

TRATAMENTUL COMPLEX AL PARODONTITELOR MARGINALE CRONICE

Sergiu Ciobanu,
conf. universitar,
catedra Stomatologie
Terapeutică,
„N. Testemițanu“

Rezumat

Parodontitele marginale cronice necesită o abordare complexă, atât la etapa de examinare, cât și la etapa de tratament. În studiu s-au aflat 182 de pacienți cu PMC, cu vârste cuprinse între 20 — 60 > de ani, inclusiv 97 de bărbați și 85 femei, care au beneficiat de tratament complex. În rezultatul tratamentului s-a obținut o stabilitate clinică și radiologică prin lichidarea pungilor parodontale, obținând un nou nivel de atașament refacerea defec-telor osoase evaluate și monitorizate prin examenul radioviziografic (RVG) cu aprecierea desitometrică.

Summary

CHRONIC MARGINAL PERIODONTITIS COMPLEX TREATMENT.

Chronic marginal periodontitis need a complex analyses and treatment, both at the initial, baseline examination, and at the treatment phase. In this study 182 patients with CMP were included, with ages from 20 to 60 years, including 97 male and 85 female, which were treated in a complex manner. As a result of the treatment a clinical and radiological stability was achieved by the means of pocket reduction, obtaining a new clinical attachment, elimination of bony defects, all of which were evaluated and monitories by radiovizigraphical (RVG) analysis with densitometry appreciation.

Introducere

Boala parodontală trebuie privită ca un proces patologic complex, care se insta-lează treptat și este imprescriptibil fără tratament complex.

Problema tratamentului afecțiunilor parodontale se află în atenția clinicieni-lor și cercetătorilor din cauza nivelului înalt de morbiditate (А.П. Канкянян, В.К. Леонтьев, 1998; М.В. Малышева, 2002; L. Constantin și coaut., 2005) dar, în opi-nia noastră, și din absența unor metode universale de tratament cu efect scontat [4,5,8,11,12,13,14].

Tratamentului parodontitei marginale cronice sunt consacrate multiple studii științifice, sunt elucidate aspecte ale tratamentului local, general, complex, chirur-gical, cu utilizarea diferitelor materiale de adiție cu capacități osteoconductoare, osteogenetice, dar la selectarea lor nu întotdeauna s-au luat în calcul particularita-țile individuale de evoluție, tratamentele paralele ale altor afecțiuni, receptibilitatea organismului la metodele aplicate [3,5,6,8,10].

Scopul principal în tratamentul complex este suprimarea factorilor etiologici, simptomelor afecțiunii și reabilitarea maximă a pacienților.

Paradoxal, nimeni nu neagă necesitatea tratamentului complex al parodontitei marginale cronice, dar în același timp în practica cotidiană la majoritatea pacienți-lor el nu se efectuează pe deplin.

Material și metode

Acestă lucrare reprezintă un studiu îndelungat și complex. Reeșind din com-plexitatea problemei se cere o discuție mai amplă, însă posibilitățile editoriale fiind limitate, vom relata o parte esențială a subiectului. Eșantionul de cercetare perso-nală a constituit 182 de persoane cu PMC, cu vârste cuprinse între 20 — 60 > de ani, inclusiv 97 de bărbați și 85 femei (tabelul 1).

În viziunea realizării tratamentului complex al parodontitei marginale cronice am repartizat pacienții aflați în studiu după forma clinică, sex și metode de trata-ment, expuse în tabelul 1. Din cei 182 de pacienți, 131 (71,98 %) persoane -lotul

de bază au fost tratate prin metode chirurgicale, 73 de bărbați (55,73 %) și 58 de femei (44,3 %), inclusiv chiuretaj pe câmp închis — 13 pacienți (7,14 %), 118 pacienți (64,83 %) prin tehnica operațiilor cu lambou, iar 51 de pacienți (28,02 %) a constituit lotul martor, ei fiind tratați prin metode conservatoare. Din cei 118 pacienți din lotul unde au fost aplicate operațiile cu lambou au fost repartizați în subloturi conform tehnicilor chirurgicale aplicate: operații cu lambou — metoda clasică — 23 de pacienți (12,63 %), inclusiv 12 bărbați (52,2 %) și 11 femei (47,82 %); prin tehnica RTG — 80 de pacienți (67,8 %), inclusiv 46 bărbați (57,5 %) și 34 femei (42,5 %); prin tehnica de tunelare — 15 pacienți (18,75 %), inclusiv 10 bărbați (66,66 %) și 5 femei (33,33 %). Un moment important în repartizarea pacienților din sublotul tenicii RTG reprezintă divizarea pacienților după materialul de adăție utilizat în această tehnică, după cum urmează: din cei 80 de pacienți, la 61 de pacienți (76,25 %) a fost utilizat materialul de adăție „LitAR“, iar în 19 cazuri (23,75 %) — materialul de adăție „Colapol“- 3ML, care de fapt și indică asupra obiectivului de baza al acestui studiu evaluarea comparată a eficienței unor materiale de adăție în tratamentul PMC.

Având în vedere că parodontita marginală cronică apare pe un fundal de inflamație catarală cronică, cu prezența plăcii bacteriene în abundență și acțiune de lungă durată, în cercetările noastre pentru stabilirea obiectivă a inflamației au fost apreciați indicii Silness-Loe, indicii de inflamație PMA, indicele de sângere gingivală după Muhlemann și indicii parodontal Russel. Aceste date ne-au permis monitorizarea stării de igienă orală la pacienții aflați în studiu la diferite etape de tratament și la necesitate a corecțiilor profilactice.

Examenul radiologic a servit drept scop, confirmarea diagnosticului preventiv (clinic) al parodonti-

telor marginale cronice prin punerea în evidență a nivelului și tipului de resorbție osoasă și desigur stabilirea unui diagnostic diferențial între diferite forme de PMC și parodontoză, etc.

Importanța majoră a ortopantomografiei (OPG) se lămurește prin următoarele momente prioritare: la realizarea OPG fluxul razelor Rönghen sunt orientate aproape perpendicular fragmentelor dento-alveolare ale maxilarelor, cu o mai mare precizie reflectă starea sectorului marginal ale proceselor alveolare și, nu în ultimul rând raportul dintre septurile interalveolare și joncțiunea cimento-smalțiară

Radioviziografia (RVG) reprezintă o metodă digitală de examinare radiologică, filmul radiologic fiind înlocuit cu un senzor fotoelectric. Imaginea digitală recepționată se stochează în calculator și este prelucrată cu ajutorul programelor speciale. În studiul nostru, noi, am utilizat aparatul de radioviziografie „Toshiba explorer-x70“ și programele „X ray Vision“ și „XV Liite“. Această metodă permite examinarea detaliată — densitometrică a unor zone țintă (zona defectului osos, până și după aplicarea materialului de adăție). Densitatea osului alveolar în normă atinge cota maximă 78-85% , necătând la faptul că programul de prelucrare a informației este reflectată la scara procentuală de 100%. Cota maximă a densității osoase poate fi considerată 100%.

În acest sens pacienții din grupul la care s-au aplicat operațiile cu lambou în combinație cu tehnica RTG au fost repartizați în două subgrupe în funcție de materialul de adăție utilizat. Subgrupul I 61(33,51%) de pacienți — materialul de adăție utilizat — „LitAr“ și subgrupul II 19 (10,43%) pacienți — materialul de adăție — „Colapol KP-3“ LM. Rezultatele obținute au vizat zona defectului osos atât până la operație cât și după operație la diferite intervale de timp.

Tabelul 1. Repartizarea pacienților după formele clinice și metodele de tratament aplicate.

Forma clinică a leziunii	Metode de tratament												Total
	Trament conservator		Chiuretaj pe câmp închis		Operații cu lambou								
					Metoda clasică		Tehnica RTG cu utilizarea				Prin tehnica de tunelare		
	„LitAr“		Colapol-3LM										
B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F		
PMC forma ușoară	17	16	5	7	-	-	-	-	-	-	-	-	45 24,72 %
PMC forma medie	7	11	-	1	7	5	19	12	5	6	-	-	73 40,10%
PMC forma gravă	-	-	-	-	5	6	17	13	5	3	10	5	64 35,15%
	24	27	5	8	12	11	36	25	10	9	10	5	
Total	51 28,02 %		13 7,14 %		23 12,63 %		61 33,51 %		19 10,43 %		15 8,24 %		182
Prin metoda chirurgicală — 131 pacienți (71,98 %) Bărbați — 73 (55,73 %); Femei — 58 (44,3 %)													

Tabelul 2. Repartiția pungilor parodontale infraosoase în funcție de pereții restanți și a materialelor de adiție utilizate

Materialul de adiție utilizat	Numărul de pereți osoși restanți			Total
	Un perete	Doi pereți	Trei pereți	
Tehnică clasică (fără materia de adiție)	5 (21,73%)	10 (43,47%)	8 (34,78%)	23 (100%)
RTG cu „LitAr”	7 (11,47%)	21 (34,43%)	33 (54,1%)	61 (100%)
RTG cu „Colapol-3”LM	3 (15,8%)	7 (36,84%)	9 (47,36%)	19 (100%)
Total	15 (14,56%)	38 (36,89%)	50 (48,54%)	103 (100%)

Rezultate

Reabilitarea completă a pacienților cu parodontită marginală cronică necesită un șir de etape de tratament bine structurate, care includ toate componentele tratamentului complex. În acest sens, noi, am elaborat și propunem către utilizare **algoritmul tratamentului complex** al parodontitelor marginale cronice începând de la etapa inițială și finisând cu tratamentul de menținere după cum urmează:

I. Tratamentul local:

- Etapa inițială
- Tratament parodontal
- Tratament odontal
- Tratament preprotetic
- Restaurare preprotetică provizorie

Etapa corectivă

- Chirurgia parodontală propriu-zis include toate procedeele chirurgicale de la nivelul procesului alveolar cu toate componentele structurale
- Chirurgia muco-gingivală include o serie de intervenții chirurgicale adjuvante (la necesitate) pentru chirurgia parodontală.
- Echilibrarea ocluzală prin tratament protetic definitiv prin construcții fixe, inclusiv pe implanturi endoosoase, proteze scheletate, pe culise, parțial mobilizabile. Preferențial echilibrarea ocluzală de realizat cu lucrări fixe care servesc și în calitate de atelă de durată.

Etapa de menținere

Tratamentul de menținere este parte componentă a tratamentului complex și intervine la o perioadă de 1-3 luni, până la 6 luni după sfârșitul etapei corective de tratament, în dependență de gravitate procesului și complexitatea tratamentului efectuat după care urmează etapele de tratament sezonier pe o perioadă de 2 ani.

II Tratament general: antibioticoterapia, vitaminoterapia (complexe de minerale și vitamine etc.)

Aici trebuie de menționat că microorganismele (anaerobe) parodontogene reacționează foarte bine la: metronidazol în combinație cu un preparat din rândul tetraciclinelor (doxaciclină, amoxiciclină etc), obținând o concentrație maximă de 2,5-3 ori mai mare decât în serul sanguin deja peste 2 ore de la administrare.

Pentru evitarea complicațiilor toți pacienții au fost instruiți în viziunea menținerii igienei bune a cavității bucale, atât înainte de operație, cât și după operație care a fost monitorizată prin utilizarea indicilor de igienă și a celor parodontali. Intervențiile chirurgicale au fost realizate numai după stabilizarea situației clinice prin tratamentul inițial (local și general) cu obținerea stabilității a indecelui de igienă Silness-Löe, indicile de inflamație PMA, de sângerare Mühllemann și indicile parodontal PI după Russel, pe o perioadă de cel puțin 2 săptămâni. Valorile acestor indici pe toată perioada monitorizării sunt expuse în tabelul 6.4.

Tabelul 3. Valorile indicilor de igienă și de inflamație parodontală la diferite etape de tratament.

Indicii	Termenii de monitorizare				
	Până la operație	10 zile după operație	3 luni	6 luni	12 luni
Silness-Löe	0,5	2,1	0,9	0,7	0,8
Muhllemann	0,6	0,8	0,5	0,5	0,6
PMA	39,7	5,3	6,4	6,9	7,5
PI-Russel	4,9	1,8	2,2	2,7	3,1

Analizând starea țesuturilor parodontale conform indicilor prezentați în tabelul 3 în perioada de după operație observăm că valorile acestora variază în funcție de perioadă, însă sunt cu mult mai mici decât se prezentau la etapa inițială (de diagnostic). O mică creștere se observă în primele zile după operație a indicilor de igienă Silness-Löe și de sângerare Mühllemann, deoarece pacienții în această perioadă se foloseau de periute moi, persista simptomul de durere în primele zile și prin frica să nu traumeze zona intervenției și suturile aplicate.

Luând în considerație că unul din obiectivele de bază ale tratamentului chirurgical este lichidarea pungilor parodontale utilizând deferite tehnici și materiale de adiție, atunci putem prezenta rezultatele câștigului de nou atașament și țesut osos nou format prin operațiile cu lambou muco-periostal clasice și combinate cu tehnica RTG, expuse în tabelul 4.

Tabelul 4. Corelația dintre câștigul de nou atașament, țesut osos și materiale de adiție utilizate

Materialul de adiție utilizat	Topografia defectului osos — numărul de pereți restanți		
	Cu un perete	Cu doi pereți	Cu trei pereți
Fără material de adiție	± 1,7 mm	± 2,3 mm	± 3 mm
„LitAr”	± 3,5 mm	± 5 mm	± 8 mm
„Colapol-3”LM	± 2,8 mm	± 3,5 mm	± 4,5 mm

Stabilitatea inserției și a noului os câștigat este influențată în primul rând de anatomia topografică a defectului osos, foarte important de materialul de adiție și tehnica chirurgicală utilizate. Datele din tabelul 4 susțin acest postulat prin valorile sporite a câștigului de o nouă inserție și țesut osos în cazul utilizării

compoziției colagen-apatită „LitAr“ în comparație cu tehnica chirurgicală fără material de adăție, a utilizării materialului de adăție „Colapol-3“LM. Important de menționat că un rol nu de negat îl are și corectitudinea efectuării intervenției, și desigur acuratețea perioadei postoperatorie. Eficiența metodei RTG depinde, în mai mare măsură, și de conlucrarea pacientului, respectarea cu strictețe a prescripțiilor medicului, o igiena orală perfectă [14915].

La toți pacienții din ambele grupe radiologic s-a depistat resorbția septurilor interalveolare și micșorarea înălțimii lor cu 1/3-1/2-2/3. Osul procesului alveolar cu zone întinse de osteoporoză, margini neregulate, resorbție preponderent verticală cu punji parodontale supra- și infaraoase, defecte angulare și în zonele de furcație etc. Cu alte cuvinte la etapa examenului inițial a fost stabilit un proces activ de lezare a țesuturilor parodontiului marginal atât clinic cât și radiologic (figura 1).



Figura 1. Ortopantomograma pacientului la examenul inițial

Evaluând radiologic pacienții din ambele grupe aflați în studiu și comparând datele inițiale cu cele de la etapele de monitorizare am constatat următoarele: la pacienții din grupul de control structura țesutului osos al proceselor alveolare mai compact, fără elemente de osteoporoză, septurile interalveolare bine conturate cu formări corticale, fără neregularități însă la același nivel. În zonele cu defecte angulare o stabilitate vizibilă (deasemenea și clinic), dar cu păstrarea pungilor parodontale cu o mică diminuare clinică. La acești pacienți, în special la cei cu forma medie și gravă de PMC, s-a observat un număr mai mare de recidive, deoarece în PPr persistă țesutul de granulație (care poate fi înlăturat numai prin tratament chirurgical), cu reinfectarea din mediul bucal și cu aportul ingienei nesatisfăcătoare, îndeosebi la cei care evitau unele etape de monitorizare.

La pacienții din grupul de studiu — 131 de pacienți în perioada preoperatorie deasemenea s-a obținut o stabilitate radiologică, care de fapt a și servit un indiciu pentru etapa chirurgicală. Stabilitatea radiologică la pacienții, la care s-au efectuat operații cu lambou muco-periostal rezultatele au fost mai de durată decât la pacienții din grupul de control, respectiv și recidive mai puține.

Important de menționat că valorile densitometrice apreciate până la intervenție au la bază particularitățile defectului osos, adică un os parodontopat incomplet ca structură (resorbția corticalei interne și parțial sau total al osului trabecular, câți pereți ai punjii parodontale s-au păstrat etc.), ceea ce se exprimă prin procentul scăzut al densității osoase. Cât privește valorile pro-

centuale la diverse etape de monitorizare, procentul densității osoase depinde de proprietățile materialului utilizat și timpul operației. Valorile densitometriei obținute la pacienții tratați prin metodele chirurgicale în combinație cu tehnica RTG la diferite etape de monitorizare în dinamică sunt expuse în tabelul 5.

Tabelul 5. Valorile densitometriei la etapele de monitorizare cu diferite materiale de adăție

Materialul de adăție/ nr. de pereți osoși	Până la tratamentul chirurgical în %	După tratamentul chirurgical în %		
		După 3 luni	După 6 luni	După 12 luni
Compoziția nanostructurală colagen-apatită „LitAr„ — subgrupul I				
PPr cu 3 pereți	18,78-22,86	54,18-61,73	63,81-69,31	72,07-82,76
PPr cu 2 pereți	14,51-16,45	43,22-50,16	49,17-57,24	59,03-71,41
PPr cu 1 perete	0,76-8,23	21,09-34,69	34,21-44,53	44,19-60,68
Materialul de adăție „Colapol KP-3„LM — subgrupul II				
PPr cu 3 pereți	17,28-21,56	35,51-42,10	43,17-49,79	50,34-55,97
PPr cu 2 pereți	14,33-15,22	26,27-38,06	38,22-42,04	42,91-51,77
PPr cu 1 perete	0,88-8,71	11,52-15,38	16,46-27,42	30,05-38,98

Terapia de rehabilitare morfo-funcțională prin echilibrarea ocluzală la pacienții cu defecte ale arcadei dentare ca consecință a bolii parodontale a fost realizată prin confecționarea protezelor (atelelor) fixe (figura 2), inclusiv pe implanturi. Efectuând șinarea de durată, păstrând starea de sănătate parodontală în faza de remisiune și menținerea ei pe o perioadă cât mai îndelungată.



Fig. 2. Atelă de fizionomică de durată din metaloceramică.

Rolul și importanța tratamentului de menținere este majoră în raport cu starea de sănătate parodontală, cu efortul depus de medic și de pacient, inclusiv timpul, starea psiho-emoțională, materialele folosite și nu mai puțin important pentru pacient costul, care deloc nu este mic. Toate acestea sunt necesare de menținut, de aceea obiectivul de bază a tratamentului de menținere prevede conlucrarea (buna colaborarea) a pacientului cu medicul curant și include: vizitele periodice de pro-

filaxie cu controlul asupra plăcii bacteriene și înlăturarea ei prin periaje profesionale instruirea și corectarea elementelor de igienizare a cavității bucale, suprimarea PPr în zonele cu recidivă a inflamației, corecția echilibrului ocluzal (după necesitate), șinarea dinților în caz de mobilitate patologică biostimulare în cadrul tratamentului sezonier (primăvară-toamnă) etc.

Importanța practică a tratamentului complex al PMC este majoră și se exprimă prin faptul că: realizând tratamentul etapă cu etapă noi acționăm asupra tuturor verigilor etio-patogenice și a evoluției clinice PMC. Prin aceasta stopăm procesul inflamator-destructiv, aplicând tehnici chirurgicale și materiale de adiție moderne reface defectele osoase și în final reechilibrarea ocluzală, și nu mai puțin important cu tratamentul de menținere. Trebuie de menționat că prin realizarea tratamentului complex al PMC putem duce o evidență strictă a acestor pacienți și integrarea pacienților în activitatea socio-economică.

Discuții și concluzii

Diagnosticul radiologic este foarte important la toate etapele evoluției PMC, care se precizează, se confirmă și se definitivează prin posibilitățile informative ce ne le oferă această metodă. Evoluția modificărilor radiologice, în special a alveolei, este în dependență de vârsta pacientului, starea septurilor și a crestei alveolare, calitatea lamei compacte internă, lărgimea spațiului desmodontal, extinderea alveolizei — orizontală/verticală, localizată (ca urmare a unui traumatism ocluzal) sau difuză — consecință a unei cauze generale. Leziunile orizontale au o evoluție mai lentă în raport cu cele verticale (C. Aldescu, 1998). Despre importanța examenului radiologic ne vorbesc și modificările care pot fi puse în evidență într-un stadiu inițial al bolii parodontale ca:

Halistereza marginală, care se manifestă printr-o transparență liniară verticală, la nivelul septurilor interdentare, ca urmare a demineralizării septului osos, se întâlnește în stadiul incipient al bolii parodontale și poate fi reversibilă.

Triangulația marginală — constă în lărgirea spațiului parodontal în jurul coletului, formându-se un mic crater circular între corticala limbusului și cementul radicular după dispariția lamei dure înlocuită cu țesut de granulație. Radiologic, se manifestă ca un triunghi radiotransparent, cu baza spre coroană și este rezultatul unui proces ireversibil de osteoclazie.

Ciupirea septului interdental — reprezintă o denivelare a continuității crestei alveolare (prin fenomene osteolitice). În condiții de sănătate parodontală, linia septurilor interdentalare este situată la 10-15 mm față de linia joncțiunii amelo-cimentare, aceste linii sunt paralele. Scăderea distanței dintre ele ne vorbește despre afectarea parodontală de diverse grade a vârfurilor septurilor interdentalare.

Aceste trei tipuri de leziuni incipiente, combinându-se între ele și amplificându-se, se manifestă prin resorbțiile marginale (orizontală/verticală), care, radiologic, se determină pentru fiecare dinte. Un contur osos neregulat, anfractuos, ne vorbește despre un proces activ, iar

o remineralizare a lamei compacte denotă stabilizarea bolii parodontale sau instalarea stării de remisiune.

Analizând datele din tabelul 5 observăm că la etapa de până la operație valorile densitometrice sunt aproximativ egale la pacienții din ambele subgrupe la aceeași categorii de punți parodontale, deoarece evaluarea a fost efectuată în aceleași condiții. Evaluarea realizată la 3, 6 și 12 luni după operație denotă o creștere a valorilor densitometrice în ambele subgrupe, dar procentual diferit la diverse categorii de PPr. Comparând valorile obținute, după materialul de adiție utilizat și perioadele de evaluare în dinamică, constatăm o diferență semnificativă a valorilor densitometrice la pacienții din subgrupul I (nanocompozitul collagen-apatită „LitAr“) și subgrupul II („Colapol KP-3“-LM) atât pe categoriile de punți parodontale, cât și la distanță.

Aceste diferențe semnificative își găsesc explicația în proprietățile materialelor de adiție: „LitAr“ este un material nanocompozit obținut prin difuzie ghidată, astfel încât fiecare fibră de collagen din structura sa este îmbibată cu cristale de hidroxiapatită, ceea ce îi redă o structură foarte aproape de structura țesutului osos. Mai mult compoziția nanostructurală „LitAr“ în evoluția de integrare are două faze: de biodegradare și de biotransformare cu un rol important în inițierea și formarea de os nativ în locul inserării. Foarte important este că termenii ce privesc faza de biotransformare în os nativ și apoi faza de mineralizare sunt cu mult mai mici (15-22 de zile).

Cât privește materialul de adiție „Colapol KP-3“LM, se obține printr-un amestec mecanic al compoentului neorganic cu collagenul și deci structura lui este neregulată, haotică și cu zone neuniforme de integrare.

Analizând cele expuse anterior putem concluziona:

1. Tratamentul complex al parodontitelor marginale cronice este absolut necesar la toate formele clinice.
2. În realizarea tratamentului complex important este de a utiliza toate componentele lui, de la etapa inițială până la tratamentul de menținere, care are un rol foarte important.
3. Scopul principal în tratamentul complex este suprimarea factorilor etiologici, simptomelor afecțiunii și reabilitarea maximă a pacienților.
4. Eficacitatea tratamentului complex al PMC în mare măsură depinde și de colaborarea pacientului cu medicul curant.

Bibliografie

1. Andreas Stavropoulos, Thorkild Karring. Guided tissue regeneration combined with a deproteinized bovine bone mineral (Bio-Oss) in the treatment of intrabony periodontal defects: 6-year results from a randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 200-210.
2. Apopei C., Voroneanu M. Rolul medicului stomatolog în depistarea pacienților cu diabet zaharat dedagnosticat — considerații generale. Droguri, biomateriale, echipamente și tehnici în medicina stomatologică. Vol.II. supliment al revistei „Medicina Stomatologică“ Ed. „Apolonia“. 2002, p. 223-231.
3. Calamaz D., Ursache M. Considerații biologice parodontale și dentare ale compozitelor indirecte utilizate în terapia de aco-perire. *Zilele Facultății de Medicină Dentară. Ediția a IX-a. Iași — România, 2005, partea I, p. 55-58.*

- 4 Ciobanu S. Reabilitarea pacienților cu parodontite marginale cronice aplicând tratamentul complex. Anale științifice a USMF, ediția VI, Vol. III B, Probleme actuale în medicină internă, 3-7 octombrie 2005, Chisinau p 421-424.
- 5 Ciobanu S. Terapia antibacteriană cu utilizarea produselor extrase din deșeurile uleiului de porumb Congresul Internațional. Zilele Medicinii Dentare Iașene, Iași-Chișinău. Revista medico-chirurgicală, vol.113, Nr.2 Supliment Nr.2, Iași, România, 1-4 aprilie 2009, p. 175-178.
- 6 Constantin L., Mocanu C., Hâncianu M., Stănescu U. Evaluarea efectului antimicrobian și antifungic al unor preparate fitoterapeutice în boala parodontală. Zilele Facultății de Medicină Dentară. Conceptul medical în stomatologie. Ediția a X-a. Iași, România, 2006, p. 159-161.
- 7 Eickholz P. et al. Stability of clinical and radiographic results after guided tissue regeneration in infrabony defects. Journal of Periodontology 2007; 78, 37-46.
- 8 Guerrero A. et al. Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-surgical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. Journal of Clinical Periodontology 2005; 32, 1096—1107.
- 9 Курякина Н.В., Алексеева О.А. Хирургические вмешательства на тканях пародонта. Н. Новгород, 2004. 39-40с.; 63-90с.
- 10 Machtei E. E., Younis M. N. The use of 2 antibiotic regimens in aggressive periodontitis: comparison of changes in clinical parameters and gingival crevicular fluid biomarkers. Quintessence International 2008; 39, 811-819.
- 11 Nacu V. Optimizarea regenerării osoase posttraumatice dereglate. Chișinău, 2010a, 188 p.
- 12 Nacu V. Grefe tisulare în optimizarea regenerării osoase posttraumatice dereglate. Autoreferat al tezei doctor hab., Chișinău, 2010, 46 p.
- 13 Nacu V. Metode biologice de stimulare a procesului regenerativ osos. Curierul medical. Chișinău, 2009, nr. 3, p. 37-45.
- 14 Nacu V. Morfoinducția în consolidarea oaselor spongioase scurte. Curierul medical. Chișinău, 2007, nr. 2, p. 53-54.
- 15 Zetu L., S.Teslaru, Zetu I., Constantin L. Tratamentul leziunilor parodontale infraosoase. Criterii de decizie. Zilele Facultății de Medicină Dentară „Conceptul medical în stomatologie”. Ed. a X-a. Iași, 2006, p. 117-121.

FLUROZA DENTARĂ — HANDICAPUL STOMATOLOGIEI ESTETICE MODERNE

Rezumat

Fluroza se referă la un grup de afecțiuni necarioase, ce apar înainte de erupția dinților.

Ea se dezvoltă în urma unui efect cumulativ al primirii fluorurilor din diverse surse. Printre factorii importanți de risc putem menționa pasta de dinți fluorurată și frecvența de utilizare a acesteia, fluorizarea apei potabile, utilizarea unor comprimate ce conțin fluor sau sare fluorurată.

Trebuie menționat faptul că, odată cu creșterea vârstei la care copiii încep să consume apă ce conține fluor, nu numai că scade frecvența afectării, dar și gravitatea ei.

Leziunile smalțului sunt, de asemenea multiforme prin manifestare — de la macule cretoase mici, abia perceptibile, pe suprafața labială a smalțului, — până la multiple macule și eroziuni confluențe, ce desfigurează sau chiar distrug coroana dintelui.

Cuvinte-cheie: Fluoroză, macule, efect cumulativ, pasta de dinți fluorurată, fluorurarea apei

Pavel Gnatiuc,
*d.ș.m., conferențiar
universitar; catedra
Stomatologie
terapeutică USMF
„Nicolae Testemițanu”,
R.Moldova*

Alexei Terehov,
*d.ș.m., conferențiar
universitar;*

Corneliu Năstase,
asistent universitar.

Summary

DENTAL FLUOROSIS — THE GROWING PROBLEM OF MODERN AESTHETIC DENTISTRY

Fluorosis pertains to a group of non-carious diseases arising prior to the eruption of teeth.

It develops as a result of the cumulative effect of the arrival fluoride from different sources. Among the significant risk factors include fluoride toothpaste and frequency of use, fluoridation of drinking water, the use of fluoride tablets or fluoridated salt.

It is necessary to note that with increase the age, at which children have started to use fluoride toothpaste, fluoridated water, pills, decreases not only the frequency of lesions, but also its severity.

The lesions of enamel also characterized variety of manifestations — from small imperceptible chalky flecks on the labial enamel surface, up to multiple, coalescing with each other spots and erosion, disfiguring or even destroy the crown of the tooth.

Key words: Fluorosis, flecks, cumulative effect, fluoride toothpaste, fluoridation of drinking water