

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ К СТАТРИДЦАТИЛЕТИЮ «КОНСТИТУЦИОННОЙ КАРИЕСОЛОГИИ»

Резюме

Современная концепция кариеса зубов очень далека от совершенства. С точки зрения методологии она как это ни парадоксально, сделала, серьезный шаг не вперед, а назад от представлений, имевшихся в конце XIX в.

Ключевые слова: кариес зубов, современная концепция

Summary

THE MODERN CONCEPTION OF TEETH DECAY

The modern conception of teeth decay is far away from perfection. From point of view of methodology it has been made a step back, not behind, if compared with XIX sec.

Key words: teeth decay, modern conception

Современная концепция кариеса зубов при всей своей глубокой разработанности и монополярной популярности очень далека от совершенства. Более того, с точки зрения глубокого содержания, (методологии) она как это ни парадоксально, сделала, серьезный шаг не вперед, а назад от представлений, имевшихся в конце XIX в.. Основоположник кариесологии — Willoughby Dayton Miller, — не обладая, очевидно, и миллионной долей информации, которой владеем мы, тем не менее, суть происходящего, видел иначе и существенно глубже нас. Ученый, впервые, доказавший, что кариес — следствие биохимической кислотообразующей способности микробов рта, объясняя свой взгляд на этиологию заболевания на первое место, ставил не открытый им микробный фактор и состав пищи, а «конституцию». (В некоторых местах он говорил о конституции человека, в других — зуба) будучи врачом и исследователем эпохи Л.Пастера и соратником первооткрывателя туберкулезной бациллы — Р.Коха — он, по всей видимости, и не мог мыслить иначе. Ведь само инфицирование первооткрытой палочкой Коха никогда и никем не отождествлялось с заболеванием соответствующим недугом. Для того, чтобы развилось заболевание мало одного попадания возбудителя во внутреннюю среду организма, необходима некая «конституционная предрасположенность», но основывающиеся, как это мы сегодня видим, на полигенной наследственности. Если это касается такого вирулентного возбудителя, то тем более нечто аналогичное должно иметь место при взаимодействии с нормальной флорой рта, даже если считать ее условно патогенной.

У.Миллер умер рано, и не успел даже подойти к загадке конституционной предрасположенности или наоборот, устойчивости к кариесу. Но до конца жизни ставил системный, общеорганизменный фактор (конституция — нем. Die Konstitution, die Verfassung) на первое место. Кстати, точно такую же позицию он занимал в отношении того заболевания пародонта, что ныне по-русски называется «пародонтит». И последователи и интерпретаторы Миллера были менее глубоки в своих суждениях. И сегодня, в начале XXI века упоминают ученого лишь в качестве первооткрывателя феномена «кариеса ин витро», напрочь, отказавшись от его куда более глубокого и широкого понимания сути происходящего. В лучшем случае вспоминает о субстрате лишь в связи с минерализованностью эмали. Восстанавливая историческую справедливость, мы условно обозначим позицию Миллера, как конституционную кариесологию.

И тогда, и сегодня было понятно, что разрушение твердых тканей зуба вызывается микробами. Иначе говоря, участвуют в этом процессе две стороны: ткани макроорганизма и микроорганизмы, а нежелательное для нас событие — кариес — может быть следствием как повышенной активности одной

Окушко В.Р.
д.м.н., профессор
Приднестровский
Государственный
Университет им.
Т.Г.Шевченко

стороны либо пониженной сопротивляемостью другой. Оба предположения формально равновероятны. Но несопоставимо проще и нагляднее все, что касается жизнедеятельности микробов: есть питающая среда — они размножаются, нет — гибнут. За тканями же зуба, зубной эмалью — все тайны человеческого организма, и та самая конституция закономерности регуляции, на всех уровнях и этапах онтогенеза. Эти закономерности, весь их бесконечно сложный клубок Миллер обозначил обобщающим понятием «конституция», поставив его не в один ряд, как это сделал Keys, в своем знаменитом «трилистнике», а именно на первое место. На последнем месте по значимости оказались факторы, активизирующие микроорганизмы полости рта — высокоуглеводные диеты. Такова концептуальная позиция У.Миллера.

За более чем вековую историю вопроса была накоплен огромный фактический материал, уточняющий множество позиций в цепи событий, ведущих к деструкции зубных тканей. При этом, однако, практически все усилия были направлены на изыскания возможностей подавления агрессора — «кариесогенной флоры».

Считалось и считается, что поскольку микробы явно — атакующая сторона, (враги), то именно от них, от их инфраструктуры зависит исход противостояния. Такой вывод был сделан большинством специалистов. Эмаль виделась явно пассивной, она подлежала опеке, защите от повреждающих микробных начал. Если противодействовать микробам, то тем самым мы защищаем эмаль. Это очевидное и наглядное решение проблемы подкреплялось еще чисто прагматическими соображениями. За зубной эмалью — бездна сложностей. Процессы, происходящие в организме человека на протяжении жизни бесконечно сложны, переплетены, и их изучение займет века и века. В противоположность этому и сама жизнь микробов и способы подавления их — очевидны: меньше сахара, больше бактерицидных приемов. Все «противокариозное» можно до бесконечности, изобретать, совершенствовать, производить, и, что самое главное, продавать. На этой простой мысли основывалось и по сей день, основывается теория и практика гигиенического направления кариеспрофилактики. Возникла и развивалась индустрия соответствующих гигиенических средств. Тысячи и тысячи вариантов зубных щеток, порошков, паст наводнили рынок. Ухаживать за зубами начало все большее число людей. Этим, собственно, и занималась экономически благополучная часть населения на протяжении почти целого века. Но парадоксальным образом, именно в это время и преимущественно в этой призме людей происходило «триумфальное шествие» кариеса. И распространенность, и интенсивность заболевания непрерывно росли, что происходило приблизительно до 80-х годов прошлого столетия.

Явная несостоятельность в борьбе с кариесом

гигиенических усилий проявлялось, конечно же, не только на популяционном уровне, она ощущалась каждым думающим специалистом. Слабая связь патологии с гигиеническим статусом рта и сильная — с наследственностью не оставляла сомнений в том, что в понимании процессов, ведущих к кариесу мы далеки от истины. Это и проявлялось особенно четко в шестидесятые годы, когда масса кариесрезистентных сельских жителей переселилась в города и в тот же Кишинев, приобретая новых горожан, и вместе с ними кариес. На этом фоне возникла идея, о каких неизвестных эндогенных («конституционных») факторах, вызывающих кариесную пандемию.

Автору этих строк неизвестно, где еще и когда еще проходили аналогичные интеллектуальные процессы, но можно с полной уверенностью утверждать, что именно здесь, в Кишиневе в «оттеплевые» шестидесятые годы возникла идея возобновления поиска таинственной миллеровской «конституции», в качестве возможного решающего фактора разрушения равновесия и возникновения кариесной деструкции эмали («кариесогенности»). Для того, чтобы пояснить связь между центральной проблемой стоматологии и городом Кишиневом, мне придется, нарушив жанр данной публикации, отдать несколько строк мемуаристике. Шли первые годы функционирования здесь стоматологического факультета. Защитив кандидатскую, я ощутил неудовлетворенность ее содержанием, но в то же время почувствовал вкус к фундаментальным исследованиям. Зная немного литературу, я удивлялся легкости, с которой искажаются взгляды ученых, ушедших из жизни, и в череде трудов У.Миллера, которому в те времена было прикреплено клеймо «локалиста», работая ассистентом в клинике челюстнолицевой хирургии, я продолжал свое самообразование не только в специальности, но и в вопросах. Важно, что тогда существовала особая уникальная атмосфера, которую сегодня ретроспективно мы можем связать с отголосками движения «шестидесятников». При известной смелости можно было свободно и искренно общаться с молодыми коллегами обо всем на свете, в том числе и обсуждать биологические судьбы человечества. Не могу сказать, что миллеровские идеи специально, обсуждались на семинарах, в моих научных отчетах, ради этого мы собирались раза два-три. Но важна была именно атмосфера; тысячи реплик, иногда колкостей, под-сказок совершали свое неявное, но важное дело.

Именно приподнятый оптимистический общий настрой, настроение, поиска и надежд толкнула меня на дерзкий шаг от умозрительных соображений к проверке их конкретными исследованиями. Моими оппонентами, спорщиками и помощниками были коллеги по клинике А.А. Кудряшов, А.Э. Гуцан, В.Г. Мелехов, И.А. Сорочан, И.Ф. Мунтян, Д.И. Щербаток, П.Д. Годорожа, В.Топал, В.Ф. Кожокару, Т.В. Попович, Г. Цыбыр-

нэ. Добывали первичный материал, публиковались со мной и студенты-кружковцы, и совсем молодые врачи. Один из них — И.Н. Илуца пронес верность соответствующей идеологии через всю профессиональную жизнь. Другой — В.Я. Рябцев — вернулся к ней спустя десятилетия. Это была совсем не исследовательская группа или творческий коллектив. Каждый занимался своей темой, строил свои планы, так или иначе прикасался к моим мыслям, сами того не замечая, оставлял в них свои неуловимые следы критики и поддержки, подсказки. Достаточно смелые, явно «не диссертабельные» материалы и их интерпретация в конце концов вылились в достаточно необычную докторскую работу. В ней, в 1971г. был, возможно, впервые был предложен особый подход к проблеме массовых стоматологических заболеваний кариеса и пародонтита. Вместо поиска неблагоприятных, патогенных воздействий в качестве причины пандемий этих заболеваний рассматривался комплекс позитивных сдвигов в биологии человека. Понятия конституции в ту пору было почти табуировано, и я писал о фенотипических особенностях свойственных в той или иной степени населению цивилизованных регионов. Так или иначе, труд «Антропологические аспекты кариеса зубов и пародонтоза» стал по своей сути одной из попыток продолжения мыслей У.Миллера о первостепенном значении в рассматриваемом явлении конституционных особенностей человека.

Логика такой позиции уже упоминалась. Она заключается в том, что, в конечном счете, кариес — нарушение равновесия между поверхностью эмали и населяющей её микрофлорой. Причиной дисбаланса принимается низкая устойчивость эмали. Но самое главное в предложенной концепции было утверждение, что патогенными были воздействия отнюдь не повреждающего, нарушающего, «ломающего» свойства, но, как ни парадоксально, обстоятельства видимо даже «позитивные», но модифицирующие фенотип, изменяющие «конституцию». (Заметим, что разделение на позитивное и негативное условно и в биологии такое разделение имеет смысл только применительно к конкретному объекту и системному уровню. Так, положительное для популяции (естественный отбор) должен быть отрицательным для определённых особей — носительниц мутаций. Точно также положительное — для популяции опухолевых клеток — крайне отрицательно для организма. В одонтологии аналогично: отрицательное (разрушающее) действие на эмаль жёсткой пищи благоприятно для всего зуба, для его устойчивости к кариесогенным и пародонтозогенным факторам.)

Соответственно этой логике была предложена гипотеза, согласно которой, распространение основных групп стоматологических заболеваний (кариеса, пародонтита и аномалий прикуса) равно как и других болезней цивилизации современ-

ного человека связана не столько с отрицательными моментами цивилизации, экологии и образа жизни, сколько с положительными её сторонами, в частности проявляющейся в акселерации физического развития. При этом акцентировалось внимание на самой постановке вопроса: речь шла не о причине заболеваний вообще, явлении заведомо многогранном, а исключительно о причине нынешней массовой и как было показано, параллельной их распространённости, т. е. о некоем популяционном явлении. На литературном и собственных материалах было показано, что заболевание кариесом с доисторических времен по момент исследования превалировало в популяциях, более защищённых от присущих естественной среде обитания жёстких обстоятельств, от комплекса неблагоприятных, изнуряющих условий борьбы за существование на всех этапах онтогенеза. Эта закономерность прослеживалась на популяциях животных и на палеоантропологическом материале и в экспериментах. Как показали эти исследования, именно биологический пресс оказался тем благотворным для популяции и крайне тяжёлым для отдельных особей условием, которое сформировало резистентные конституции, (фенотипы). Что касается содержания конкретных саногенных механизмов, блокируемых цивилизационными (комфортными) условиями, то они стали достаточно понятными лишь в части кариеса. Речь идёт о массовом ускорении, преждевременном на 1-1,5 года прорезывания зубов, свойственном современным людям — явлении, тесно связанном с акселерацией физического развития. Как известно, именно раннее прорезывание зуба, сопряжённое с «незрелостью» эмали — одно из самых известных условий, предопределяющих развитие кариеса. Таким образом, ответ на вопрос, почему популяции современного человека подвержены в массовом масштабе кариесу зубов, получает однозначный и достаточно чёткий ответ: пандемия кариеса — следствие пандемии раннего прорезывания зубов — фенотипической («конституционной») особенности благополучных популяций. Этот смелый, в духе шестидесятых, «несогласованный» нетрадиционный подход разрабатывался при творческом взаимодействии и безусловной поддержке со стороны моих учителей: Александра Ивановича Евдокимова и Николая Александровича Федорова. Концепция была одобрена и отточена в формулировках Ильёй Ефимовичем Амлинским. Она не вызвала возражений и у официальных и неофициальных оппонентов: антропологов Л. И. Неструха и Б.А. Никитюка, анатома Б. В. Огнева, и др., и главное, всех стоматологов московского Ученого совета. Повторюсь, и сбор материала, и его обсуждение проходили в исключительно благоприятной атмосфере особой исследовательской культуры, шедшей от людей сохранивших унаследовавших, дух дореволюционного российского университета.

Что касается современного общего тренда к прагматизму в науке, то он отодвинул на задний план и такой стиль мышления, и такую постановку вопроса. Дальнейшая разработка этого направления осуществлялась лишь в работах, инициированных автором упомянутой диссертации, которому суждено было стать «лидером немногочисленной оппозиции».

Признание за преждевременным прорезыванием зубов роли фактора, определившего низкую кариесрезистентность эмали в популяциях современного человека, проблемы кариеса, естественно, не решали. В частности, оно никак не поясняет причины появления или непоявления кариесных дефектов и у отдельных лиц (на уровне организма), у которых возрастное созревание (минерализация) эмали уже произошло. Если все понятно относительно участников конфликта, то осталось совершенно неясно, что определяет время его возникновения. Почему, когда, при каких обстоятельствах эта причина начинает действовать? И никакие самые изощренные и изящные схемы с указанием «фактора времени» этого не объясняют. Но ведь все дело именно в этом вопросе. Какое событие приводит к нарушению равновесия? Почему это происходит у одного пациента в 2 года, у другого в двадцать два, в сорок два? Ведь это как раз самое главное, поскольку внезапное и кардинальное вредное изменение диеты или гигиенических привычек практически никогда не бывает. Представляется очевидным, что до тех пор, пока не будет найдено и проведено объяснение этому событию. Кариес останется загадкой, стоматологической проблемой №1.

Но вернемся к идеям праотца нашей науки. Мы никогда не узнаем, понимал ли под словом «конституция» нечто заданное, исключительно морфологическое и неизменное. Но, скорее всего он так обозначал морфофункциональное единство, изменчивое и в принципе управляемое по смыслу подобное устойчивости к тому же туберкулезу.

У нас поиск причин этой резистентности шёл через анализ материалов по изучению роли наследственности в возникновении кариеса, при помощи близнецового метода. Как явствовало из литературы и собственных наблюдений, конкордантность монозиготных (однойцевых) пар по признаку поражённости кариесом касается не только числа поражённых зубов и не только локализации поражений (индекс Хольцингера порядка 80 %), но и, что здесь самое важное, — по времени их возникновения. Одновременность начала процесса наблюдалось в подавляющем большинстве монозиготных пар. При этом конкретный возраст синхронного (конкордантного) возникновения оказывался у различных пар очень различным: от раннего детства до периода взрослости. Осмысление этого факта привело к заключению, что генетически предопределено само время возник-

новения критической кариесогенной ситуации. Это означает, что кариесрезистентность эмали кроме её зрелости, минерализации определяется ещё неким очень существенным наследственным фактором, основным свойством которого является лабильность, непостоянство и эндогенность — зависимость от внутренних генетических программ, способных выводить и вводить в действие эти механизмы.

Стала совершенно очевидной реальность некоего неизвестного ранее фактора кариесрезистентности, обладающего способностью быть включённым и выключенным в зависимости от неких системных регуляторных воздействий со стороны макроорганизма. В то же время хорошо известно, что зубная эмаль — бесклеточная ткань, состоящая из неорганической, органической и водной фракции. Но ни минералы, ни коллаген сами по себе изменяться, сиюминутно функционально не в состоянии. Изменяется и изменять свойства поверхностных слоёв эмали может только поток, водного раствора — эмалевого ликвора. Об этой жидкости хорошо известно, что она в нормальных условиях перемещается центробежно от места формирования (дентино-эмалевое соединение) и до выхода на наружную поверхность эмали из её пор в виде микрокапель. Из сказанного однозначно вытекает, что единственным субстратом изменчивости антимикробных свойств этой ткани может быть именно эмалевый ликор. Такими были основания для построения гипотезы о существовании некой активной кислотоустойчивости, отражающей устойчивость к кариесу (резистентности в отношении кариесной флоры полости рта). Обнаружение соответствующего явления в эксперименте³ и клинике⁴ относится к 80-м годам. Стало ясно, что известная издавна чрезпокровная транспирация эмалевой жидкости играет важную роль в кислотоустойчивости поверхности эмали. Стало ясным, что кислото-, а значит и кариес-резистентность различна не только у конкретных индивидов, что давно известно, но и самое важное, что стало понятным именно теперь — изменчива во времени, лабильна, непостоянна. Данное явление, известное, уже более трех десятилетий, до сих пор не вошло в программы обучения и, соответственно, в сознание практических врачей и экспериментаторов.

С момента обнаружения феномена стало понятным, что структурная резистентность, связанная с минерализованностью поверхностных слоёв эмали — действительно не единственный вид устойчивости. Стало ясно, что живой и в особенности «молодой» зуб оказывается кислото- и кариесустойчивым благодаря комплексной структурно-функциональной резистентности эмали, которая подвержена изменениям благодаря её активному функциональному компоненту.

В дальнейшем все научные события этого развиваемого направления были связаны с упомя-

Таб. 1. Изменчивость кислотоустойчивости эмали

Модифицирующие факторы		Изменения кислотоустойчивости эмали	
		в сторону повышения	в сторону понижения
Биологические ритмы	окологодовые (сезонные)	лето	конец зимы
	околомесячные (менструальный цикл)	фаза роста фолликула	фаза овуляции
	околосуточные	Ночь	день
Общее состояние организма	системные заболевания	связанные с ожирением	связанные с острым воспалением
	физические нагрузки	лёгкие упражнения	переутомление
	эмоциональные нагрузки	на спаде напряжения, релаксация	на высоте напряжения
Системные воздействия	вегетотропные препараты	холинэргические	адренэргические
	другие препараты	фториды, аскорбиновая кислота, карбамид, паротин, элеутерококк, токоферол	брадикинин, перекись водорода, легкоусвояемые сахара
	акупунктура	включение стимулирующих механизмов	—
Локальные воздействия	воздействия на афферентный нерв	деафферентация	раздражение нерва
	воздействия на зуб	стимуляция: механическая, физическая, физико-химическая	внутрипульпарное введение кокаина
	лечебные манипуляции	с сохранением пульпы	с депульпированием

нутым ранее неизвестным явлением. Последовательно в экспериментах на животных и в клинике в трёх десятках диссертационных работ⁴ был выявлен целый ряд закономерностей, характеризующих изменчивость кислотоустойчивости эмали. Они суммарно представлены в таблице.

Очевидно, что приведённое — данные первого приближения. Они указывают на возможность и необходимость создания ныне не существующих дисциплин — нормальной и патологической физиологии зуба равнозначным изученной и изучаемой морфологии органа. Такие дисциплины неизбежно станут фундаментом инноваций в клинической одонтологии и в первую очередь её профилактического направления. Уже сегодня в клинической практике (преимущественно исследовательской) применяется биопроба (ТЭР — тест резистентности эмали), позволяющая оценить в условных единицах комплексную структурно-функциональную кислотоустойчивость эмали. Этот тест используется многими исследователями в целях объективизации изменений, наступающих в эмали в результате лечебно-профилактических воздействий. Он внесён в государственную программу подготовки стоматологов в Украине.

Самое интересное и значимое практическое применение указанных закономерностей — физиологии зуба — получили в организации массовой кариес-профилактической программы в Приднестровье. В соответствии с данными о сезонных изменениях кислотоустойчивости и возможности её контроля здесь было организовано назначение детям аскорбиновой кислоты ежегодно в последние дни февраля — начале марта. Снижение уровня поражённости приблизительно на одну треть

прослеживается на протяжении восьми лет (КПУ 12-летних < 0,9). Этот факт очень важен не только с практической, но и с точки зрения теоретической, поскольку указывает на открывшуюся возможность получения положительного результата в популяции при назначении средств, корректирующих кислотоустойчивость эмали прицельно в период её сезонного угнетения. Не должно вызывать сомнений, что подобная концентрация профилактических усилий во времени будет ещё более эффективна не при групповом, а при уточнённом персонализированном их назначении, строго индивидуально в критические дни гипорезистентности. Такой подход полностью соответствует современным тенденциям к персонализированной предиктивной медицине. В части предсказательности, сегодня мы в кариесологии можем опираться не на генетические, а на фенотипические маркеры — спады резистентности эмали.

Подводя итог изложенному следует признать, что теоретическое, концептуальное осмысление одной из болезней цивилизации, начатое У.Миллером, совершив виток, возвращается на круги своя, существенно обогащённым. Расплывчатая и таинственная «конституция», провозглашённая нашим отцом-основателем в качестве первой причины возникновения кариеса, впитав, приобретает все более четкие формы. Специалистов, проникнувших осознанием этого обстоятельства, еще очень не много. Но дело не в многочисленности или малочисленности оппозиции «современным» упрощённым и поэтому достаточно бесплодным значением. Главное, что она стоит на прочном фундаменте естественно-

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 resection, 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