

Invenția se referă la medicină, și anume la stomatologie și este destinată pentru tratamentul parodontitei migratoare. Se cunoaște metoda de tratament al parodontitei migratoare, care constă în aceea că mobilizarea dinților se elimină prin tratament ortopedic [1].

Preliminar se tratează dinții atacați de carie, se schimbă plombele care au margini suspendate, se restabilesc punctele de contact. Îndepărtarea depunerilor dentare, a tartrului dentar este o etapă importantă în tratamentul parodontitei cronice. Înainte de înlăturarea chirurgicală a pungilor parodontale, acestea timp de două-trei ședințe se spală cu antiseptice puternice (soluție de clorhexidină) sau se administrează preparate antimicrobiene cu spectru larg de acțiune (metronidazol, sanquiripin). În cazul prezenței puroiului în pungile parodontale se utilizează enzime proteolitice (tripsină, himotripsină). Intervenția chirurgicală constă în executarea operațiilor cu lambou în diferite modifiții. La etapa de remisie se efectuează acțiuni de reabilitare: controlul asupra igienei cavității bucale, utilizarea medicamentelor care influențează asupra vaselor parodontiului. Se trece la protezare după două-trei săptămâni de la chiuretaj și peste 1...1,5 luni de la operația cu lambou. Se recomandă de a efectua tratamentul ortodonto-ortopedic pe etape, schimbând 5...6 tipuri de construcții ale protezelor: proteză mobilă cu placă, aparate ortodontice, proteze în arc. Pe lângă tratamentul local se efectuează un tratament general, care prevede acțiunea asupra întregului organism.

Metoda cunoscută nu ține cont de particularitățile anatomofiziologice ale corelației dinților și gingiilor în cazul parodontitei migratoare. La această patologie dinții sunt fixați slab în alveola dentară și între pereții alveolei dentare și dinte apar spații. Pe lângă aceasta, etapa ortodontică a tratamentului este complicată și greu de realizat, necesită mult timp și confecționarea a câteva aparate ortodontice.

Problema pe care o rezolvă invenția propusă este sporirea eficacității tratamentului parodontitei migratoare și simplificarea etapei ortodontice.

Problema se soluționează prin aceea că preliminar se înlătură depunerile dentare, se tratează dinții atacați de carie și complicațiile ei, se schimbă plombele care au margini suspendate, se restabilesc punctele de contact, se pregătesc pungile parodontale, se efectuează intervenția chirurgicală cu lambou. Peste 1...2 luni după operație se efectuează tratamentul ortodontic, care constă în aceea că mai întâi se fixează braketetele pe suprafața vestibulară a dinților, se întinde între ele și molar de fiecare parte o sârmă metalică de ligatură, cuprinzând dinții în formă de opt, și se apasă sârma în locurile intersectării ei. Pe partea linguală a dinților roțiți și de sprijin se fixează braketul sau butonul, totodată elementul fixat de dintele rotit se amplasează mai aproape de partea lui, rotită spre partea linguală. În calitate de dinte de sprijin se alege dintele amplasat mai lateral față de partea dintelui rotit în partea linguală și se fixează între elementele dinților rotit și de sprijin un modul elastic tieback. Al doilea modul elastic tieback se fixează din partea vestibulară cu un capăt de braketul dintelui rotit și cu al doilea capăt de braketul dintelui amplasat de partea opusă față de dintele de sprijin. După închiderea spațiilor interdente și derotirea dinților roțiți se efectuează protezarea, apoi aplicarea unei atele.

Utilizarea sârmei metalice de ligatură, care cuprinde dinții în formă de opt, permite prin apăsarea pe locurile intersectării ei de a crea un moment de tensiune slab și permanent, care asigură închiderea biologică adecvată a spațiilor interdente. Reacția biologică este determinată de presiunea pe ligamentul periodontal, dar nu de forța, care acționează asupra dinților. Sârma metalică în formă de 8, creând un moment de forță slab, se folosește nu numai ca supliment la sistemul-braket de bază, dar și ca alternativă la arcul ortodontic de bază, care nu se utilizează la etapele inițiale ale tratării pacienților cu parodontită migratoare, deoarece creează un moment al forței excesiv traumatic.

Utilizarea modulelor elastice tieback, fixate de părțile linguală și vestibulară ale dintelui rotit și orientate în direcții opuse, asigură exercitarea forței de rotație atât de partea vestibulară, cât și de cea linguală, ceea ce permite de a micșora esențial forțele aplicate și în același timp de a le orienta și controla mai exact.

Amplasarea periochip-urilor între fiecare dinte mobil și gingie de părțile vestibulară și linguală permite de a accelera procesul de fixare a acestor dinți, de a înlătura procesele inflamatoare ale parodontiului.

Rezultatul invenției constă în crearea unor forțe slabe, care să acționeze adecvat și permanent asupra dinților mobili, precum și a condițiilor, care să contribuie la înlăturarea rapidă a proceselor inflamatorii în zona dinților și la ameliorarea fixării lor în alveolă.

Avantajul invenției propuse este crearea unei metode de tratament al parodontitei migratoare pe etape, care să permită nu numai stoparea procesului patologic, înlăturarea proceselor inflamatoare, dar și ameliorarea aspectului exterior al pacienților.

Afecțiunile parodontale sunt cele mai răspândite și complicate patologii ale regiunii maxilo-faciale. În conformitate cu datele Organizației Mondiale a Sănătății, în cazul afecțiunilor parodontale extracțiile dentare se fac de 5 ori mai des decât în urma complicațiilor cariei dentare. Datele din literatura de specialitate arată că 80...85% din populația matură suferă de o formă sau alta a patologiei parodontale, dar se tratează doar 10%. În comparație cu alte afecțiuni stomatologice, afecțiunile parodontale des erori sunt însoțite de mai multe afecțiuni de ordin general, cum ar fi: dereglări biochimice, imunologice, endocrine etc. Asemenea afecțiuni, de obicei, sunt caracterizate prin schimbări radicale ale stării generale a organismului.

Din aceste considerente, diagnosticul afecțiunilor parodontale ar fi necesar să se efectueze paralel cu cel al altor sisteme: imun, endocrin, hematogen, iar tratamentul să fie complex atât local, cât și general.

Metoda se realizează în modul următor. Etapa chirurgicală. Operația cu lambou. Necesită respectarea riguroasă a asepticii și a antisepticii. Pentru preîntâmpinarea durerii și a hemostazei este necesar de a efectua o anestezie eficace. Se practică două tipuri de incizii. Incizie festonată de partea palatinală cu maximă acuratețe și protecția

țesuturilor parodontale interdentare. De partea vestibulară, dacă pungile parodontale au o adâncime de 2 mm și mai mult, atunci incizia se efectuează cu 0,5...1 mm apical de la marginea gingivală. Pentru început se practică incizia de partea palatinală, cel mai frecvent utilizându-se lamele de bisturiu nr. 11, 12 și 15. Bisturiul în timpul inciziei va lua o poziție paralelă cu axa dintelui și cu o orientare spre marginea crestei procesului alveolar. Cu 2...3 mm apical se efectuează incizii verticale mici, se incizează periostul mobilizându-se lamboul format cu dezgolirea neînsemnată a procesului alveolar (2...3 mm). A doua incizie se efectuează în regiunea coletului dentar la nivelul ligamentului circular dentar. Astfel se formează cel de-al doilea lambou. Lambourile vestibular și lingual formate se decolează sau se mențin pentru efectuarea inciziilor în spațiile interdentare cu scopul de a înlătura gulerășul alveolar format. Se înlătură gulerășul gingival, țesuturile de granulație, netezindu-se apoi suprafețele părților radiculare ale dinților dezgoliți. Pentru a preîntâmpina lezarea ligamentelor gingivale sănătoase în apropierea crestei alveolare, manipulațiile date trebuie efectuate cu prudență. Irigarea se efectuează cu soluție fiziologică sterilă. În caz de depistare a microdefectelor intraosoase se înlătură toate ligamentele cu scopul de a crea condiții pentru o mai bună regenerare postoperatorie. Pentru o mai bună adaptare a lamboului în unele situații clinice este necesar de a efectua înlăturarea unei părți osoase a crestei alveolare (osteoplastie) de partea orală. Este foarte important de a crea o adaptare intimă a lamboului în scopul regenerării primare. Dacă nu efectuăm aceste operațiuni putem obține un rezultat nedorit cu apariția recidivelor și formarea pungilor parodontale secundare. Pentru o adaptare intimă a țesuturilor moi la dinte sunt aplicate suturi de apropiere. În niciun caz nu se efectuează înțepături în toată grosimea gingiei, pentru a preîntâmpina formarea cutelor gingivale false.

Partea ortodontică. Tratamentul ortodontic al pacienților adulți cu malocluzii, cât și al pacienților cu parodontopatii până nu demult se considera neobișnuit. De asemenea, parodontopatiile cel mai frecvent reprezintă o contraindicație pentru mișcarea ortodontică a dinților. Însă în ultimul timp majoritatea cazurilor problematice permit rezolvarea printr-un tratament complex cooperat între ortodont, chirurg și terapeut. Migrările dentare iau naștere, în măsură egală, la orice vârstă, dar este bine să se țină cont de unele momente ale migrărilor dentare la adulți și la pacienții cu parodontopatii. În primul rând, nu trebuie neglijat faptul că corectarea ortodontică nu poate exclude progresarea parodontopatiilor, dar ea poate fi utilă și reprezintă o parte componentă a tratamentului complex orientat spre tratamentul parodontopatiilor. În cazul migrației dentare ortodontul trebuie să aprecieze exact tipul și volumul mișcărilor ortodontice ale dinților. Pentru toate tipurile de mișcări este necesar de a aplica forțe cât mai mici. În clinica se folosește sistemul-braket cu slotul braketului de 0,22, aplicând tehnica MBT. În calitate de arcuri sunt folosite arcurile termoactive de 0,12, ce au o acțiune foarte slabă, dar permanentă. În astfel de situații este pe larg folosită tehnica segmentară cu arcuri preformate din oțel. Ortodontul trebuie să efectueze cât mai puține mișcări dentare. Este necesar de a preîntâmpina mișcările complicate ale dinților (de exemplu: rotația și intruzia în același timp). Astfel de mișcări trebuie efectuate pe etape și în grupe aparte. În cazul parodontopatiilor cu migrare dentară situația ocuzală foarte des permite de a preîntâmpina mișcarea corporală a dinților în grup și torsiunea lor, limitându-ne doar la retruzia dentară. Pentru închiderea spațiilor se folosește mișcarea corporală în grup cu moduli puțin elastici tip tieback ai tehnicii MBT și coil+spring termoactivi I din NiTinol. După posibilitate, trebuie de dat predilecție folosirii arcurilor rotunde subțiri, și nu celor dreptunghiulare mari.

Pentru retruzia grupei frontale se pot folosi moduli elastici mobili în combinație cu aparatele ortodontice mobile sau cu elemente fixate în zona laterală (butoane ortodontice sau sisteme ortodontice segmentate).

În cazurile în care sunt necesare multiple derotații este foarte efectiv sistemul-braket a 2D lingual. Din contul fixării braketului de partea orală a dintelui, punctul de aplicare a forței este mai aproape de centrul de rezistență al dintelui, față de aplicarea lui vestibulară, astfel fiind posibilă aplicarea foarte efectivă a unei forțe mici, ce semnificativ micșorează efectele negative de partea sistemului parodontal al dintelui.

Toate manipulațiile ortodontice la pacienții cu parodontopatii necesită o igienă riguroasă și un control terapeutic permanent al cavității bucale.

Partea terapeutică. Șinarea este unirea unui grup de dinți sau a tuturor dinților de pe arcadă cu scop de imobilizare.

Metoda propusă a fost aplicată la 30 de pacienți în clinica stomatologică Fala dental.

Exemplu

Pacientul R., anul nașterii 1977, s-a adresat cu acuze la mobilitatea dinților frontali, sângerarea gingiilor, depunerea excesivă și permanentă a tartrului dentar pe coroanele și rădăcinile dinților frontali, spații mari între dinți, defect estetic. Diagnostic – terapeut: parodontită migratoare, dezgolirea rădăcinilor incisivilor 75%, tartru supra și subgingival etc. Mobilitatea incisivilor inferiori de gradul 2; ortodont: treme și diasteme în maxilarele superior și inferior, rotații și torsiversiuni dentare la incisivii superiori și inferiori. Înclinarea distală evidentă și rotația incisivilor inferiori. Diastemă între incisivii superiori – 8 mm, între cei inferiori – 11 mm.

Tratamentul: etapele terapeutică și chirurgicală – curățarea profesională a depunerilor dentare, asanarea cavității bucale, chiuretajul pungilor dentare adânci.

Partea terapeutică: imobilizarea permanentă a dinților prin metoda directă de aplicare a atelei (șinare). Ca material s-a folosit sistemul CONECT (SDS/KERR, SUA) pe bază de masă organică – polietilenică. Etapele șinării: pe fața orală a dinților, în treimea medie a coroanei s-a preparat un șanț de aproximativ 2 mm cu ajutorul unei piese - turbine, folosind o freză sferică. S-a aplicat coferdamul. S-a determinat lungimea benzii pentru șinare și s-a pregătit banda, fără a atinge mâinile de ea. S-a aplicat gelul mordant timp de 30 s pentru fiecare dinte, apoi cu un jet de apă și aer s-a înlăturat gelul. S-a efectuat uscarea dinților astfel încât aceștia să rămână ușor umezi. S-a aplicat bondingul timp de 30 s pentru fiecare dinte, după care dinții au fost expuși la lumina lămpii ultraviolete. Banda pregătită a fost îmbibată cu material fotopolimeric fluid (flow).

Ajustarea benzii pregătite în șanțul dinților, înlăturarea materialului fluid ce a ieșit în exces din spațiile interproximale. Fotopolimerizarea s-a efectuat timp de 20 s de partea vestibulară a dinților, pentru fiecare dinte, după care s-a repetat manipulația și de partea orală a dinților. S-a efectuat restaurarea lacunelor rămase de pe suprafața orală și a altor defecte coronare prezente cu material fotopolimerizabil. S-a efectuat priza definitivă a dinților supuși șinării, aceștia fiind supuși fotopolimerizării de partea vestibulară și orală, câte 20 s pentru ambele părți, la fiecare dinte în parte. Cu ajutorul stripselor (benzi pentru finisare) s-au prelucrat suprafețele interproximale dintre banda de șinare și gingie, astfel încât să nu rămână retentivități. S-a efectuat șlefuirea și adaptarea dinților în ocluzie. Lustruirea dinților. Pacientul a fost informat că este obligat la fiecare jumătate de an să se prezinte la control profilactic.

Etapa chirurgicală. Operația cu lambou necesită respectarea riguroasă a asepticii și antisepticii. Pentru preîntâmpinarea durerii și a hemostazei este necesar de a efectua o anestezie eficace. S-a folosit sol. Ubistesin Forte. S-au practicat două tipuri de incizii. Incizie festonată de partea palatinală cu maximă acuratețe și protecție a țesuturilor parodontale interdentare. De partea vestibulară incizia s-a efectuat cu 0,5...1 mm apical de la marginea gingivală. Pentru început s-a practicat incizia de partea palatinală, cel mai des folosindu-se lamele de bisturiu Nr. 11 și 15. Bisturiul în timpul inciziei a luat o poziție paralelă axei dintelui și cu o orientare spre marginea crestei procesului alveolar. Cu 2...3 mm apical se efectuează incizii verticale mici, se incizează periostul mobilizându-se lamboul format cu dezgolirea neînsemnată a procesului alveolar (2...3 mm). A doua incizie s-a efectuat în regiunea coletului dentar la nivelul ligamentului circular dentar. Aceasta ne-a permis să formăm cel de-al doilea lambou. Lambourile vestibular și lingual formate se decolează sau se mențin pentru efectuarea inciziilor în spațiile interdentare în scopul înlăturării gulerășului alveolar format.

Se înlătură gulerășul gingival, țesuturile de granulație, netezându-se apoi suprafețele părților radiculare ale dinților dezgoliți (surfasaj). Pentru aceasta s-a folosit aparatul Vector. Pentru a preîntâmpina lezarea ligamentelor gingivale sănătoase în apropierea crestei alveolare, manipulațiile date trebuie efectuate cu prudență. Irigarea s-a efectuat cu soluție de clorhexidină 0,05% și cu soluțiile prefabricate pentru aparatul Vector (Vector polish). Pentru o mai bună adaptare a lamboului în unele situații clinice este necesar de a efectua înlăturarea unei părți osoase a crestei alveolare (osteoplastie) de parte a orală. Pentru adaptarea intimă a țesuturilor moi la dinte sunt aplicate suturi de apropiere. S-a folosit fir cu ac atraumatic 5...0. Nu se efectuează înțepături în toată grosimea gingiei, pentru a preîntâmpina formarea cutelor gingivale false. S-a aplicat unguentul Salcoseril (o pastă dentală adezivă) în calitate de pansament parodontal. La a 12-a zi s-au înlăturat suturile, semne de inflamație și supurație a plăgii lipsesc.

Etapa ortodontică. Din cauza dezgolirii mari a rădăcinilor dinților mobili, precum și din cauza mobilității lor nu a fost posibilă utilizarea tehnicilor standard de deplasare a dinților – sistemele braket. În luna iulie, 2006 au fost fixate sisteme braket pe mandibulă, sistemul MBT-22, fără arcul ortopedic de bază. Sistemul MBT inițial presupune utilizarea unor forțe slabe, de asemenea permite de a micșora intensitatea forțelor grație utilizării arcurilor mai subțiri. Braketele au fost legate cu o ligatură metalică în formă de 8, pe contul apăsării sârmei a fost creat un moment de tensiune slab.

A doua săptămână. Schimbarea ligaturii metalice. Întinderea ei. A 4-a săptămână. Schimbarea ligaturii metalice. Întinderea ei, se observă o micșorare neînsemnată între incisivi, precum și verticalizarea lor. A 6-a săptămână. Fixarea butoanelor ortodontice pe dinții 31 și 41 de partea linguală, precum și a braketelor pe dinții 31 și 41 de partea linguală cu scopul derotării lor. Schimbarea ligaturii metalice vestibulare și activarea ei. A 9-a săptămână. Schimbarea ligaturii metalice vestibulare și a modulelor tieback. Dinții 31 și 41 sunt amplasați sub un unghi de 45° față de linia verticală dintre incisivi. La a 15-a săptămână – schimbarea modulelor tieback și a ligaturilor metalice. Se observă un viraj total al incisivilor inferiori și o poziție practic verticală a lor. Săptămâna a 18-a – introducerea în slotul braketelor a arcului ortodontic de bază superelastic 0,12 «tensic». Etapa nivelării. Săptămâna a 20-a – fixarea sistemului braket superior MBT-22 fără arcul ortodontic de bază. Derotarea incisivilor superiori și închiderea spațiilor cu ajutorul unor ligaturi metalice în formă de 8. Săptămâna a 23-a – 0,14 arcul superelastic pe mandibulă, 0,12 superelastic pe maxilarul superior. Continuăm închiderea spațiilor pe mandibulă cu ajutorul ligaturilor metalice în formă de 8. La a 30-a săptămână – arc de oțel 0,16 cu flexiuni de compensație pentru mandibulă, arc superelastic 0,16x0,16 pentru maxilarul superior. Închiderea finală a spațiilor pe mandibulă cu ajutorul unui lanț elastic, pe maxilarul superior – ligatură metalică. Începând cu săptămâna a 36-a până la a 60-a săptămână – închiderea spațiilor de pe maxilarele superior și inferior cu ajutorul unor lanțuri elastice la un interval de 5 săptămâni. La a 66-a săptămână a fost obținută închiderea totală a spațiilor pe mandibulă și alinierea rândului de dinți. Sistemul braket a fost fixat în grup cu ajutorul ligaturilor metalice. În săptămâna a 66-a - 78-a – închiderea spațiilor pe maxilarul superior cu ajutorul unor lanțuri elastice. În săptămâna a 89-a a fost obținută închiderea totală a spațiilor pe maxilarul superior și alinierea rândului de dinți. Sistemul braket a fost fixat în grup cu ajutorul ligamentelor metalice. Rândurile de dinți se strâng în corelație după clasa Engle, lipsa spațiilor, coincidența liniei medii a feței cu liniile superioară și inferioară interincisivă. S-a normalizat starea gingiilor, s-a observat că formarea depunerilor dentare în regiunea dinților frontali s-a micșorat. Gingiile cuprind rădăcinile incisivilor inferiori mai bine de 50%. Timp de două luni s-a efectuat stabilirea rezultatului prin șinare cu un sistem braket, după scoaterea căruia a fost efectuată o șinare permanentă fixă cu fibră de sticlă a grupei frontale de dinți (de la canin până la canin) în părțile superioară și inferioară. Durata tratamentului constituie 98 de săptămâni (un an și 10 luni), inclusiv etapele terapeuțică, chirurgicală și ortodontică.

Au urmat apoi examene profilactice cu un interval de 3 luni, 6 luni, 1 an, 1,5 ani, care includ controlul terapeutic și radiologic al rezultatelor. S-a observat o ameliorare evidentă a stării gingiilor, practic lipsesc depunerile dentare, s-a îmbunătățit starea țesutului osos.