

## 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](http://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](http://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 articulaturii 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 Ursu<sup>1</sup>,  
student anul V  
Vitalie Gribenco<sup>2</sup>,  
asistent universitar  
Valeriu Fala<sup>3</sup>,  
d.m., conferențiar  
universitar  
Vitalie Pânte<sup>4</sup>,  
asistent universitar  
Lilian Nistor<sup>5</sup>,  
doctorand

<sup>1</sup>Facultatea  
Stomatologie, USMF  
„Nicolae Testemițanu“  
<sup>2,4</sup>Catedra Stomatologie  
Ortopedică „Ilarion  
Postolachi“, USMF  
„Nicolae Testemițanu“  
<sup>3,5</sup>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 cuspidelor dinților laterali, adâncimea 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 cuspidelor dinților laterali, adâncimea 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 cuspidelor 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 cuspidii 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 cuspidilor 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 cuspidilor 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 cuspidilor și fose mai adânci pe fețele ocluzale ale dinților laterali. La un *overbite* mare, cuspidii dinților laterali vor fi modelați mai exprimat. În cazul unui *overbite* mic, cu atât mai șters se vor modela cuspidii 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. Ieremia 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“