

bucală numai la 60-60%. Rezistența la compresiune constituie 460 MPa pentru dentina opacă, 515 MPa pentru smalț, 449 MPa pentru dentina transparentă. Rezistența la îndoire este de 158 MPa pentru dentina opacă, 153 MPa pentru smalț, 154 MPa pentru dentina transparentă. Rezistența la decalajul diametral pentru dentină este de 63 MPa, modulul de elasticitate 13100 MPa.

Concluzii

1. În baza acestui exemplu a părut posibilitatea de a stabili avantajele construcției metalo-compozite în comparație cu construcția metalo-acrilică și cea metalo-ceramică, astfel precum estetica bună, roadere comparabilă cu roaderea dinților naturali, modelare ușoară, o tehnologie destul de ușoară de fabricare, cu ușurință poate fi schimbată forma căptușirii gata sau de a restaura vătămarea ei în condiții de laborator, posibilitatea de reparare a căptușirii în orificiul bucal.
2. Datorită gamei largi de culori a maselor compozite redarea culorii protezei sub formă de punte cel mai aproape de culoarea naturală a dinților.
3. Adâncimea de preparare a suprafețelor vestibulare ale coroanelor dinților de sprijin sub proteze fixe cu căptușire din materialul „BelleGlass” trebuie să fie nu mai puțin de 1,3 mm. Tratarea pacienților cu edentație secundară parțială cu ajutorul protezelor metalo-compozite în formă de punte în general are loc în zonele laterale ale arcadei dentare.

Bibliografie

1. Forna Norina <Clinica și terapia edentației parțial întinse> Iași 2008 стр. 151-227
2. Баранова И.А. и др. <Клинический опыт применения зубных протезов из нового керамерного материала BelleGlass HP. Маэстро стоматологии.> — 2000. - №2. - С.9-12
3. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. <Композиционные пломбирочные и облицовочные материалы стоматологии. >- Москва: Книга Плюс, 2002. - 200с.
4. Виноградова Т.Ф. <Методика применения композиционных материалов // Новое в стоматологии.> - 1996. — №3, С. 25-34
5. Кузенков С.В. <GC Gradia 5 лет успешного клинического применения> - 2005 - №1, С.32-35
6. Томанкевич М. <Современные композитные материалы в стоматологической практике. > Львов: Галден- 2001. - 132 с.
7. Абакаров С. И, <Современные конструкции несъемных зубных протезов. : Высшая школа.> - 1984. - 94 с.
8. Dorin Bratu Robert Nussbaum < Bazele clinice si tehnice ale protezarii fixe>2009

INSTRUIREA TEHNICII CORECTE DE PERIAJ DENTAR LA COPII CU RETARDARE MINTALĂ

Aurelia Spinei, Olga Bălteanu, Nina Șevenco

Catedra Chirurgie O.M.F. Pediatrică, Pedodonție și Ortodonție, USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Education of correct tooth brushing technique in children with mental retardation

This paper seeks to assess the peculiarities of education of correct tooth brushing technique in children with mental retardation. This study includes 248 children institutionalized in auxiliary schools. The control group was constituted of 221 healthy children. The study found that institutionalized children have the poor oral hygiene. Children with moderate and particularly with severe mental retardation have limited ability to perform independently tooth brushing and need help from staff in cleaning the oral cavity.

Key words: mental retardation, tooth brushing technique, oral hygiene, dental caries.

Rezumat

Prezenta lucrare urmărește evaluarea particularităților instruirii tehnicii corecte de periaj dentar la copii cu retardare mintală. Acest studiu a inclus 248 copii instituționalizați în școli auxiliare. Lotul martor a fost constituit din 221 de copii sănătoși. Studiul a permis să constatăm la copiii instituționalizați nivelul deficitar de igienă orală. Copiii cu retardare mintală moderată și, în special cei cu retardare mintală severă au o capacitate limitată de a efectua independent periaj dentar și au nevoie de ajutorul personalului pentru igienizarea cavității orale. Cuvinte cheie: retardare mintală, tehnica de periaj, igiena orală, caria dentară.

Actualitatea

Conform datelor prezentate de OMS aproximativ 3% din populația globului au un coeficient de inteligență sub 70, prezentând dizabilități în procesele de învățare și de adaptare care au impact asupra individului afectat, asupra familiei lui și nu în ultimul rând asupra societății din care face parte [3].

Retardarea mintală presupune o stare psihică defectuală, disproporționată, permanentă, cu caracter global și omogen, lipsită de progrediență, ale cărei cauze au acționat în etapele timpurii ale ontogenezei sau postnatal, până la 3-4 ani ca vârstă limită în maturarea creierului, dar al căror debut de acțiune s-a produs înaintea conturării elementare a funcțiilor psihice, înainte de 18 luni de viață extrauterină. Defectualitatea psihică se va repercuta asupra tuturor cerințelor adaptative impuse copilului în creștere. Chiar și în formă ușoară, retardatul mintal este lipsit de posibilitatea organizării independente a vieții sale fără sprijinul celor care îl înconjoară.

În urma cercetărilor OMS și UNESCO la copii a fost constatată o frecvență de 7% a intelectului de limită, frecvența retardului mintal ușor constituie 2,5-3%, iar a retardului mintal grav - 0,3% (0,24% - frecvența retardului mintal mediu și sever; 0,06% -frecvența retardului mintal profund).

În Republica Moldova 1% din copii îl constituie cei cu un retard mintal, dar numai 0,7% - din numărul total de copii de vârstă școlară. Rețeaua instituțiilor de învățământ special este formată din 29 unități. Numărul elevilor înscriși în învățământul special, în anul de studii 2011/12 a constituit 2549 persoane. Majoritatea elevilor din cadrul acestor instituții sînt cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală – 80,3%, auz slab – 8,7%, restanțe poliomielitice și paralizii cerebrale – 4,2% copii, vederea slabă – 4,1%, surzi – 2,8% [5, 6]. Majoritatea copiilor din aceste instituții sunt din familii socialmente vulnerabile. Întreținerea lor în școli se efectuează gratuit. Minorii se află în instituții pînă la terminarea învățământului obligatoriu de 8 clase. Totodată, pentru circa 1600 copii cu necesități speciale, care din diferite motive nu pot frecventa școala, sînt organizate studiile la domiciliu.

La copiii cu deficiențe intelectuale se constată riscuri multiple în apariția afecțiunilor cavității orale. Acestea sunt datorate unui cumul de factori: abilitatea limitată de efectuare corectă a periajului dentar, respirația orală, obiceiurile alimentare defectuoase, amînarea controlului stomatologic de pacient și/sau a parinților acestuia pînă în momentul apariției unei simptomatologii accentuate, particularitățile de îmbolnăvire caracteristice maladiei psihice sau induse de tratamentul acesteia. Abordarea clinică a acestei categorii de pacienți este deosebit de dificilă din cauza dificultăților de cooperare, percepere, înțelegere și frica copilului cu deficiențe mintale de tratamentul stomatologic.

Obiectivele

Lucrarea de față urmărește studiul oportunităților de instruire a tehnicii corecte de periaj dentar la copii cu diferite grade de retardare mintală și identificarea factorilor care ar favoriza însușirea deprinderilor de igienizare a cavității orale la copii cu deficiențe intelectuale.

Material și metode

Prezentul studiu a fost efectuat pe un eșantion de 469 copii din mediu urban. În lotul de cercetare au fost incluși 248 (52,88%) copii cu grade diferite de retardare mintală

instituționalizați în 3 școli auxiliare-internat. Lotulul martor 1-au constituit 221 (47,12%) copii sănătoși care locuiesc în condiții similare, fiind amplasați în gimnaziile de tip internat pentru copiii orfani sau lipsiți de grija părinților. În funcție de gradul de retardare mentală copiii din grupul de cercetare au fost divizați în 3 subloturi:

sublotul I de copii - 98 (20,90%) copii cu retardare mintală ușoară - *IQ 50-69**

sublotul II de copii - 83 (17,70%) copii cu retardare mintală moderată - *IQ 35-49**

sublotul III de copii - 67 (14,28%) copii cu retardare mintală severă - *IQ 20-34**.

(*ICD-10, World Health Organization, 1992) [2].

Examinarea copiilor a fost organizată în cabinetele stomatologice sau medicale ale instituțiilor de educație și învățământ, în conformitate cu recomandările OMS. S-au estimat următorii indicii: indicele de igienă orală OHI-S, G.Green, I.Vermillion, 1964; indicele de placă aproximală (API) după Lange, 1975 și diferențierea colorimetrică a plăcii bacteriene mature de cea recent formată la intervalul de 1 săptămână, 1 lună și 1 an. Nivelul inițial de cunoștințe igienice a copiilor, părinților, profesorilor și a personalului auxiliar din instituțiile rezidențiale a fost apreciat prin completarea chestionarelor [6]. Intervievarea copiilor a fost efectuată în prezența părinților sau cadrelor didactice. În colaborare cu specialiștii psiho-neurologi din instituțiile respective a fost apreciată capacitatea de cooperare a copiilor în vederea însușirii tehnicii de periaj dentar după scala valorilor comportamentale propuse de V. Frankl [1].

Educația sanitară a copiilor în formă de joc și instruirea tehnicii de periaj dentar a fost efectuată la nivel de grup, în microgrupuri (3-5 copii) și individual, metodele de educație fiind adaptate la vârsta, dezvoltarea intelectuală și particularitățile educaționale, comportamentale, individuale ale copiilor. Au fost elaborate și aplicate o serie de materiale audio-vizuale și metode de educație pentru instruirea medico-sanitară a copiilor. Pentru facilitarea procesului de însușire de către copii a tehnicii corecte de periaj au fost utilizate materiale ilustrative. În funcție de vârstă au fost selectate și repartizate copiilor remedii și obiecte de igienă orală și au fost efectuate 2-8 ședințe de periaj dentar ghidat și susținut. De asemenea au fost instruiți igienic părinții sau persoanele care îngrijesc de copii luați în studiu.

Rezultate

Analiza a 469 chestionare ne-a permis să constatăm ca majoritatea copiilor luați în studiu cu retardare mintală sunt proveniți din familii cu starea materială nefavorabilă: 39,52% copii proveniți din familii social vulnerabile; 41,12% copii sunt proveniți din familii cu stare materială nesatisfăcătoare și doar 14,51% copii sunt proveniți din familii cu stare materială satisfăcătoare, iar 6,85% copii - din familii cu starea materială bună. Copiii din lotul martor sunt proveniți din familii social vulnerabile în proporția de 47,06%, 37,1 % copii sunt orfani, iar 15,83 % copii sunt lipsiți de grija părinților.

Prelucrarea statistică a chestionarelor a relevat următoarele: majoritatea copiilor chestionați - 63,53% practică un singur periaj dentar în zi - dimineața până la dejun, 23,88% copii efectuează brosajul dentar neregulat, 8,74% copii nu periază dinții și doar 4,00 % copii realizează periajul dentar de 2 ori în zi. Cea mai mare parte dintre copiii cu retardare mintală - 62,90% nu cunosc importanța folosirii periuței proprii de dinți în igienizarea cavității orale. Mai mult de jumătate dintre copii (55,64%) consideră ca nu au nevoie de periuță la igienizarea cavității orale. Majoritatea copiilor, atât din lotul martor, cât și cei din lotul de cercetare (76,97%) consideră ca modul în care ei realizează igienizarea întregii cavități orale este corect. Totuși, există și un număr mic de respondenți (14,71%) care consideră ca nu reușesc să igienizeze corect cavitatea orală.

Demonstrarea tehnicii de periaj pe mulaje de către copii a permis constatarea, că 95,52% din numărul total de copii aplică o tehnică incorectă de periaj dentar, efectuând preponderent mișcări orizontale, iar o tehnică relativ corectă de periaj dentar practicau numai 2,827% copii cu retardare mintală și 6,33% copii din lotul martor, efectuând mișcări preponderent verticale. Majoritatea copiilor depășesc considerabil termenul de utilizare a obiectelor de igienă orală. Copiii instituționalizați (43 copii din lotul de cercetare și 221 copii din lotul martor) sunt

asigurați de 2 ori pe an cu obiecte și remedii principale de igienă orală din donații, prin urmare, termenul de utilizare a periuțelor de dinți constituie 6 luni. 68 copii cu retardare mintală proveniți din familii social vulnerabile la momentul completării chestionarelor nu aveau mijloace individuale de igienă orală. Doar 1,71% din toți copiii luați în studiu au indicat că utilizează o periuță de dinți în decurs de 3 luni, iar 27,50% din copii au răspuns că utilizează periuța de dinți până la uzarea ei deplină. Utilizează paste fluorurate 42,86% copii, iar 48,83% copii nu cunoșteau ce tip de pastă folosesc.

Remediile secundare de igienă orală au fost folosite în mod sporadic de 10,87% copii: 1,70% copii utilizau flosele dentare, iar 9,17% copii au indicat că folosesc scobitorile pentru igienizarea spațiilor interdente. Copiii amplasați în permanență în instituțiile rezidențiale sunt ghidați în realizarea periajului dentar de personalul medical auxiliar, însă în unele cazuri, se aplică o tehnică incorectă de periaj, cu utilizarea obiectelor și remediilor de igienă necorespunzătoare vârstei copiilor.

În rezultatul aplicării scalei valorilor comportamentale după V. Frankl [1] au fost constatate următoarele grade de cooperare a copiilor în însușirea și realizarea periajului dentar și tratament stomatologic:

Frankl 1 (F1) - tipar comportamental total necooperant se manifestă în special la copiii necomunicativi care se opun prin orice mijloc realizării periajului dentar. Ei manifestă un comportament imatur și incontrollabil, capacitatea lor de comunicare este absentă sau mult diminuată. Tiparul comportamental total necooperant a fost constatat la 10,45% din numărul total de copii luați în studiu, majoritatea fiind copii cu retardare mintală severă. Acești copii, indiferent de metoda de comunicare folosită, rămân necooperanți.

Frankl 2 (F2) - tipar comportamental parțial necooperant se manifestă la copiii care au în prezent un comportament necooperant, dar la care se poate prevedea pentru viitor că ar putea deveni cooperanți prin dezvoltarea abilităților lor de comunicare după aplicarea metodelor de instruire adecvate dezvoltării intelectuale. Tiparul comportamental parțial necooperant a fost constatat la 16,2% din numărul total de copii (13,21% - cu retardare mintală și 2,99% - cu dezvoltare intelectuală normală), care s-au caracterizat inițial prin timiditate, cooperare tensionată, comportament necontrolat și plângăcios.

Frankl 3 (F3) - tipar comportamental parțial cooperant se manifestă la copiii cu frică exagerată de medicul stomatolog, copii timizi, ezitanți, nehotărâți, influențabili care se feresc de tratament și pot trece ușor în categoria pacienților incontrollabili, copiii neîncrezători de orice vârstă, copiii încordați, cu tensiune nervoasă și copii plângăcioși. Tehnicile de instruire igienică în formă de joc și motivarea copiilor, aplicate în mai multe ședințe, aduc beneficii reale în cazul acestor copii. Un comportament neadecvat vârstei și particularităților psiho-emoționale poate conduce la trecerea acestor pacienți la un comportament total necooperant. Tiparul comportamental parțial cooperant a fost constatat la 19,83% din numărul total de copii (10,02% - cu retardare mintală și 9,81% - cu dezvoltare intelectuală normală).

Frankl 4 (F4) - tipar comportamental total cooperant. Pacienții cooperanți acceptă fără rețineri tratamentul stomatologic fiind veseli și comunicativi (pacienți total cooperanți). Tiparul comportamental total cooperant a fost constatat la 53,53% din numărul total de copii (19,20% - cu retardare mintală de grad ușor și 34,33% - cu dezvoltare intelectuală normală). Acești copii s-au manifestat prin relaxare, îngrijorare minimă, interesați și entuziasmați de realizarea programului propus de igienizare a cavității orale.

În studiul asupra 469 copii instruiți să practice igiena orală, am constatat diferențe esențiale între valoarea medie a indicelui de igienă orală (OHI-S) la copiii cu retardare mintală, comparativ cu copiii cu dezvoltare intelectuală normală. La aprecierea inițială a stării de igienă orală, din numărul total de copii, doar la 32 copii (12,90%) din lotul de cercetare și la 56 copii (25,34%) din lotul martor a fost constatat nivelul bun de igienă orală. Majoritatea copiilor cu retardare mintală 145 (58,47%) aveau un nivel nesatisfăcător de igienă orală, iar majoritatea copiilor din lotul martor 60,18% (133) aveau un nivel satisfăcător de igienă orală. Evaluarea plăcii restante după periaj în spațiile interdente prin estimarea indicelui API a permis să

constatăm o igienă orală corespunzătoare (API<30%) la 1,20% copii cu retardare mintală și 11,76 % copii cu dezvoltare intelectuală normală. La majoritatea copiilor - 62,1% din lotul de cercetare și 85,06% din lotul martor s-a constatat nivelul deficitar de igienă orală (API>30%). La un număr considerabil de copii cu retardare mintală moderată și severă (36,7 %) și 3,18 % copii cu dezvoltare intelectuală normală s-a constatat o igienă absentă (API=100%).

Testarea colorimetrică a plăcii bacteriene restante după periaj a relevat următoarele: copiii nu igienizează suficient suprafețele proximale și vestibulare ale molarilor maxilari și suprafețele linguale ale molarilor mandibulari; eficiența periajului a fost mai mare în zona frontală, atât la copiii cu retardare mintală, cât și la copii cu dezvoltare intelectuală normală. Valorile indicelui de placă restantă după periaj nu au fost identice pe partea stângă și pe cea dreapta, fiind mărite pe partea dreaptă la maxilă și mandibulă. Acest fapt denotă că la debutul studiului copiii aplicau o tehnică incorectă de periaj dentar.

În decursul perioadei de observație cunoștințele igienice se completează, se constată deosebiri esențiale între nivelul de motivare în autoîngrijirea cavității orale a copiilor în funcție de gradul de dezvoltare intelectuală. Numărul copiilor cu dezvoltare intelectuală normală (lotul martor) care efectuează periajul dentar de 2 ori pe zi s-a majorat cu 71,04%, comparativ cu 35,08% la copii cu retardare mintală. Cu toate că a scăzut considerabil numărul copiilor cu deficiențe în însușirea tehnicilor de igienă orală, totuși, 5,11% copii cu dezvoltare intelectuală normală instruiți igienic continuă să efectueze neregulat brosajul dentar, iar în lotul de copii cu retardare mintală acest număr fiind mult mai impunător - 23,88%, (copii cu retardare mintală moderată și severă, proveniți din familii dezorganizate).

Drept rezultat al implementării măsurilor preventive s-a schimbat atitudinea copiilor față de tratamentul stomatologic: numărul de copii care au atitudine pozitivă s-a majorat cu 30,92%. Numărul copiilor care aveau o frică ușoară față de tratamentul dentar a scăzut în loturile instruite igienic cu 32,83%, numărul copiilor, care refuzau tratamentul la stomatolog a cu 24,958%.

Rezultatele obținute în urma studiului evidențiază scăderea considerabilă a indicelui igienic și placă reziduală la copiii cu dezvoltare intelectuală normală. Au întâmpinat greutăți de coordonare, finețe și eficiență prin scurtarea timpului de periaj și tehnică incorectă – 43,14% copii, 3,62% copii nu au colaborat (copii cu retardare mintală severă, proveniți din familii dezorganizate cu curențe educativ-igienice pregnante, copii cu tipar comportamental total necooperant, și cu frică de medicul stomatolog și altele).

Estimarea indicelui de igienă orală (OHI-S) după realizarea instruirii igienice în decurs de 1 an ne-a permis să constatăm o ameliorare considerabilă a stării de igienă orală la copiii din lotul de cercetare. Indicele OHI-S s-a micșorat cu 1,02 la copiii instruiți igienic, comparativ cu micșorarea OHI-S cu 0,48 la copiii din lotul de referință.

Estimarea plăcii microbiene restante după periaj a permis să constatăm că copiii din lotul de cercetare au însușit tehnica corectă de periaj dentar și flossing, fapt obiectivizat prin diminuarea cu 42,16% a valorii API, comparativ cu scăderea doar cu 18,42% a acestui indice în lotul de referință. În lotul de cercetare nici la un copil nu a fost constatat indicele API=100% (igienă orală absentă). Însă, în lotul de referință igiena orală absentă a fost constată la 6,18% din numărul total de copii, toți copiii fiind cu retardare mintală severă.

După însușirea tehnicii de periaj și a flossingului s-a majorat eficiența periajului atât în zona frontală cât și în regiunea molarilor, s-a determinat diferența între indicele restant de placă după periaj, pe hemiarcada dreaptă și stânga. Cu toate acestea, suprafețele proximale și vestibulare ale molarilor superiori și suprafețele linguale ale molarilor inferiori nu sunt curățite suficient. La 11,76% copii din lotul martor și 36,7% copii cu retardare mintală se atestă prezența plăcii bacteriene pe suprafețele menționate. Majoritatea copiilor cu retardare mintală severă nu sunt capabili să realizeze de sinestătător periajul dentar corect și necesită încurajarea, precum și susținerea, ghidarea sau igienizarea cavității orale de către părinți sau alte persoane care-i îngrijesc.

Discuții

Prevenirea afecțiunilor aparatului dento-maxilar este de importanță primordială pentru pacienții cu dizabilități psihice.

Educația pacientului pentru igienizarea cavității bucale reprezintă primul pas spre sensibilizarea acestuia. Această atitudine implică activ pacientul și promovează implicarea copilului în propria sa stare de sănătate. În plus, se stimulează imaginea pozitivă despre sine a copilului și crește independența sa față de cei din jur. Important este ca copilul să fie implicat în realizarea igienizării propriei cavități bucale, atât cât îi permite condiția sa fizică și psihică, iar măsurile cu caracter preventiv să fie aplicate la vârsta cât mai fragedă, care să fie apoi urmate pe termen lung. Copiii cu tipar comportamental F1-F3 după V. Frankl necesită aplicarea metodelor educaționale individualizate adecvate vârstei și particularităților psiho-emoționale, metode de motivare, încurajare și ghidare în realizarea tehnicii corecte de periaj dentar. Pentru deprinderea tehnicii corecte de periaj dentar copiii cu retardare mintală au nevoie de 5-8 ședințe de periaj dentar ghidat.

Copiii cu grad ușor și moderat de retardare mintală au nevoie de ajutorul persoanelor care-i îngrijesc în igienizarea cavității orale, iar copiii cu grad sever și profund de retardare mintală necesită igienizarea cavității orale de persoanele care-i îngrijesc.

Dacă copilul poate folosi și pasta de dinți la periaj, i se va recomanda un produs fluorurat, dar concentrația nu va depăși 500 ppm F. Dacă folosirea pastei de dinți creează dificultăți în timpul periajului, provoacă senzație de înecare pacientului, sau este contraindicată din alte motive, dinții pot fi igienizați doar cu periuța de dinți și apă, iar igiena orală suplimentată prin aplicarea unui gel fluorurat, sau dinții pot fi periați cu gel fluorurat. Ca regula generală, se recomandă folosirea zilnică a aței dentare, dar foarte frecvent copiii cu dizabilități psihice nu pot utiliza floșele. Copiii cu un grad sever de retardare mintală nu pot utiliza floșele și va fi ajutați de persoanele care îi îngrijesc, pentru facilitarea flossingului se recomandă utilizarea floșetelor. Colorarea plăcii bacteriene cu revelatori de placă este un factor eficient de motivare în vederea respectării igienei orale a copiilor cu dezvoltare intelectuală normală și a copiilor cu retardare mintală ușoară (în unele cazuri și a copiilor cu retardare mintală moderată) și contribuie la ameliorarea stării igienei orale.

Persoanele care îngrijesc copii cu retardare mintală trebuie instruite în vederea introducerii în programul zilnic de îngrijire a măsurilor de igienă orală și în vederea asigurării supravegherii regulate a programului de igienă orală la domiciliu sau în instituțiile rezidențiale. Familia sau îngrijitorul trebuie să efectueze programul de igienizare a cavității orale parțial, sau în totalitate, atunci când pacientul nu are capacitatea de a-l realiza. Igiena orală la copiii cu grad avansat de retardare mintală este eficientă numai în cazul în care copilul în mod regulat este ajutat de o altă persoană. Îngrijitorii copiilor cu retardare mintală trebuie instruiți și în ceea ce privește poziționarea pacientului pentru a-i se efectua igienizarea cavității bucale. Poziția în care este așezat copilul trebuie să fie confortabilă și sigură pentru acesta. Programarea ședinței de igienizare orală trebuie făcută într-o perioadă a zilei în care pacientul poate să coopereze la maximum.

Concluzii

1. Studiul dat a demonstrat că copiii din instituțiile rezidențiale nu posedă cunoștințe suficiente pentru a efectua corect un program de igienizare a cavității orale. S-a constatat un nivel inferior de cultură igienică și lipsa comportamentului sanogenic în mediul familial.
2. Determinarea indicelui OHI-S ne-a permis să constatăm nivelul precar de igienă orală la copiii cu retardare mintală.
3. Analiza rezultatelor lucrării a elucidat necesitatea inițierii și realizării programelor de educație pentru sănătate în instituțiile rezidențiale pentru copii, cu aplicarea mijloacelor și metodelor moderne educaționale, fapt care va contribui la reducerea prevalenței și incidenței principalelor afecțiuni stomatologice.

4. Este necesar de a instrui igienic nu doar copiii cu diferite grade de retardare mintală, dar și persoanele care îngrijesc de ei.
5. Copiii cu un grad sever și profund de retardare mintală nu sunt capabili să realizeze periajul dentar și necesită igienizarea cavității orale de persoanelor care-i îngrijesc.
6. În scopul prevenirii principalelor afecțiuni stomatologice la copiii instituționalizați este necesară aprovizionarea cu regularitate a copiilor cu obiecte și remedii de igienă orală

Bibliografie

1. Maxim A., Bălan A., Păsăreanu M., Nica M. Stomatologie comportamentală pediatrică. Iași. 1998. p.142-162.
2. Mental Retardation, Definition, Classification and Systems of Supports, 9th Edition, American Association On Mental Retardation, 1992.
3. Tsami A, Pepelassi E, Gizani S, Komboli M, Papagianoulis L, Mantzavinos Z. Oral hygiene and periodontal treatment needs in young people with special needs attending a special school in Greece. *Journal of Disability and Oral Health*. 2004; 5:57-64.
4. WHO-Enquetes sur la santé buco-dentaire. Méthodes fondamentales. 2002. Genève. p. 25-29.
5. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Educatia/Educatia%20_RM_2011.pdf
6. http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Copiii_Moldovei/Copiii_Moldovei_ed_2012.pdf

MIGRĂRILE DENTARE ÎN EDENȚAȚIA PARȚIALĂ – ASPECTE CLINICE CONTEMPORANE

Vadim Oineagra¹, Vasile Oineagra²

Catedra Propedeutică stomatologică și implantologie dentară „Pavel Godoproja”,
USMF „Nicolae Testemițanu”¹

Catedra Stomatologie ortopedică, chirurgie OMF și implantologie orală,
USMF „Nicolae Testemițanu”²

Summary

Tooth migration in partial edentatia – clinical manifestations

Based on complex clinical instrumental and paraclinic examination of 31 (13 m., 18 w.) patients with partial edentia, clinical manifestations of teeth migration have been studied. In partial edentia teeth migrations generate occlusal disharmonies with morphologic-functional disturbances of stomatognathic system components. Premature occlusal contacts lead to destabilization of static and dynamic intermaxillary positions by blocking mandible movements and involving the muscles and temporal-mandibular joint in the pathological process.

Rezumat

În baza examenului clinic-instrumental complex și paraclinic a 31 (13 b, 18 f) pacienți cu edențații parțiale, s-au studiat manifestările clinice ale migrărilor dentare. În cazul edențației parțiale migrările dentare generează dizarmonii ocluzale cu instalarea unui dezechilibru morfofuncțional la nivelul elementelor componente ale sistemului stomatognat. Contactele ocluzale premature conduc la destabilizarea pozițiilor mandibulo-craniene dinamice prin blocarea și/sau devierea mandibulei, implicând în procesul patologic mușchii mobilizatori ai sistemului stomatognat și articulația temporo-mandibulară.