

Datele obținute (*tabelul 1*) ne demonstrează că mai solicitate sunt zilele de marți – 26,8% ±4,5; miercuri – 26,5 % ± 4,4; luni 20,9 % ± 4,1. Mai puțin solicitate sunt zilele: joi – 11,1 % ± 3,1; vineri – 11,8 % ± 3,3 și sâmbătă – 2,9 % ±1,4. În dependență de starea socială mai solicitate sunt următoarele zile: intelectualii – marți, luni, miercuri; muncitorii – miercuri, marți și vineri; pensionarii – miercuri, marți și vineri; gospodinele de casă – marți, vineri; alte categorii de populație – luni, miercuri și vineri (P<0,05).

Carcateristica fenomenelor ce țin de adresabilitatea populației pentru acordarea serviciilor stomatologice este important la etapa actuală din punct de vedere organizațional și economic. În acest context prezintă interes deosebit studiile orientate spre evaluarea adresabilității populației, rezultatele cărora pot fi puse la baza asigurării populației cu servicii stomatologice garantate la momentul necesității. Acest fenomen determină și prioritățile în dezvoltarea serviciului stomatologic de stat, accesibil populației.

Bibliografie

1. ABABII I., TINTIUC D., EȚCO C., CIOCANU M. *Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă.*// Conferința națională „Comunitățile rurale și renașterea satului”. Chișinău, 2005, p. 16-22.
2. BURLACU V., EȚCO C., TINTIUC E. *Aspecte medico-sociale și organizatorice ale asistenței stomatologice de stat în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii.*//Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1. Chișinău, 2007, p. 9-11.
3. Legea RM cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 38-39 din 30.04.1998.
4. БАТЕЧКО В.А., ПОРВАН П.П., ЗАГОРОДНЫЙ В.В. *Больничная касса: теория и практика формирования общественно-солидарной системы медицинского взаимострахования.* Под общей редакцией загородного В.В. Б. Церковь, 2004, 200 с.
5. СЫРБУ С.В., ЯЩЕНКО Л.Г., ПОПОВИЧ Е.В. *Организация оказания помощи стоматологическим больным с фоновой патологией.*// Первый съезд стоматологов Молдавской ССР. Кишинёв, 1988, с. 12-13.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL, MANIFESTĂRILE CLINICE ȘI FACTORII DE RISC ALE EROZIUNILOR DENTARE

Adriana Vasilașcu

Catedra Stomatologie Terapeutică FPM USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP Policlinica Stomatologică Republicană

Summary

Differential diagnosis, clinical manifestation and risk factors of the dental erosion

The high prevalence of the dental erosion could be the result of a wrong diagnosis. In this case, probably, exclusion of the risk factors and early determination of the incipient stadia is more important than the treatment itself. Knowledge about the validity of diagnostic criteria of different forms of tooth wear is incomplete and that's why the analysis of some features is needed.

Rezumat

Prevalența înaltă a eroziunilor dentare poate fi rezultatul unui diagnostic greșit. În acest caz, probabil, mai importantă este excluderea factorilor de risc și determinarea precoce a stadiilor incipiente, decât însuși tratamentul. Cunoștințele despre validarea criteriilor de diagnosticare ale

diferite forme de uzură dentară este incompletă și iată de ce este necesară analiza unor particularități.

Actualitatea temei

Eroziunea dentară reprezintă o condiție multifactorială. Interacțiunea factorilor chimici, biologici și habituali este decisivă și explică de ce unii sunt expuși mai des la eroziune decât alții. Aprecierea și determinarea corectă a diagnozei este importantă din cauză că prezintă valoare pentru profilaxia și micșorarea numărului incidenței distrucțiilor erozive.

Scopul lucrării și obiectivele ei

Scopul studiului a fost de a evalua diagnoza eroziunilor dentare. Determinarea cauzei lor poate contribui la prevenirea distrucțiilor ulterioare.

Potențialul de erodare al agenților erozivi, așa ca acizii alimentari și din băuturi, depind de factorii chimici, pH, titrul acidității, conținutul mineral, starea igienică a suprafețelor dentare și de proprietățile de fixare ale ionilor de calciu de chelanți, compuși organici care formează cu metalele complecși stabili.

Factorii biologici, așa ca saliva, cuticula, structura dentară și poziția sa în relația cu țesuturile moi și limbă sunt legați de patogenia eroziunilor dentare. Mai mult ca atât, factorii habituali, ca obiceiurile alimentare, micșorarea scurgerii salivare, igiena orală excesivă, iar pe de altă parte, un stil de viață nesănătos, alcoolismul cronic sunt factori predispozanți în dezvoltarea eroziunilor.

Eroziunea reprezintă o pierdere progresivă de țesut dentar dur, incluzând un proces chimic, fără implicarea acțiunii factorilor bacterieni. Se manifestă prin concavități întinse, cu suprafață netedă și mată a smalțului; adâncituri ale suprafețelor ocluzale cu expunerea dentinei; translucență incizală mărită; suprafețe uzurate; păstrarea „manșetei” de smalț în zona cervicală de lângă gingie; hipersensibilitate și expunerea pulpei atât în dinții deciduali, cât și în cei permanenți. Acestea sunt niște semne tipice de apreciere. Deși eroziunile acide pot afecta orice suprafață, ele predomină la dinții maxilari pe partea vestibulară.

Există o ipoteză că sectorul smalțiar păstrat din jurul marginii gingivale se poate datora aceleiași rămășițe de placă ce poate acționa ca barieră de difuzionare pentru acizi. Acest fenomen se mai poate datora unui efect de neutralizare al acizilor lichidului sulcular. După datele lui A.Lussi și T.Jaeggi, publicate în anul 2008, în unele stadii mai avansate pot fi și schimbări morfologice. Aceste modificări rezultă din dezvoltarea concavității în smalț, suprafață ce substanțial depășește limita profunzimii.

Medicii stomatologi trebuie să cunoască și să diferențieze manifestările clinice și semnele posibile de progresare ale leziunilor erozive, dar și cauzele lor. Eroziunile dentare trebuie diferențiate de caria dentară, defectul cuneiform, atriție, abraziune. Un diagnostic diferențial e întotdeauna dificil deoarece în multe situații pot coexista toate manifestările.

Diagnoza formelor incipiente de eroziune este greu de realizat din cauza semnelor slab pronunțate.

În caria dentară, suprafața afectată este rugoasă, denivelată, pe când în cazul eroziunilor, prezintă relief neted și lucitor, cu margini bine conturate, iar hiperestezia este simțită în majoritatea cazurilor. Si cel mai important factor e prezența bacteriilor din cavitatea carioasă.

Defectul cuneiform apare ca etiologie a forțelor compresive sub influența factorului mecanic; are țesuturile dentare neschimbate în culoare, cu păstrarea conturului formei. Defectele sunt situate pe sau apical spre joncțiunea smalț-cement cu denudarea rădăcinii. Partea coronară, de obicei, lasă margini ascuțite și taie unghiul drept înăuntrul suprafeței smalțiare, pe când partea apicală coboară spre suprafața radiculară. Profunzimea defectului cuneiform întrece limita lățimii.

Atriția este o pierdere graduală a suprafețelor țesutului dentar dur sau a restaurărilor dentare cauzată de contactul dinte-dinte și ca rezultat al funcțiilor sau parafuncțiilor dentare și a mușchilor masticatori. Se caracterizează prin ajustarea uzurii pe suprafețele ocluzale ale

smalțului și dentinei, ce e de aceeași intensitate, și sunt posibile fracturi ale cuspidilor sau ale restaurărilor.

Abraziunea este o uzură patologică provocată de acțiunea frecătoare a unui corp străin pe dinte. Deseori este plată, are suprafețe lucioase cu margini clare și corespunde particularităților dinților antagoniști. Cel mai răspândit sector este suprafața ocluzală.

Examenul clinic trebuie făcut sistematic. Trebuie impus faptul de a recunoaște starea și de a determina dimensiunile și gravitatea de afectare. E important de a studia afecțiunea în general (afecțiuni gastrointestinale, aciditatea, pH-ul), nu doar semnele clinice. Pe cât de posibil de examinat starea generală a organismului, regimul alimentar și obiceiurile.

Este dificil de a analiza activitatea și progresarea eroziunilor dentare. Ar fi bine de comparat fotografiile clinice ale suprafețelor dentare pentru estimarea posibilei pierderi de substanță dentară. Schimbarea culorii leziunii și starea sensibilității dinților pot genera informații despre activitatea procesului.

Deși tratamentul tuturor acestor distrofii dentare în mare măsură coincide, scopul a fost acela de a identifica corect afecțiunea pentru a înlătura cauza și a micșora incidența lor.

Materiale și metode

Au fost investigați 284 de dinți ce includeau distrofiile dentare: dintre care 79 cuprindeau eroziunile, 26 – defectele cuneiforme, 48 – abraziunile, 2 – atrițiile și 129 – cariile dentare. Diagnosticul s-a stabilit pe baza anamnezei, acuzelor și datelor clinice. Este o simptomatologie de diferențiere dintre influența complexului de factori declanșatori asupra pierderii integrității dentare.

Rezultatele obținute

Determinarea cauzei eroziunilor dentare și reeducerea influenței factorilor de risc e deja un rezultat bun în conservarea intangibilă a dinților. Evaluând datele manifestărilor clinice, anamnezei și acuzelor a fost posibil de stabilit un diagnostic corect și de micșorat incidența apariției lor.

Concluzii

Cele prezentate demonstrează importanța determinării precoce ale eroziunilor dentare și determinarea nemijlocită a factorilor de risc posibili pentru aplicarea neîntârziată a măsurilor preventive adecvate.

Examinarea clinică trebuie făcută sistematic și cu o anamneză multilateral detaliată pentru a determina toți factorii cauzali. Dar oricum, manifestările clinice sunt cele mai importante caracteristici pentru a diagnostica această stare, iar pentru a preveni progresarea ulterioară a ei este important de a depista debutul distrucției cât mai repede posibil.

Evaluarea progresării prezintă valoare la indicarea măsurilor de tratament ce depind de activitatea eroziunilor.

Atenția acordată fiecărui detaliu în timpul diferențierii distrofiilor dentare face posibilă stabilirea corectă a diagnozei, deși ele pot surveni simultan și uneori având forme similare. Rata uzurii poate fi mare, depinzând de factori ca: obiceiuri; afecțiuni gastrointestinale; consumul excesiv de citruși, alimente sau băuturi acide; alcoolism cronic; pH-ul salivei; ocluzie; parafuncție.

Conservarea tuturor țesuturilor dentare trebuie să se mențină cât mai mult posibil, dar, cu părere de rău, la foarte multă populație, rata ei nu compromite longevitatea dintelui.

Bibliografie

1. Addy M, Shellis RP. Interaction between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. // Monogr Oral Sci 2006;20:17–31.
2. Bartlett D. A New Look at Erosive Tooth Wear in Elderly People. // JADA, Am.Dent.Assoc., Vol. 138, No.supl.1, 2007, p.21-25.

3. Bartlett D., Blunt L. Snith B. Measurement of tooth wear in patients with palatal erosion. // Br.Dent J, 1997, 182:179-184.
4. Davis R., Marshall T., Warren J., Wefel J. In Vitro Protection Against Dental Erosion Afforded by Commercially Available Calcium-Fortified 100 Percent Juices. // JADA, J Am Dent Assoc, Vol 138, No 12, 1593-1598, 2007.
5. Gandara B., Truelove E. Diagnosis and Management of Dental Erosion. // The Journal of Contemporary Dental Practice, Vol.1, No.1, November 15, 1999.
6. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface. // JADA 2004;135[10]:1376). JADA 2004;135(8):1109-18.
7. Khan E., Young W.G., Daley T.J. Dental erosion and bruxism. A tooth wear analysis from South East Queensland. // Australian Dental Journal, 1998, 43:(2), p. 117-127.
8. Lussi A. Jaeggi T. Erosion-diagnosis and risk factors. // Clin.Oral. Invest., 12(suppl.1):5-13, 2008.
9. Lussi A. Jaeggi T., Zero D. The role of diet in the aetiology of dental erosion. // Caries Res.38(suppl.1): 34-44, 2004.
10. Moazzez R, Smith BG, Bartlett DW. Oral pH and drinking habit during ingestion of a carbonated drink in a group of adolescents with dental erosion. // J Dent 2000;28(6):395-7.
11. Moss S.J. dental erosion. // International Dental Journal, 1998 (48), 529-539.

UNELE ASPECTE ALE HIPERSENSIBILITĂȚII DENTARE

Corneliu Năstase, Alexei Terehov

Catedra Stomatologie terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some dental hypersensitivity aspects

In this study are presented clinical features, the results which are based on the examinations and treatment of 21 patients with different age and hypersensitivity of teeth in the last 1.5 years. In the treating of the sensible necks of the teeth it is necessary the following: 1) Determination of the etiological and predisposing factors, and try to reduce its effects; 2) Fighting dolor sensations meaning sigilation of denuded dentinal tubes: a) using some materials containing fluor; b) application the system of Gluma dentinal adhesives with the following photopolimerisation. In the case of the following of caution measures, all of this actions improve enough the health of the patients, who suffer from hyper sensibility of the teeth's necks.

Rezumat

În acest studiu sunt prezentate date clinice, rezultate din examinarea și tratarea pe parcursul ultimilor 1,5 ani a 21 de pacienți de diferite vârste cu hipersensibilitate a dinților. La tratamentul coletelor sensibile ale dinților este necesară: 1) stabilirea factorilor etiologici și predispozanți și încercarea de a le diminua efectele; 2) combaterea senzațiilor dureroase, adică sigilarea tubulilor dentinari denudați, prin: a) folosirea unor compuși, cu conținut de fluor; b) aplicarea sistemului de adezivi dentinari Gluma cu fotopolimerizarea lui ulterioară. Cu condiția respectării măsurilor de precauție toate aceste acțiuni ameliorează satisfăcător sănătatea pacienților, suferinzi de hipersensibilitate a coletelor dentare.

Actualitatea temei

În timpul de azi aproximativ 15-20% din adulți suferă de sensibilitatea sporită a dinților, care se manifestă prin senzații neplăcute, sau chiar dureri de la diferite tipuri de excitanți. În articol sunt prezentate concluzii formulate, reieșind din practica noastră clinică, privitor la