

менты выполняют роль аналогичную СК листа, то есть обеспечивают жесткость и способствует распределению окклюзионной нагрузки между сегментами. Учитывая тот факт, что эти образования находятся в большом количестве в области шейки зуба, где концентрируются наибольшее напряжение во время жевательной функции, то становится понятным истинный смысл их присутствия. Вероятно, совместно с эмалевыми призмами они уменьшают образование внутренних напряжений в зубе во время функции жевания.

Результаты биометрии анатомического строения резцов выявили некоторые закономерности с точки зрения биомеханики. Обращает на себя внимание пространственное соотношение между коронковой частью и корнем зуба. При этом медиально-дистальные размеры коронки превышают вестибуло-оральные и наоборот, медиально-дистальные размеры корня уступают по величине вестибуло-оральным размерам. Следует также отметить, что чем меньше по своим размерам коронка резца, тем сильнее корень сжат в медиально-дистальном направлении.

Таким образом, коронка резца расположена в перпендикулярной плоскости по отношению к корню, что по нашему мнению является наиболее оптимальным конструкционным решением с точки зрения материала — и энергоёмкости в процессе онто — и филогенеза зубочелюстной системы человека.

На основании выше изложенного возможен качественно новый подход к изучению и пониманию морфологии, физиологии и биомеханики

зубочелюстной системы на современном этапе развития стоматологии, в которой основным приоритетным направлением является минимальное вмешательство в структуру зубных тканей.

Выводы

Общие биомеханические законы формообразования в живой природе проявляются и в анатомо-морфологическом строении зубов, которые благодаря особенностям своей структуры способны противостоять значительным механическим нагрузкам во время выполнения жевательной функции.

Библиография

1. Бегун П. И., Шукейло Ю. А. Биомеханика. СПб.: — 2000. — 463 с.
2. Бионика: Природа знает лучше! "Новый Акрополь". — № 5. — 2003.
3. Введение в цитологию (под ред. проф. В. П. Михайлова). М., 1968, 269 с.
4. Дубров А. П. Симметрия биоритмов и реактивности. М.: 1987. — 175 с.
5. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. М.: Изд-во "Медицина". — 1984. — 576 с.
6. Kummer B. Anatomie und Biomechanik des Unterkiefers / Fortschr. Kieferorthop. — 1985, Vol. 46, № 5. — p. 335 — 342.
7. Глазер Р. Очерк основ биомеханики. М.: Изд-во "Мир". — 1988. — 129 с.
8. Фалин Л. И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М.: 1963.
9. Бушан М. Г., Кодола Н. А., Кулаженко В. И. Кариез зубов, лечение и профилактика с применением вакуум-электрофореза. Кишинев: Изд-во "Картия Молдовеняскэ". — 1979. — 283 с.

Prezentat la 30.05.2008

COMPLEXUL MUCO-PARODONTAL, MEDICUL STOMATOLOG ȘI PACIENTUL

Ana Eni d. ș m.,
Oleg Chiriac,
Catedra Stomatologie
terapeutică, FPM

Ștefan Vlas
Șef Secție Stomatologie,
AMT - Râșcani.

Rezumat

S-a efectuat anchetarea a 250 medici stomatologi din diferite localități ale R. Moldova și consultația a 150 pacienți mucoparodontopați cu scopul de a determina *locul și atitudinea* medicilor și pacienților față de starea componentului mucoparodontal, evidențierea și constatarea paradoxurilor stomatologice în acest domeniu.

Summary

„The muco-parodontal complex, the stomatological doctor and the patient.“

We accomplished a survey of 250 dentists from different localities of the R. Moldova and consulted 150 patients with muco-parodontal diseases in order to determine their place and attitude towards the muco-parodontal component, to emphasize and to establish the stomatological paradoxes in this area.

Complexul muco-parodontal include:

- Parodontiul cu toate componentele lui;
- Mucoasa tuturor sectoarelor orale(buze , obraji, palat, limba, planșeul).

În acest complex de țesuturi, gingia lent și fără nici o delimitare vădită trece în mucoasa altor sectoare.

Foarte des multe leziuni care se manifestă pe mucoasa orală concomitent interesează și parodontiul în special gingia și invers.

E știut că problemele actuale în stomatologie sunt:

1. Caria și complicațiile ei;
2. Patologia complexului muco-parodontal;

Și dacă prima problemă se bucură de o atenție mult mai mare atât din partea medicilor cât și din partea pacienților referitor la efectuarea tratamentului chirurgical al cariei (dar nu și profilactic), endodontic și restaurativ, apoi a doua problema „Afecțiunile muco-parodontale“ deseori este ignorată tot de aceleași persoane (medici/pacienți). Pe când, dacă atitudinea și rezolvarea problemei muco-parodontale ar fi corectă, ar dispărea și mai multe complicații din problema cariei și anume:

- S-ar micșora apariția cariei de colet, rădăcină;
- S-ar reduce apariția pulpitelor și periodontitelor retrograde;
- S-ar micșora numărul dinților extrași;
- S-ar micșora intoxicațiile provocate de parodontită — plaga căreia are o suprafață egală cu suprafața palmelor pacientului.

Mai mult, e știut că conexiunea patologiei muco-parodontale cu alte afecțiuni sistemice *este foarte mare*.

Afecțiunile generale descrise mai jos deseori primele simptome își manifestă pe mucoasa muco-parodontală sub diverse leziuni locale:

- Diabetul zaharat > parodontite, candidoze;
- Afecțiunile gastro-intestinale > gingivite, stomatite aftoase;
- Leuceemiile > gingivo-stomatite ulcero-necrotice;
- Lichenul roșu plan, lupusul eritematos-hiperkeratoze, ulcere pe mucoasa orală;
- Afecțiunile alergice > leziuni catarale, ulcero-necrotice, aftoase;
- SIDA > parodontite, stomatite virale, ulcero-necrotice, leucoplazie, candidoze.

Reeșind din cele menționate putem aprecia *valoarea, locul componentului mucoparodontal și importanța profilaxiei și tratamentului timpuriu a acestor patologii*.

Cu toate acestea, cu mare părere de rău, acest compartiment al stomatologiei este neglijat și ignorat la toate nivelele (pacient, medic, administrație etc.):

- De pacient-> că nu este informat și motivat;
- De medic-> că nu este cointeresat financiar și motivat;
- De administrație-> că nu le creează probleme.

Scopul lucrării

De a atenționa opinia stomatologică de importanță, valoarea și locul patologiilor componentului muco-parodontal, în rândul altor patologii stomatologice, de a evidenția unele „paradoxuri“ stomatologice.

Material și metodă:

Ca material pentru acest articol a servit:

- Anchetarea a 250 medici stomatologi cursiști din diferite localități ale RM;
- Consultația pacienților muco-parodontopați în număr de 150;
- Dar și observațiile personale pe parcursul a zeci de ani.

Anchetarea medicilor a ilucidat următoarele întrebări:

- Care este incidența afecțiunilor muco-parodontale?
- La ce nivel se efectuează tratamentul afecțiunilor muco-parodontale?
- Argumentarea atitudinii neadecvate față de acest compartiment;
- Ce construcții protetice sunt solicitate de medici și pacienți?
- Care servicii stomatologice sunt cele mai solicitate de medici și de pacienți?

În rezultatul anchetărilor medicilor, examinărilor pacienților și observațiilor personale s-a constatat că în orașul Chișinău există câteva policlinici unde sunt *parodontologi* și se acordă servicii mai mult sau mai puțin specializate, în rest fiecare doctor acordă aceste servicii în măsura dorinței sale (deseori mici), reținerii nivelului de informație în acest domeniu.

La întrebarea — Care este incidența afecțiunilor muco-parodontale? Răspunsul a fost — 80—100% cazuri, în funcție de vârsta și fonul generAl. Stomatitele se întâlneau în 1—2%.

La întrebarea — La ce nivel se efectuează tratamentul parodontal? Răspunsul a fost:

- Detartrajul în 1—2 vizite;
- 7—10 aplicații cu diferite preparate;
- Extracția dinților cu mobilitatea de gradul II—III, lucrul „paradoxal“, deoarece efectuând un tratament complex și complet în multe cazuri se poate salva, chiar dinții cu mobilitatea de gradul III — totodată imobilizându-i.

La întrebarea — Care construcții protetice sunt mai solicitate? Răspuns — protezarea cu metalo-ceramica.

E știut că protezarea cu metalo-ceramica la momentul de față este la modă și foarte solicitată de pacienți, deoarece ei nu acceptă „metalul vizibil“ în gură și medicii recurg la utilizarea „metalului invizibil“ — metalo-ceramica. Aceasta variantă este acceptată și de medici, deoarece ea devine mai convenabilă din punct de vedere financiar. Astăzi sa creat așa o situație — că terapeuții protezează, iar proteticienii tratează! Dar fiecare îndeplinește acest lucru la nivelul pregătirii sale profesionale.

Ca principiu această tactică nu e rea pentru pacient, deoarece toate etapele pot fi efectuate calitativ, dacă se ține cont de indicațiile și raționalitatea tuturor intervențiilor, ele fiind direcționate spre maxima păstrare a dinților.

Dar „paradoxul“ nu este așa, fiecare face cum poate și știe.

- Se extrag dinții;
- Se distrug masiv țesuturile dure dentare;
- Se depulpează dinții cu scop protetic;
- Se fac implanturi fără indicații.

În sfârșit problema se rezolvă, nu importă pe ce cale, cât de calitativ și rațional.

Principalul este, că funcția și esteticul la moment sunt îndeplinite.

Apare întrebarea — Pe cât timp? Aici nimeni nu dă garanție! Dar se știe că în mediu, în cele mai bune condiții aceste construcții protetice există 8—10 ani. Dar ce va urma? Doar e știut, că protezarea cu metalo-ceramică o solicită preponderent persoanele tinere... *Deci la vârsta de 40—50 ani majoritatea acestor pacienți vor rămâne fără dinți*, deoarece e știut ce rămâne după aceste proteze, nu e un „paradox“?

Dacă pacientul are o fractură sau rămâne fără un deget el este calificat ca invalid, dar dacă rămâne fără dinți în urma protezării cu metalo-ceramica lui nu i se dă nici o calificare. Unde mai pui, că acest pacient se poate alege cu diverse complicații: periodontite, parodontite, osteomielite, nevrite, neuralgii, infarct.

Observații personale:

Pacienta 50 de ani, medic, a fost protezată cu proteză din metalo-ceramică pe toți dinții superiori de la dintele 17 până la 27, *ocupând toți dinții într-un bloc*. Chiar după fixarea protezelor pacienta a simțit o stare de constrângere a dinților, dar considera că va trece, peste câteva luni s-a adresat la medic, care a liniștit-o. Cu timpul au apărut simptome generale — nervozitate, insomnie, parestezie în gât, dureri în inimă, umăr, dar pacienta a răbdat. Când în sfârșit s-a adresat la medic să-i scoată protezele sau măcar să le secționeze în câteva locuri pentru a slăbi constrângerea dinților medicul a refuzat, în aceeași zi pacienta a făcut infarct.

Și iată că acest compartiment al stomatologiei este „pus în capul mesei“. Mai mult spus, doctorii care protezează cu metalo-ceramica nici nu acceptă variante mai ieftine.

Vares A. I. (1997) consideră că protezare cu metalo-ceramica necesită 0,1% pacienți, pe când actualmente acest indice *este depășit de zeci de ori...!*

Lupta pentru un zâmbet clasic întunecă mințile doctorilor, ei fac ceea ce le cere pacientul *incompetent în materie*, și nu ceea ce este indicat.

Doar e știut că doctorii au vocația de a salva dinții, însă ei *favorizează distrugerea lor*, creând situații și mai picante — pentru utilizarea implantelor care deasemenea nu sunt recomandați la pacienții cu parodontite.

Pacienții parodontopați care vin la medic cu scop protetic, deseori nici nu primesc tratament parodontal. Chiar din prima vizită se recurge la șlefuirea dinților (pentru a nu-i pierde). În ce privește tartrul dentar — el se șlefuieste odată cu țesuturile dure dentare. Iar după fixarea protezelor din metalo-ceramica grație prezenței tartrului subgingival și marginii groase de ceramică, gingia se strivește provocând o stază pronunțată cu acutizarea parodontitei, gingia devine

roșie-cianotică. Această stare însoțește pacientul ani în șir, favorizând progresarea parodontitei, deoarece în așa condiții tratamentul parodontal local este imposibil din cauza inaccesibilității.

La întrebarea — Care sunt serviciile stomatologice cele mai solicitate de pacienții? Răspunsul a fost :

- Obturarea cavităților carioase;
- Restaurările;
- Intervențiile endodontice în situații de urgență;
- Extracțiile dentare;
- Protezări cu metalo-ceramică;
- Albirea și curățarea dinților (la tineri)

Despre tratarea parodontitelor, stomatitelor — nici vorbă.

La propunerea medicilor de a trata gingiile — pacientul insistă că la început să protezăm cu dinții albi.

„Endodonția“ este și ea solicitată de medici, realizată conform indicațiilor, este binevenită și necesară, pe când efectuarea depulărilor dinților sănătoși, care ulterior sunt incluși în protezele din metalo-ceramică, este o daună sănătății umane.

Faptul că ea a avansat atât de mult, e un lucru foarte înbușcător și că medicii vor să posede toate metodele și tehnologiile noi — e foarte bine. Însă progresele și eforturile endodontice *nu micșorează morbiditatea cariei și patologiei muco-parodontale*. Deaceea considerăm, că măsurile de prevenție în acest domeniu sunt foarte necesare dar și trebuie puse în „capul mesei“. Efectuarea diverselor măsuri de prevenție ar crea condiții pentru a:

- păstra maximum posibil de dinți;
- micșora numărul intervențiilor grele și costisitoare endodontice;
- limita distrugerea masivă a țesuturile dentare prin șlefuirea pentru protezare;
- limita recurgerea la implante scumpe, greu realizabile și fără garanție
- micșora stresurile și invaliditatea pacienților.

Dar aceasta idee ar trebui să fie promovată și susținută la toate nivelele.

Alta direcție asupra căreia se cere de pus accentul este promovarea aprecierii valorilor și calității indicilor calitativi și nu a celor financiari cum se procedează actualmente. Deoarece la dările de seamă trimestriale, anuale, problemele calității lucrului efectuat (indicii cantitativi, calitativi) nici nu se mai pun în discuție. Pe toți șefii mai mari îi interesează planul financiar, (vin la aceste adunări chiar și cu contabili). Totodată e necesar de menționat că nu peste tot sunt unificate și argumentate prețurile pentru serviciile prestate, în parodontologie:

- Prețurile sunt mici, nu sunt apreciate concret și corect;
- Nu sunt indicate și apreciate toate intervențiile posibile efectuate în timpul tratamentului;
- Se indică numai detartrajul total — 35 lei/o vizită;
- Tratamentul parodontitei 41 lei;
- Tratamentul afecțiunilor mucoasei orale 1 vizită — 41 lei;

Planurile financiare în diferite policlinici cu condiții identice sunt diferite.

La medicii cu categoria superioară și I, planul financiar automat se mărește chiar dacă vechimea de muncă nu e mare. Pe când la cei fără categorie (sau categoria II), planul financiar este mult mai mic „paradox”, unde-i stimularea și motivarea medicului de a crește profesional?

Asigurarea cu utilaj, medicamente, materiale de asemenea sunt insuficiente (majoritatea medicilor își procură singuri toate materiale și utilajul.

Prin acestea statul își manifestă indiferența față de pacienții cu afecțiunile parodontale și ale M.O.

Se pune întrebarea — Cum s-ar putea explica această situație deplorabilă de „cenușăreasă” a pacienților cu patologii muco-parodontală în rândul altor pacienți?

După părerea noastră aceasta se întâmplă din mai multe considerente:

- Simptomele parodontale scunde și extinse în timp, nu motivează prezentarea timpurie la medic;
- Cultura stomatologică joasă a pacienților;
- Lipsa iluminării sanitare în acest domeniu realizată de medici și nu din publicității;
- Insuficiența de motivare și cointeresare a medicilor;
- Lipsa cunoștințelor profunde în acest domeniu la medici;
- Eficiența joasă a tratamentului care în mare măsură depinde de pacient (disciplina, insis-

tența, igiena orală) și starea generală;

- Numărul mare de vizite pentru tratament;
- Apariția recidivelor și progresarea procesului, iar ca rezultat apare *nesatisfacția* de tratament cât a pacientului atât și a medicului;
- Tratamentul acestor pacienți muco-parodontopați nu este apreciat la justa lui valoare — *financiar, juridic, calitativ și cantitativ*.

În concluzii aducem propunerile noastre pentru îmbunătățirea stării de lucruri în acest domeniu:

1. Implementarea obligatorie și stimularea diverselor forme de iluminare sanitară în acest domeniu;
2. Organizarea și motivarea igienizării pacienților (individuală, profesională);
3. Cointeresarea pacienților, medicilor pentru efectuarea unui tratament parodontologic timpuriu;
4. Aprecierea corectă și concretă a prețurilor pentru serviciile în tratamentul muco-parodontal;
5. Argumentarea și utilizarea construcțiilor protetice cât mai raționale pentru acest contingent de pacienți;
6. A pune accent pronunțat pe măsurile profilactice a cariei și afecțiunilor muco-parodontale;
7. Pacienții cu patologii muco-parodontale să fie supuși dispensarizării.

Prezentat la: 30.05.2008

EVIDENȚIEREA ACTIVITĂȚII PROCESELOR REGENERAȚIEI OSOASE LA ADMINISTRAREA COMPUȘILOR DE ZINC ȘI VANADIU (LOTUL 2)

Rezumat

Studiul a fost efectuat pe 54 șobolani albi, fiind împărțiți în 14 grupe li s-a administrat compușii DE Zn și Vo. Analizele biochimice și statistice au permis clasificarea nivelului de activitate a regenerării compușilor la nivel de os.

Summary

The evaluation of the activity of bone regeneration processes under the administration of coordinative compounds of Zn and Vo, determining the most active ones. (lot 2)

The researches was made on 54 white rats. The animals were separated in 14 groups and 13 chemical compounds of Zn and Vo were administrated. The biochemical and statistical analyse have permitted to classify the level of activity of bone regeneration of this compounds.

Scopul cercetării

Evidențierea activității regenerării osoase LA Administrarea unor noi compuși coordinativi DE Zinc și Vanadiu în baza analizei parametrilor biochimici.

Gheorghe Granciu

*Universitatea de Stat de
Medicina și Farmacie
„N. Testemitanu“
Catedra de Protetica și
Ortodontie*