

- c) Vara : - frecvența de 6%
 - la bărbați mai frecvent
 - tratamentul cu metronidazol a fost mai eficient
 - rezultatele tratamentului au apărut cel mai timpuriu.
- d) Toamna: - frecvența de 32%
 - mai frecvent la femei
 - tratamentul cu levomecol a fost mai eficient
 - rezultatele tratamentului au survenit cu întârziere

Concluzii

- Timpul de remisie în ambele forme anatomopatologice este mai precoce la tratamentul cu metronidazol.
- Vindecarea este mai rapidă la persoanele care respectă o igienă regulată a cavității bucale.
- Frecvența alveolitei după extracții este de 2%.
- La mandibulă alveolita postextracțională este mai frecventă decât la maxilă.

Bibliografia

1. Burlibașa Corneliu. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală. București 2005.
2. Constantin Matcovschi, Vasile Procopișin, Biris Pării. Ghid farmacoterapeutic. Chișinău 2006.
3. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice. Chișinău 2002.
4. Marius Pricop, Emil Urtilă. Infecțiile buco-maxilo-faciale. Editura Helicon. Timișoara 1994.
5. Rotaru A., Băciuț G., Chirurgie maxilo-facială. Cluj-Napoca, 2003.
6. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie buco-maxilo-facială. Editura Universitas. Chișinău 1992.

CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL AL GINGIVITEI HIPERTROFICE

Olesea Brenici

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Criteria of differential diagnosis for hypertrophic gingivitis

To confirm clinical diagnosis of hypertrophic gingivitis, an important place occupies differential diagnosis by argumentation of clinical, radiological, biochemical signs and specific for this periodontal disease.

Rezumat

În confirmarea diagnosticului clinic de gingivită hipertrofică, diagnosticul diferențial ocupă un loc aparte, dar și foarte important, prin argumentarea semnelor clinice și radiologice, biochimice și specifice afecțiunii parodontale date.

Actualitatea temei

Studiul detaliat al afecțiunilor parodontale cu utilizarea metodelor de cercetare epidemiologice, clinico-radiologice, morfologice, dar și observarea în dinamică a pacienților în procesul de tratament complex au permis formularea semnelor principale diferențial-diagnostice ale afecțiunilor parodontale.

Gingivita hipertrofică – prezintă o inflamație cronică cu caracter proliferativ a gingiei, ce este însoțită de hiperplazia țesutului conjunctiv și proliferarea stratului bazal al epitelului. Se caracterizează prin următoarele simptome clinice: modificări de volum, formă, culoare, consistența papilelor și a gingiei alveolare.

În etiologia gingivitei hipertrofice după [1] se remarcă:

1. factorii locali (microbieni, traumatici, combinați-anomalii);
2. factorii generali (exogeni, endogeni, exo-endogeni, cauze neidentificate).

Printre factorii endogeni pot fi numiți: dereglări hormonale (perioada juvenilă, sarcina), hipofuncția glandei tiroide, gastrita anacidă, bolile sîngelui (leucoze), hipovitaminoze, reacții adverse la medicamente ca difenilhidantoina, Sustac, contraceptive.

Actualmente noi ne-am condus de următoarea clasificare a gingivitei hipertrofice (A.И. Грудякова., И.В. Безрукова, 2002):

1. conform acțiunii factorilor cauzali: sinestătătoare (locali), simptomatică (generală);
2. forma clinică de manifestare: inflamatorie, fibroasă, granulată;
3. după gravitate: incipientă, ușoară, medie, gravă;
4. după evoluție: cronică, remisie, însănătoșire;
5. după localizare: localizată, generalizată.

Diagnosticul diferențial al afecțiunilor parodontale se efectuează în baza metodelor:

1. clinice: Proba Schiller – Pisarev, indicile igienic, PI, PMA; culoarea gingiei; consistența gingiei; caracterul inflamației; gingivoragia; punga (gingivală, parodontală) cu adîncimea și caracterul exudatului; numărul dinților cariati și obturați; mobilitatea dinților; punctul de contact;
2. radiologice;
3. de laborator (migrarea leucocitelor după Iasinovski, hemograma, biochimie, imunologie, microbiologie);
4. funcționale (stomatoscopia, capilaroscopia, reografia, starea capilarelor după Kulajenko).

Obiectivele lucrării

De a evidenția caracterul manifestărilor clinice și radiologice a gingivitei hipertrofice cît și diferențierea de alte patologii.

Material și metode

În Clinica Stomatologică Universitară a USMF “Nicolae Testemițanu” s-au adresat 11 pacienți cu diferite forme a afecțiunilor parodontale, cu vîrsta cuprinsă între 15-62 ani, dintre care 4 bărbați (36%) și 7 femei (64%).

Pacienții au fost examinați conform metodelor cunoscute: colectarea acuzelor, anamneza bolii, starea generală, afecțiuni anterioare, asociate și ereditare, obiceiuri vicioase și factori profesionali nefavorabili, tratamentul petrecut anterior și eficacitatea lui.

S-au efectuat investigații conform criteriilor de diagnostic diferențial, în majoritatea cazurilor s-a observat: edem, hiperplazie, gingivoragie, depuneri dentare, prezența pungilor.

De notat că pentru **gingivita hipertrofică sinestătătoare** este caracteristic: prezența pungilor gingivale false, afectarea gingiilor preponderent în vîrsta fragedă, des se stabilește legătura de cauză cu patologia ocluziei, tabloul radiologic nu relevă schimbări, însă se pot determina semne caracteristice pentru afecțiunea cronică inflamatorie a gingiei (osteoporoză).

Se deosebește forma granulată și fibroasă a afecțiunii. Forma granulată se caracterizează prin hiperplazia papilelor gingivale, hiperemie cu cianoză pronunțată, consistența laxă a țesuturilor, gingivoragie. Evident este modificat relieful gingiei marginale și forma papilelor interdente. Gingia marginală este fermă, densă, partea alveolară a gingiei se află în stare de inflamație catarală cronică, în rezultatul hiperplaziei gingivale se formează pungi gingivale (false) de diferită adîncime.

În forma fibroasă a afecțiunii lamina bazală este îngroșată sub formă de burelet de-a lungul arcadei dentare, papilele interdente hipertrofiate cu formă rotunjită ce proemină în direcție vestibulară, gingia are consistență densă, hemoragia lipsește.

În dependență de dezvoltarea procesului productiv se deosebesc trei grade de manifestare: ușoară, medie, gravă. Forma ușoară se caracterizează prin hiperplazia gingiei marginale, papilelor interdente, ce sînt mărite la 1/3 înălțime a coroanei dintelui în volum sub formă de burelet pe toată zona afectată. Hipertrofia este mai mult pronunțată la baza papilelor. Forma medie se caracterizează prin hipertrofia gingiei marginale și a papilelor gingivale ce acoperă mai mult de 1/2 din înălțimea coroanei dintelui. În forma gravă, gingia mărită în volum acoperă mai mult de 2/3 din înălțimea coroanei dintelui, ajungînd la marginea incizală sau suprafața de contact a dinților.

Gingivita hipertrofică sinestătătoare este necesar de a o diferenția cu **gingivita hipertrofică simptomatică în parodontite** pentru care este caracteristic: pungă adevărată, eliminări purulente din pungă, mobilitate patologică a dinților, ocluzie traumatică. Tabloul radiologic este caracteristic pentru procesul cronic inflamator al gingiei (osteoporoză) cu rezorbția septului interalveolar și formarea pungilor osoase.

De asemenea este necesar de a diferenția gingivita hipertrofică cu **gingivita acută catarală**. Pentru gingivita acută catarală este caracteristic: durată scurtă a afecțiunii, senzații de durere spontane, senzații de formicație în gingie. În inflamația acută a gingiei se determină hiperemie pronunțată, edem semnificativ, sîngerare spontană. Pe radiografii nu se determină schimbări în osul septurilor alveolare.

Este important de atras atenție la necesitatea de a diferenția forma fibroasă a gingivitei hipertrofice de **fibromatoza gingiei**. Pentru gingivita hipertrofică este caracteristică culoarea roșie-violacee a mucoasei, consistența elastică a țesuturilor, sîngerare semnificativă, durere pronunțată, posibilitatea acutizării cât și atenuarea semnelor inflamatorii.

Fibromatoza gingivală este o leziune pseudotumorală rară și ereditară, clinic apreciindu-se o hipertrofie accentuată a marginii gingivale în tot lungul arcadelor dentare atât vestibular cât și oral treptat acoperind dinții. Mucoasa gingivală este de aspect normal hipertrofia gingivală este dură, nedureroasă cu evoluție foarte lentă. Această afecțiune se asociază cu hipertricoza, deficiență mintală, epilepsie, anomalii ale oaselor. Examenul radiologic relevă modificări osoase foarte reduse sau absente.

Unul din semnele clinice în diagnosticul diferențial al afecțiunilor parodontale este punga gingivală și parodontală. Punga gingivală se mai numește relativă sau falsă, cu tumefacția și mărirea în volum a papilelor gingivale și a marginii gingivale libere, cu edem inflamator reversibil prin tratament antimicrobian. Epiteliul joncțional nu este desprins de suprafața dintelui. Punga parodontală așa numită absolută sau adevărată este ireversibilă cu distrugerea ligamentului periodontal și se întîlnește numai în cazul parodontitei.

Adîncimea pungii gingivale s-a apreciat clinic cu pensa specială gradată introdusă simultan pe suprafețele vestibulo-orală și mezio-distală cât și gradul 1/3, 1/2, 2/3 de hipertrofie a papilelor. Astfel branșele au cuprins papilele gingivale și gingia marginală hiperplaziată a suprafețelor dentare V, O, M, D. Pentru forma ușoară hiperplazia cuprinde – 2-3 mm, forma medie 4-5 mm, forma gravă mai mult de 6 mm.

Pentru a aprecia adîncimea pungii parodontale există sonde gradate parodontale, știfturi, substanțe de contrast [3,5]. Dintre cele enumerate știfturile au o preferință, deoarece corespund următoarelor cerințe: ușor să se introducă și să se înlătore, de a fi radiocontraste, să nu fie rezorbabile de țesuturi, să nu provoace durere și să nu cauzeze schimbări ale țesuturilor moi. S-au utilizat știfturile din gutapercă calibrate și argint. Acestea cu vârful pivotului rotunjit s-au introdus în jurul fiecărui dinte din partea mezială, distală, vestibulară și lingual un pivot cu vîrf ascuțit. Știfturile s-au plasat în rînd cu punctul de contact al suprafeței vestibulare unde se măsoară cea mai adîncă pungă parodontală. Știfturile s-au introdus în pungile parodontale în direcția axei dintelui până la apariția rezistenței, în prezența pungii osoase știftul s-a introdus până la fundul ei. Dacă adîncimea este de 2-3 mm a pungii nu este necesar de a utiliza știfturi. Datele adîncimii pungii au fost fixate în formula dentară în jurul fiecărui dinte cu litere arabe, iar mobilitatea cu litere romane.

În diagnosticul diferențial al afecțiunilor parodontale un ajutor practic poate servi schema propusă de Н.А. Рабухина și Э.И. Жибицкая (1985) respectiv de noi midificată:

Criteriile de apreciere	Schimbări de structură a țesuturilor maxilarelor	Schimbările creștelor septurilor interalveolare	Starea plăcii corticalei	Prezența focarelor de osteoporoză a septurilor	Înălțimea septurilor interalveolare
1. Gingivita catarală generalizată	Lipsește	Nu sânt determinate	Păstrate	Lipsește	Păstrată
2. Gingivita hipertrofică sinestătătoare	Lipsește	Nu sânt determinate	Păstrate, cu o ușoară dilatare a spațiului periodontal	Lipsește	Păstrată
3. Gingivita hipertrofică simptomatică (în parodontita cr. generalizată f. ușoară și medie).	Prezente în dependență de gradul de manifestare	Distrucție de diferit grad	Distrusă și dilatarea spațiului periodontal	Caracteristic, posibil formarea pungilor osoase	Reducere cu 1/3 – 1/2 din înălțime

Rezultatul cercetărilor

Din datele tabelului anterior putem stabili că afecțiunile parodontului cu predominarea semnelor de hiperplazie cronică au semne distinctive atât clinice cât și radiologice. Astfel s-a diagnosticat gingivita hipertrofică forma sinestătătoare – 6 pacienți, gingivita hipertrofică forma simptomatică în parodontita cronică generalizată (forma ușoară) – 3 pacienți, și forma medie – 2 pacienți.

Concluzii

Criteriile diferențial-diagnostice ne dau posibilitatea să diagnosticăm procesele patologice ce decurg în țesuturile parodontale, să stabilim gravitatea procesului, controlul eficacității tratamentului petrecut precum și prognosticul afecțiunii.

Bibliografie

1. A. Eni., Parodontologie. Chișinău, 2003.
2. Medicina stomatologică – Ediție consacrată celui de-al XIII-lea Congres Național al ASRM, Chișinău, septembrie 2006, vol. 1, Nr. 1.
3. Козмеж Доминик., Пародотопатии. Варшава, 1967, стр. 141-142.
4. В.И. Яковлева., Т.Д. Давидович., Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Минск, 1994, стр.96-98.
5. В.С. Иванов. Заболевания пародонта. Москва, МИА, 2001.

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI TERAPEUTIC AL GINGIVITEI HIPERTROFICE CU UTILIZAREA LUMINEI POLARIZANTE BIOPTRON

Olesea Brenici

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities of therapeutic treatment for hypertrophic gingivitis using polarized light bioptron

Periodontal diseases represent a serious medical-social problem. Usage of traditional methods of treatment does not always yield steady results. In the article have been presented the results of the application of ordinary complex and new methods of treatment of the hypertrophic