

научных фактов и логики. Все упирается в экономический статус специальности. Как только «личный стоматолог» начнет зарабатывать не только на ремонтных работах, но и на упреждениях необходимости их проведения, все станет на свои места. Знание и понимание тайн индивидуальной конституции человека в технологическую инноватику, станет важнейшим инструментом профессиональной эффективности стоматолога. Когда это будет, завтра или чуть позже никому не ведомо.

Автор же этих строк, будучи достаточно хорошо информированным оптимистом, понимает, что шансов на то, что изложенное вызовет нечто вроде исследовательского бума или стремления к дискуссии ничтожно мало. Но, с другой стороны, шансов на такое просто не будет, если снова и снова не пытаться поднимать «вечные вопросы» коим ныне исполняется 130 лет, ответы на которые представляются сейчас жизненно необходимыми. Сорок лет назад я покидал родные края в статусе единственного в республике доктора наук

по специальности в должности ассистента (последнее, и очевидно, — в наказание за преступные «румынизмы» в лекциях на молдавском).

Сейчас же этим текстом я хотел бы осведомить стоматологическое сообщество, что начатое на этой земле 40 лет назад интересное большое дело живет и развивается, реально способствуя обретению нашей специальности нового лица.

Литература:

1. Miller W. Microorganismen der Mundhöhle, Lpz., 1889; Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde, Lpz., 1896.
2. Bergman J, Linden L.A. Technique for microscopic study of enamel fluid in vivo / J. Dent. Res. 1965, Vol.44, № 2, P. 1407.
3. Окушко В. Р. Антропологические аспекты проблемы кариеса и пародонтита. Автореферат д.м.н. Кишинев, 1971.
4. Педорец А. П. Структурно-функциональная резистентность эмали и условия ее выявления: Автореф. дисс. . . . к. м. н. Киев, 1980. 27с.
5. Донат П. А. Клиническая оценка структурно-функциональной эмали постоянных зубов у детей. Автореферат к.м.н. М., 1982 г.
6. Окушко В. Р. Основы физиологии зуба. Новое в стоматологии М., 2008.
7. Окушко В. Р., Рябцев В.Я. Аргументы и факты медицинской кариеологии. Новое в стоматологии М. 2009, 2 (158) 1-7.

RECESIUNILE GINGIVALE. ETIOLOGIE ȘI CLASIFICĂRI

Viorica Chetruș
d.m., conf.univ.

*Catedra Stomatologie
Terapeutică*

Rezumat

Scopul acestui studiu este de a determina prevalența recesiunilor gingivale și factorii etiologici ținând cont de: vârsta pacientului, grupul de dinți, corectitudinea tratamentului terapeutic, ortopedic, parodontal și ortodontic. Studiul se bazează pe analiza literaturii de profil și pe un lot de 67 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 14 și 50 de ani.

După datele literaturii recesiunea gingivală variază între 9,7% la copii până la 15 ani și până la 99,3% la maturi. În baza acestui studiu sa observat că cel mai des recesiunile gingivale sunt localizate pe suprafețele vestibulare ale dinților frontali și premolari și mai rar pe suprafețele vestibulare ale molarilor

Cuvinte-cheie: recesiune gingivală, prevalență, joncțiunea smalț-ciment, suprafețe vestibulare.

Summary

GINGIVAL RESSECTION. ETIOLOGY AND CLASSIFICATION

The purpose of this study is to determine the prevalence of gingival recession and etiological factors taking into account: patient age group of teeth, correct treatment, therapeutic, orthopedic, periodontal and orthodontic. The study is based on analysis of the literature and a specialized group of 67 patients aged between 14 and 50 years.

According to the data of literature, gingival recession varies from 9.7% to children up to 15 years and to 99.3% in adults. Based on this study it was observed that most often are localized gingival recessions on buccal surfaces of anterior teeth and premolars and rare on the vestibular surfaces of molars

Key words: gingival ressection, prevalence, vestibular surfaces

Introducere

Recesiunea gingivală se definește ca o deviere neinflamatoare a marginii gingivale spre apical care duce la dezgolirea rădăcinilor dentare sensibilitate dentară

și inestetic gingival. Recesiunea gingivală se atîrnă la afecțiunile cu acțiune negativă asupra esteticului facial, iar ca urmare și asupra psihicii pacientului. În ultimul timp se observă o atitudine înaltă în tratamentul afecțiunilor parodontale inflamatorii, prin chirurgia parodontală îndreptate spre stabilizarea proceselor inflamatorii în paradont și foarte puțin se atrage atenție la recesiunile adevărate locale sau generale de etiologie neinflamatorie și a celor apărute în urma operațiilor parodontale.

În literatura rusă foarte mult timp recesiunea gingivală purta termeni de „retracție” ori „atrofie gingivală.” T.F. Vinogradava a propus ca recesiunea gingivală să fie definită gingivită atrofică în forma de V latin. P.A. Leus și L.A. Kazenko definesc recesiunea gingivală ca deviere progresivă a marginii gingivale în direcția apicală totodată cu dezgolirea coletelor și rădăcinilor dentare. Iar în 1993 autorii au propus următoarea clasificare a recesiunilor gingivale: După formele clinice- I. Recesiunea traumatică (locală și generală); II. Recesiunea Simtomatică (locală, generală sistemică); III. Recesiunea Fiziologică (Sistemică). După gravitate- (Forma ușoară (pînă la 3 mm), Forma medie (3-5 mm), Forma gravă (6mm și mai mult). Autorii accentuează că atît răspîndirea cît și intensitatea recesiunilor crește cu vîrsta și anume: la pacienții între 21-30 ani recesiunea gingivală în mediu ajunge la 0,37mm la arcada superioară și 0,71 mm la arcada inferioară. La pacienții cu vîrsta 31-40 ani recesiunea gingivală ajunge de la 1,1 și 1,5 mm; la 41-50 ani ajunge de la 1,98 — 2,05mm, iar la pacienții cu vîrsta 51-60 ani recesiunea gingivală ajunge pînă la 2,98mm.

Cea mai răspîndită clasificare a recesiunilor gingivale în toată lumea este totuși clasificarea propusă de P.D. Miller în anul 1985

- I. Recesiunea nu depășește limita muco-gingivală (înălțimea papilelor interdente nu sunt afectate)
 - A. Recesiune îngustă
 - B. Recesiune lată
- II. Recesiunea depășește linia muco-gingivală (papilele interdente nu sunt afectate)
 - A. Recesiune îngustă
 - B. Recesiune lată
- III. Recesiune cu afectarea țesutului osos și înălțimei papilelor interdente
 - A. Fără implicarea dinților vecini
 - B. Cu implicarea dinților vecini

Cu toate acestea papila interdentară se găsește mai apical decît joncțiunea smalț-ciment și marginea gingivală mai coronar de suprafața vestibulară
- IV. Pierderea gingiei și a țesutului osos în regiunile interdente este circulară
 - A. Limitată (în regiunea cîtorva dinți)
 - B. Pe verticală generalizată

Clasificarea după Miller are o însemnătate practică mare pentru determinarea pronosticului tratamentului chirurgical. Din datele literaturii recesiunile de clasa I și II pot fi rezolvate 100%, cele de clasa III se rezolvă 70-80%, iar cele de cl. IV practic rămîn nerezolvate.

Rezultatele observațiilor clinice proprii și în baza analizei literaturii mi-au permis sistematizarea factorilor principali care pot duce la apariția recesiunii gingivale.

Factorii etiologici

I. Particularitățile anatomo-fiziologice a structurii proceselor alveolare ex:

A. Dinții cu rădăcini voluminoase (ex. Caninii au corticala foarte subțire) — în așa situații vascularizarea intraosoasă a procesului alveolar vestibular este minim ori chiar lipsește iar alimentarea are loc din contul vaselor periostale, astfel traumarea vaselor periostale pot duce la pierderea plăcii corticale. În așa caz apar defecte în formă de fisură (dehiscentă) ori în formă de fenestrație, iar în aceste zone gingia devine foarte sensibilă la factorii mecanici și microbieni.

B. Vestibulul cavității bucale mic. După clasificarea Г.Ю. Пакалнса vestibul mic se consideră cel cu profunzimea mai mică de 5 mm. Profunzimea se determină cu ajutorul sondei parodontale și include dimensiunea dintre marginea gingivală fixă și mucoasa mobilă în regiunea incisivilor inferiori conform cercetărilor d-nei Gorbatova.

C. O însemnătate mare în apariția recesiunilor gingivale de fapt o are nu lățimea proprie a gingiei fixe dar raportul lățimii gingiei fixe și celei libere. În raport de 1:1 numărul pacienților cu afecțiuni parodontale ocupă 90,5% pe când în raport 8:1 acest indice scade pînă la 28,6%. Clinic ar fi corect să ne orientăm către un raport optimal de 5:1. În așa caz 5 mm ar fi dimensiunea minimă pînă la cît ar fi necesar de lărgit zona gingiei fixe în efectuarea unei operații. Prezența unei gingii fixe mici în asociere cu un vestibul mic al cavității bucale duc la o traumă permanentă a gingiei cu bolul alimentar și dereglarea vascularizației gingiei, iar aceste dereglări duc la apariția recesiunii gingivale. Același mecanism de apariție a recesiunii gingivale va fi și în prezența tracțiunii muco-alveolare și frenurilor labiale profund înserate.

II. Anomalii ale dinților, arcadelor dentare și a ocluziei. Către această grupă fac parte:

- A. Supracontacte dentare
- B. Protruzie
- C. Ocluzie profundă
- D. Tortoanomalii
- E. Dinți vestibularizați
- F. Ecuator slab pronunțat ori lipsa lui

III. Factorul microbial (depunerile dentare moi ori dure)

IV. Trauma repetată a gingiei

- A. Periajul excesiv și periuța dentară cu peri duri. Trebuie de evidențiat că periajul incorect mai duce și la apariția defectelor cuneiforme.
- B. Marginile proeminente a coronițelor și obturațiilor.

V. Deprinderile vicioase

- A. Folosirea chibritelor, fluierilor, stilourilor, creioanelor ținute în cavitatea bucală
- B. Trauma gingiei cu unghiile (la persoanele cu probleme emoționale)
- C. Trauma externă (ex. în luxații dentare cu fractura peretelui vestibular tot duce la apariția unei recesiuni pronunțate).

VI. Tratamentul ortodontic — predispune spre o recesiune acei dinți care sunt supuși tracțiunii

VII. Patologiile iatrogene, aici putem enumera următorii factori:

- A. Nimerirea pastei arsenicale pe gingie care duce la necroza țesuturilor moi și osoase cu apariția recesiunii gingivale
- B. Trauma mecanică a gingiei cu freza ori discurile de separare de către medicul stomatolog
- C. Destul de des recesiunea gingivală apare în procese periapicale cronice în caz de rezorbție ori perforare radiculară. De regulă rezultă în urma unui tratament endodontic ori ortopedic în cimentarea pivoților ori a construcției coroano-radulare. Resorbția țesutului osos va fi mai pronunțată în caz de perforare a peretelui radicular vestibular, care va continua cu distrucție osoasă, apariția fistulei și recesiunii. În cazurile când perforația evoluează asimptomatic anume recesiunea gingivală poate fi primul simptom a acestei patologii iatrogene.
- D. Extracție traumatică a dinților vecini tot poate să ducă la o recesiune gingivală.
- E. Prepararea dinților stâlpi subgingival cu dereglarea lățimii biologice și luarea amprente sub presiune poate să provoace recesiuni gingivale.
- F. La progresarea recesiunii mai pot duce și materialele obturatorii folosite în restaurările dinților cu rădăcini dezgolite.

Scopul studiului

Există puține studii axate pe corelarea afecțiunilor parodontale neinflamatorii, studii care să stabilească gradul de relație dintre natura, tipul și gradul de extindere a recesiunilor gingivale. Acest studiu urmărește determinarea prevalenței recesiunilor gingivale de natură neinflamatorie atât la tineri cât și maturi, identificarea formei clinice după clasificarea lui Miller și stabilirea unor particularități de evoluție prin: culegerea anamnezei, studiu clinico-radiologic al pacienților și prezența factorilor favorizanți ai recesiunilor gingivale

Material și metode

Studiul a fost compus dintr-un lot de 67 de pacienți selectați în raport cu adresabilitatea lor pentru probleme de asistență medicală stomatologică în Clinica Stomatologică Universitară a USMF, Nicolae Testemițanu, dintre care 51(76,1%) gen feminin și 16(23,9%) gen masculin. După vârstă pacienții au fost împărțiți în: 14-25 ani 9(13,4%) pacienți; 25-35 ani 19(28,3%) pacienți; 35-50 de ani 39(58,2%) pacienți.

Prin intermediul examenului clinic, radiologic și culegerea anamnezei au fost evaluați factorii locali cu potențial de producere al recesiunilor gingivale la toți cei 67 de pacienți, profunzimea recesiunii a fost determinată cu ajutorul sondei parodontale de la granița smalț- ciment și până la marginea gingivală, iar lățimea recesiunilor sa determinat partea cea mai lată din regiunea smalț-ciment.

În urma acestui studiu am obținut următoarele date;

1.grupa de vârstă între 14-25 ani alcătuită din 9 (13,4%)pacienți, la 6(8,9%) pacienți s-a depistat recesiune de clasa I Miller (factorul cauzal fiind tratamentul cu aparate ortodontice si insuficiență de igienă) și la 3(4,5%) pacienți s-a depistat recesiune de clasa I Miller(factorul cauzal fiind frenulul buzei profund inserat).

2.grupa de vârstă între 25-35 ani alcătuită din 19(28,3%) pacienți s-a depistat recesiune de clasa I Miller la 14(20,9%) factorul cauzal la 7(10,4%)pacienți fiind biotip subțire a gingiei, iar la ceilalți 7(10,4) factorul cauzal s-a depistat a fi vestibulul cavității bucale mic. Iar la 5(7,5%) pacienți de această vârstă a fost depistată recesiune gingivală clasa II Miller,factorul cauzal fiind -suprasolicitare ocluzală, periaj incorect și biotip subțire a gingiei.

3.la grupa de vârstă cuprinsă între 35-50 ani alcătuită din 39(58,2%) pacienți, a fost depistată recesiune de clasa I Miller la 19(28,3%) pacienți,factorii cauzali fiind: igienă incorectă, biotip subțire a gingiei,vestibul mic al cavității bucale și prezența bridelor mucozale. La 9(13,4%) pacienți(gen feminin) din această grupă a fost depistată recesiune gingivală clasa II Miller, factorul cauzal-premenopauza și tulburări endocrine ce țin de vârstă. Iar la 11(16,4%) pacienți a fost depistată clasa IV-a Miller, factorul cauzal constituindul tratamentele anterioare la parodont.

CONCLUZII

Recesiunea gingivală este o afecțiune polietiolgică. La baza apariției ei stău totuși condițiile anatomice cum ar fi: dehiscentele osoase, deficit de gingie cheratinizată și biotip subțire a gingiei. Sub acțiunea factorilor traumatici ca: periaj incorect și sub presiune, trauma ocluzală, acțiunea factorilor iatrogeni are loc migrarea spre apical a marginii gingivale cu dezgolirea suprafeței vestibulare. Iar în stabilirea diagnosticului și alegerea metodei de tratament trebuie de ținut cont de toți factorii etiologici enumerați neglijind nici unul din ei.

BIBLIOGRAFIE

1. Леус П.А. Казенко Л.А. Особенности клинических проявлений рецессии десны. -Минск 1993.
2. Закиров Т.В. К вопросу об этиологии рецессии десны. Дентал-Юг-2005-№4-С. 18-20.
3. Февралева А.Ю. А.Л.Давидян Устранение рецессии десны. Москва 2007.
4. Вольф Г.Ф. Ратейцхак Э.М. Ратейцхак К. Пародонтология. Цветной атлас. Москва 2008.
5. Naoshi Sato,DDS. Yuzava, Japonia/ Chirurgie parodontală./ Atlas clinic colorat.București 2006.