

Identificarea și urmărirea evoluției parodontopatiilor se poate realiza eficient prin diferite tehnici radiografice. Îmbinarea inteligentă a metodicilor diagnostic tradiționale și implementarea pe larg a celor noi permit obținerea unor date veridice și utile, în special prin efectuarea examenelor radiografice repetate din 6 în 6 luni.

Concluzii

1. Datele radiologice au o valoare însemnată la determinarea activității procesului morbid. Ele sunt importante reieșind din faptul că acuitatea procesului la examenul clinic se determină facil doar după starea marginii gingivale.
2. Solicitarea mecanică normală asupra țesutului osos alveolar suferă schimbări în urma inflamației și edemului ligamentului periodontal, fapt ce influențează aria de răspândire și sporirea ritmului proceselor de resorbție.
3. Schimbările de debut ale bolii, — dispar lamele crestelor interalveolare, dar înălțimea lor nu suferă modificări. Pot fi remarcate focare de osteoporoză în zonele învecinate cu lama terminală.
4. Stadiu de gravitate medie a bolii — crestele interalveolare sunt distruse nu mai mult de 1/3 din înălțime, țesutul osos lipsește la nivelul porțiunii bucale și 1/3 proximale ale rădăcinilor.
5. În formă gravă crestele interalveolare sunt distruse mai mult de 1/2 din înălțimea lor, iar rădăcinile

sunt dezgolate mai mult de 1/2 din lungime. Procesele pot fi de focar sau generalizate.

6. Criteriile radiologice de stabilizare a parodontitei se evaluează împreună cu semnele clinice (lipsa impresiunii, pungilor, stabilității dinților, igiena ideală a cavității bucale).
7. Pe radiografie se constată lipsa osteoporozei și avansării distrucției, contur net a septurilor interdentare, iar în unele cazuri formarea la vârful lor a lamei corticale.
8. Planificarea măsurilor curative solicită concretizarea coraporturilor dintre profunzimea pungii dentogingivale evaluate instrumental și porțiunile de distrucție osoasă.
9. Este posibilă interpretarea incorectă a datelor din cauza distorsiunilor de proiecție, defectelor tehnice de procesare a filmului, suprapunerea umbrelor dinților pe septurile interdentare

Bibliografia:

- i. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. — М., 1989.
- ii. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Мельниченко Э.М. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. — М., 1983.
- iii. Крекшина В.Е. Пародонтоз. — Ленинград, 1983.
- iv. Лемецкая Т.И. Болезни пародонта. — М., 1985.
- v. Иванов В.С. Заболевания пародонта. — М., 1981.
- vi. Aldescu C. Radiologie pentru studenți și medici stomatologi, Polirom, 1998.
- vii. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н. А. Болезни пародонта. — М., МИА, 2004.

РЕСТАВРАЦИОННОЕ РЕШЕНИЕ ФРОНТАЛЬНОЙ МИКРОДЕНТИИ КОМПОЗИТАМИ

Rezumat

SOLUȚIE RESTAURATIVĂ PENTRU MICRODONȚIA ANTERIOARĂ FOLOSIND COMPOZITE DIRECTE

Microdonția se traduce literalmente “dinți mici”.

Când această condiție este prezentă, unul sau câțiva dinți au rădăcini scurte și sunt mai mici decât cei normali, și au o formă conică, alte malformații. De obicei, afectează un singur dinte ori o pereche de dinți, în special incisivii maxilari laterali sau molarii de minte. Aceasta impune un aspect agresiv, o malocluzie, și posibil necesită un tratament estetic, folosind compozite directe.

Cuvinte cheie: microdonția, tratament estetic, compozit direct

Summary

THE RESTORATIVE SOLUTION FOR ANTERIOR MICRODONTIA USING DIRECT COMPOSITE

Microdontia is literally “small teeth”. When this condition is present, one or more teeth have shortened roots and are smaller than normal, or they are cone-shaped or malformed in some other way. It commonly affects a single tooth or a pair of teeth, especially the maxillary laterals or the third molars. This can lead to an aggressive aspect, malocclusion, and possibly requiring correcting esthetic treatment.

Keywords: microdontia, esthetic treatment, direct composite

Alexei Terehov,
*d.ș.m., conferențiar
universitar, catedra
Propedeutica
Stomatologică și
Implantologie dentară a
USMF „N. Testemițanu”*

Corneliu Năstase,
*asistent universitar,
catedră Stomatologie
terapeutică a USMF
„N. Testemițanu”*

Введение

На сегодняшний день успешность человека ассоциируется с его здоровьем. Поэтому одна из потребностей наших пациентов это иметь здоровую и красивую улыбку.

Среди многих требований к красивой улыбке присутствуют адекватная форма, размер и соотношение ширины и высоты коронки зуба.

Зубы могут проявлять много расхождений относительно формы и размера, которые могут быть от незначительной вариации до достаточно серьезной микродонтии.

Микродонтия, или микродонтия (Рис. 1) это аномалия зубов которая характеризуется изменением формы (*шиповидные/ форма штифтового зуба и колышковидные / клиновидные формы*) и уменьшением размеров, чем в норме, нередко сочетается с аномалиями зубных рядов и, как правило, сопровождается наличием диастем и трем.



Рисунок 1

Наиболее подвержены редукции зубы, расположенные в дистальных отделах каждого класса, чаще всего встречаясь на боковых верхних резцах и на зубе мудрости. Это явление связывают с тем, что в ходе эволюции эти зубы у человека редуцируются.

Частота данной аномалии составляет около 1% в популяции, с высокой распространенностью среди женщин. Наиболее распространенным этиологическим фактором для этого вида зубных аномалий является наследственным и обычно затрагивает зубы обеих сторон. Различают изолированную, относительную и генерализованную микродонтию. Изолированная микродонтия — наиболее частая форма. Она проявляется малыми размерами одного постоянного зуба

Медиальный верхний резец, как стабильный зуб, мало подвержен редукции. Латеральный верхний резец относится к наиболее нестабильным и подверженным редукции зубам.

Частая аномалия в верхних боковых резцах состоит в том, что у них размер меньше, чем им надлежит иметь. Это создает диастемы и тремы во фронтальном участке и, при сравнении кажется, что центральные резцы имеют слишком большие размеры.

Встречаются так называемые шиповидные и колышковидные формы.

Крайняя степень редукции верхнего латерального резца характеризуется его полным отсутствием.

В норме соотношение между медиодистальными размерами медиального и латерального резцов составляет 1:0,8.

При первой степени редукции медиодистальный размер коронки латерального резца составляет около половины аналогичных размеров медиального резца верхней челюсти.

При второй степени редукции латеральный резец имеет конусовидную форму, но высота его коронки соответствует норме.

При третьей степени редукции латеральный резец верхней челюсти не превышает половины нормальной его высоты.

Вторыми по частоте поражаются третьи моляры. Генерализованная микродонтия бывает относительной и истинной. При относительной микродонтии размеры зубов нормальные, увеличена челюсть. Истинная микродонтия встречается редко. При этой форме размеры челюстей нормальные, а зубов — меньше нормальных. Генерализованная микродонтия может быть проявлением гипофизарной карликовости. Причиной её может быть также химио- или лучевая терапия по поводу злокачественной опухоли в период роста зубов.

В ряду нижних резцов стабильным зубом является латеральный резец, переменным — медиальный. Нижние резцы, даже переменные, в значительно меньшей степени подвержены процессу редукции и, следовательно, значительно реже встречаются изменения их формы. Хотя определенные изменения формы, особенно медиального резца, иногда отмечаются (*узкие коронки с вогнутой центральной частью лингвальной поверхности*).

Чаще всего, нам приходится консультировать пациентов с соответствующими клиническими случаями, которых требуют значительное вмешательство эстетической стоматологии в более молодом возрасте. Таким образом, перед тем как подвергнуться бомбардировке просьбами со стороны пациентов, их семьи и друзей, профессионалы должны проявить «чуткое здравое смысла», чтобы направить пациента на правильный путь, и в конечном итоге не допустить зверства девитализации зуба с последующим протезированием метало-керамической коронкой.

В юношеском возрасте (*мы не можем указать точный возраст*), мелкие зубы и окружающие их диастемы и тремы на верхней челюсти особенно заметны и создают психоэмоциональные проблемы, которые мешают социальной интеграции. Пациент стесняется своей улыбки и у него появляется настойчивое желание избавиться от данного дефекта.

Пациента-подростка необходимо убедить отсрочить лечение, т.к. нужно учитывать то, что данная ситуация должна быть решена, только после того как пациент закончил расти, иначе рецидив обеспечен. Когда пациент моложе, диа-

стемы могут быть связаны с возрастом, поэтому коррекция формы и размеров не является необходимым, при условии, что это не противоречит мнению больного.

Более консервативными клиническими процедурами для решения данной патологии являются прямые реставрации с помощью композитных материалов.

Таким образом, мы должны предложить другие, гораздо более консервативные методы, которые позволяют и в будущем использовать эти зубы, если эстетика или функция потерпит неудачу, а для пациента остается актуальным тот же набор возможностей, как если бы зуб не лечили.

Клинический случай

Пациентка 28 лет обратилась с жалобами на эстетический дефект во фронтальном участке справа. После клинического обследования был поставлен диагноз: *микродентия 12 зуба*.

Проведена профессиональная гигиена фронтальной группы зубов на верхней челюсти.

Подбор цвет зуба с помощью ключа Vita и подтверждения правильности выбора методом горошины.



Рисунки 2 и 3. Этапы препарирования зуба

Препаровка твердых тканей 12 зуба. Произвели удаление вестибулярной пластинки эмали, а также эмали с режущего бугра. В пришеечной области создан уступ (90° с углом закругленным с помощью шаровидного бора) на уровне десны.

В таких ситуациях использование коффердама не обязательна, а рабочее поле можно эффективно изолировать от слюны с помощью ватных валиков (которые вводятся с двух сторон от уздечки верхней губы) и ретрационной нити, с обязатель-

ным использованием слюноотсоса.

Затем, приступили к протравливанию поверхности зуба соответствующим гелем из набора Rx (*Dental Life Science Ltd., Великобритания*) в течение 15 секунд.

Далее, применяли адгезивная система RxBond (*Dental Life Science Ltd., Великобритания*) в соответствии с инструкциями изготовителя и начали послойную реставрацию с небной стороны композитами из набора Rx (*Dental Life Science Ltd., Великобритания*).

По окончании послойной реставрации перешли к финишной обработке и полировке реставрированного зуба с использованием алмазных финишных боров, штрипсов, полировочных дисков разной дисперсности.



Рисунок 4. Окончательный аспект реставрации.

Обсуждение

Зубы могут представлять аномальные формы, что может служить причиной неправильного прикуса вследствие отсутствия нормального контакта между зубами. Эти гипоплазированные зубы являются наиболее распространенной аномалией, обусловлено функциональным ослаблением зубного органа, создающего маленький по размеру и конический по форме зуб. Появляются чаще в группе резцов, и преобладают в боковых резцах верхней челюсти, в одностороннем или двустороннем варианте, и сверхкомплетны зуб. И коронка, и корень - конической формы, так что в совокупности зуб напоминает форму двух конусов соединенных у основания, будучи шире в корневой части.

Библиография

1. Farhat Amin, prevalence of peg laterals and small size lateral incisors in orthodontic patients — A STUDY. *Pakistan Oral & Dental Journal* Vol 31, No. 1 (June 2011)
2. Vincent O. Kokich. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. August 2006
3. Linda Greenwall. Treatment options for peg-shaped laterals using direct composite bonding. *International dentistry SA* Vol. 12, No. 1
4. What is Microdontia? Patterson Dental Supply, - 2004.
5. Terehov Al. și coaut. *Odontologia practică modernă*. Ed. Nas-ticor-Vector, 2010