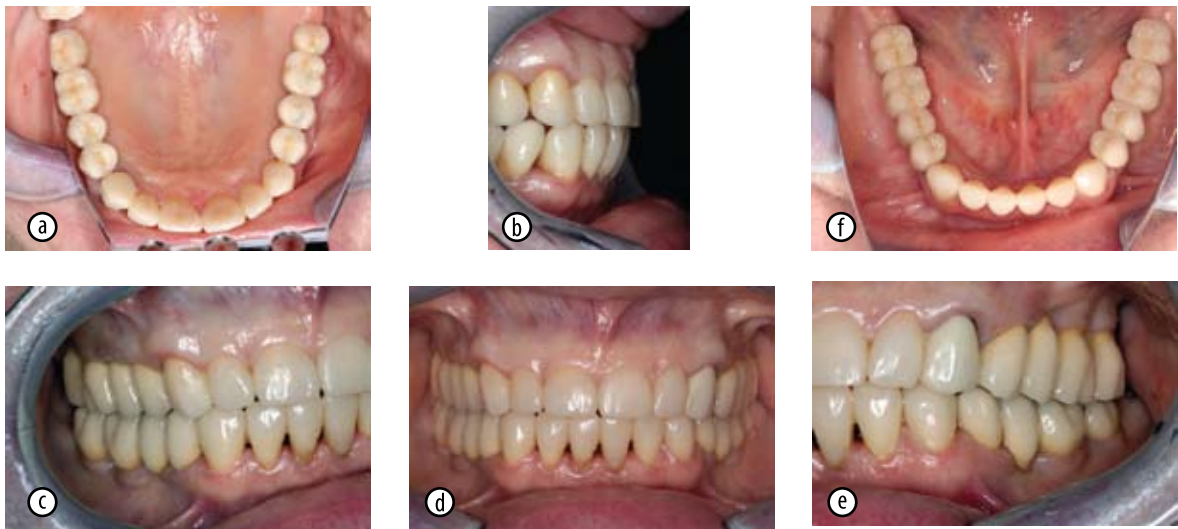


Fig. 45 Proba și fixarea construcțiilor protetice în cavitatea bucală: — la maxilă (a), la maxilă și mandibulă cu aprecierea raportului dinților restanți frontali (b), în interscupidare maximă — norma laterală (c, e), — norma frontală (d); la mandibulă (f)

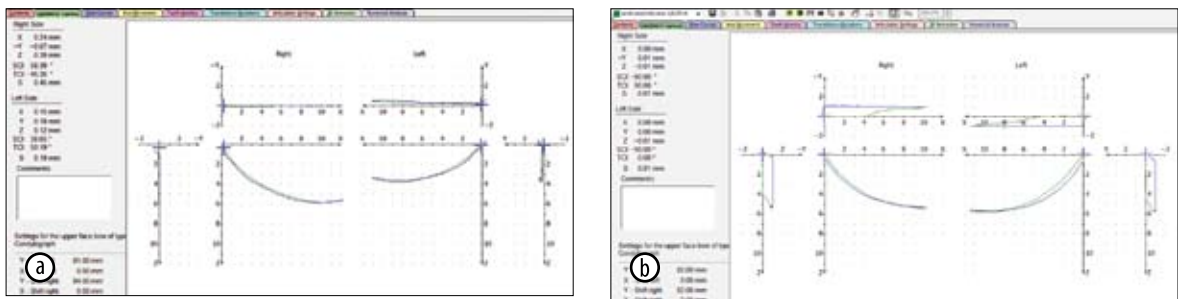


Fig. 46 Protruzia/retruzia Comparativul înregistrărilor grafice prin condilografie „Cadiax” a traseelor excursiilor condiliene: a) evaluarea cantitativă și calitativă până la tratament: asimetrie a traseelor excursiilor condiliene; b) evaluarea cantitativă și calitativă după tratament: normalizarea simetriei a traseelor excursiilor condiliene

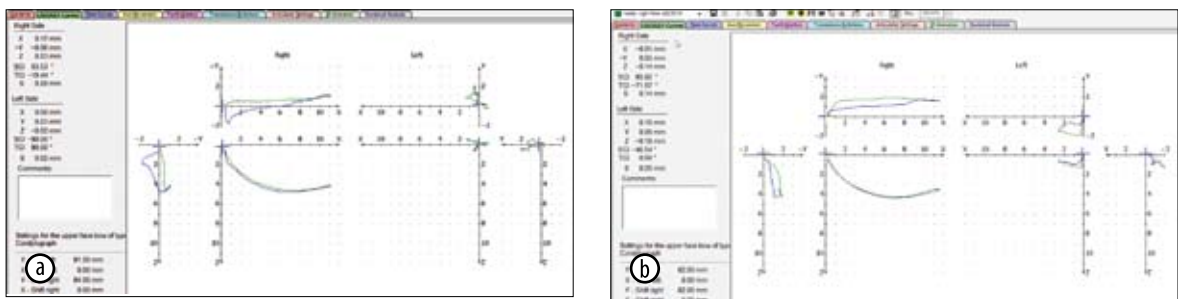


Fig. 47 Mediotruzia. Evaluarea traseelor excursiei condilului din dreapta: până la tratamentul (a) și după tratamentul (b). Constatarea traseelor simetrice

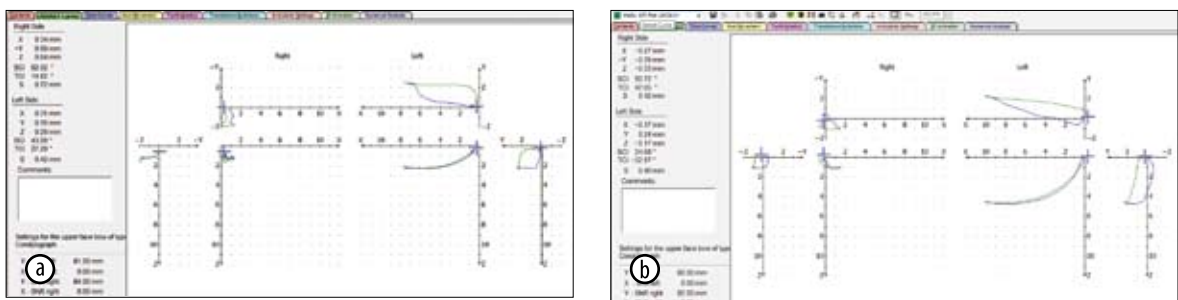


Fig. 48 Mediotruzia. Evaluarea traseelor excursiei condilului din stânga: până la tratamentul (a) și după tratamentul (b). Constatarea normalizării amplitudinii traseelor

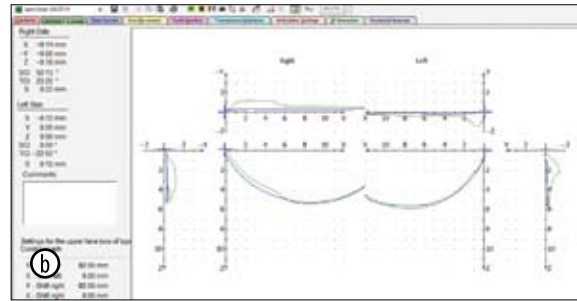
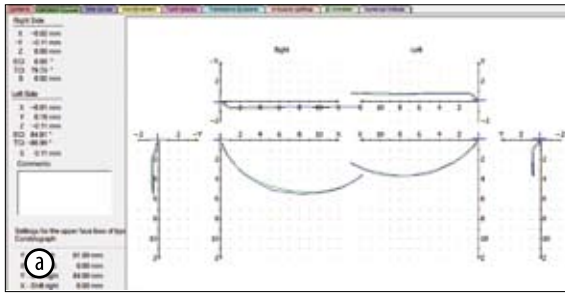


Fig. 49 Mișcarea de deschidere/închidere a mandibulei. Evaluarea cantitativă și calitativă a traseelor condiliene până la tratament (a) și după tratament (b). Constatarea normalizării amplitudinii traseului a excursiei condilului din stânga

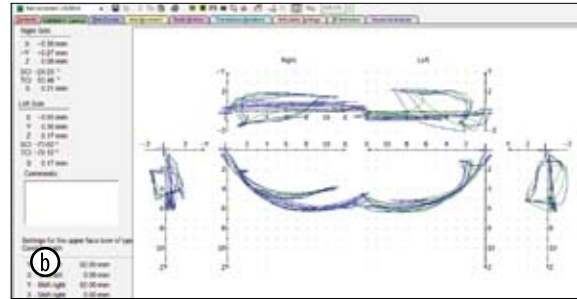
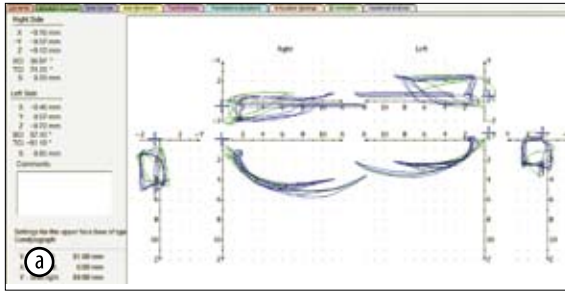


Fig. 50 Mișcări libere a mandibulei. Evaluarea cantitativă și calitativă a traseelor condiliene până la tratament (a) și după tratament (b). Constatarea normalizării amplitudinii traseelor ale excursiilor condilului din stânga

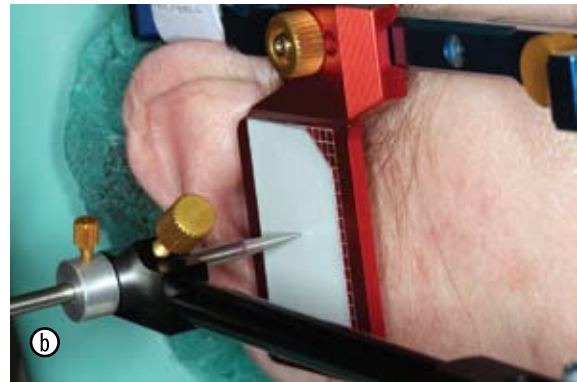
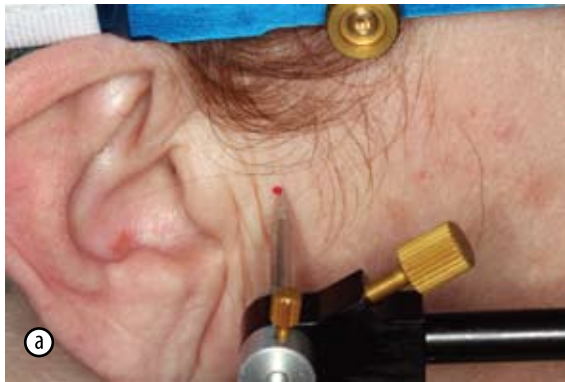


Fig. 51 Înregistrarea ABT prin condilografie: (a — punctul cutanat de referință a ABT arbitrară), (b — transpunerea ABT arbitrare pe dispozitivul de marcare

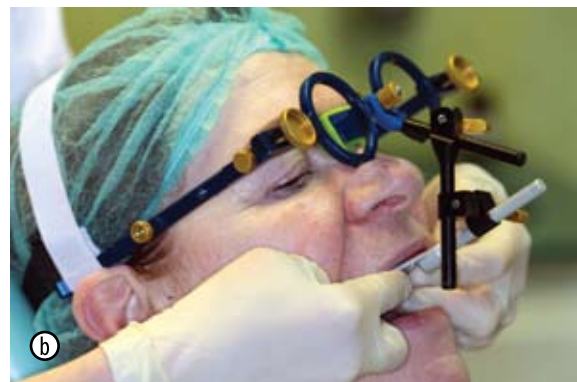
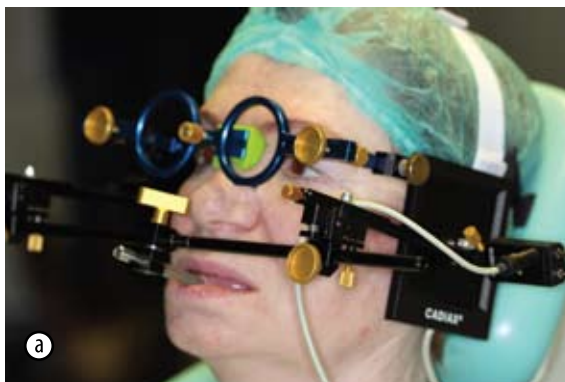


Fig. 52 Procedul de înregistrare a excursiilor condiliene cu obținerea ABT individuale (a), înregistrarea poziției maxilei față de baza craniului (b)



Fig. 53 Dispozitivul de transfer a datelor condilografiei în articulatorul adaptabil „Reference“



Fig. 54 Teleradiograma de profil cu evidențierea bilelor metalice care indică axa balama-terminală individuală și punctul infraorbital

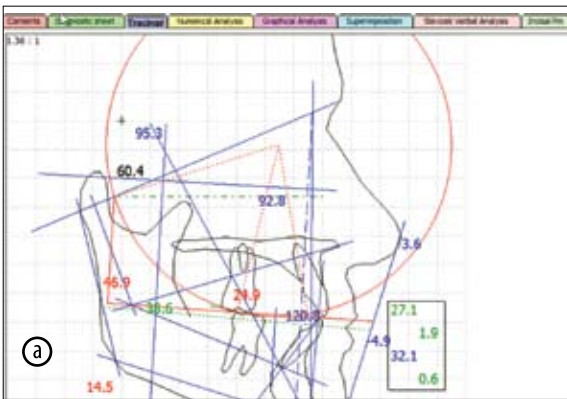
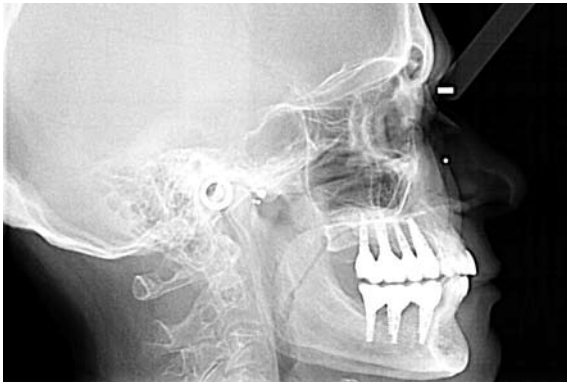


Fig. 55 Comparativul valorilor parametrilor obținuți urma cefalometriei: până la tratament (a), după tratament (b)

Slavicek Analysis			
	Norm	Value	Trend
Skeletal Measurement			
Facial Axis	90.0 °	95.3	18*
Facial Depth	89.0 °	92.7	1+*
Mandibular Plane	24.0 °	14.4	28**
Facial Taper	68.0 °	72.7	18*
Mandibular Arc	29.0 °	46.8	48***>
Maxillary Position	65.0 °	78.8	5+***>
Convexity	0.0 mm	3.6	1X*
Lower Facial Height (by R.Slavicek)	40.8 *	38.5	
Lower Facial Height to Point D	50.3 *	45.8	
Dental Measurement			
Interincisal Angle	132.8 °	120.8	1+*
Upper Incisor Protrusion	4.3 mm	1.8	
Upper Incisor Inclination	23.1 °	27.0	
Upper Incisor Vertical	mm	-0.7	
Lower Incisor Protrusion	1.2 mm	0.6	
Lower Incisor Inclination	24.1 °	32.0	1+*
Upper Molar Position	18.0 mm	24.9	3+***
Occlusal plane			
Occlusal Plane - Axis Orbital Plane (Slavicek)	----- °	3.7	
Idealized Occlusal Plane - Axis Orbital Plane	----- °	6.1	
Distance Occlusal plane - Axis (DPO)	40.9 mm	37.6	
Radius of Curve of Spee	----- mm	60.3	
Lip Embrasure	0.0 mm	2.8	
Occlusal Plane Xi Distance	-1.4 mm	-0.2	
Functional Measurement			
Horizontal Condylar Inclination right	----- °	*	
Horizontal Condylar Inclination left	----- °	*	
Relative Condylar Inclination	----- °	*	
Relative Condylar Inclination 6	----- °	*	

Slavicek Analysis			
	Norm	Value	Trend
Skeletal Measurement			
Facial Axis	90.0 °	94.9	18*
Facial Depth	89.0 °	92.1	1+*
Mandibular Plane	24.0 °	16.2	18*
Facial Taper	68.0 °	71.6	18*
Mandibular Arc	29.0 °	42.3	38***
Maxillary Position	65.0 °	70.4	2+***
Convexity	0.0 mm	1.6	
Lower Facial Height (by R.Slavicek)	42.2 °	42.3	
Lower Facial Height to Point D	50.3 °	48.9	
Dental Measurement			
Interincisal Angle	132.8 °	115.0	1+*
Upper Incisor Protrusion	4.3 mm	5.8	
Upper Incisor Inclination	23.1 °	28.8	
Upper Incisor Vertical	mm	-0.5	
Lower Incisor Protrusion	1.2 mm	2.4	
Lower Incisor Inclination	24.1 °	36.0	1+*
Upper Molar Position	18.0 mm	24.3	3+***
Occlusal plane			
Occlusal Plane - Axis Orbital Plane (Slavicek)	----- °	6.0	
Idealized Occlusal Plane - Axis Orbital Plane	----- °	8.5	
Distance Occlusal plane - Axis (DPO)	40.9 mm	37.0	
Radius of Curve of Spee	----- mm	60.7	
Lip Embrasure	0.0 mm	2.3	
Occlusal Plane Xi Distance	-1.4 mm	-0.7	
Functional Measurement			
Horizontal Condylar Inclination right	----- °	42.4	
Horizontal Condylar Inclination left	----- °	47.0	
Relative Condylar Inclination	----- °	44.7	
Relative Condylar Inclination	----- °	38.6	
Relative Condylar Inclination 6	----- °	37.3	

Fig. 56 Comparativul valorilor parametrilor SOFT-lui și a celor obținute urma cefalometriei: până la tratament (a), după tratament



Fig. 57 Rezultatul la distanță (trei ani) a tratamentului complex direcționat, individualizat: prezența șinei rezilienție la maxilă în scop de prevenție a impactului nociv a parafuncțiilor (a, c, d, e), aprecierea raportului dinților restanți frontali (b), poziție de intercuspidare maximă (f, g, h), arcada dentară a mandibulei (i)

La examenul clinic primar prin inspecție au fost determinate următoarele semne:

- asimetria feței;
- igiena orală nesatisfăcătoare;
- migrări dentare în evantai a dinților frontali;
- prezența edentațiilor bilaterale terminale la ambele maxilare;
- multiple obturații pe suprafețele ocluzale și în regiunea coletului,
- au fost determinate afecțiuni carioase și uzuri ale smalțului.

Pacientul de sine stătător a îndeplinit ancheta standard, utilizată în cadrul C.S. „Fala Dental“, ce include întrebări privind starea medicală și cea stomatologică a pacientului. În timpul discuției, din spusele pacientului nu au fost atestate reacții alergice la preparate medicamentoase (inclusiv și la anestezice). La anestezici s-a efectuat alergograma. Afecțiuni ale sistemului cardio-vascular, boli cronice, hepatita B, C, HIV-infecții — pacientul a negat.

Concluzie

Aplicarea unor măsuri moderne de diagnostic la pacienții cu parodontite marginale cronice profunde lent progresive, complicate cu migrări dentare și asociate cu edentații parțiale a permis elaborarea unui tratament complex direcționat, individualizat cu refacerea echilibrului morfo-funcțional și ameliorarea homeostaziei locale și loco-regionale, care a permis obținerea unui pronostic favorabil în timp.

(PARTEA I Vezi: Revista „Medicina Stomatologică“, nr. 1, 2014, pag. 22–31).

Bibliografie

1. Bratu E., Bratu D. — Stabilitatea și mobilitatea implantelor dentale-criterii de apreciere a succesului sau eșecului terapeutic, Ed. Eurostampa, Timișoara 2009.
2. Carvalho L. H. et al. Scaling and root planning, systemic metronidazole and professional plaque removal in the treatment of chronic periodontitis in a brazilian population II- microbiological results. J. Clin. Periodontol, 2005; 32: 402-411.
3. Ciobanu Sergiu. Tratamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice. Chișinău, 2012.
4. Dumitriu A. I. Îndrumar teoretic și practic de regenerare parodontală prin tehnici de adicție. Editura Cerniaprint, România, București, 2006.
5. Forna N. și colab.-Actualități în clinica și terapia edentației parțiale întinse-Tratat de protetică dentară. Editura. Gr. T.Popa, UMF Iași, 2008, 390 pag.
6. Mărcăuțeanu C., Uram-Țuculescu S. — Noțiuni de ocluzologie (partea a II-a). Disfuncția temporo-mandibulară, Lito-UMF „Victor Babeș“, Timișoara, 2002.
7. Mărțu, Mocanu C. — Parodontologie clinică, Ed. Apollonia, Iași, 2001.
8. Naoschi Sato. Chirurgia parodontală. Juzawa, Japonia, 2006.
9. Postolachi I. și colab.-Protetica dentară, Ed. Știință, Chișinău, 1993.
10. Sandu S. A., Hutu E. Corelația dintre diagnosticul de ocluzie și determinarea relațiilor intermaxilare la edentatul parțial. Revista română de Stomatologie. Vol.12, nr. 2,3-4, 2006, p. 99-105.
11. Slavicek Rudolf The masticatory organ: Functions and Dysfunctions, Gamma Med.-wiss. Forbildung-AG, 2002, 543 pag.
12. Шептелич И. М., Постолоки И. И. — Ортопедические методы в комплексной терапии пародонта. (Методические рекомендации). Кишинёв, 1988.

Data prezentării: 10.06.2014.
Recenzent: Gheorghe Nicolau

TRATAMENTUL EDENȚĂILOR PARȚIALE UNIDENTARE PRIN INTERMEDIUL RESTAURĂRILOR PROTETICE ADEZIVE

Rezumat

Studiul dat se bazează pe examinarea complexă și tratamentul a 7 pacienți (5 femei și 2 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 19 și 40 de ani, cu edentații parțiale unidentare frontale tratați cu ajutorul restaurărilor protetice adezive prin metoda directă.

Scopul acestei cercetări a fost studierea particularităților examenului clinic a edentațiilor parțiale unidentare, argumentarea biomecanică și stabilirea indicațiilor către tratamentul prin metoda directă cu ajutorul restaurărilor protetice adezive.

Rezultatele obținute, cât și cele relatate de alți autori confirmă că tratamentul edentațiilor unidentare frontale prin intermediul restaurărilor protetice fixe adezive confecționate prin metoda directă este efectiv în tratamentul provizoriu sau „provizorat de lungă durată”, .

În concluzie respectarea dezideratelor biomecanice în alegerea soluției de tratament, cât și studierea minuțioasă a particularităților examenului clinic au permis stabilirea indicațiilor către tratamentul prin metoda directă cu ajutorul restaurărilor protetice fixe adezive.

Cuvinte cheie: edentație parțială, restaurărilor protetice adezive, tratament provizoriu.

Vitalie Gribenco,
asistent universitar

Roman Caldare,
medic stomatolog

Catedra de Stomatologie
Ortopedică „I. I. Ilarion
Postolachi” a USMF
„Nicolae Testemițanu”

Doina Darii,
studentă anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu”

Summary

TREATMENT UNIDENTAL PARTIAL EDENTATION THROUGH ADHESIVE PROSTHETIC RESTORATION

This study is based on complex examination and treatment of 7 patients (5 women and 2 men) aged between 19 and 40 years with partial edentation frontal unidental treated with prosthetic adhesive restorations using the direct method.

The purpose of this research was to study the peculiarities of the clinical examination unidental partial edentation, biomechanical rationale and determining the treatment indicated by the direct method using prosthetic adhesive restorations.

The results and those reported by other authors confirm that the treatment edentation frontal unidental fixed by means of adhesive prosthetic restorations made by direct method is effective in treating temporary or provisional long term.

In conclusion respecting the choice desiderata biomechanical treatment solution and thorough study of the peculiarities of the clinical examination allowed the establishment of the treatment indicated by the direct method using adhesive fixed prosthetic restorations.

Key words: partial edentation, prosthetic adhesive restorations, provisional treatment.

Introducere

Edentația parțială unidentară reprezintă o formă clinică frecvent întâlnită la pacienții cu vârsta cuprinsă între 16—45 ani. Datele obținute de colaboratorii catedrei de Stomatologie Ortopedică „I. Postolachi”, (V. Guțuțui, I. Postolachi) în urma investigațiilor epidemiologice în Republica Moldova ne demonstrează că frecvența edentației parțiale reduse este de 327,0 +/- 6,0 ‰ la o mie de locuitori. Pacienții cu edentații parțiale unidentare în zonele frontale ale arcadei dentare, impun rândul său în fața cliniciștilor probleme de reabilitare estetică. După cum afirmă [1,3,5] particularitățile tabloului clinic, la rând cu dotarea tehnico-materială și gradul de competență funcțională guvernează alegerea soluției terapeutice.

Aici este important să menționăm că valorile parametrilor ce caracterizează spațiul potențial protetic au o importanță deosebită, autorii [1,4] susțin că indicațiile locale către alegerea uneia sau altei soluții terapeutice sunt influențate de aceste valori.

Tratamentul fiecărei situații clinice nu e posibil doar prin tradiționalele punți dentare fixe, fiind necesar în unele cazuri și o rezolvare contemporană prin aplicarea implantelor sau a punților dentare excepționale (punți dentare adezive).

Noile metode de tratament a edentațiilor unidentare au fost elaborate reeșind din dezavantajele punților dentare ce necesită prepararea dinților stâlpi cu consecințe majore asupra organului pulpar (alterații, hemoragii, combustii, pulpite, necroze).

Prin urmare evoluția perfecționării tehnologiilor tratamentului protetic a pacienților cu edentații parțiale unidentare urmărește scopul micșorării preparării țesuturilor dure a dinților stâlpi în volum și suprafață precum și evitarea afectării organului pulpar.

Respectiv și concepția modernă de tratament a edentațiilor parțiale, inclusiv și a celor unidentare prevede o abordare terapeutică miniinvasivă față de țesuturile dentare dure.

Punțile adezive sunt restaurări protetice fixe ce reduc la maximum sacrificiul de țesuturi dure dentare. Aceste tipuri de lucrări protetice necesită prepararea superficială a dinților stâlpi.

Ca urmare a progresului tehnico-științific în domeniul stomatologiei cu apariția noilor generații de biomateriale și a tehnologiilor moderne s-a modificat designul și tehnicile de confecționare a punților adezive.

Literatura de specialitate afirmă că tratamentul protetic a edentațiilor parțiale unidentare prin aplicarea punților dentare fixe cu coroane de înveliș totale este un tratament protetic invaziv însoțit obligatoriu de șlefuirea profundă a țesuturilor odontale coronare sănătoase. Autorii [2,3] menționează că șlefuirea a doi dinți stâlpi integri pentru restabilirea unei breșe unidentare e o problemă nu numai invazivă biologic dar și un impact psihologic asupra pacientului.

Conform datelor [4,5] la prepararea pentru o coroana de înveliș se sacrifică aproximativ 40-60% din țesuturile dure dentare coronare, în timp ce pentru o proteză fixă adezivă se sacrifică în jur de 10% din țesuturile dure dentare.

Puntea fixă adezivă se indică atunci când sunt îndeplinite următoarele condiții:

- Edentație unidentară în zona frontală;
- Ocluzie fiziologică;
- Dinți cu volum coronar bine reprezentat și normal colorați;
- Integritatea paradontală menținută;
- Carioreceptivitate redusă;
- Creasta edentată bine reprezentată și normal conformată;
- Stare generală și igiena bună.

În conformitate cu principiul biomecanic de tratament stomatologic al edentațiilor parțiale unidentare această varietate de punte dentară cât și metoda utili-

zată trebuie să asigure un echilibru optim de recepție și repartizare a presiunilor masticatorii.

Datele recente ale literaturii cât și cercetările clinice retrospective, ne demonstrează utilitatea punților adezive în context cu respectarea indicațiilor către ele.

Conform datelor literaturii restaurările protetice adezive sunt o soluție de menajare a țesuturilor dentale coronare și reprezintă un progres major în protetica dentară.

În situațiile clinice de prezență a edentațiilor parțiale unidentare, când sunt posibile mai multe soluții de tratament indicațiile către confecționarea punților adezive prin metoda directă v-or reeși din exigențele și doleanțele pacienților, influența factorului social-economic, condițiile loco-regionale ale sistemului stomatognat.

Însă pentru aplicarea uneia sau altei varietăți de construcții e necesar de a elabora un algoritm clinic a tratamentului protetic restaurativ bazat pe particularitățile tabloului clinic.

Reeșind din cele menționate această varietate de punte dentară reprezintă o alternativă terapeutică de tranziție sau provizorat de durată medie.

Scopul

Studiul particularităților examenului clinic a edentațiilor parțiale unidentare, argumentarea biomecanică și stabilirea indicațiilor către tratamentul prin metoda directă cu ajutorul restaurărilor protetice fixe adezive.

Materiale și metode

Au fost examinați complex și selectați 7 pacienți (5 femei și 2 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 19 și 40 de ani, cu edentații parțiale unidentare frontale tratați cu ajutorul restaurărilor protetice adezive prin metoda directă.

Din examenele complementare paraclinice, au fost utilizate metode imagistice ca ortopantomografia și la necesitate radiografiile digitale. Studiul modelelor de diagnostici s-a efectuat separat, în angrenare și montate în simulatoare.

Rezultate și discuții

Studiul are la bază examinarea și tratamentul a 7 pacienți (5 femei și 2 bărbați) cu vârsta cuprinsă între 19 și 40 de ani, cu edentații parțiale reduse. Pacienții au solicitat asistență medicală în Clinicile Stomatologice „Fala Dental“ și „Dent Lux“.

Motivele principale ale adresării au fost în toate cazurile tulburări fizionomice și dereglările de incizie a alimentelor.

Datele clinic-radiologice ne permiteau să folosim ca stâlpi dinții limitrofi breșei edentate.

Preliminar pacienții au fost supuși unui tratament prin detartraj și periaj odontal profesional. Au fost făcute recomandări pentru întreținerea igienei bucale în stare bună. În perioada tratamentului și după nu au fost careva complicații. Pacienții s-au aflat sub observație, timp de 10 luni — 2 pacienți, de 6 luni — 3 pacienți și 2 pacienți timp de 3 luni.

Rezultatele obținute, cât și cele relatate de alți autori confirmă că tratamentul edentațiilor unidentare frontale prin intermediul restaurărilor protetice fixe adezive confecționate prin metoda directă este efec-tiv în tratamentul provizoriu sau „provizorat de lungă durată”.

Caz clinic:

Datele personale: Pacienta X, anul nașterii 1988, domiciliată în or. Chișinău.

Acuze: lipsa parțială a dinților la maxilarul superior, perturbări estetice și de incizie.

Anamneza actualei maladii:

Pacienta s-a adresat la finele tratamentului orto-dontic, scopul căruia a fost crearea spațiului necesar pentru tratamentul implanto-protetic cât și alinierea dinților aflați în malpoziție.

Din discuțiile cu pacienta am stabilit că dintele a fost extras cu aproximativ doi ani în urmă, după care a urmat tratamentul de redresare ortodontică. La adre-sare s-a constatat prezența breșei.

Anamneza vieții: pacienta s-a născut în or. Chi-șinău, nu este căsătorită. Condițiile de trai sunt bune, Starea materială este satisfăcătoare. Afecțiuni cronice nu prezintă.

Anamneză infecțioasă: în ultimele trei luni con-tact cu bolnavi contagioși nu a avut, boli infecțioase nu a suportat. Hepatite virale, TBC, HIV-SIDA — neagă.

Obiceiurii vicioase: neagă.

Anamneză alergologică: intoleranță la medica-mente, substanțe chimice, produse alimentare — ne-gă.

Examenul exobucal:

Modificări exobucale pacienta nu prezintă. Sime-triea feței e păstrată. Etajele feței sunt proporționale, plicile nazo-labiale și mentonieră nu sunt pronunțate. Culoarea pielii și a mucoasei buzelor sunt în normă.

La palparea articulației temporo-mandibulare, a mușchilor mobilizatori, ganglionilor limfatici sub-mandibulari, puncte dureroase nu s-au determinat. Cinematica mandibulară este nestingherită, fără du-reri sau crepitații. Mușchii mobilizatori ai mandibulei se contractă uniform simetric, au tonicitate normală, nu sunt hipertrofiați.



Fig.1 Aspectul facial din normă frontală a pacientei aflate în studiu. Nu prezintă modificări ale simetriei faciale



Fig.2 Aspectul dento-facial la un zâmbet forțat cu dinții în angrenare unde vizualizăm prezența sistemului fix ortodontic.



Fig.3 Aspectul dento-facial al pacientei la un zâmbet forțat, fără angrenarea dinților, unde vizualizăm gradul de vizibilitate a dinților frontali.

Examenul endobucal

Gradul de deschidere a cavității bucale este în nor-mă. Mucoasa cavității bucale este roz-pală, fără for-mațiuni patologice. Buzele sunt de culoare roșie, fără cruste și scoame. Igiena satisfăcătoare. La sondare, gingia nu sângerează.

Limba este de culoare normală, fără depuneri. Mucoasa palatului dur și planseului bucal — nemo-dificată.



Fig.4 Aspectul dento-gingival al pacientei cu aplicarea depărtătorului de buze, unde vizualizăm că gingia este intactă



Fig.5 Aspectul dento-facial al pacientei unde vizualizăm lipsa dintelui 22 și poziția puțin palatinizată a dintelui 12

La examenul arcadei dentare se determină lipsa dintelui 22.

Formula dentară:

											L								
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8				
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8				



Fig.6 Pacienta X. edentație parțială unidentară frontală până la tratamentul restaurativ



Fig.7 Evaluarea parametrilor spațiului potențial protetic în timpul examenului clinic prin inspecție

Dinții frontali 21 și 23 nu prezintă mobilitate patologică, paradonțiul marginal nu prezintă modificări patologice. Cresta alveolă nu prezintă proeminențe osoase.

Arcada dentară superioară are formă semieliptică, iar arcada dentară inferioară — hiperbolică.

Ocluzia este ortognată. Examenul relațiilor dintre cele două arcade s-a efectuat în cele două poziții: intercuspitate maxime și în relație centrică, și în cele două mișcări: de propulsie și de lateralitate, cu ajutorul examenelor funcționale și a hârtiei de articulație.

În poziția de intercuspitate maxime, s-a observat că toți dinții restanți prezintă contacte ocluzale și incizo-palatinale. În relația centrică s-a remarcat producerea contactelor simultane pe mai multe stopuri ocluzale. În mișcările de lateralitate și propulsie a mandibulei cu contacte dentare au fost îndeplinite criteriile ocluziei funcționale.

Examenul complementar

În scopul asigurării examenului complex, pentru determinarea particularităților tabloului clinic al edentației parțiale unidentare și stabilirea unui diagnostic cu întocmirea planului corect de tratament, pacienta, paralel cu examenul instrumental, a fost su-

pusă examenului paraclinic prin utilizarea următoarelor metode: ortopantomografia zonei maxilo-faciale și radiografia intraorală dento-paradontală.



Fig.8 Ortopantomografia

Studiul modelelor de diagnostic

Modelele de diagnostic, obținute din ghips dur pot fi studiate separat la maxilarul superior și inferior, din normă frontală, posterioară, laterală dreaptă și stângă și cea superioară cât și montate în simulator.

Important este să menționăm că pe modelele de diagnostic au fost apreciate valorile parametrilor spațiului potențial protetic. Paralel cu aceasta poate fi apreciat statusul odontal al dinților restanți, poziția lor în arcadele dentare.



Fig.9 Modelul de diagnostic la maxilarul superior a pacientei X



Fig.10 Modelele de diagnostic a pacientei X ghipsate în simulator

Diagnosticul

Edentație parțială clasa III Kennedy la arcada dentară superioară, ca urmare a extracției dentare, cu pierderea eficacității masticatorii 2 % după Agapov, dereglări estetice.

Planul de tratament

Confecționarea punții adezive prin metoda directă, ca soluție terapeutică de tranziție către tratamentul

implanto-protetic, a fost dictată de doleanțele și exigențele pacientei, cât și oferta osoasă insuficientă pentru obținerea unei stabilități adecvate a implantului la momentul dat.

Această rămâne o soluție tranzitorie de tratament, dar și de un provizorat de durată medie, care necesită o monitorizare minuțioasă pe parcursul acestui tratament.

Această construcție restaurativă va îndeplini două funcții: restabilirea integrității arcadei dentare din punct de vedere funcțional cât și estetic.

Tratamentul

Pregătirea prerestaurativă a pacientului

S-au efectuat măsuri de asanare a cavității bucale: igiena profesională, detartraj cu ajutorul ultrasunetului și periaj profesional. Pacienta a fost instruită privind respectarea igienei cavității bucale.

Pregătirea prorestaurativă:

Pacientei i s-a explicat sensul tratamentului terapeutic restaurativ, durata lui, caracterul construcției restaurative alese, lichidând frica față de tratament.

Tratamentul restaurativ propriu-zis

După prepararea dinților stâlpi (crearea lăcașurilor) și izolarea câmpului de lucru cu cofferdam, se face gravajul cu acid ortofosforic de 37%, se aplică în mod consecutiv adezivul „Prime&Bond NT”. Se fixează fibra din sticlă „Connect” cu compozit-flow (eng. Flow-lichid), cu solidificarea ulterioară catalizată de lumină.



Fig.11 Fibra optică „Connect” polimerizată



Fig.12 Ameliorarea estetică



Fig.13 Rezultatul final al tratametului pacientei X.



Fig.14 Rezultatul final al pacientei X din normă laterală

Examenul endobucal al punții dentare s-a realizat din punct de vedere al cerințelor estetice cu verificarea corespunderii culorii, formei, mărimii dintelui din puntea dentară, apreciind aspectul general al punții în cavitatea bucală, și din punct de vedere funcțional, cu verificarea rapoartelor ocluzale .

Concluzie

Respectatea dezideratelor biomecanice în alegerea soluției de tratament, cît și studierea minuțioasă a particularităților examenului clinic sporește longevitatea restaurărilor protetice adezive și micșorează impactul de apariție a complicațiilor.

Bibliografie

1. Bratu D., Nussbaum R. — Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe, ediția a III -a, Editura Medicală București, 2006;
2. Guțuțui V., Cojuhari N.-Aspecte clinice de concepere a punților dentare adezive în edentațiile reduse laterale mandibulare. Congresul IX, Chisinau 2001;
3. Guțuțui V., Postolachi I.-Apecte moderne de concepere a punților dentare adezive în edentațiile frontale și laterale reduse. Anale științifice. Chisinau, 2005;
4. Ryakhovsky A.- Вантовые зубные протезы. Москва 2003;
5. Ryakhovsky A., Karapetyan A., Ulezko S.-Adhezive bridge dentures: from creation to the present time. Стоматология 3, Москва 2002;

Data prezentării: 29.04.2014

Recenzent: Ion Lupan

CONCEPTELE OCLUZALE ACTUALE ÎN TERAPIA PROTETICĂ IMPLANTARĂ FIXĂ

Gheorghe Bordeniuc,
student anul V

*Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Valeriu Fala,
d.m., conferențiar
universitar

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Vitalie Gribenco,
asistent universitar

Vitalie Pântea,
asistent universitar

*Catedra Stomatologie
Ortopedică „Ilarion
Postolachi“, USMF
„Nicolae Testemițanu“*

Lilian Nistor,
doctorand

*Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“*

Rezumat

Tratamentul implantar a devenit în ultimii ani unul de elecție pentru înlocuirea dinților lipsă, atât în edentațiile parțiale, cât și în cele totale.

Conceptele ocluziei tradiționale, au fost aplicate de către specialiști cu unele modificări, dat fiind poziționarea rigidă a implantului în os, acesta neposedând aceeași mobilitate ca ligamentul periodontal a dintelui, care acționează ca un amortizator pentru forțe.

În cazul implantelor, în urma stresului masiv, are loc apariția fracturilor microscopice, proceselor de deformare la rece și de obosire a metalului. Fenomenul fiind progresiv, duce la pierderea treptată a densității periimplantare, implicit cu eșecul terapiei implantare.

Scopul lucrării a fost studierea și descrierea conceptelor ocluzale statice și dinamice, cât și a particularităților de biomecanică pentru realizarea analizei unei scheme ocluzale generale de reabilitare protetică implantară.

Atât conceptele ocluzale, aplicabile în protetica implantară, cât și studierea particularităților de biomecanică, au stat la baza analizei unei scheme de reabilitare ocluzală, cu datele literaturii de specialitate.

Cuvinte cheie: *concept ocluzal, biomecanică, protetica implantologică, schemă ocluzală.*

Summary

CURRENT OCCLUSAL CONCEPTS IN FIXED IMPLANT PROSTHODONTICS

Implant treatment is one of the most used treatments for replacing missing teeth in partial and total edentations.

Traditional occlusal concepts, are applied with some modifications, because of the rigid placing of dental implants, thus lacking the same mobility as the periodontal ligament of the tooth, the last one acting like a shock dumper.

Implants, under a heavy stress, will be exposed to work hardening and metal fatigue, with the appearance of microfractures. This process is progressive, so it leads to the gradual loss of periimplant bone density, and finally to the failure of the implant treatment.

The goal of the study was to study and describe the static and dynamic occlusal concepts, as well as the biomechanical particularities for making an analysis of a general scheme for occlusal rehabilitation, using data from scientific literature.

The occlusal concepts applicable to implant prosthodontics, as well as the studying of biomechanical particularities, were used to make an analysis of a general scheme for occlusal rehabilitation, using data from scientific literature.

Key words: *occlusal concept, biomechanics, implant prosthodontics, occlusal scheme.*

Introducere

Tratamentul implantar a devenit în ultimii ani tratamentul de elecție și cel mai desirabil pentru înlocuirea dinților lipsă, atât în edentațiile parțiale, cât și în cele totale. Între dinții naturali și implantele dentare sunt diferențe semnificative biologice și biomecanice.

În urma traumei ocluzale, dinții naturali prin intermediul ligamentelor periodontale, reduc considerabil volumul stresului, mai ales în zona creștală, realizând o funcție de amortizare. După Hillam [3], în cazul implantelor, lipsa ligamentelor

periodontale duce la concentrarea forțelor asupra reuniunii de interfață os-implant. Dinții naturali, în cazul traumei ocluzale, dau de știre prin apariția simptomelor de sensibilizare, creștere a mobilității, hiperemie locală. În cazul implantelor, în urma stresului masiv, are loc apariția fracturilor microscopice, proceselor de deformare la rece și de obosire a metalului. Fenomenul fiind progresiv, în cazul neîntreruperii stresurilor ocluzale, duce la pierderea treptată a densității periimplantare, și se finalizează cu pierderea implantului, implicit cu eșecul terapiei implantare.

Kuy E. Ky menționează că datorită îmbunătățirii protocoalelor chirurgicale, începând cu anii '90, punctul de concentrare a clinicienilor a devenit mărirea ratei de succes a implantelor, prin creșterea importanței clinice în planificarea tratamentului, a elementelor de biomecanică asociate cu particularitățile ocluzale a restaurărilor pe implante.

După cum menționează Bratu D., succesul restaurărilor protetice pe implante nu depinde doar de succesul intervenției chirurgicale, de confecționarea unei suprastructuri cu design corespunzător, dar și de integrarea gnatologică a restaurării protetice în contextul funcționalității sistemului stomatognat [2].

Există o mare varietate de opinii în literatura de specialitate, cu încercări de argumentare a superiorității unei forme anumite a ocluziei asupra altora. Ky menționează că datorită particularităților individuale prezentate de fiecare pacient în parte, precum limitările anatomice, mecanice, fiziologice, estetice, vor face ca alegerea realizată de clinician asupra schemei ocluzale, să se bazeze pe numeroși factori, precum: vârsta pacientului, starea crestei alveolare, calitatea mucoasei, poziția și direcția implantelor, starea dinților restanți, cerințele estetice ale pacientului, gradul de conștientizare a pacientului asupra igienei cavității bucale, astfel având un caracter individualizat pentru fiecare caz clinic.

După Fetzer, sunt acceptate 2 concepte statice și anume: *point-centric* și *freedom in centric* (cu variantele *long-centric* și *wide freedom in centric*) [1].

Point centric-ul are ca scop realizarea contactelor ocluzale punctiforme multiple, simultane, stabile și bilaterale, atunci când mandibula se află în relație centrică.

Pentru a realiza *point-centric*-ul este necesar de determinat relația centrică, poziția în care condilii se află cel mai înalt, centrați în fosele glenoide, fără devieri laterale [8].

Conceptul *freedom in centric*, permite ca mandibula să ocludă fără interferențe în relația centrică, iar poziția de intercuspidare maximă este realizată mai anterior sau lateral [6].

După cum notează Bratu, datorită intoleranței neuro-musculare, care se poate întâlni în *point-centric*, mai mulți clinicieni optează pentru a se crea o anumită libertate de mișcare în poziția de intercuspidare maximă [1].

Dawson a elaborat conceptul de *long-centric*, pe care îl consideră argumentat din punct de vedere fiziologic și anatomic, dar acesta nefiind indicat fiecărui

pacient. *Long-centric*-ul presupune crearea posibilității de alunecare fără interferențe (noțiune de „*slide in centric*“ după autor) a mandibulei din relație centrică în direcție strict sagitală pe distanța de 0.2-0.5mm [2].

Conceptul de *freedom in centric* oferă și posibilitatea de alunecare în direcție transversală. Schuyler consideră o mărime adecvată a libertății de mișcare în direcție sagitală și transversală de 1 mm [2].

După Klineberg, conceptul de *freedom in centric* include și ghidajul anterior, canin sau de grup. Astfel că deoarece alunecarea nu se desfășoară decât pe suprafețe orizontale, special create, este nevoie de deocluzie imediată la mișcări de lateralitate [6].

În urma practicii clinice, Sumiya Hobo stabilește 3 concepte ocluzale dinamice (ocluzia bilateral balansată, ocluzia cu funcție de grup, ocluzia cu protecție mutuală), care în timpul ocluziei habituale sau centrice pot fi în intercuspidare maximă [5].

În ocluzia bilateral balansată, descrisă de Stuart [6], toți dinții sunt în contact în timpul tuturor excursiilor. Acest concept este folosit la fabricarea protezelor totale.

În ocluzia cu funcție de grup, în timpul mișcărilor laterale, dinții posteriori contactează pe partea lucrătoare fără contacte laterale de balansare [12]. Klineberg notează că această ocluzie este folosită în cazurile caninilor compromiși pentru a partaja presiunile laterale pe dinții posteriori, și nu pe canin [6].

Ocluzia cu protecție mutuală are contacte ușoare pe dinții anteriori și ghidaj anterior în toate direcțiile, iar protecția dinților posteriori în ocluzia habituală sau centrică este pe baza contactelor posterioare în poziția de intercuspidare maximă [13]. Această schemă ocluzală se bazează pe faptul că caninul e considerat un element crucial al ocluziei, care evită crearea de presiuni laterale mari pe dinții posteriori [6].

Lundgren specifică că aceste concepte ocluzale dinamice (bilateral balansată, protecția de grup, protecția mutuală) au fost adoptate cu succes cu anumite modificări pentru restaurările cu suport implantar [9].

După Misch, particularitățile de biomecanică, care sunt majore în stabilitatea reabilitării ocluzale sunt: rezistența osului, direcția încărcării, dimensiunea tablei ocluzale [10].

Asupra osului pot acționa 3 tipuri de forțe: forțe compresive, cele de tensionare și de forfecare. [11], rezistența osului variind după tipul de forță, cât și în dependență de unghiul la care are loc încărcarea.

De asemenea dimensiunile tablei ocluzale au importanță în realizarea unei încărcări axiale, reducând de asemenea șansa de încărcări deviate, îmbunătățind igiena orală și micșorând riscul de fracturare a ceramicii.

La ora actuală, o problemă primordială este asigurarea unui termen cât mai îndelungat de servire a lucrărilor cu suport implantar, și implicit a implantelor, astfel că se necesită acordarea unei atenții sporite particularităților de biomecanică a implantelor, cât și la aplicarea selectivă a conceptelor ocluzale actuale în dependență de cazul clinic.

Scopul lucrării

Studierea și descrierea conceptelor ocluzale statice și dinamice, cât și a particularităților de biomecanică, pentru realizarea analizei unei scheme ocluzale generale în reabilitarea protetică implantară.

Materiale și metode

Lucrarea de față reprezintă un review sistematic, în care s-a urmărit descrierea și analiza comparativă a aplicabilității conceptelor ocluzale actuale în protetica implantară.

Obiectivul major al studiului a fost sistematizarea și îmbogățirea cunoștințelor teoretice în domeniul abordat, prin analiza surselor bibliografice relevante privind conceptele ocluzale și particularitățile de biomecanică în protetica implantară, cât și analiza unei scheme ocluzale generale moderne de reabilitare ocluzală în terapia protetico-implantară, pe baza datelor din literatură.

Organizarea și realizarea cercetării a respectat succesiunea logică observare — prelucrare — analiză [11], parcurgând metodologic următoarele etape:

Etapa I. Pregătirea studiului:

1. Documentarea bibliografică prealabilă, prin parcurgerea etapelor esențiale ale acesteia — cercetarea bibliografică propriu-zisă (identificarea lucrărilor care se referă la subiectul cercetării); lectura critică pentru aprecierea valorii publicațiilor respective și combinarea datelor studiilor relevante la subiectul supus cercetării.
2. Definirea problemei de cercetare.
3. Formularea temei de cercetare.
4. Stabilirea scopului și obiectivelor cercetării.
5. Elaborarea planului și programului de cercetare.

Etapa II. Colectarea și prelucrarea datelor:

1. Selectarea și analiza surselor bibliografice relevante conform algoritmului anterior menționat.
2. Utilizarea instrumentelor specifice: studiul în bibliotecă, computerul, datele statistice disponibile, deducție, inducție și gândire critică.

Etapa III. Analiza, interpretarea și prezentarea rezultatelor:

1. Analizei datelor literaturii referitor la particularitățile de biomecanică majore în cadrul tratamentului implanto-protetic.
2. Caracterizarea conceptelor ocluzale actuale statice și dinamice.
3. Analiza unei scheme ocluzale generale de reabilitare ocluzală în tratamentul implanto-protetic pe baza datelor din literatura de specialitate.

Etapa IV. Redactarea finală a studiului, în conformitate cu cerințele

Pentru realizarea obiectivelor trasate și atingerea scopului propus, au fost utilizate următoarele metode de cercetare:

Istorică — a permis cercetarea istorică a dezvoltării conceptelor ocluzale.

Descriptivă — utilizată pentru descrierea conceptelor fundamentale, particularităților esențiale și aspectelor de aplicare clinică.

Comparativă — analiza comparativă a conceptelor actuale ocluzale, care sunt aplicabile clinic în reabilitarea ocluzală în terapia protetico-implantară.

Analitică — utilizarea logicii deductive, raționamentului inductiv și a gândirii critice a permis analiza eficiența a datelor și informațiilor acumulate, care a condus la formularea concluziilor corecte.

Rezultate

După Misch, particularitățile de biomecanică, care sunt majore în stabilitatea reabilitării ocluzale sunt: rezistența osului, direcția încărcării, dimensiunea tablei ocluzale.

Rezistența osului și direcția încărcării

Asupra osului pot acționa 3 tipuri de forțe: forțe compressive, cele de tensionare și de forfecare. [11]

Sub o forță cu direcție axială, osul are o rezistență compressivă de 193 megapascali (MPa), limita de tensionare de 133 MPa, iar limita de forfecare de 68 MPa [10].

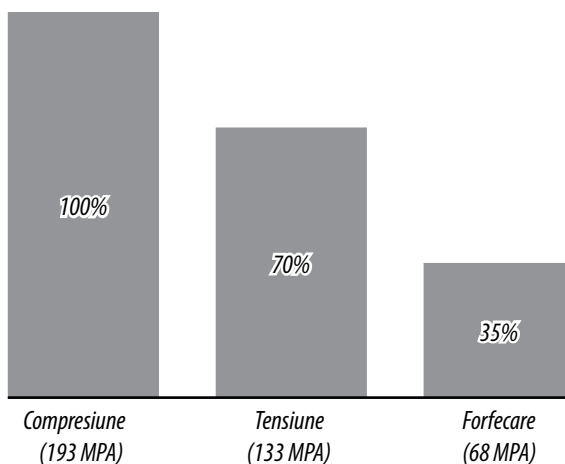


Fig 1. Diagrama rezistenței osului cortical

Notă: Rezistența osului cortical este cea mai mare la compresiune, cu 30% mai mică la tensiune și cu 65% mai mică la forfecare. Astfel design-urile ocluzale ar fi preferabil să transfere încărcări sub formă de forțe compressive.

Unghiul forței față de os afectează direct limita fiziologică a rezistenței față de forțele compressive și de tensionare a osului [3]. Astfel, încărcarea angulată crește cantitatea stresului în jurul corpului implantului, transformă un mai mare procentaj al forțelor spre cele de tensionare și de forfecare și reduce rezistența osului [11].

Încărcarea axială a implantului este în special necesară, atunci când intensitatea forțelor sau durata acestora crește (ex: în parafuncții) [7]. Design-ul ocluzal ar trebui să includă încărcări axiale către corpurile implantelor, și atunci când aceasta nu e posibil, ar

trebui să integreze mecanisme de scădere a efectului negativ a încărcărilor laterale [10].

Tab. 1. Rezistența osului cortical în relație cu unghiul de încărcare (Covin)

	Rezistența (MPa)	Direcția Încărcării
Compresiune	193,0	Longitudinal
	173,0	30° față de ax
	133,0	60° față de ax
	133,0	Transversal
Tensionare	133,0	Longitudinal
	100,0	30° față de ax
	60,5	60° față de ax
	51,0	Transversal

Tabla ocluzală

Când se decide asupra dimensiunii tablei ocluzale se iau în considerație diametrul și distribuția implantelor, cât și armonizarea acestora cu dinții naturali.

Misch recomandă reducerea cu 30-40% a tablei ocluzale în regiunea molară, căci orice dimensiune mai mare decât diametrul implantului poate crea efecte negative, similare extensiilor și momente de încovoiere în restaurări monoimplantare [11]. O tablă ocluzală îngustă crește încărcarea axială și reduce șansa de încărcări deviate, îmbunătățește igiena orală și reduce riscul de fracturare a ceramicii.

Tab. 2. Schemă generală de orientare în restabilirea prototico-implantară (Judy C., Sukotjo C.)

Schema generală ocluzală:	Contacte centrate în intercuspidarea maximă (<i>point-centric</i> sau <i>freedom in centric</i> cu 1-1.5mm) Contact anterior ușor cu trecerea hârtiei de articulație de 30 μm Ghidaj anterior cu dențiția naturală Lipsa discrepantei între relația centrică și intercuspidarea maximă Lipsa interferențelor lucrătoare, nelucrătoare sau protruzive
Lucrări cu fixare pe un singur implant	Evitarea ghidajului excursiv Creșterea contactului proximal
Lucrări cu fixare pe implante (unități multiple):	
Secțiunea anterioară:	Contact ușor în intercuspidarea maximă (30 μm) Aplatizarea <i>overbite-ului</i> și <i>overjet-ului</i> și ghidaj protruziv pentru reducerea forțelor laterale Ghidaj excursiv selectiv pentru distribuția cea mai efektivă biomecanic prin <i>abutment</i>

Secțiunea posterioară	Ghidaj excursiv pe dinți anteriori naturali sănătoși (cu suport bun, fără afecțiuni parodontale), cu dizocluzia dinților posteriori în mișcările excentrice Dacă caninul este prezent, ocluzia cu protecție canină sau cu protecție mutuală Dacă caninul e absent, se va folosi schema ocluzală cu funcție de grup Suport optimal pentru <i>abutmentelor</i> în ghidajul de lucru
-----------------------	--

Analiza schemei ocluzale generale

În Tabel 2 este prezentată schema ocluzală generală după Judy C. și Sukotjo C.

Pe baza acestora și a literaturii de specialitate putem determina următoarele aspecte clinice în tratamentul prototico-implantar, pe baza numărului de implante din cadrul restaurării (restaurare cu suport pe unul sau mai multe implante), zonă (anterioară, posterioară) și dacă se realizează o supraproteză sau nu.

Ocluzia pe restaurări cu suport monoimplantar — Ocluzia pe un singur implant trebuie să fie proiectată pentru a maximaliza distribuția forțelor pe dinții adiacenți naturali și a minimaliza forțele ocluzale asupra implantului. Orice ghidaj anterior și lateral trebuie să fie obținut pe dențiția naturală pentru a realiza aceste obiective. De asemenea, contactele lucrătoare și nelucrătoare trebuie să fie evitate pe o restaurare unitară.

După Lundgren, o abordare rațională ar fi distribuția forțelor ocluzale pe dinți și implante prin contacte ușoare la o presiune masticatorie puternică și lipsa contactului la o presiune masticatorie ușoară în poziția de intercuspidare maximă. Se recomandă reducerea înclinării cuspidelor, realizarea de contacte orientate central cu o suprafață plană de 1-1.5mm, și o tablă ocluzală îngustă [9]. Klineberg afirmă că contactele proximale mărite în regiunea posterioară pot furniza o stabilitate adițională [6].

Ocluzia pentru protezele fixate pe întreaga arcadă — Ocluzia bilaterală balansată a fost cu succes utilizată pentru edentații complete, pe când ocluzia cu funcție de grup cu un ghidaj superficial de grup a fost adoptată pe larg pentru dențiția naturală opozantă. Lundgren recomandă ca contactele bilaterale și anterioposterioare, simultane în relația centrică și în poziția de intercuspidare maximă, să fie obținute pentru a distribui egal forțele ocluzale, în timpul excursiilor, indiferent de schema ocluzală utilizată [9]. Pentru contactele ocluzale, linii verticale de forță mult mai favorabile și minimalizarea contactelor premature în timpul funcției se obțin printr-un *wide freedom in centric* de 1-1.5mm în relația centrică și în poziția de intercuspidare maximă. Infraocluzia (100 μm) pe unitățile în extensie sunt sugerate pentru a reduce obosirea materialului și posibilitatea eșecului tehnic a lucrării. Conform lui Schakleton, lucrările

pe suport implantar la mandibulă cu o extensie sub 15 mm demonstrează rate de supraviețuire mai bune decât cele cu extensia mai mare de 15 mm. La maxilă însă se recomandă o extensie sub 10-12mm datorită calității inferioare a osului și a direcției forțelor nefavorabile comparativ cu mandibula [14].

Ocluzia pe supraproteze — Pentru aceste proteze este sugestionată conceptul ocluziei bilateral balansate.

Ocluzia pe restaurări protetice în zona posterioară — Forțele laterale potențiale pot fi reduse pe implante osteointegrate prin intermediul ghidajului anterior în excursii și contacte ocluzale inițiale cu dentiția naturală. Hobo susține că ocluzia de grup trebuie utilizată doar atunci când dinții anteriori sunt afectați parodontal [5]. După Lundgren, în timpul excursiilor laterale, interferențele lucrătoare și nonlucrătoare trebuie să fie evitate în restaurările posterioare [9]. Alți factori cheie, care controlează supraîncărcarea sunt următorii: reducerea înclinării cuspidiene, orientarea centralizată a contactelor cu o arie plană de 1-1.5 mm, o tablă ocluzală îngustă, eliminarea extensiilor în cadrul planificării tratamentului implanto-protetic.

Ocluzia pe restaurări protetice în zona anterioară — Solidarizarea prin suprastructură a unităților adiacente este paradigma curentă în protetica implantologică. Raportul coroană-implant mai mare de 1:1 devine riscant, datorită compromiterii sale din punct de vedere biomecanic. În acest caz se recomandă contacte în intercuspidare maximă simultane cu cadranele posterioare. În cazul semnalării semnelor de bruxism se recomandă folosirea șinei ocluzale nocturne.

Discuții

Klineberg afirmă că nu este stabilită o schemă ocluzală specifică, care să fie superioară celorlalte, deoarece mecanismul complex neurofiziologic din sistemul muscular al sistemului stomatognat ușor se adaptează la schimbările din ocluzie [6]. Weinberg face următoarele recomandări generale față de morfologia ocluzală, și anume fose și șanțuri plane pentru *wide freedom in centric*, anatomie ocluzală superficială, tablă ocluzală îngustă, cu înclinare cuspidiană redusă [16].

Misch menționează că este recomandat ca dimensiunea tablei ocluzale la molari să fie cu 30-40% mai mică [11]. O tablă ocluzală îngustă poate crește încărcarea axială și scădea pe cea non-axială asupra implantelor. Înclinarea cuspidiană redusă scade momentul încovoierii, crește forța de încărcare axială a implantelor, reduce stresul asupra implantelor și asupra interfeței implant-abutment.

Înafara ocluziei bilateral balansate pentru fabricarea protezelor totale, descrisă de Stuart [6], oclu-

ziei cu funcție de grup, ocluziei cu protecție mutuală pentru dentiția naturală cu sau fără lucrări fixe, a fost sugestionată și așa-zisul concept al ocluziei cu protecție implantară pentru restaurările cu suport implantar de către Misch și Bidez [10]. Acest ultim concept are ca țintă protejarea implantelor prin reducerea forțelor ocluzale asupra lucrărilor cu suport implantar.

Concluzii

Realizarea unui review sistematic, prin care s-a urmărit descrierea și analiza comparativă a aplicabilității conceptelor ocluzale actuale în protetica implantară, corelată cu particularitățile de biomecanică specifică implantelor, a făcut posibilă o sistematizare a unor principii, care s-au folosit la analiza unei scheme de reabilitare ocluzală generală, la rândul ei fiind supusă individualizării în raport cu varietatea de cazuri clinice posibile.

Bibliografie

1. Bratu Dorin, Fetzer Walter, Bratu Emanuel, Puntea pe implante, Helicon, Timișoara, 1996, 215 p.
2. Bratu Dorin, Fetzer Walter, Bratu Emanuel, Simulatoarele ADM și principiile funcționale ale ocluziei, Helicon, Timișoara, 1996, 171 p.
3. Chele Nicolae, Melnic Svetlana, Biomecanica restaurărilor implanto-protetice corelată cu principiile specifice ale proteticii implantologice, Medicina Stomatologică, Nr. 1 (26), 2013, Chișinău, pp. 31-35.
4. Hillam David, Stresses in the periodontal ligament, J Periodont Res, Nr. 8, 1973, pp. 51-56.
5. Hobo Sumiya, Ichida Eiji., Garcia T. Lily, Ideal occlusion. Osseointegration and occlusal rehabilitation (1st ed), Quintessence, New York, 1991. 478 p.
6. Klineberg Ivan, Jagger Robert, Occlusion and clinical practice. An evidence-based approach, Wright, London, 2004, 145 p.
7. Gumeniuc Aureliu, Încărcarea funcțională precoce a implantelor dentare endoosoase de stadiul întâi. Teză de doctor în medicină, Chișinău, 2013, 199 p.
8. Lundeen Harry, Centric relation records: the effect of muscle action, J Prosthet Dent, Nr. 31, 1974. pp. 244-253.
9. Lundgren Dan, Laurell Lars, Biomechanical aspects of fixed bridgework supported by natural teeth and osseous implants, Periodontol 2000, Vol. 4, Nr. 1, 1994. pp. 23-40.
10. Misch E. Carl, Bidez Martha, Implant protected occlusion — a biomechanical rationale, PP&A, Vol. 7, Nr. 5, 1995, pp. 25-29.
11. Misch E. Carl, Contemporary implant dentistry (3rd ed.), Mosby, St. Louis, 1993, 1120 p.
12. Postolachi Ilarion și coaut., Protetică dentară, ed. Știința, Chișinău, 1993, 445 p.
13. Oineagră Vasile, Morfologia și fiziologia ocluziei dentare. Recomandări metodice, Centrul Editorial Poligrafic Medicina, Chișinău, 2005, 54 p.
14. Shackleton Jonathan, J Prosthet Dent, Nr. 71, 1994, pp. 23-26.
15. Tintuc Dumitru, Biostatistica și metodologia cercetării științifice (suport de curs), Chișinău, 2011, 355 p.
16. Weinberg Lawrence, Reduction of implant loading with therapeutic biomechanics, Implant Dent, Nr.7, 1998, pp. 277-285.

Data prezentării: 11.06.2014
Recenzent: Sofia Sârbu

RESTAURĂRI ESTETICE DIRECTE A GRUPULUI FRONTAL DE DINȚI ÎN AFECȚIUNILE DE TIP NECARIOS

Rezumat

În practica stomatologiei contemporane, medicii foarte des întâlnesc pacienți cu diferite forme a distrucțiilor de tip necarios a țesuturilor dure a dinților, ca abfracția, abraziunea, eroziunea, atriția și fractura coronară. Modul de viață stresant și încărcat al societății din zilele noastre poate duce la formarea unor obiceiuri/vicii, care vor cauza apariția acestor distrucții. Etiologia abfracției, abraziunii, eroziunii și atriției sunt în strânsă legătură, de aceea unul și același pacient poate avea o combinație dintre aceste afecțiuni. Stomatologia modernă a evoluat nu numai ca știință, dar și ca artă, propunându-și să restaureze forma dinților cât mai aproape de forma inițială, îmbunătățind funcția și ocluzia, în vederea unui rezultat maxim estetic. În zilele noastre, într-o societate dominată de concurența economică, socială și sexuală, dorința îmbunătățirii aspectului estetic al danturii crește vertiginos, exemple publice fiind chiar politicieni, cântăreți, actori. Estetica a devenit un domeniu important al stomatologiei, în condițiile în care în prezent un tratament care se limitează doar la funcție, structură și biologie și nu ia în calcul impactul estetic al pacientului, poate conduce la rezultate dezastruoase în relația medic-pacient. Pentru a atinge așteptările pacientului este esențial ca medicul să aibă cunoștințe legate de formă, textura și culoarea restaurării, precum și înțelegerea proprietăților optice ale țesuturilor dentare și ale rășinilor compozite (translucidență, fluorescență și opalescență) [6,1].

Cuvinte cheie: afecțiuni necarioase, restaurări estetice directe, culoare, etape de lucru, compozite nanohibride fotopolimerizabile.

Summary

DIRECT FRONT TEETH AESTHETIC RESTORATIONS IN NON CARIOUS TOOTH SUBSTANCE LOSS

In contemporary dentistry practice, physicians often encounter patients with various type of non carious tooth substance loss, as abfraction, abrasion, erosion, attrition and crown fracture. Stressful and busy lifestyle of nowadays society can lead to the formation of habits/addictions, which will cause the occurrence of these destructions. The etiology of abfraction, abrasion, erosion and attrition are closely related, so one and the same patient may have a combination of these conditions. Modern dentistry has evolved not only as a science but as an art, aiming to restore tooth form as close to the original shape, improving function and occlusion, to a maximum aesthetic result. Nowadays, in a society dominated by economic, social and sexual competition, the desire to improve the aesthetic appearance of teeth rapidly increases, public examples being even politicians, singers, actors. Aesthetics has become an important field of dentistry, given that the present treatment is limited to the function, structure and biology and does not take into account the patient's aesthetic impact can lead to disastrous results in the doctor-patient relationship. In order to achieve patient expectations it is essential that physicians have knowledge of form, texture and color restoration and understanding of optical properties of dental tissues and composite resins (translucency, fluorescence and opalescence).

Key words: non carious tooth substance loss, direct dental restorations, colour, step by step, nanohybrid light-cured composite.

Introducere

În practica stomatologiei contemporane, medicii foarte des întâlnesc pacienți cu diferite forme a distrucțiilor de tip necarios a țesuturilor dure a dinților,

Ana-Maria Tomaș,
studentă anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Viorica Chetruș,
d.m., conferențiar
universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

ca abfracția, abraziunea, eroziunea, atriția și fractura coronară. Stomatologia modernă a evoluat nu numai ca știință, dar și ca artă, propunându-și să restaureze forma dinților cât mai aproape de forma inițială, îmbunătățind funcția și ocluzia, în vederea unui rezultat maxim estetic. Primele dovezi arheologice despre intervențiile stomatologice cu scop estetic, datează de mai bine de 4000 de ani în urmă în cadrul culturii japoneze. Procedura numită „Ohaguro“ presupunea colorarea dinților în cafeniu închis sau chiar negru, aceasta având totodată și rol de protecție a dinților de carie (fig. 1.1) [4]. În perioada de apogeu a civilizației Maya dinții femeilor de rang înalt erau înfrumusețați cu incrustații din pietre ca jad, hematit, turcoaz (fig. 1.2)[3]. Aceste două exemple demonstrează vechimea interesului oamenilor către atenția asupra înfrumusețării corpului.

În zilele noastre, într-o societate dominată de concurența economică, socială și sexuală, dorința îmbunătățirii aspectului estetic al danturii crește vertiginos, exemple publice fiind chiar politicieni, cântăreți, actori. Cercetări științifice recente realizate de CG. Sheets demonstrează că o persoană care se simte atrăgătoare, sănătoasă și abilă, este mai puțin expusă depresiei, sentimentului de singurătate și inutilitate. Acesta afirmă că „complexul de inferioritate poate fi mai dăunător pentru dezvoltarea personală, decât însuși defectul propriu-zis“ [5,7].

Scopul lucrării

Scopul lucrării este studierea etapelor restaurărilor directe a grupului frontal de dinți în afecțiunile necarioase și a particularităților de determinare a culorii materialului compozit fotopolimerizabil.

Etaple restaurării grupului frontal de dinți:

1. Igiena orală profesională — înlăturarea plăcii bacteriene și a tartrului dentar ne permite alegerea exactă a culorii materialului folosit.
2. Alegerea culorii materialului compozit fotopolimerizabil.
3. Efectuarea anesteziei infiltrative la nivelul dințelui/dinților care urmează a fi restaurați.
4. Izolarea cu cofferdam (digă).
5. Prepararea — principiul preparării moderne se deosebește cu mult de cel după Black, acum promovându-se păstrarea maximă a țesuturilor dure. Se va înlătura smalțul demineralizat și schimbat în culoare. Prepararea se face sub unghi de 45°, pentru deschiderea verticală a prismelor. Aceasta are funcția de a asigura o mai bună adeziune și de a masca trecerea dintre smalț și materialul compozit. Se utilizează freze diamantate de diferită granulație începând cu negru/verde și finisând cu galben.
6. Gravarea prin aplicarea gelului fosforic de 35-37% timp de 15 sec. pentru dentină și 30 sec. pentru smalț — prima dată, această metodă a fost propusă în 1955 de către M. Buonocore. Se irigă suprafața dinților timp de 30 sec. cu jet de apă abundent apoi se usucă.

7. Aplicarea primer-ului — se aplică un strat de 30μ, care arată ca o suprafață ușor umezită, se usucă ușor pentru a pătrunde mai bine în canalele dentinare și se polimerizează 10-20 sec.
8. Aplicarea materialului compozit fotopolimerizabil pe straturi — se efectuează cu ajutorul instrumentelor acoperite cu teflon sau titan, cel mai des fiind fuloarul și netezitoarea. Se aplică în straturi nu mai mari de 2-3 mm și se polimerizează 10-20 sec.
9. Șlefuirea finală a restaurării — se efectuează cu freze diamantate roșii, galbene și albe, modelându-se forma anatomică a dinților.
10. Corecția restaurării — se efectuează în următoarea vizită, după ce pacientul a putut să analizeze culoarea, forma și translučența, formându-și o părere sigură.
11. Poleirea definitivă.

Particularități în alegerea culorii

Culoarea este o senzație psihofizică determinată de răspunsul organului vizual la radiațiile luminoase reflectate de pe suprafața obiectelor înconjurătoare. Culoarea nu poate exista în absența luminii, după cum percepția vizuală nu este posibilă în întuneric; dacă reducem treptat lumina, culoarea dispăre. Putem afirma deci că, lumina determină culoarea. În 1905 Albert Henrz Munsell a dezvoltat primul sistem tridimensional de notare a culorilor ce a fost rapid acceptat pe scară largă atât de comunitatea științifică cât și de oameni. Acest sistem de culori pornește de la o notare a culorilor prin trei variabile: nuanță, luminozitate și saturația.[2] Nuanța este acel aspect al culorii care o diferențiază, roșu de albastru, verde, galben sau violet. Luminozitatea este caracteristica culorii care determină cât de luminoasă sau întunecată e culoarea într-o scară de la 0(alb) la 10(negru). Saturația reprezintă intensitatea unei nuanțe, determinată de raportul cantitativ dintre culoarea spectrală și culoarea albă. Aceste caracteristici ale culorii se potrivesc foarte bine și în practica stomatologică, ajutându-ne la alegerea nuanței și tonului potrivit.

Când vorbim de structurile dentare, se impune specificarea și celorlalte caracteristici optice ale suprafețelor dinților: opalescență, fluorescență, transluccitate.

Fluorescența dinților este consecința impresionării pigmentilor de la nivelul dentinei și a joncțiunii amelodentinare de către radiațiile ultraviolete din lumina incidentă, rezultând o emisie de lumină intens albă sau albastră. Aspectul opalescent al dinților se datorează indicilor de refracție diferiți ai componentelor organice și anorganice ale smalțului, dar mai ales proprietății cristalelor de hidroxiapatită de a dispersa lumina incidentă. Radiațiile reflectate generează aspecte de gri-albăstrui până la alb-strălucitor. Aceste fenomene se observă mai ales la nivelul marginii incizale, unde lipsește dentina. Transluciditatea reprezintă unul din reperele de bază în estetica restaurărilor dentare, în

funcție de care, acestea pot crea naturalețe, sau din contra pot induce un aspect artificial. Aspectul translucidității este foarte diferit, el poate varia de la nuanțe alb-albăstrui, la albastru, gri, portocaliu etc.

Analiza cromatică se face, de regulă, la nivelul celor trei zone topografice ale suprafeței vestibulare a dintelui investigat: treimea cervicală, treimea medie și cea incizală. În sens mezio-distal porțiunea centrală a suprafețelor vestibulare prezintă în general o saturație crescută și o luminozitate puternică, în timp ce proximal ariile de contact interdentar creează umbre, generând o nuanță mai închisă și o luminozitate mai redusă.

Dacă e să analizăm altfel perspectiva analizei cromatice, concentrându-ne la un singur dinte la nivelul unei hemiarcade, putem concluziona că dinții prezintă caracteristici cromatice diferite. Caninii superiori sunt dinții cu nuanța cea mai saturată și luminozitatea cea mai mică; pornind de la ei, atât spre mezial cât și spre distal, saturația descrește treptat iar luminozitatea crește, astfel încât, incisivii centrali au cea mai mare luminozitate, dar și transluciditatea maximă.

Măsurătorile calorimetrice efectuate la nivelul dinților maxilari anteriori, au evidențiat următoarele aspecte:

- Culoarea fiziologică a dinților umani reprezintă variații de la o persoană la alta;
- Dinții femeilor sunt mai luminoși, au mai puțin pigment roșu și o saturație mai mică;
- Culoarea dinților este cea mai evidentă la nivelul treimii mijlocii a suprafețelor vestibulare ale coroanelor dentare;
- Incisivul central superior este dintele cu cea mai mare luminozitate;
- Cu înaintarea în vârstă, culoarea dinților se închide iar ponderea pigmentului roșu crește[1].

Materiale și metode

Există mai multe metode de analiză a culorii dinților, printre care:

1. Metoda clasică de analiză — compararea vizuală a mostrelor de culoare standardizate din cheile de culori cu dintele.
2. Metode digitale de analiză — utilizarea unor sisteme comerciale computerizate de înregistrare dintre care fac parte: colorimetrul, spectrofotometrele, camerele digitale, aparate hibride.
3. Combinarea celor doua metode.

Urmează două cazuri clinice, în care metoda de tratament adoptată au fost restaurările estetice directe a grupului frontal de dinți. Pentru realizarea lor am urmat întru totul etapele enumerate mai sus și am folosit materialul compozit fotopolimerizabil „Esthet-X HD“ Dentsply. Acesta are o gamă largă de culori: 5 culori translucente de enamel CE, WE, YE, AE, GE, 7 culori de opac dentină WO, A2O, A4O, B2O, C1O, C4O, D3O și 19 variante de nuanțe de bază W, XL, A1, A2, A3, A3.5, A4, B1, B2, B3, B5, C1, C2, C3, C4,

C5, D2, D3, U. [8] Pentru determinarea culorii compozitului fotopolimerizabil „Esthet-X HD“ Dentsply, pe care l-am folosit în ambele restaurări estetice din cazurile clinice, am adoptat metoda clasică. Pentru metoda vizuală de determinare a culorii dinților am respectat următoarele aspecte:

- Analiza culorii a fost efectuată după ședința de igienizare (detartraj, periaj profesional), la interval de 2 zile, parodontiul marginal nu prezenta semne de inflamație.
- Analiza cromatică s-a efectuat la începutul zilei de lucru.
- Alegerea culorii s-a făcut la lumina naturală.
- Specimentul din cheia de culori a fost plasat la același nivel cu dintele, într-o poziție cât mai asemănătoare.
- Dintele se analizează nu mai mult de 5 secunde, după care privirea se va odihni.
- Determinarea culorii a avut loc într-un singur timp.

Caz clinic Nr. 1

Date personale:

Pacienta N.D.;

Vârsta: 25 ani;

Profesie: fotomodel.

Acuze: Inestetic în regiunea grupului frontal superior de dinți.

Date obiective: În urma examenului obiectiv s-a depistat înghesuire dentară a dinților superiori frontali, ceea ce a provocat dereglări estetice. Pacientei i s-a propus aparat ortodontic fix, pe care l-a refuzat deoarece profesia nu-i permite.

Tratament: Restaurare estetică frontală, directă, a dinților 12, 11, 21. Pentru restaurare s-a folosit compozitul fotopolimerizabil „Esthet-X HD“ de la Dentsply. S-au utilizat culorile: CE, A1, WO, A2O.



Fig. 1 Fotografii efectuate înainte de tratament, din plan frontal. Pacienta a fost rugată să zâmbescă



Fig. 2 Dinții după izolarea cu digă și preparare



Fig. 3 Rezultatul obținut înainte de corecție



Fig. 4 Rezultatul final după restaurare



Caz clinic Nr. 2

Date personale: Pacienta A. O.;

Vârsta: 22 ani *Profesie:* contabilă.

Acuze: Dereglări estetice din contul fracturii coroanei dintelui 22.

Date obiective: Fractură coronară oblică, fără interesarea pulpei dentare a dintelui 22.

Tratament: Restaurarea estetică directă a dintelui 22 cu compozit fotopolimerizabil „Esthet-X HD” Dentsply. Am utilizat culorile A1, A2, A2O și YE.



Fig. 5 Fotografie din plan lateral efectuată înainte de tratament



Fig. 6 Dintele 12 după izolare cu digă și preparare



Fig. 7 Rezultatul final al restaurării dintelui 12



Concluzii

Estetica a devenit un domeniu important al stomatologiei, în condițiile în care în prezent un tratament care se limitează doar la funcție, structură și biologie și nu ia în calcul impactul estetic al pacientului, poate conduce la rezultate dezastruoase în relația medic-pacient.

Pentru a atinge așteptările pacientului este esențial ca medicul să aibă cunoștințe legate de formă, textura și culoarea restaurării, precum și înțelegerea proprietăților optice ale țesuturilor dentare și ale rășinilor compozite (transluciditate, fluorescență și opalescență).

1. Respectarea consecutivității etapelor de restaurare ne garantează succesul așteptat, punctele cheie fiind alegerea corectă a celor mai rezistente și moderne materiale compozite fotopolimerizabile de ultimă generație, ce oferă o paletă bogată de culori, precum și izolarea dinților de restul cavității bucale cu ajutorul digii de cauciuc urmată de o preparare corectă. Gravajul, aplicarea primer-ului și a materialului compozit pe straturi trebuie efectuate și ele conform normelor și cerințelor enumerate. Corecția restaurării este și ea obligatorie, aceasta definitivând toate aspectele și dorințele pacientului.

2. Pentru ochiul neantrenat, toți dinții sunt albi sau galbeni, dar pentru medicul stomatolog alegerea culorii pentru o restaurare estetică frontală este o adevărată provocare datorită gamei subtile și variate de culori pe care de fapt o are dintele natural. Alegerea clinică a culorii implică mai mult decât o simplă selectare dintr-o cheie de culori și realizarea întregii restaurări pe baza unei nuanțe. Medicul trebuie să posede un spirit artistic și cunoștințe variate în domenii precum psihologie, matematică, fizică și chiar filozofie.

Bibliografie

1. Vâlceanu A, Vârlan C, Schiller E. Fiziologia și patologia cromaticii dentare. Ed. Orizonturi Universitare, Timișoara, 2006; 9-21, 34, 47.
2. www.ro.wikipedia.org, Sistemul de culori Munsell, 2013.
3. Aboucaya WA. The dento-labial smile and the beauty of the face, (Thesis) 1973; N.50. Academy of Paris, University of Paris VI.
4. Ai S, Ishikawa T. „Ohaguro” traditional tooth staining custom in Japan. Int Dent J 1965; 15:426.
5. Cash TF, Winstead BA, Janda LH. The great American shape up. Psychool Today 1986; April: 30-7.
6. Goldstein E. Ronald. Esthetics in Dentistry. B.C.Decker, Inc. of Hamilton 2002; 520-527.
7. Sheets CG. Modern dentistry and the esthetically aware patient. J am Dent Assoc 1987; 103E-105E.
8. www.esthetxhd.com, Shade Guide, 04.2014.

Data prezentării: 25.04.2014
Recenzent: Dumitru Hițu

AVANTAJELE DIAGNOSTICULUI FUNCȚIONAL-INSTRUMENTAL ÎN REABILITĂRILE OCLUZALE LA PACIENȚII CU EDENȚAȚII TERMINALE

Rezumat

Din datele literaturii expunem că morfologia ocluzală este influențată de un șir de factori cum ar fi: unghiul de înclinare a traiectoriei condiliene, unghiul Bennett și mișcarea Bennett, etc. Datele diagnosticului funcțional-instrumental, completează pe cele obținute la examenul clinic ocluzal care permit stabilirea diagnosticului final de stare ocluzală cu elaborarea planului de tratament în cadrul reabilitărilor ocluzale.

Scopul cercetării este de a studia și sistematiza factorii care influențează morfologia ocluzală, cât și a particularităților examenului clinic ocluzal în edentațiile terminale, efectuarea diagnosticului funcțional-instrumental cu utilizarea arcului facial anatomic și a articulatorului parțial programabil. Studiul dat se bazează pe examinarea complexă și tratamentul a 5 pacienți (3 b;2 f;) cu vârsta cuprinsă între 45-60 ani, cu edentații parțiale terminale unimaxilare și prezența semnelor de uzură a elementelor de morfologie ocluzală la nivelul dinților restanți tratați cu ajutorul restaurărilor prin metoda directă a dinților cu uzură, tratament implanto-protetic a breșelor edentate. Completarea datelor examenului clinic ocluzal cu cele ale diagnosticului funcțional-instrumental a permis stabilirea diagnosticului final de stare ocluzală și aplicarea unor metode eficiente de tratament.

Cuvinte cheie: diagnostic funcțional-instrumental, factori ocluzali, morfologie ocluzală.

Julian Ursu¹,
student anul V
Vitalie Gribenco²,
asistent universitar
Valeriu Fala³,
d.m., conferențiar
universitar
Vitalie Pânte⁴,
asistent universitar
Lilian Nistor⁵,
doctorand

¹Facultatea
Stomatologie, USMF
„Nicolae Testemițanu“
^{2,4}Catedra Stomatologie
Ortopedică „Ilarion
Postolachi“, USMF
„Nicolae Testemițanu“
^{3,5}Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“

Summary

THE ADVANTAGES OF THE FUNCTIONAL-INSTRUMENTAL DIAGNOSIS IN THE OCCLUSIVE REHABILITATIONS OF THE PATIENTS WITH TERMINAL EDENTULOUS

From literature data we relate that occlusive morphology is influenced by series of factors as: angle of inclination of the condilian path, Bennett angle and Bennett movement etc. The functional-instrumental diagnose data complete the ones obtained from the clinical test and gave the opportunity to determine the final diagnosis of occlusive condition and elaborate the treatment plan in the occlusive rehabilitations.

The goal research is to study and systemize the factors that influence the occlusive morphology as well as the particularities of the occlusive clinical test in the terminal edentulous, and to establish the functional-instrumental diagnosis using the facial anatomic arch and a programmable partial articulator. This study is based on the complex examination and treatment of 5 patients (3m; 2w;) in the age range of 45-60 years with uniaxial partial terminal edentulous and the presence of signs of wear of the occlusive morphology elements at the level of remaining treated teeth with the help of restorations through direct method of the teeth with wear, prosthetic-implantation treatment of the toothless breaches. For patients' examinations were used clinical and paraclinical methods. Data from the clinical occlusal exam, used with data from the functional-instrumental diagnosis allowed to establish the final diagnosis of the occlusal status and applying of efficient treatment methods.

Key words: *functional-instrumental diagnosis, occlusal factors, occlusal morphology.*

Introducere

Conform datelor literaturii de specialitate, edentațiile parțiale reprezintă o formă nozologică de afectare a sistemului stomatognat ce se caracterizează prin dereglarea integrității arcadei dentare prin lipsa de la 1 până la 13-15 dinți de pe o arcadă dentară [4, 17].

După datele OMS, la rînd cu celelalte afecțiuni ale aparatului dento-maxilar, edentația parțială are o frecvență de circa 75% în rîndul populației adulte [15, 17, 19].

Unii autori susțin însă, că frecvența acestei entități patologice este influențată de zona geografică, starea social-economică a țării respective, gradul de cultură sanitară în rîndul populației, nivelul de asistență stomatologică, etc. [5, 6, 11, 15].

Una din formele clinice a edentației parțiale în dependență de criteriul ce denotă numărul de dinți

lipsă o reprezintă edentațiile parțiale terminale. Edentația parțială terminală este o stare de edentat parțial care este definită de afectarea integrității morfologice și funcționale a arcadei dentare datorită pierderii dinților în zonele laterale ale arcadei dentare, care nu sunt mărginite distal de dinți [4].

În sursele literaturii de specialitate sunt elucidați desfășurat și sistematizați factorii etiologici care duc la pierderea dinților cu instalarea edentațiilor terminale [4, 17].

După cum susțin autorii, odată cu pierderea dinților, apar și dereglări de ordin ocluzal, manifestările cărora depind de numărul de dinți lipsă și topografia lor, cât și de posibilitățile compensatorii ale individului [3, 4, 7, 16, 17,].

Dereglările morfologiei parametrilor ocluzali, produc la rîndul lor modificări ale funcției ocluzale, cu instalarea ulterioară a semnelor și/sau simptomelor disfuncției temporo-mandibulare. Autorii afirmă că morfologia ocluzală este influențată de un șir de factori cum ar fi : unghiul de înclinare a traiectoriei condiliene, unghiul Bennett și mișcarea Bennett, etc. [1, 2, 3, 9, 13].

Studierea și sistematizarea acestor factori are o importanță atît în procesul de diagnosticare, cât și în procesul de reabilitare ocluzală și anume asigurarea unei morfologii ocluzale funcționale a lucrărilor protetice, atît sub raportul înălțimii cuspidilor și înclinării versantelor cuspidiene, cât și a orientării șanțurilor intercuspidiene, a creștelor marginale și a foselor ocluzale [1, 2, 3, 9, 14].

În acest context un rol primordial în aprecierea gradului dereglărilor ocluzale în edentațiile parțiale terminale, îl are examenul clinic sistematizat al ocluziei dentare [1, 2, 3].

Acest examen clinic, este compus la rîndul său din etape distincte, respectarea cărora v-or direcționa clinicistul către un diagnostic preventiv al stării ocluzale individuale. Metodele clinice de examinare a stării ocluzale nu întotdeauna n-e oferă o informație deplină despre statusul ocluzal existent, datorită imposibilităților de vizualizare precisă a anumitor modificări a parametrilor ocluzali.

În același timp, după cum afirmă autorii, în asigurarea unei funcționalități ocluzale optime, valorile parametrilor ocluzali necesită a fi corelate cu cele ale parametrilor mandibulo-cranieni. Aceasta din urmă v-a asigura o stabilitate ocluzală eficientă cu ameliorarea homeostaziei loco-regionale a elementelor sistemului stomatognat [1, 2, 3, 9, 18, 19].

Datele recente ale ocluzografiei contemporane susțin, că pentru realizarea unei piese protetice funcționale, după criteriile trasate astăzi întru realizarea unei ocluzii funcționale, este necesar utilizarea unor dispozitive moderne de înregistrare și transfer al relațiilor intermaxilare. Respectiv și montarea modelelor de studiu în articuloare competitive prin utilizarea acestor dispozitive vor fi de bun augur atît la etapele de diagnostic al stării ocluzale, cât și de tratament stomatologic complex.

În acest context, utilizarea arcului facial anatomic (ARCUSdigma) și articulaturii parțial programabil (Protar 7) de la firma KaVo, v-or oferi o simulare satisfăcătoare a relațiilor intermaxilare. În același timp montarea modelelor de studiu în acest articulatur conform datelor înregistrate prin intermediul arcului facial (ARCUSdigma), v-a fi o metodă complementară informativă de diagnostic funcțional-instrumental ocluzal. Analiza datelor obținute v-or fi de folos clinicistului și v-or preciza diagnosticul de stare ocluzală, cu alegerea unei scheme de reabilitare ocluzală eficiente [3, 8, 10, 11, 12].

Aceasta în final v-a duce la alegerea unor soluții mininvazive de tratament stomatologic, cu utilizarea unor metode contemporane de tratament ce v-or asigura un prognostic favorabil în timp.

Avantajele metodologiei respective sunt influențate de cercetările din ultimii ani în domeniu cât și de realizările progresului tehnico-științific.

Scopul lucrării

Studierea și sistematizarea factorilor care influențează morfologia ocluzală, cât și a particularităților examenului clinic ocluzal în edentațiile terminale și efectuarea diagnosticului funcțional-instrumental cu utilizarea arcului facial anatomic și a articulaturii parțial programabil.

Materiale și metode de cercetare

Au fost examinați complex și selectați 5 pacienți (3 b; 2 f) cu vârsta cuprinsă între 45-60 ani, cu edentații parțiale terminale unimaxilare și prezența semnelor de uzură a elementelor de morfologie ocluzală la nivelul dinților restanți. Examenul clinic-instrumental s-a efectuat conform schemei standard. O atenție deosebită s-a atras la examenul clinic ocluzal, care a fost divizat în etape distincte de examen ocluzal general și examen ocluzal specific. Din *examenul paraclinic* au fost folosite metodele: examenul funcțional instrumental pe modele montate în articulatur Protar 7 (KaVo); examenul radiologic; ocluzografia.

Rezultate și discuții

În urma examenului clinic al ocluziei dentare, examen foarte important în diagnosticul edentației parțiale terminale și care include următoarele etape: *examenul ocluzal general* (evaluarea dimensiunii verticale de ocluzie, analiza planului de ocluzie, examinarea celor două arcade dentare.); *examenul ocluzal specific* (analiza contactelor ocluzale în relației centrică, analiza rapoartelor ocluzale în intercuspitate maximă, examinarea contactelor ocluzale în protruzie, analiza contactelor ocluzale în laterotruzie) s-a stabilit că relieful ocluzal are o influență directă asupra mișcărilor mandibulei cu contact dentar și este determinat de următorii factori care influențează morfologia ocluzală: *unghiul de înclinare a traiectoriei condiliene; unghiul Bennett; mișcarea Bennett; distanța intercondiliană; unghiul dintre planul ocluzal și traiectoria condiliană; forma curbelor de compensație; supraocluzia frontală.*

Deci între relieful ocluzal și mărimea cuspidilor dinților laterali, adâcimea foselor și concavitatea fețelor palatinale a frontalilor superiori există un raport cu factorii respectivi. În pofida determinării acestui raport între factorii ca influențează morfologia ocluzală și mărimea cuspidilor dinților laterali, adâcimea foselor și concavitatea fețelor palatinale este nevoie de a determina volurile competitive a factorilor care influențează morfologia ocluzală.

Această etapă clinică se realizează de clinicist, cu ajutorul arcului facial anatomic ARCUSdigma (KaVo), cu care au fost examinați toți pacienții din studiu și care a permis pe lângă înregistrarea axei balama terminale și valorile cifrice a: unghiului de înclinare a traiectoriei condiliene; unghiul Bennett; mișcarea Bennett; distanța intercondiliană; unghiul dintre planul ocluzal și traiectoria condiliană; forma curbelor de compensație; supraocluzia frontală. Datele obținute la aceste înregistrări sunt sub forma de valori și scheme obținute la termoprinterul din setul arcului facial anatomic ARCUSdigma (KaVo).

Ulterior, după obținerea modelelor de diagnostic ele au fost montate în articulaturii parțial programabil Protar 7 (KaVo) în poziția de referință de relație centrică, apreciată clinic prin intermediul metodei unimanuale Danson și înregistrate prin intermediul așa numitor „registrate” din ceară. Datele obținute prin înregistrările cu arcul facial ARCUSdigma (KaVo), au fost transferate în articulaturii parțial programabil Protar 7 (KaVo) cu reglarea ulterioară a lui. Aici vom menționa, că valorile traiectoriilor respective apreciate și transferate în articulatur au permis simularea mișcărilor limită a modelului inferior cu contacte dentare laterotruze și protruzive.

În urma realizării diagnosticului funcțional-instrumental ce are la baza înregistrarea parametrilor mandibulo-cranieni : unghiul de înclinare a traiectoriei condiliene; unghiul Bennett; mișcarea Bennett; distanța intercondiliană; unghiul dintre planul ocluzal și traiectoria condiliană; forma curbelor de compensație; supraocluzia frontală. Analiza realizării acestor contacte dento-dentare, influența factorilor care determină funcționalitatea lor stau la baza stabilirii unui diagnostic de stare ocluzală cu elaborarea schemelor de reabilitare ocluzală care sugerează idei la alegerea celor mai raționate metode de tratament.

Deci datele examenului clinic ocluzal și a metodei paraclinice de diagnostic funcțional-instrumental au stat la baza elaborării unei scheme de reabilitare ocluzală și anume în baza valorilor obținute prin înregistrările cu arcul facial ARCUSdigma (KaVo) se poate de constatat:

- Între înclinarea traiectoriei condiliene (panta tuberculului articular) și mărimea cuspidilor dinților laterali există un raport direct proporțional dar asupra fețelor palatinale a frontalilor superiori este inversă: cu cât unghiul de înclinare este mai mic, cu atât mai puțin pregnanți vor fi cuspidii dinților laterali și fosele ocluzale mai puțin adânci, iar concavitățile fețelor palatine

- a frontalilor superiori vor fi mai accentuate. În cazul unui unghi de înclinare mare este recomandată modelarea unor cuspizi pregnanți și fose adânci, iar concavitățile fețelor palatine a frontalilor superiori vor fi cu atât mai sterse.
- Unui unghi mare îi corespunde o mișcare de lateralitate cu amplitudine mare. Deci cu cât unghiul Bennett este mai mare, relieful ocluzal al dinților laterali trebuie modelat mai șters (raport invers proporțional), iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori va fi cu atât mai accentuată (raport direct proporțional). Unui unghi Bennett mic, relieful ocluzal al dinților laterali se va modela mai accentuat, iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori vor fi cu atât mai sterse.
 - În cazul mișcării Bennett cu orientare latero-posterioară relieful ocluzal al dinților laterali va fi modelat mai șters, iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori va fi cu atât mai accentuată. La o mișcare Bennett cu orientare latero-anterioară relieful ocluzal al dinților laterali va fi modelat mai accentuat, iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori va fi cu atât mai ștersă. Mărimea mișcării Bennett și direcția de deplasare laterală a condilului pivotant au o influență directă asupra reliefului ocluzal.
 - Cu cât distanța intercondiliană este mai mare, cu atât traseele mișcărilor de pe partea lucrătoare și nelucrătoare sunt plasate mai distal pe dinții superiori, necesitând conformarea unor fețe palatine cu concavitățile pronunțate la nivelul frontalilor superiori. Cu cât un dinte se află mai aproape de centrul de rotație a condililor, cu atât mai ascuțit este unghiul format de traseele mișcărilor de pe partea lucrătoare și nelucrătoare (în lateralitate) cu axa intercondiliană.
 - Unghiul format între planul ocluzal (considerat a fi paralel cu planul Camper) și panta tuberculului articular influențează relieful ocluzal în mod direct proporțional: cu cât acest unghi este mai mare, cu atât mai pregnanți pot fi modelați cuspii dinților laterali, iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori va fi cu atât mai ștersă. Cu cât acest unghi este mai mic, cu atât relieful ocluzal al dinților laterali va fi modelat mai șters, iar concavitățile fețelor palatine ale frontalilor superiori va fi cu atât mai accentuată.
 - Cu cât curba lui Von Spee este mai accentuată, cu atât mai șters trebuie modelat relieful ocluzal al dinților laterali. În cazul unei curbe mai aplatisate se va permite o modelare mai pregnantă a cuspiților și fose mai adânci pe fețele ocluzale ale dinților laterali.
 - Cu cât curba lui Wilson este mai accentuată, cu atât mai șters trebuie modelat relieful ocluzal al dinților laterali. În cazul unei curbe mai aplati-

zate se va permite o modelare mai pregnantă a cuspiților și fose mai adânci pe fețele ocluzale ale dinților laterali.

- Supraocluzia frontală în sens vertical și orizontal, are un rol important în modelarea suprafețelor ocluzale, deoarece, cu cât acestea sunt mai mari, cu atât mai târziu apar contacte la nivelul dinților frontali în timpul mișcărilor mandibulei. *Overbite-ul* și *overjet-ul* au o influență inversă asupra morfologiei suprafețelor ocluzale. Astfel la un *overjet* mare, cu atât mai șters trebuie modelat relieful ocluzal al dinților laterali. În cazul unui *overjet* mic se va permite o modelare mai pregnantă a cuspiților și fose mai adânci pe fețele ocluzale ale dinților laterali. La un *overbite* mare, cuspii dinților laterali vor fi modelați mai exprimat. În cazul unui *overbite* mic, cu atât mai șters se vor modela cuspii dinților laterali.

În aceasta și constă la general esența diagnosticului funcțional-instrumental, etapă clinico-tehnică de precizare a datelor obținute în urma examenului clinic ocluzal, care în baza valorilor obținute permite o reabilitare ocluzală individuală și funcțională.

Concluzii

1. Studiarea factorilor care influențează morfologia ocluzală, conform datelor literaturii, a permis sistematizarea etapelor de examinare, diagnostic și planificare a reabilitării ocluzale și examenul ocluzal clinic în edentațiile parțiale terminale cuprinde etape distincte și oferă date informative la stabilirea diagnosticului preliminar de stare ocluzală.
2. Datele diagnosticului funcțional-instrumental, completează pe cele obținute la examenul clinic ocluzal și a permis stabilirea diagnosticului final de stare ocluzală și elaborarea planului de tratament în cadrul reabilitărilor ocluzale.

Bibliografie

1. Bratu D., Uram-Țuculescu S. Noțiuni de ocluzologie (partea I)/ LITO U.M.F.Timișoara. 2001. -p. 86-96.
2. Bratu D., Mărcăuțeanu C., Topală F., Eniko Tunde Demjan., Jivănescu A. Noțiuni de ocluzologie/ LITO U.M.F.Timișoara. 2008. -p. 69-84.
3. Bratu D., Mărcăuțeanu C., Uram-Țuculescu S. Noțiuni de ocluzologie (partea a II-a). Disfuncția temporo-mandibulară/ LITO U.M.F.Timișoara. 2002. -p 77-102.
4. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe (ediția a III-a)/ București:Editura Medicală. 2006. -p. 49-50, -p. 144-178.
5. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe (ediția a II-a)/ București:Editura Medicală. 2003. -p. 248
6. Bratu D., Ieremia L., Uram-Țuculescu S. Bazele clinice și tehnice ale protezării edentației totale/București:Editura Medicală. 2006. -p. 224-241.
7. Bratu D., Uram — Țuculescu S. Amprenta și modelul în protezarea fixă/ Timișoara:Editura Signata. 2001. -p. 37-111.
8. Burlacu V., Fala V., Cartaleanu A. Unele particularități de activitate cu sistema restaurativă modernă „Point-4“/Anale științifice v.III, Probleme clinico-chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului. Zilele Universității 14-16 octombrie. Editura V. Chișinău. 2004. -pp. 511-515

9. Burlui V., Morărașu C., Stroici C., Hansa Teofana-Elena., Chirap I., Munteanu Bogdan-Stefăniță. Gnatologie/ Iași: Apollonia. 2012. -p. 490-492.
10. Fetzter W., Bratu D., Negruțiu M. Simulatoarele ADM/ Timișoara: Editura Helicon. 1996. — 18-99.
11. Fetzter W., Negruțiu M., Bratu D. — Reabilitarea ocluzală în restaurările protetice cu ajutorul simulatoarelor ADM, Zilele Stomatologice Bănățene, volum de rezumate, 25-26 aprilie 1996. -p. 46
12. Jeremia L., Bratu D., Negruțiu M. Metodologia de examinare în protetica dentară/ Timișoara: Signata. 2000. -p. 34-79
13. Ioniță S., Petre A. Ocluzia dentară/ București: Editura Didactică și Pedagogică. 2003. -p. 156-165.
14. Negruțiu M., Bratu D., Romînu M., Topală F. Experiența noastră în înregistrarea, transferul și reproducerea rapoartelor intermaxilare — Sistemul Protar — KaVo EWL. al V-lea Simpozion Internațional al Zilelor Stomatologice Bănățene: „Actualități în stomatologie și ortodonție”, Volum de rezumate, 18-20 mai, Timișoara, 2000. -pp. 77-78
15. Norina Fornă, Burlui V. Clinica și terapia edentației și a pierderii de substanță maxilo-facială/ Iași: Apollonia. 1998. -p. 35-100.
16. Oineagra V. Morfologia și fiziologia ocluziei dentare : Recomandări metodice/ Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina. 2005. -p. 5-55.
17. Postolachi I., Chiriac E., Șeptelici I., Cojocar M., Banuh V., Birsa G., Cojuhari N., Guțuțui V., Gamureac V. Protetică dentară/ Chișinău: Știința. 1993. -p. 31-46, -p. 193-202.
18. Tintiuc D. Biostatistica și metodologia cercetării științifice (suport de curs)/ Chișinău. 2011. -p. 17-53, -p. 293.
19. Рудольф С. Жевательный орган. Функции и дисфункции/ Азбука. 2008. -с. 138-180.

Data prezentării: 11.06.2014

Recenzent: Sofia Sîrbu

GINGIVITA DE SARCINĂ

Rezumat

Morbiditatea înaltă, evoluția gravă, tendința spre progresare și acțiune multilaterală asupra organismului gravidei și implicit asupra organismului fătului, face ca gingivita de sarcină să reprezinte una din cele mai răspândite și actuale patologii. Scopul acestei lucrări a fost de a determina prevalența și gradul de inflamare gingivală în diferite perioade de gestație.

Cuvinte cheie: gingivita de sarcină, boala parodontală, prevalența.

Summary

GINGIVITIS IN PREGNANCY

High morbidity, serious development, the tendency to progression and multilateral action on the body of the pregnant woman and fetus makes pregnancy gingivitis be one of the most common and current condition. The purpose of this study was to determine the prevalence and degree of gingival inflammation during different periods of gestation.

Key words: pregnancy gingivitis, periodontal disease, prevalence.

Actualitatea temei

Boala parodontală este una din cele mai răspândite afecțiuni ale sistemului dento-maxilar, în special pe parcursul sarcinii. Gravitatea este asociată cu importante modificări anatomice și fiziologice, iar unele dintre acestea pot fi considerate patologice, așa cum sunt modificările atestate la nivelul gingiei în perioada sarcinii.

Modificarea nivelului de hormoni sexuali feminini în timpul sarcinii conduc la inflamarea gingiei. Acest fenomen, denumit *gingivită de sarcină* (Gingivitis Gravidarum), apare, de obicei fără o asociere obligatorie cu placa dentară, și dezvoltă forme mai severe, în comparație cu gingivita indusă de placă la femei non-gravide (Silness și Loe, 1964; Cohen, 1971.).

Prevalența gingivitei de sarcină variază între 50% (Loe, 1965) și 100% (Maier, Orban 1949). Morbiditatea înaltă, evoluția gravă, tendința spre progresare și acțiune multilaterală asupra organismului gravidei și implicit asupra organismului fătului, face ca gingivita de sarcină să reprezinte una din cele mai răspândite și actuale patologii [2].

Problema infecțiilor parodontale și a tratamentului este mereu actuală și în continuă evoluție. Cu toate progresele înregistrate prin măsuri igienice și antiepidemice, mai mult de jumătate din numărul total de gravide de pe glob sunt diagnosticate cu gingivite [1,4].

Deși s-au obținut succese remarcabile în studierea unor cauze ale gingivitei de sarcină, totuși etiologia și patogenia acestei afecțiuni rămâne încă o problemă

Ina Ionițel,
studentă anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Viorica Chetruș,
d.m, conferențiar
universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

actuală, nerezolvată, iar tratamentul și profilaxia nu dau rezultate mult așteptate. Incontestabil, rezolvarea acestor probleme va contribui atât la păstrarea și integritatea complexului dento-parodontal al viitoarei mame, cât și la sănătatea fătului.

În prezent, tratamentul gingivitei de sarcină include multiple măsuri complexe pentru suprimarea cauzelor care sunt suspectate ca fiind factori favorizanți în evoluția acestei afecțiuni. Sarcina, prin ea însăși, nu produce gingivita, dar poate influența, prin modificări hormonale, reacția locală a țesuturilor față de placa bacteriană, adevărata cauză a gingivitei din cursul sarcinii.[6,7]

Deci, cunoașterea deplină și aprofundată a etiologiei și patogeniei acestei afecțiuni poate da rezultate bune tratamentului.

Scopul lucrării: De a determina prevalența și gradul de inflamare gingivală în diferite perioade de gestație.

Sarcinile lucrării

1. Studiul literaturii de specialitate în domeniul afecțiunilor parodontale;
2. Analiza factorilor etiologici în apariția gingivitei de sarcină;
3. Determinarea indicilor de igienă orală (Indicele de igienă orală „OHI-S”, Indicii de inflamație gingivală după H. Loë și Silness, Indicele de sângerare papilară (MUHLEMANN), Proba Schiller-Pisarev).

Materiale și metode de cercetare

Studiul realizat a avut la bază examinarea statutului parodontal la un lot de 30 femei însărcinate, cu vârsta cuprinsă între 18-35 ani. În corespundere cu trimestrul de gestație, lotul analizat a fost împărțit în trei grupe:

- Grupul 1: include 6 femei în trimestrul I de sarcină (0 — 16/18 săptămâni);
- Grupul 2: include 11 femei în trimestrul II de sarcină (18 — 30 săptămâni);
- Grupul 3: include 13 femei în trimestrul III de sarcină (30 — 40 săptămâni);

Criteriile de excludere au fost:

- diagnosticarea anterior sarcinii ale afecțiunilor parodontale;
- prezența unor boli cronice;
- urmarea unui tratament sistemic sau topic, antimicrobian sau antiinflamator în ultimele 3 luni;
- vârsta peste 35 ani.

Examinarea a fost efectuată cu ajutorul oglinzii stomatologice și a sondei parodontale gradate în milimetri. Studiul a fost efectuat în cadrul Asociației Medicale Teritoriale Botanica. Gravidele au fost examinate în conformitate cu *Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală*, care prevede că femeile gravide se adresează în mod obligatoriu la medicul stomatolog la următoarele termene de sarcină:

- 1) până la 12 săptămâni, sau la luarea la evidență;
 - 2) 28—30 săptămâni;
 - 3) 35—36 săptămâni;
- sau suplimentar în caz de necesitate sau cu scop de tratament.

La realizarea lucrării s-au folosit următoarele metode investigaționale clinice:

- anamneza;
- examen clinic: subiectiv și obiectiv;
- complementare.

Toate gravidele investigate au completat chestionare care au contribuit la stabilirea statutului parodontal. Totalitatea acestor date stabilesc un diagnostic complet care vizează în afara bolii parodontale toate modificările patologice de la nivelul cavității bucale precum și starea generală de sănătate a pacientei.

Rezultate

În urma studiului realizat, s-a constatat că prevalența gingivitei de sarcină constituie 63,3% (19 persoane) în cadrul lotului analizat (30 persoane).



Fig.1 Prevalența gingivitei de sarcină

Lotul cercetat a fost divizat în trei grupe, în dependență de trimestrul de gestație:

- Grupul 1: include 6 femei în trimestrul I de sarcină (20%);
- Grupul 2: include 11 femei în trimestrul II de sarcină (37%);
- Grupul 3: include 13 femei în trimestrul III de sarcină (43%);

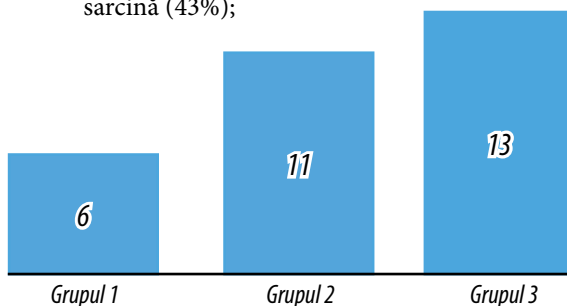


Fig.2 Structura lotului de cercetare în dependență de termenul de gestație

S-a determinat că semnele clinice ale gingivitei de sarcină se exacerbează din luna a 2-a de sarcină, devin destul de pronunțate în luna a 8-a, și descresc în cursul lunii a 9-a.

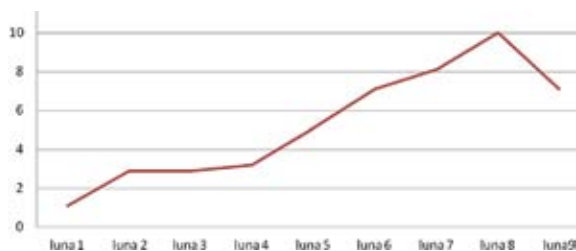


Fig. 3 Reprezentarea grafică a manifestărilor clinice ale gingivitei de sarcină pe parcursul celor 9 luni de gestație

Igiena orală a fost evaluată cu ajutorul indicelui OHI-S format din cele două componente: IP (indicele de placă) și IT (indicele de tartru). Pentru calcularea acestor indici s-au examinat suprafețele vestibulare a dinților 16, 26,11 și suprafețele linguale a dinților 36, 46, și 31. S-a constatat că prevalența plăcii bacteriene constituie 100%, iar a tartrului dentar — 73%. În urma calculării valorilor medii ale indicilor de igienă orală pe grupuri s-au obținut următoarele rezultate: cel mai înalt indice de tartru (IT) s-a atestat în trimestrul II de sarcină (1,95), urmat de trimestrul III de sarcină (1,73), în timp ce în trimestrul I se atestă cel mai scăzut indice (1,57).

Tab.1 Evaluarea comparativă a valorii medii indicelui de tartru (OHI-S)

Trimestrul / Grup	Valoarea medie pe grup a IT
trimestrul I / n=3	1,57
trimestrul II / n=9	1,95
trimestrul III / n=10	1,73
Total: n=22	1,75

Sângerarea gingivală a fost determinată cu ajutorul indicelui de sângerare papilară (Muhlemann). S-a stabilit că debutul sângerării gingivale a avut loc în primul trimestru de sarcină în 52,6% din cazuri, iar la 47,4% în trimestrul II. În urma explorării cu sonda, s-a determinat că 10,52 % din femei prezintă sângerare la sondare.

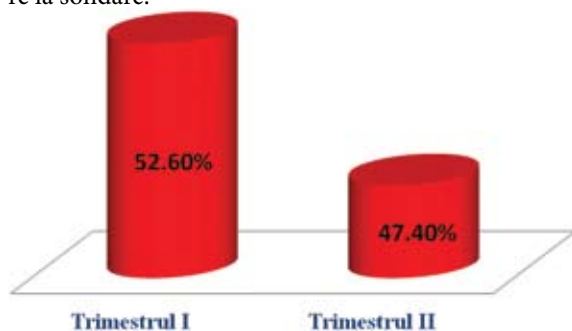


Fig.4 Reprezentarea procentuală pe trimestre a debutului sîngerărilor gingivale

În urma examenului clinic s-a stabilit că 13,5% din femeile din lotul cercetat prezentau recesiune gingivală, care s-a atestat preponderent la grupul dentar incisivo-canin superior și inferior. S-a observat că fața vestibulară este mai des afectată decât fața palatinală sau linguală.

Analiza chestionarelor care au fost completate de către toate gravidele participante în acest studiu, arată că 33,3% (10 gravide) se periază pe dinți o singură dată pe zi, 63,3% (19 gravide) se periază pe dinți de două ori pe zi, și doar 3,3% (o gravidă) își periază dinții de trei ori pe zi (Fig.5). S-a atestat că din totalul de 30 gravide în lot, 4 gravide sunt fumătoare active (Fig.6).



Fig. 5 Reprezentarea grafică a frecvenței periajului

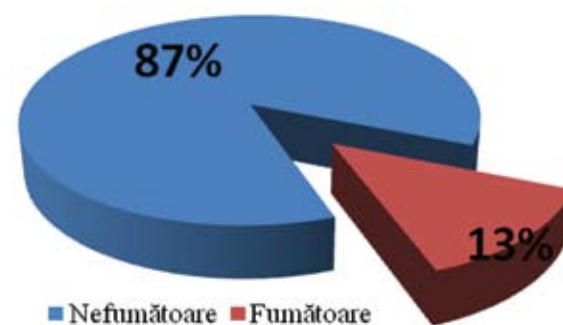


Fig.6 Repartizarea procentuală a fumătoarelor în lotul analizat

Au fost supuse tratamentului 15 persoane din lotul analizat, 4 persoane au refuzat tratamentul. În urma tratamentului efectuat s-a atestat îmbunătățirea tuturor indicatorilor analizați (Tabel 2).

Tab.2 Analiza rezultatelor tratamentului

Simptome	Grupul de studiu	
	Pînă la tratament	După tratament
Sângerări la periaj	15	2
Sângerări la masticăție	15	0
Senzații dezagreabile în gingie	15	0
Miros fetid din cavitatea bucală	15	0

Discuții

În studiul prezentat a fost analizată starea de sănătate parodontală la gravide, s-a efectuat o repartitie a gravidelor în dependență de termenul de gestație și s-a stabilit că prevalența gingivitei de sarcină constituie 63% în lotul analizat.

S-a demonstrat faptul că igiena orală insuficientă duce la creșterea indicelui de placă și accentuarea bolii parodontale în ultimul trimestru de sarcină. Prevalența indicelui de placă a fost de 100% în rândul tuturor grupurilor cu diferențe non-semnificative, acest rezultat ar putea fi atribuit neglijenței față de sănătatea orală și motivarea insuficientă în controlul plăcii. Pacientele necesită o instruire cu privire la programul lor de îngrijire a sănătății orale, care ar trebuie să fie prezentate femeilor gravide în timpul prezentărilor la stomatolog.

După analizarea a 664 gravide, Bakhmudov și Bakhmudova [8] au observat că igiena orală era nesatisfăcătoare la începutul sarcinii, iar după instruirea gravidelor în ceea ce privește igiena orală, statusul oral a fost îmbunătățit, concluzionând asupra necesității dispensarizării femeilor gravide.

Rezultate bune se pot obține printr-o colaborare medic dentist -ginecolog, având ca rezultat îmbunătățirea statusului femeii gravide și reducerea riscului apariției afecțiunilor dentoparodontale[3,5].

Luând în considerare aceste rezultate am constatat că un procent mic din totalul gravidelor examinate, 9,33%, prezintă un parodontiu sănătos, necesitând doar instructaj privind igiena orală, în timp ce majoritatea gravidelor examinate, prezintă tartru supra sau subgingival, factori de iritație marginală, acestea necesitând instructaj pentru îmbunătățirea igienei orale, detartraj și îndepărtarea factorilor iritativi. Aceste rezultate sunt în concordanță cu rezultatele obținute de alți autori[9,10].

Concluzii

1. În urma studierii literaturii de specialitate și a micului nostru studiu am ajuns la concluzia că sarcina reprezintă o perioadă favorabilă dezvoltării infecției gingivale.
2. Factorul etiologic principal al gingivitelor îl reprezintă placa bacteriană, iar sarcina poate influența prin modificări hormonale reacția bucală a țesuturilor față de placa bacteriană.

3. Determinarea indicilor de igienă, de inflamație, de sângerare sunt necesari pentru stabilirea diagnosticului, iar în tratamentul gingivitelor de sarcină trebuie de ținut cont și de factorul etiologic, accentuând că complicațiile gingivitelor sunt de ordin infecțios. Tratamentul local și măsurile profilactice de igienă orală la începutul sarcinii este foarte important pentru a preveni apariția și progresarea inflamației.

Bibliografie

1. Chetruș Viorica, Aspecte de etiologie, diagnostic și tratament ale parodontitelor marginale cronice : Monografie, Chișinău, 2007;
2. Dumitriu Horia Traian, Parodontologie, Editura Viața Medicală Românească, 1997;
3. Petrache Vartej, Memet Gafar, Henriette Panaite, Afecțiuni buco-dentare și sarcina, editura „All”, 1998.
4. Severineanu Victor, Parodontologie clinică și terapeutică, Editura Academiei Române, 1994;
5. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Радухина Н.А, Болезни пародонта, Москва, Мединформ агенство, 2004, 288с.
6. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В., Заболевания пародонта, Киев, 2000, 462с.
7. Иванов В.С., Заболевания пародонта, Москва, 2001, 301с.
8. Bakhmudov BR, Bakhmudova ZB. Caries prevalence and intensity and the health and hygiene habits of oral care in pregnant women. (Moskow) 2000;79:12-4;
9. Harris Keith Lewis, A study of gingivitis in pregnancy, USA, 1964;
10. J Hamissi, P BakianianVaziri, A Davallo, Evaluating Oral Hygiene Knowledge and attitude of Pregnant Women Iranian J Publ Health, Vol. 39, No.1, 2010, p. 28-31;

Data prezentării: 06.05.2014
Recenzent: Ion Munteanu

CARIA RECIDIVANTĂ

Dan Brînza,
student anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „N. Testemițanu“

Maxim Matei,
student anul V
Facultatea Stomatologie,
USMF „N. Testemițanu“

Ion Roman,
asistent universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Viorica Chetruș,
d.m., conferențiar
universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Caria recidivantă este procesul patologic care se dezvoltă sub obturațiile coronare, aparent corect efectuate și care are tendința de a evolua spre camera pulpară, infectând pulpa dentară, sau spre suprafața dintelui producând fracturarea acestuia. Pentru a evita consecințele nefaste ale cariei recidivante este necesar de a diagnostica, diferenția și trata corect caria recidivantă. În baza surselor bibliografice studiate și în baza studiului efectuat au fost elaborate date cu privire la depistarea cariei recidivante și tratamentul cariei prin metode moderne aplicate.

Cuvinte cheie: Carie recidivantă, obturații coronare, tratament.

Summary RECURRENT CARIES

Recurrent caries is a pathologic process which develops under crown restoration apparently properly made and has a tendency to develop into the pulp chamber, infecting the pulp and tooth surface which can lead to tooth fracture. To avoid adverse consequences of recurrent caries is necessary to diagnose, to differentiate and treat correctly the recurrent caries. Based on bibliographic sources of recurrent caries was elaborated data on recurrent caries detection and caries treatment applying modern methods.

Key words: Recurrent caries, crown restoration, treatment.

Actualitatea temei

Caria recidivantă reprezintă una dintre erorile des întâlnite în tratarea cariei dentare, care prezintă un interes deosebit și posedă studiu în continuu. Caria recidivantă este o leziune carioasă dezvoltată sub o obturație aparent corectă cu o bună adaptare marginală[6], cauza acesteia fiind: (Fig.1)

- Neîndeptarea în totalitate a dentinei alterate de pe pereții cavității, sau sub bolțile cuspidiene;
- Neîndeptarea în totalitate a dentinei alterate de pe perețele pulpar sau parapulpar;
- Lavajul incorect al cavității carioase;
- Tratament incorect al plăgii dentinare [1,12].



Fig.1 Interacțiunea factorilor ce duc la formarea cariei recidivante

Cercetările științifice efectuate în această direcție au demonstrat o creștere semnificativă în ultimii ani a interesului pacienților față de calitatea serviciilor medicale acordate și respectiv a numărului de obiecții [9].

Scopul lucrării

Scopul lucrării îl constituie sistematizarea și îmbogățirea cunoștințelor teoretice în privința erorilor posttratament a cariei dentare în special al cariei recidivante.

Caria recidivă

Recidivă de carie este procesul patologic care se dezvoltă sub obturațiile coronare, aparent corect efectuate și care are tendința de a evolua spre camera pulpară, infectând pulpa dentară, sau spre suprafața dintelui producând fracturarea acestuia.[8]

Semne clinice. Recidiva de carie este nedureroasă în forma de debut și e dificil de diagnosticat [10].

Semnele clinice apar când ea evoluează spre camera pulpară producând inflamația pulpei dentare sau evoluează către suprafața dintelui provocând modificări de culoare ale smalțului la limita dintre obturație și marginea cavității fără existența unei soluții de continuitate între acestea [3,11].

Când recidiva de carie a produs fracturarea unui perete dentar, ea este greu de diferențiat de caria secundară marginală, mai ales în cazul dinților devitali [2].

Dupa îndepărtarea dentinei alterate pacientul poate acuza sensibilitate dureroasă. În cavitățile profunde îndepărtarea dentinei alterate poate duce la deschide-

rea camerei pulpare, situație în care se constată prezența pulpei vii, dureroasă la sondare și însoțită de hemoragie [5].

Când s-a produs necroza sau gangrena pulpei dentare, îndepărtarea dentinei alterate este nedureroasă, chiar dacă se deschide camera pulpară [7].

Probele de vitalitate sunt pozitive în recidiva de carie care nu a produs complicații pulpare.

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza următoarelor semne:

- obturație coronară bine adaptată marginal;
- colorație alb-cretoasă a smalțului, decelabilă prin transparența sa, mai ales la nivelul cuspidilor;
- semne clinice de pulpită acută (durere) sau colorație anormală a dintelui dacă a apărut necroza sau gangrena pulpară;
- camera pulpară poate fi integră sau se deschide după îndepărtarea dentinei alterate;
- după îndepărtarea obturației, se constată prezența pe pereții pulpari sau parapulpari, sub cuspidi sau sub obturația de bază a dentinei alterate;
- probele de vitalitate sunt pozitive, dacă dintele își pastrează vitalitatea și negative dacă apare necroza sau gangrena pulpară [4,12].

Diagnosticul diferențial se face cu:

- necroza pulpară produsă de agenții fizici sau chimici;
- gangrena pulpară;
- caria secundară marginală;

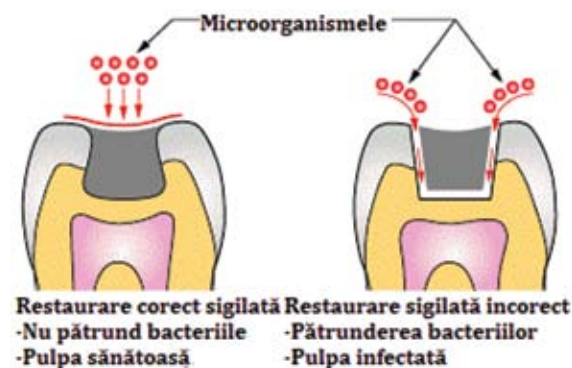


Fig.2 Erori în obturarea cavității carioase

Rezultate și discuții

În conformitate cu scopul și obiectivele investigaționale ale lucrării au fost supuși examinării și tratamentului 30 pacienți dintre care 10 pacienți au fost diagnosticați cu carie recidivantă.

Vârsta medie a pacienților în cadrul studiului a alcătuit 18 și 35 ani. Pacienții au fost selectați și incluși în studiu conform adresabilității pentru consultare și tratament la medicul stomatolog.

Eșantionul total de pacienți a fost reprezentat de 14 femei (47%) și 16 bărbați (53%).(Fig.3)

Tratamentul cariei recidivante la persoanele date a fost efectuat conform următorilor pași.

- Deschiderea cavității carioase cu înlăturarea completă a obturației precedente;

- Extensia preventivă a cavitații carioase;
- Necrectomia;
- Formarea cavitații;
- Bizotarea. Bizotul era îndreptat paralel cu suprafața ocluzală, astfel fiind prevenită distrugerea prismelor smalțiene.

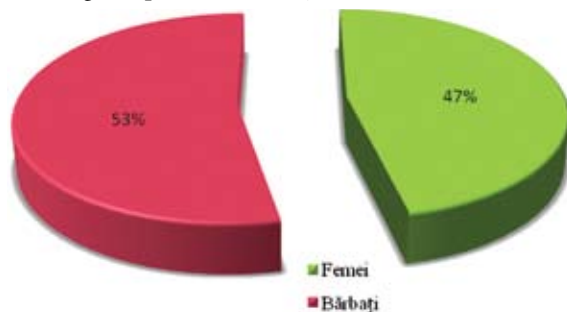


Fig.3 Repartiția pacienților după sex

Cavitatea carioasă se prelucra cu remedii anti-septice: soluție apă oxigenată 3%, soluție Furacilină 1:5000, soluție clorhexidină bigluconat 0,25%, soluție Belodez 3%. Remedii antiseptice erau aplicate printr-un jet sub presiune moderată din seringă.

- Obturarea cavitațiilor formate cu ciment glasi-onomeric Fuji –2LC pentru obturarea definitivă.

Astfel au fost tratați toți cei 10 pacienți la care a fost depistată caria recidivantă. În urma tratamentului toți pacienții au rămas mulțumiți de rezultatul obținut, și la o distanță de 9 luni, acuze din partea pacienților nu au apărut.

Concluzii

Pentru a evita apariția cariei recidivante este necesar de a practica reguli importante în prepararea cavitațiilor carioase și anume:

- Comoditatea –medicul și pacientul trebuie să se afle într-o poziție comodă ,cu iluminarea satisfăcătoare a câmpului de lucru;

- Crearea unei vizibilități bune;
- Instrumentele rotative vor fi bine ascuțite, sterile ,iar mărimea frezei să corespundă dimensiunii cavitații, prepararea efectuându-se sub răcire;
- Instrumentele rotative (frezele)folosite la excizia țesuturilor dure dentare trebuie să fie sterile, eficiente, fixate bine,fără vibrație în piesa de mână;
- La etapa de obturare trebuie respectate regulile și etapele de obturare cu materiale;

Bibliografie

1. E.V. Borovski Stomatologie terapeutică. Chișinău:Lumina.1990 p109–155.
2. Gafar M. ,Iliescu A. Odontologie. Editură Medicală. București1999 , pag45–105.
3. Iliescu A et al:Cariologie și Odontoterapie restauratoare Ed.Medicală Buc.2002.
4. Cîrligeanu V ,Bold A., Popescu M.G. Odontoterapie restauratoare. Editura Mirton. Timișoara 1999 pag. 43.
5. Andreescu C., Maria Brîndușa Popa. Odontoterapie restauratoare. Editura Universala „Carol Davila,, . București 2003 pag. 37–72.
6. Prof. Andrei A. Iliescu și Memet Gafar. Cariologie și odontoterapie restauratorie. Editura Medicală.București 2006, pag. 31–86.
7. G. I.Nicolau, A.B.Terehov, K.I.Năstase Основы практической кариеологии.
8. Merrett MCW, Elderton RJ: (1984). An in vitro study of restorative dental treatment decisions and dental caries. Br. Dent. J. 157, 128–33.
9. Kidd EAM.; Joyston–Bechal, S.: (1987). Essentials of Dental Caries, pp. 41–57. Wright, Bristol.
10. Kidd EAM.: (1983). The histopathology of enamel caries in young and old permanent teeth. Br. Dent. J. 155, 196–8.
11. Goldberg J, Tanzer J, Munster B, Amara J, Thai F, Birkhead D.: (1981). Cross sectional clinical evaluation of recurrent enamel caries, restoration of marginal integrity and oral hygiene status. J. Am. Dent. Ass. 102, 635–41.
12. Fusayama T, Terachima S.: (1972). Differentiation of two layers of carious dentine by staining. J. dent. Res. 51, 866.
13. Elderton RJ.: (1976). The prevalence of failure of restorations: a literature review. J. Dent. 4, 207–10.

Data prezentării: 17.04.2014
Recenzent: Ion Munteanu

PARODONTITA MARGINALĂ CRONICĂ FORMA MEDIE. PREVALENȚA PMC ȘI METODELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Dragoș Cucu,
student anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Viorica Chetruș,
d.m., conferențiar
universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Scopul acestui studiu este de a determina prevalența parodontitei marginale cronice forma medie (PMCFM) ținând cont de vârsta pacientului, metodele de diagnostic și tratament aplicate.

Conform datelor obținute din raportul grupului științific al OMS (1990), unde au fost rezumate constatările investigațiilor populației a 53 de țări, se constată un nivel înalt al afecțiunilor parodontale, atât la grupele de vîrstă 15-19 ani (55-99%), cît și la grupele ce cuprind vîrsta de 35-44 ani (65-98%) [6].

În baza studiului dat s-a constatat prevalența parodontitei marginale cronice forma medie pe un lot de 33 pacienți cu vîrstă cuprinsă între 14 și 56 ani.

Cuvinte cheie:parodontita marginala cronică ,clasificare, prevalența, diagnostic, tratament.

Summary

CHRONIC PERIODONTITIS MEDIUM FORM. PMC PREVALENCE AND METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

The purpose of this study is to determine the prevalence of chronic marginal periodontitis average form (PMCFM) relying on the patient's age, sex, diagnosis and treatment methods applied.

According to data from the report of the WHO Scientific Group (1990), where the findings were summarized population of 53 countries, there is a high level of periodontal disease, both in the age groups 15-19 (55-99%), and at groups that include age of 35-44 years (65-98%). [6]

Based on this study we found the prevalence of chronic marginal periodontitis is average form based on a group of 33 patients.

Key words: *chronic marginal periodontitis, classification, prevalence, diagnosis, treatment.*

Introducere

Parodontita marginală cronică (PMC)- proces inflamator-infecțios al aparatului de susținere al dintelui, caracterizat printr-o pierdere progresivă a osului alveolar, simptomele clinice de bază fiind pungile parodontale/recesiunile gingivale [7]. PMC reprezintă una din formele cele mai frecvent întâlnite de afecțiuni parodontale, variind prin gradul de severitate, uneori de la forme reversibile până la forme ireversibile, care se soldează cu pierderea nemijlocită a statului funcțional al dinților și prezența acestora pe arcadele dentare [4].

La trecerea în revistă a numeroaselor clasificări de îmbolnăvire a parodontiului marginal, se ține cont de principiile de bază, cum ar fi: inflamația, procesele distrofice, mecanismul de producere a inflamației, gradul de afectare, gradul de manifestare și, nu în ultimul rând, vârsta pacientului. [2]

Actualmente cea mai utilizată clasificare a afecțiunilor parodontale este cea propusă de către Workshop-ul Internațional pentru Clasificarea bolilor și condițiilor parodontale, fiind acceptată de către Academia Americană de Parodontologie (the American Academy of Periodontology (AAP) în 1999. În această clasificare au fost făcute unele schimbări precum, înlocuirea denumirii „Parodontita adultului” cu „Parodontita cronică”. Participanții la Workshop au stabilit că termenul de parodontita adultului e derutant și ar trebui înlocuit cu termenul de parodontită marginală cronică deoarece nu are o unicitate histopatologică, nici o precizare cu privire la momentul debutului bolii când este cel mai probabil să apară [3].

Versiunea abreviată a Clasificării bolilor și condițiilor parodontale (1999)

I. Afecțiuni gingivale:

- a. Gingivite microbiene
- b. Gingivite nemicrobiene

II. Parodontite cronice: în dependență de pierderea atașamentului clinic

Formele: ușoară: 1-2mm; moderată: 3-4 mm; severă 5mm și mai mult;

- A. Localizate (sub 30% din dinți sunt afectați)
- B. Generalizate (peste 30%);

III. Parodontite asociate manifestărilor bolilor sistemice

- A. Asociate cu boli sanguine
- B. Asociate cu dereglări genetice
- C. Forme nespecifice;

IV. Boli parodontale necrozante

- A. Gingivita ulcero-necrotică
- B. Parodontita ulcero-necrotică;

V. Abcese parodontale

- A. Abces gingival
- B. Abces parodontal
- C. Abces pericoronarian;

VI. Parodontite asociate leziunilor endodontice

- A. Leziuni combinate endo-parodontale;

VII. Anomalii de dezvoltare și dobândite

- A. factorii de localizare care predispun la apariția bolilor parodontale induse de placa bacteriană;
- B. Anomalii mucogingivale din apropierea dinților;
- C. Anomalii mucogingivale ale creștelor edentate;
- D. Trauma ocluzală [3].

În baza analizei bibliografice am putut sistematiza factorii etiologici care determină și induc apariția PMCFM.

Cauzele dezvoltării parodontitei cronice care determină inflamația gingiei, apoi și a parodontiului marginal, pot fi **locale și generale**.

Din **cauzele locale** fac parte: placa bacteriană supra- și subgingivală, tartrul dentar, traumele ocluzale, edentația, anomaliile dento-maxilare, parafuncțiile, obiceiurile vicioase. Aceștia la rândul lor mai pot fi categorizați în determinanți și favorizanți. La înlăturarea acestor factori și aplicarea unui tratament adecvat evoluția afecțiunii are un prognostic favorabil.

Factorii generali sunt: ereditatea și predispoziția, tulburările sistemului nervos, tulburările endocrine, disfuncțiile imune, bolile cardiovasculare, bolile hematologice, bolile hepatice, deficiențele de nutriție [2,4].

Actualmente în etiologia și patogenia locală PMC, se acceptă două elemente dominante certe și bine conturate:

1. Gradul agresivității microbiene provenite din placa bacteriană subgingivală;
2. Susceptibilitatea macroorganismului de a declanșa un proces imun [2].

Deși mai mult de 300 de specii de microorganisme au fost izolate din pungile parodontale, este dovedit faptul ca doar un mic procent din acestea sunt agenți etio-patogeni. Două tipuri de bacterii manifestă o patogenitate deosebită în geneza bolilor parodontale, **Acidobacillus actinomycetemcomitans (A.A.)**

și ***Porphyrromonas-gingivalis*(P.G.)**. (A.A.) poate trece prin celulele epiteliale în țesuturile conjunctive adiacente, în timp ce (P.G) poate invada și persista în celulele epiteliale. Iată de ce invaziunea tisulară a acestor microorganisme explică dificultatea de eradicare a acestora, prin chiuretaj radical manual . [5]

Deși în ultimii ani au fost obținute succese remarcabile în studierea unor cauze ale afecțiunilor parodontale, totuși etiologia și patogenia parodontitelor reprezintă o problemă nerezolvată, iar acest fapt complică selectarea unor metode unice și eficiente de profilaxie și tratament conservator în fazele inițiale ale afecțiunii. Incontestabil, rezolvarea acestor probleme va contribui la păstrarea complexului odonto-parodontal integrat.[1]

Actualmente se consideră că determinarea diagnosticului exact, va duce la :

1. Depistarea cauzei etiologice (exacte) a parodontitei marginale cronice;
2. Alternativa de alegere a metodei de tratament cu eficiență maximală, previziunea duratei și costul tratamentului;
3. Restabilirea estetică și reabilitarea socială a pacientului;
4. Restabilirea funcției de masticatie;
5. Menținerea procesului alveolar;
6. Alegerea metodelor de profilaxie pentru prevenirea recidivei;
7. Previziunea evoluției afecțiunii post-tratament și evoluția în cazul în care nu va fi aplicat nici un tratament [7].

Scopul studiului

Acest studiu are drept scop de a stabili prevalența parodontitei marginale cronice forma medie și metodele de diagnostic și tratament aplicate, în dependență de vîrstă, sex. Ca metode de diagnostic au fost utilizate următoarele procedee de analiză: examenul subiectiv, examenul obiectiv, examenul paraclinic.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 33 de persoane cu parodontită marginală cronică, 21 femei (63,63%) și 12 bărbați (36,36%), cu vîrsta cuprinsă între 19- 56 de ani. După vîrstă pacienții au fost triați: 14-24 ani 6 (18,18%) pacienți; 24-34 ani 10(30,30%) pacienți; 34-56 ani 17 (51,51%) pacienți.

După culegerea anamnezei, efectuării examenului clinic (sondarea pungilor parodontale) și paraclinic (radiologic) a fost stabilit diagnosticul de parodontită marginală cronică forma medie la 18 (54,54%) pacienți.

În rezultatul acestui studiu am obținut următoarele date:

I grupă — 14-24 ani, 6 (18,18%) pacienți — la 1 (3,03%) pacienți s-a depistat PMC forma medie. Restul pacienților, 5 (15,15%) prezentînd PMC forma ușoară sau gingivită catarală cronică forma generalizată.

II grupă — 24-34 ani 10(30,30%) pacienți — la 7 (21,21%) pacienți s-a depistat PMC forma medie. Restul pacienților 3 (9,09%) prezentînd PMC forma ușoară.

III grupă — 34-56 ani 17 (51,51%) pacienți- la 10 (30,30%) pacienți s-a depistat PMC forma medie. Restul pacienților 7 (21,21%) prezentînd PMC forma gravă.

Conform acestor date prevalența PMC forma medie este de 18(54,54%) pacienți, ponderea celorlalte forme este de: PMC forma ușoară 6(15,15%), PMC forma gravă (21.21 %).

Prin urmare pacienții cu PMC forma medie în număr de 18, au fost tratați prin următoarele metode:

1. Îndepărtarea doar a plăcii microbiene și tartrului dentar (55,55%);
2. Tratament antimicrobian și antiinflamator (22,22 %);
3. Tratament chirurgical (11,11 %);
4. Tratament de echilibrare ocluzală (11,11 %);
5. Tratament de reabilitare structurală și funcțională a parodontiului marginal prin biostimulare (5,5%);

Concluzii

Parodontita marginală cronică forma medie este o patologie care poate fi depistată atât la tineri cît și la persoane de vîrstă adultă, de aici rezultă concluzia că nici o precizare cu privire la momentul debutului bolii nu există. Însă totuși cea mai mare pondere a pacienților cu PMC forma medie este întîlnită la persoanele de vîrstă adultă (34-56 ani). Pentru stabilirea diagnosticului de PMC forma medie nu e suficient doar examenul subiectiv și obiectiv(sondarea pungilor parodontale), dar e absolut necesar efectuarea examenelor paraclinice precum radiografia (ortopantomografia), care ne permite de a identifica nivelul resorbției osoase . Metodele de tratament sunt stabilite în strictă corelație cu diagnosticul și tabloul clinic al pacientului, mergînd de la simplu la compus în dependență de situația clinică.

Bibliografie

1. Chetruș V., Tratamentul parodontitei marginale cronice prin utilizarea matricei pe bază de biovitrocaramidă și colagen, 2005 , 127 p.
2. Ciobanu S., Tratamentul complex în reabilitarea pacienților cu parodontită marginală cronică, Chișinău Almor-Plus, 2012, 183p.
3. Colin B. Wiebe, Edward E. Putnins, The Periodontal Disease Classification System of the American Academy of Periodontology —An Update, Journal de l Asociação dentaire candienne, Deembre 2000, vol.66, Nr.1,p.195.
4. Dumitriu H.T., Dumitriu S., Dumitriu A.S., Parodontologie, București „Viața Medicală Românească”, 2009 p. 351p.
5. Fives-Taylor P, Meyer D, Mintz K. Characteristics of Actinobacillus actinomycetemcomitans invasion of and adhesion to cultured epithelial cells. Adv Dent Res 1995;Nr.9: p.55-62.
6. Григорьянц А.С. Пародонтология / Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М.: МИА, 2001,358p.
7. Мюллер Н.Р., Пародонтология, Львов, Издательство медицинской литературы ГалДент, 2004 p.256p

Data prezentării: 23.04.2014
Recenzent: Gheorghe Nicolau

PULPITA ACUTĂ DIFUZĂ. ETIOLOGIE, METODE DE TRATAMENT

Rezumat

Afecțiunea pulpară reprezintă cea mai frecventă urgență în stomatologie, materializată de caracterul durerii și ocupă unul dintre primele locuri în patologiile dentare cu risc crescut de evoluție spre complicații periodontale și spre pierdere precoce a dintelui afectat [5]. Articolul oferă informații cu privire la factorii etiologici favorizanți în apariția pulpitei acute difuze și cu privire la rezultatele obținute în urma tratamentului a 10 pacienți în perioada lunilor 11, 12 ale anului 2013 și 1, 2, 3 ale anului 2014.

Cuvinte cheie: pulpită, extirpare vitală, sigilare tridimensională.

Summary

DIFFUSE ACUTE PULPITIS. ETIOLOGY, TREATMENT METHODS

Pulpitis is the most common dental emergency materialized by its pain and occupies one of the thirdest places in dental diseases with an increased risk of progression to periodontal complications and to an early tooth loss [5]. The article offers information about the etiological factors predisposing to diffuse acute pulpitis and about the results obtained after the treatment of 10 patients during the 11, 12-th month of 2013 and 1st, 2nd, 3rd month of 2014.

Key words: pulpitis, vital extirpation, tridimensional sealing.

Introducere

Afecțiunea pulpară reprezintă una din cele mai frecvente urgențe în stomatologie. Înainte de progresul endodonției, mulți dinți erau extrași inutil. Capacitatea medicului stomatolog de a trata cu succes țesutul pulpar și parodontal infectat sau lezat, a venit în întâmpinarea dorinței pacienților de a-și păstra dinții [6].

În general, agenții patogeni care constituie factorii favorizanți ai pulpitei acute difuze sunt:

- a) Externi: fizici (agenți termici, traumatici, electrici), chimici, microbieni;
- b) Interni: avitaminoze, dismetabolisme, boli de sistem, intoxicații endogene, stres, etc [3].

Incidența pulpitei acute difuze este în continuă creștere, constituind 45-50% din totalul de complicații ale cariei dentare ca rezultat al consumului exagerat de glucide și bicarbonate, precum și în legătură cu neglijența pacienților față de sanaarea cavității bucale și efectuarea tratamentului la timp.

Obligația medicului este de a stabili un diagnostic corect și de a aplica metode de tratament adecvate pentru a reduce la minim complicațiile posibile [4].

Pornind de la tratamentele empirice din timpurile străvechi și până la metodele și tehnicile moderne actuale, a fost străbătut un drum lung de încercări și experiențe, mai mult sau mai puțin performante, bazate pe noi descoperiri și o înțelegere din ce în ce mai bună atât a structurii țesuturilor componente ale complexului pulpo-dentinar și periradicular, dar mai ales a modului de reacție a acestora și a întregului organism la acțiunea factorilor agresivi de la acest nivel [1].

La ora actuală este acceptată ideea că succesul în tratamentul pulpitei acute difuze depinde de următorii factori: eliminarea din sistemul canale radicular a tuturor microorganismelor supraviețuitoare, crearea unei sigilări etanșe și blocarea oricărei comunicări dintre cavitatea bucală și țesuturile periradiculare prin instrumentarea minuțioasă a sistemului canalicular radicular, prelucrarea medicamentoasă a canalelor radiculare, realizarea unei obturații tridimensionale etanșe cu ajutorul unui sealer și a unui filler [2].

Utilizarea instrumentarului potrivit, cu o tehnică de lucru bine menționată sunt esențiale în succesul tratamentului pulpitei acute difuze.

Scopul cercetării

Studierea factorilor etiologici favorizanți în apariția pulpitei acute difuze și evaluarea metodelor de tratament în baza literaturii.

Cristina Croitoru,
studentă anul V

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Viorica Chetruș,
d.m., conferențiar
universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică a USMF
„Nicolae Testemițanu“

Materiale și metode

Cercetările clinice se bazează pe datele rezultate din chestionarele de tip deschis adresate unui lot de 40 pacienți veniți pentru servicii stomatologice în cadrul Centrului stomatologic Cudalb-Dent, or. Chișinău pe perioada lunilor 11, 12 ale anului 2013 și 1, 2, 3 ale anului 2014. Acestora li s-au acordat întrebări privind nivelul lor educațional, adresabilitatea la serviciile stomatologice, starea de frică ce o poartă atunci când vin la medicul stomatolog.

Din totalul de 40 pacienți chestionați, 10 pacienți au fost diagnosticați cu pulpită acută difuză care constituie obiectul de studiu al acestei cercetări. Lotul a fost divizat pe sexe: 6 (60%) de sex masculin și 4 (40%) de sex feminin, vârsta medie a pacienților fiind de 25 ani.

Pacienții au fost supuși examenelor clinice pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul complet și planul de tratament.

Un alt indicator luat în analiză constituie rezultatele post-tratament, și anume existența cărorva acuze după tratamentul endodontic din partea pacienților.

Rezultate și discuții

În urma datelor colectate, referindu-ne la nivelul educațional, din cele 40 persoane chestionate atât persoanele tinere, cât și adulții prezintă interes față de sănătatea lor bucală (fig. 1). Din punct de vedere al adresabilității la medicul stomatolog în ultimele 6 luni s-a observat un decalaj dintre persoanele ce au apelat la serviciile stomatologice și cele care n-au apelat (fig. 2). Rezultatele confirmă faptul că teama față de medicul stomatolog constituie o rată destul de înaltă (fig. 3).

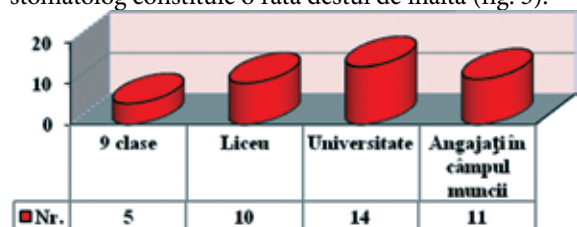


Fig.1. Repartiția pacienților după nivelul educațional

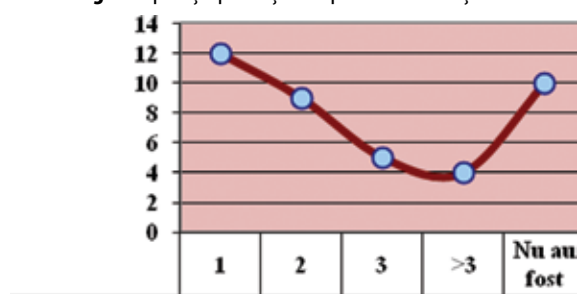


Fig.2. Frecvența adresabilității pacienților la serviciile stomatologice în ultimele 6 luni

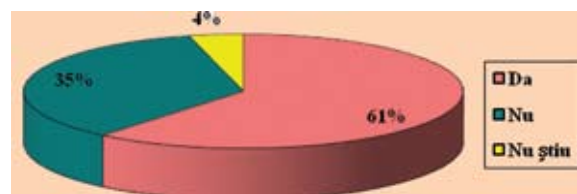


Fig.3. Repartiția pacienților în funcție de teama față de medicul stomatolog

În urma studiului efectuat și a aplicării practice, toți 10 pacienți din lotul total de cercetare au primit tratament adecvat, dintre care 7 pacienți au fost tratați prin metoda extirpării vitale și 3 pacienți tratați prin metoda extirpării devitale, cu folosirea pastei mumifiante pe bază de paraformaldehidă, dintre care 6 pacienți tratați au fost de gen masculin și 4 de gen feminin cu vârsta medie de 25 ani. S-au obținut rezultate favorabile în toate cele 10 cazuri, în dependență de indicații către tratament.

Din punct de vedere al acuzelor post-tratament endodontic, 3 persoane au avut o sensibilitate moderată în regiunea dintelui cauză pe un termen de până la 5 zile, în timp ce 7 pacienți au negat acest fapt.

Caz clinic

Pacienta V. a solicitat asistență stomatologică în cadrul **Centrului stomatologic Cudalb-Dent, or. Chișinău la data de 23.01.2014. Sexul: feminin. Anul nașterii: 1979.**

Acuze: Dureri acute spontane, în acces lancinant, pulsatile, care se intensifică în timpul nopții și de la excitanți termici. Durerea este continuă cu intervale indolore mici. Durerea iradiază în ureche și în dinții maxilarului superior.

Examenul endobucal: Mucoasa cavității bucale de culoare roz-pală, fără edeme, erupții și cruste. La arcada dentară superioară lipsesc dinții 15, 18, 28. În dinții 16, 35, 36 se observă obturații dentare în stare bună și la nivelul dinților 26 și 48 — cavități carioase, cu dentină ramolită, resturi alimentare. De asemenea se observă o obturație dentară la nivelul dintelui 34 cu existența unei carii secundare. Agenții termici provoacă durere. Sondarea în regiunea obturației dentare atestă sensibilitate. Percuția în ax este ușor dură. Pentru a nu cauza exacerbarea durerii au fost evitate metodele termice de sensibilitate pulpară. Însă s-a efectuat electroodontometria cu aparatul Osada Endex, aceasta fiind de 45 μ A. Percuția în ax este puțin dură.

Diagnosticul: Pulpită acută difuză în dinte 34.

Planul de tratament: S-a recurs la metoda extirpării vitale a pulpei dintelui 34. S-a efectuat anestezie prin infiltrație locală cu sol. Ubistesin forte 4% — 1,7 ml. Astfel, a avut loc prepararea cavității carioase, deschiderea camerei pulpare și amputarea pulpei coronare inflamate. Cavitatea dintelui a fost irigată cu soluția antiseptică de H₂O₂ 3%. Lărgirea ostiumului canalului radicular cu freza specială Gates Gliden, extirparea pulpei radiculare cu pulpextractorul. Ulterior s-a efectuat măsurarea lungimii canalului radicular cu ajutorul apexlocatorului Raypex 5. Prelucrarea mecanică a canalului radicular s-a realizat după metoda Step Back. Între timp, se realiza prelucrarea medicamentoasă a canalului radicular cu soluții antiseptice (H₂O₂ 3%, Hipoclorid de Sodiu de 3%, Clorhexidină 0,05%). Etapa a fost finalizată cu uscarea canalului radicular cu conuri de hârtie. Lubrifierea pereților canalului radicular cu Dexodent și introducerea filerelor din conuri de gutapercă, realizându-se obtura-

rea acestuia prin metoda condensării laterale la rece. După verificarea corectitudinii obturării canalului radicular printr-o radiografie de control, s-a înlăturat pansamentul provizoriu și s-a aplicat obturația izolatorie Fugi IX pe planșeul cavității dintelui. Restauraarea părții pierdute a coroanei dentare a fost efectuată cu materialul fotopolimerizabil Grandio.

Efectuarea anesteziei locale



Fig. 5. Prepararea cavității carioase



Fig. 6. Măsurarea lungimii de lucru



Fig. 7. Evidențierea canalului radicular



Fig. 8. Prelucrarea medicamentoasă a canalului radicular



Fig. 9. Uscarea canalului radicular cu conuri de hârtie



Fig. 10. Obturarea canalului radicular



Fig. 11. Radiografie de control

Concluzii

În urma studierii literaturii și aplicării practice s-a observat că în etiologia pulpitei acute difuze factorii determinanți constituie caria dentară și factorul microbian. Rezultatele obținute în urma studiului efectuat pe un lot de 10 pacienți au demonstrat că prin eliminarea completă a conținutului canalelor radiculare și cu ajutorul materialelor moderne ce au proprietăți superioare, putem obține o sigilare eficientă tridimensională fără complicații post-tratament.

Bibliografie

1. Andreescu C., Ioniță R, Curs de odontologie, Cerma Print, București, 2003, 35 p.
2. Cherlea V, Endodonție, Cerma Print, București, 2005, p. 329.
3. Gafar M., Iliescu A., Endodonție clinică și practică, Editura Medicală, București, 2005, p.58-64, 134-135.
4. Gafar M., Sitea M., Metode și tehnici curente în odontologie, Editura Medicală, București, 1980, p. 151-183.
5. Patel S., Barnes JJ, The principles of endodontics, Oxford, 2013, p. 62.
6. Максимовский Ю. М., Терапевтическая стоматология, Медицина, Москва, 2002, с. 249-251.

Data prezentării: 25.04.2014
Recenzent: Dumitru Hâțu

CONDIȚIILE DE STRUCTURARE A MATERIALELOR DESTINATE PUBLICĂRII ÎN EDIȚIA PERIODICĂ „MEDICINA STOMATOLOGICĂ”

Publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste. În publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” sunt următoarele compartimente: Teorie și experiment, Organizare și istorie, Odontologie-parodontologie. Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, Implantologie, Patologie generală, Referate și minicomunicări, Susțineri de teze, Avize și recenzii, Personalități Stomatologice.

Materialele destinate publicării, vor fi prezentate în formă tipărită și în formă electronică într-un singur exemplar. Lucrările vor fi structurate pe formatul A4, Times New Roman 12 în Microsoft Word la 1.0 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autor și va fi însoțită de două recenzii (semnate de unul din membrii Colegiului de Redacție și de Redactorul-șef al publicației) completate pe o formă standard ASRM. Lucrarea prezentată va mai conține foaia de titlu cu următorul conținut: prenumele și numele complet a autorilor, titlurile profesionale și științifice, instituția de activitate, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunda, data prezentării.

Lucrările vor fi prezentate trezorerului ASRM, Oleg Solomon, dr. conf. univ., la sediul ASRM pe adresa: bd. Ștefan cel Mare 194B, et. 1.

Lucrările vor fi structurate după schema:

- titlul concis, reflectând conținutul lucrării;
- numele și prenumele autorului, titlurile profesionale și gradele științifice, denumirea instituție unde activează autorul;
- rezumatele: în limba română și engleză (și, opțional, rusă de autorii din Republica Moldova) pînă la 150-200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 pînă la 6.
- Introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- Bibliografia – la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. Treatment of Malocclusion of the Teeth (ed. 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru cercetare originală, 5 pagini pentru prezentare de caz clinic, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat al unei lucrări publicate peste hotarele republicii. Publicațiile altor catedre cu profil stomatologic (ex. farmacologia) nu vor depăși 10 pagini și nu vor conține mai mult de 30 de referințe.

Tabelele — enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului. Toate fotografiile și desenele se vor publica din sursele autorului și necesită a fi prezentate în formă electronică în format — nume.jpg.

Articolele ce nu corespund cerințelor menționate vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

Numărul de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru verificarea materialelor publicate.