

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;

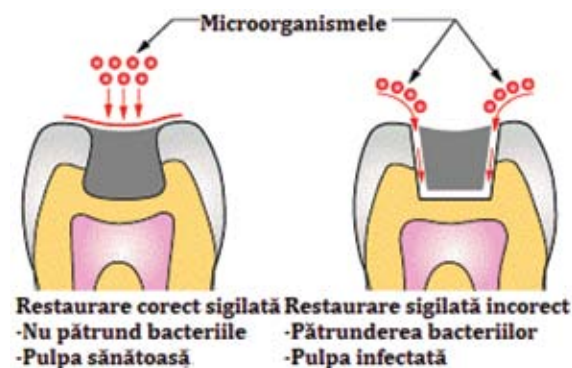


Fig.2 Erori în obturarea cavității carioase

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.

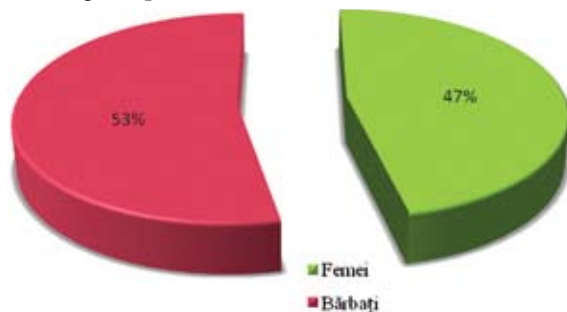


Fig.3 Repartiția pacienților după sex

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.