

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**  
**IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**  
**”NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlul de manuscris

CZU: 616.314.15-085

**FRIPTU DUMITRU**

**TRATAMENTUL TERAPEUTIC RAȚIONAL AL DEFECTULUI**  
**DENTAR CUNEIFORM**

**323.01 STOMATOLOGIE**

Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale

**CHIȘINĂU, 2016**

Teza a fost elaborată la Catedra de stomatologie terapeutică, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.

**Conducător științific:**

**Burlacu Valeriu** doctor în științe medicale, profesor universitar

**Referenți oficiali:**

**Nicolau Gheorghe** doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Șef catedră, Catedra de odontologie, paradontologie și patologie orală, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

**Andrian Sorin** doctor în științe medicale, profesor universitar, Șef catedră, Catedra Odontologie și Parodontologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași, România

**Componența Consiliului Științific Specializat:**

**Lupan Ion, președinte**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Spinei Iurie, secretar științific**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**Unčuța Diana**, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

**Popovici Teodor**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**Topalo Valentin**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Susținerea va avea loc la 14 septembrie 2016, ora 14:00 în ședința Consiliului Științific Specializat D 50.323.01-07 din cadrul IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (MD 2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165).

Teza de doctor și autoreferatul pot fi consultate la biblioteca Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (MD 2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165) și la pagina web a C.N.A.A. ([www.cnaa.md](http://www.cnaa.md))

Autoreferatul a fost expediat la \_\_\_\_\_ 2016.

**Secretar științific al Consiliului Științific Specializat**

doctor în științe medicale, conferențiar universitar

\_\_\_\_\_ **Spinei Iurie**

**Conducător științific**

Doctor în științe medicale, profesor universitar

\_\_\_\_\_ **Burlacu Valeriu**

**Autor**

\_\_\_\_\_ **Friptu Dumitru**

© Friptu Dumitru, 2016

## REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

### Actualitatea și importanța temei abordate.

Defectul cuneiform reprezintă o patologie necarioasă a țesuturilor dentare dure, apărută după erupție, condiționată de formarea leziunii pe suprafața dentară sub formă de con. Patologia are o evoluție lentă, clinic se manifestă prin apariția defectului ireversibil de țesut dentar dur pe suprafața vestibulară a dinților la nivelul coletului. Defectul cuneiform a dat dovadă de o atenție redusă printre cercetători și medici practicieni, deseori fiind confundat și tratat ca o carie cervicală, eroziune sau necroză acidă. Unii autori nord-americani [20], includ leziunea cuneiformă în clasa a V-a după clasificarea Black a cariilor dentare. Deși, în tratamentul acestor patologii întâlnim careva tangențe, fiecare afecțiune în parte își are etiologia și patogenia sa și algoritmul de intervenție curativ specific. Leziunea cervicală necarioasă este datorată suprasolicitărilor ocluzale, care provoacă forțe excesive, divergente pe axul dintelui. Aceste acțiuni distructive provoacă rupturi la nivelul coletului dentar (joncțiunea smalț-cement, locul de minimă rezistență la presiune și extensie). La o continuare a forțelor în exces are loc mărirea fisurilor cu pierderea de țesut dentar și apariția defectelor cuneiforme.

Locul de apariție al acestei patologii constituie coletul dentar. Joncțiunea smalț-cement, prezintă segmentul de minimă rezistență la forțele ocluzale, fiind datorată particularităților anatomice și constructive ale dintelui. La acest nivel, grosimea stratului de smalț și de cement este minimală. În condiții fiziologice de exercitare a funcțiilor masticatorii, structurile dentare sunt apte de a rezista forțelor ocluzale. Însă, în cazul pierderilor dentare, pozițiilor atipice dentare (lipsa contactelor dento-dentare, contacte nefuncționale ocluzale și cu dinții vecini) sau apariției hipertonusului muscular are loc suprasolicitarea dinților restanți (mecanism de compensare). Acest fenomen distructiv numit abfracție, provoacă apariția leziunilor în locurile mai vulnerabile ale dinților. Suprafața vestibulară dentară de colet este afectată datorită poziției dinților în arcadă. În timpul exercitării funcțiilor pe axul dintelui, apar forțe care provoacă o „flexie” a părții coronare în raport cu rădăcina, cu direcție dinspre vestibular spre oral.

O particularitate a defectului cuneiform reprezintă faptul că patologia se întâlnește tot mai frecvent la populația tânără. Chiar și la adolescenți, s-au depistat patologii necarioase distructive inclusiv și leziuni cuneiforme [17]. Această „întinerire” a patologiei se datorează frecvenței crescute a anomaliilor dento-maxilare printre rândurile copiilor. Patologiile ocluzale netratate, sau intervențiile stomatologice nereușite pot provoca apariția mecanismelor de abfracție (pierderea patologică a smalțului și dentinei cauzate de suprasolicitările biomecanice) cu consecințele ulterioare ale acesteia.

O altă particularitate a leziunilor cuneiforme reprezintă o creștere a incidenței afecțiunii. Sporirea frecvenței patologiilor de sistem și a traumatismelor regiunii oro-maxilo-faciale, creșterea factorului de stres conduc la apariția mecanismelor de distrucție microstructurală a țesutului dentar dur induse de abfracție.

Defectul cuneiform abordat cu superficialitate provoacă apariția frecventă a complicațiilor. O simplă restaurare a leziunilor cervicale distructive, fără reabilitarea ocluzală, nu soluționează problema în totalitate. Necesitatea frecventă a refacerilor ulterioare la nivelul coletului dentar, reapariția senzațiilor de hiperestezie sau a disconfortului la nivelul articulației temporo-mandibulare scade încrederea pacienților în vederea profesionalismului medicului curant.

Incidența în creștere a patologiei, complicațiile frecvente după tratament și lipsa atenției sporite a cercetătorilor asupra leziunilor cuneiforme, au servit motiv actual de studiu a afecțiunii date. Astfel, defectul cuneiform reprezintă o problemă socio-medicală a țării noastre, caracterizată prin multe aspecte clinico-diagnostice și de tratament rezolvate parțial. Leziunile cervicale de colet ocupă un loc important printre maladiile stomatologice necarioase. Necesitatea elaborării unui protocol clinic de tratament complex și biocompatibil, rămâne indiscutabilă.

### **Scopul și obiectivele cercetării**

Pentru elaborarea principiilor diagnostice exacte, algoritmului de tratament complex și multifactorial, stabilirea importanței profilaxiei defectelor cuneiforme au fost emise sarcinile studiului.

**Scopul** lucrării a inclus evaluarea semnelor subiectiv-obiective a pacienților cu defecte cuneiforme, particularităților tabloului clinic al leziunii și optimizarea reabilitării terapeutice și dirijate de tratament.

**Obiectivele** studiului au vizat următoarele repere:

1. estimarea particularităților clinice ale defectului cuneiform în dependență de vârstă, sex, igienă individuală orală și patologii concomitente;
2. monitorizarea indicilor chestionarului-anchetă elaborat, propus pacienților cu defecte cuneiforme întru facilitarea stabilirii corecte a tacticii de tratament;
3. elaborarea tehnicilor de tratament complex, dirijat, general, local și a măsurilor de profilaxie;
4. elaborarea protocolului clinic de tratament terapeutic rațional și complex al defectului cuneiform.

### **Metodologia cercetării științifice**

Au fost realizate procedee complexe de cercetare în raport cu grupele de vârste și patologii sistemice; examinare clinică (*anamnesis vitae, anamnesis morbi*, examenul subiectiv și

obiectiv, termometria) și paraclinică (radiodiagnosticul: retroalveolar, ortopantomografia, tomografia computerizată 3D), confecționarea modelelor de studiu, diagnosticul funcțional; tratament (clasic în raport cu cel complex dirijat) și au fost elaborate principiile metodelor de prevenție ale leziunilor cuneiforme. În studiu au fost incluse 2 loturi de pacienți, grupurile fiind comparabile.

### **Noutatea și originalitatea științifică**

Cercetarea a permis, în premieră, în Republica Moldova de a stabili, descrie și implementata metode complexe de explorare, care au dat posibilitatea efectuării unui diagnostic diferențial exact.

Conform datelor clinice, pentru prima dată în Republica Moldova, a fost elaborat și implementat un algoritm de tratament complex și dirijat al diverselor forme de leziuni cuneiforme. Tratamentul inovator a permis de a obține rezultate eficiente și durabile. Monitorizarea pacienților ne-a permis de a urmări în dinamică rezultatele tratamentului propus în comparație cu cel clasic.

### **Problema științifică soluționată în teză**

Problema științifică importantă soluționată în teză constă în fundamentarea științifică a fenomenului abfracției responsabil în apariția defectului cuneiform, argumentat de datele cercetărilor multiple prezentate în sursele literale internaționale de specialitate și confirmate de rezultatele chestionarului-anchetă utilizat în lucrarea dată, care a condus la elaborarea și implementarea unui algoritm de tratament complex și dirijat fapt ce a permis minimalizarea considerabilă a complicațiilor.

### **Importanța teoretică și valoarea aplicativă**

Patologiile distructive necarioase sunt întâlnite tot mai frecvent printre rândurile pacienților stomatologici. Aceste afecțiuni au tendința de creștere a incidenței și de a afecta populația tot mai tânără și chiar copiii și adolescenții. Defectul cuneiform este una dintre cele mai frecvente patologii necarioase posteruptive. Deseori mecanismele de apariție și evoluție prezintă lacune printre datele relatate în literatura de specialitate. Includerea defectului cuneiform în grupul patologiilor carioase de colet sau a celor necarioase de altă natură generează o incidență înaltă a complicațiilor (până la 70%) după tratament [16]. Monitorizarea indicilor chestionarului-anchetă a fost esențială în elaborarea unui protocol clinic de diagnostic și tratament complex.

Valoarea aplicativă constă în punerea la dispoziție a medicilor stomatologi a unui algoritm de diagnostic și tratament care permite de a diferenția patologia studiată de alte afecțiuni, de a restabili țesutul afectat de defectul de colet, de a reabilita planul ocluzal și de a

trata patologiile dentare întâlnite concomitent cu leziunile cuneiforme. Rezultatele obținute în cercetare, vor da posibilitate medicului practician de a interveni în profilaxia afecțiunii, iar familiarizarea cu tehnicile de diagnostic și tratament vor permite de a obține rezultate estetice, de durată și biocompatibile cu țesuturile cavității bucale.

### **Principiile de bază înaintate spre susținerea publică**

1. În premieră, pentru Republica Moldova, a fost atrasă atenția stomatologilor practicieni asupra fenomenului abfracției. A fost cercetată corelația defect cuneiform–patologii de sistem și defect cuneiform–igiena bucală, în vederea apariției și evoluției proceselor distructive.
2. S-a determinat că în Republica Moldova, raportul dintre persoanele afectate de defect cuneiform este de 50,7% bărbați și 49,3% femei. Mai des pentru ajutor stomatologic în vederea soluționării problemei s-au adresat femeile, dereglarea factorului estetic jucând rolul primordial.
3. S-au determinat grupurile de dinți mai frecvent afectate de leziuni cuneiforme, fiind următoarea în ordine descrescândă: premolari – 37,45%, molari – 27,42%, incisivi – 21,18% și caninii 13,95%. Mai frecvent au fost afectați dinții situați pe arcada superioară – 53,36%, în comparație cu 46,64% la mandibulă [6].
4. Au fost elaborate metode de diagnostic și tratament complex și dirijat pentru creșterea eficienței rezultatelor.

### **Implementarea rezultatelor științifice**

Elementele fundamentale ale cercetării au fost introduse în instruirea didactică și clinică a medicilor și rezidenților în clinica Catedrei de stomatologie terapeutică, au fost puse în practică în Centrele Stomatologice „Estetic-Dent”, „FALA Dental”, „UniDent-Art” și „TonuS Dent”.

### **Aprobarea rezultatelor științifice.**

Rezultatele cercetării au fost prezentate în cadrul:

- Congreselor Internaționale, *Zilele Medicinii Dentare Iași-Chișinău* (2012,2013);
- Conferințe științifice anuale: *Zilele Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”* (2011, 2012).

Rezultatele tezei au fost discutate și aprobate la ședința Catedrei de stomatologie terapeutică a IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (proces verbal nr. 13 din 18.12.2015) și în cadrul Seminarului Științific de Profil „Stomatologie” al MS RM (proces verbal nr. 1 din 16.02.2016).

**Publicații la tema tezei.** La tema tezei au fost publicate, inclusiv și în reviste recenzate: 4 lucrări fără coautori și 6 cu coautori. Rezultatele cercetării au fost prezentate la 4 seminare științifice, 2

fiind internaționale.

### **Volumul și structura tezei**

Materialul tezei este redat pe 122 pagini text electronic și ilustrat cu 37 de figuri, 23 de tabele, 8 formule. Indicii bibliografici citează 118 surse științifice. Structura tezei este redată conform schemei: rezumatele în limba română, rusă și engleză, introducerea, reviu literar, materiale și metode de cercetare, rezultatele personale, sinteza rezultatelor obținute, concluzii generale și recomandări practice, bibliografia, declarația privind asumarea responsabilității, CV-ul autorului. Redarea tezei este efectuată în 4 capitole.

**Cuvinte cheie:** defect cuneiform, abfracție, tratament terapeutic complex.

## **CONȚINUTUL TEZEI**

### **1. DEFECT CUNEIFORM, EPIDEMIOLOGIE. VIZIUNI MODERNE ALE ETIOLOGIEI, PATOGENIEI ȘI METODELOR DE TRATAMENT**

În acest capitol au fost prezentate rezultatele și teoriile cercetătorilor, referitor la studiul asupra patologiei de colet. De asemenea, au fost relatate concepțiile moderne esențiale asupra epidemiologiei, etiologiei, patogeniei, clasificării, manifestărilor clinice, diagnosticului diferențial, tratamentului și măsurilor de prevenție.

A fost redată concepția modernă, rolul abfracției (pierderea patologică a smalțului și dentinei cauzate de suprasolicitările biomecanice) și specificul anatomic al dinților în procesul de apariție și evoluție a afecțiunii cercetate. Au fost examinate principiile și direcția de soluționare a problemei în vederea optimizării rezultatelor de tratament, prevenție stabilirea scopului și obiectivelor cercetării.

### **2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE**

#### **Metodologia de organizare a cercetării**

În acest paragraf sunt descrise programul și metodologia cercetării, aria studiului, unitatea de observație și alegerea eșantionului reprezentativ argumentate prin calcule statistice. Tot în acest compartiment sunt relatate 4 etape de realizare a studiului. Acest paragraf mai conține informații referitor la metodele de cercetare și acumulare a datelor, metode de analiză a rezultatelor obținute.

**Principii de selectare a pacienților implicați în studiu** include informații referitor la criteriile de selecție a persoanelor implicate în investigare și care sunt particularitățile caracteristice importante pentru veridicitatea cercetare.

**Particularitățile de examinare a pacienților cu defecte cuneiforme** – pentru realizarea unei investigații complete și exacte în cercetare au fost utilizate metode moderne de diagnostic și au fost evidențiate particularitățile tehnicilor clasice de examinare clinică și paraclinică a pacienților cu defecte cuneiforme.

**Particularitățile diagnosticului diferențial al defectului cuneiform** include caracteristicile specifice de diferențiere a patologiei distructive de colet în raport cu afecțiuni dentare de natură carioasă și necarioasă.

**Caracteristicile de selecție a metodelor de tratament al defectelor cuneiforme** – analizând sursele literare de specialitate și datele din anchetele elaborate pentru studiu, am evidențiat particularitățile de selecție a metodelor de tratament, cât și a materialelor de refaceri. Tot în acest compartiment a fost descrisă metoda inovatoare de tratament și dezavantajele celor clasice.

### 3. INVESTIGAȚIILE CLINICE, PARACLINICE ȘI METODELE DE TRATAMENT ÎN CAZUL DEFECTULUI CUNEIFORM

#### Caracteristica generală a pacienților implicați în studiu

Capitolul dat cuprinde o analiză complexă a datelor de investigație, acumulate în timpul cercetării. În studiu au fost incluși 70 de pacienți, pe parcursul anilor 2010-2015 diagnosticați cu leziuni cuneiforme, având diverse forme clinice de manifestare. Participanții la studiu au fost cu vârsta cuprinsă în limitele a 19–65 de ani (Tab. 3.1), de ambele sexe (Tab. 3.2).

Indivizii din cercetare au fost divizați în 2 loturi:

- de studiu, 35 de pacienți;
- de control, 35 de pacienți.

Tabelul 3.1. Distribuția pacienților în lotul de studiu și în lotul-martor după grupele de vârstă

Caracteristica	Lotul de cercetare (n <sub>1</sub> =35)		Lotul de control (n <sub>0</sub> =35)	
	Abs.	P <sub>1</sub> ±ES <sub>1</sub> (%)	Abs.	P <sub>0</sub> ±ES <sub>0</sub> (%)
Vârsta				
19–28 ani	6	17,1	5	14,3
29–38 ani	10	28,6	9	25,7
39–48 ani	9	25,7	10	28,6
49–58 ani	7	20,0	7	20,0
59 și >ani	3	8,6	4	11,4



Tabelul 3.2. Distribuția pacienților după sex în lotul de studiu și lotul martor

Caracteristica	Lotul de cercetare (n <sub>1</sub> =35)		Lotul de control (n <sub>0</sub> =35)		t	p
Sexul						
F	25	71,4±7,64	17	48,6±8,45	2,0019	<0.05
B	10	28,6±7.64	18	51,4± 8.45	2.0019	<0.05

În procesul de cercetare au fost examinați și tratați 817 dinți, dintre care 398 din lotul de studiu și 419 din lotul de control.

Atât în lotul de cercetare, cât și în lotul martor, mai frecvent au fost afectați premolarii – 306 dinți, pe locul doi s-au situat molarii – 224 de dinți. Mai rar au fost afectați de această patologie incisivii și caninii în număr de 173 și respectiv 114 dinți. Leziunile de colet mai frecvent au afectat dantura arcadei superioare – 426 de dinți, pe mandibulă numărul acestora fiind de 391.

Raport procentual al dinților afectați este indicat în Figura 3.1 și reprezintă:

- Premolarii – 37,45%;
- Molarii – 27,42%
- Incisivii – 21,18%
- Caninii – 13,95 %

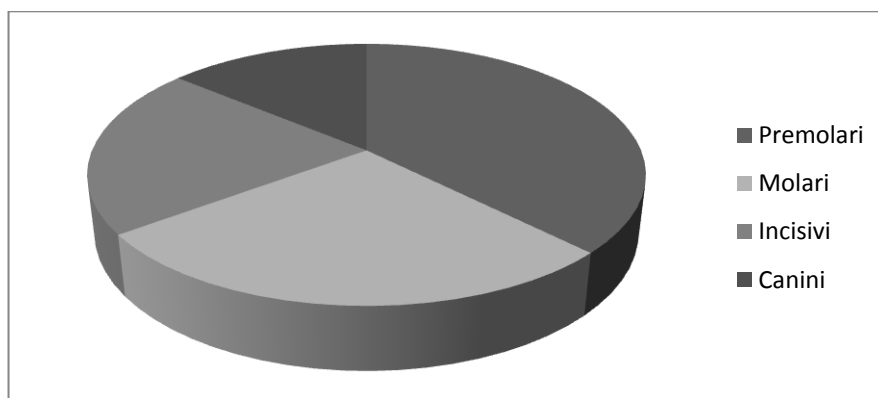


Fig. 3.1. Răspândirea defectului cuneiform după grupele de dinți

### Metode de examinare și investigare a pacienților

Studiul asupra pacienților cu defect cuneiform a avut drept scop determinarea unui diagnostic corect, evaluarea tabloului clinic, stabilirea unui plan de tratament care a permis de a minimaliza riscul apariției eventualelor complicații. Analiza țesuturilor dure dentare afectate s-a

efectuat prin metode clinice (*anamnesis vitae, anamnesis morbi*, examenul subiectiv și obiectiv, termometria) și paraclinice (radiologice: ortopantomografia, radiografia retroalveolară, tomografia computerizată tridimensională, electroodontometria și diagnosticul funcțional computerizat).

### **Metode de tratament al leziunilor cuneiforme**

Tratamentul leziunilor cuneiforme a fost aplicat pacienților din studiu în dependență de numărul de dinți afectați, grupul acestora implicat în procesul distructiv, gravitatea semnelor patologice și acuzele pacienților.

Tratamentul leziunilor de colet prevedea [9]:

- înlăturarea hiperesteziei și/sau restabilirea integrității morfo-funcționale a coroanei dentare (metoda clasică).
- restabilirea integrității morfo-funcționale ale dinților și arcadelor dentare cu redarea punctelor de contact dento-dentare fiziologice și înlăturarea factorilor etiologici (suprasolicitarea ocluzală provocată de fenomenul abfracției), care participă la dezvoltarea și evoluția defectelor cuneiforme.

Metodele clasice de tratament ale leziunilor cuneiforme prevedeau măsuri de combatere a acuzelor pacienților (senzațiile de hiperestezie la nivelul de dinți afectați) și restabilirea coroanei dentare la nivelul coletului cu diverse materiale de obturare. Aceste metode au fost aplicate participanților din lotul martor (35 de pacienți), cărora le-au fost tratați 419 de dinți, 16 dintre care prin metode conservative medicamentoase, 298 de dinți prin obturarea acestora la nivelul leziunilor dentare cu utilizarea materialelor compozite și 91 de dinți – cu cimenturi glass-ionomere fotopolimerizabile [9].

În lotul de studiu tratamentul dinților cu leziuni cuneiforme s-a efectuat în 2 direcții:

1. Înlăturarea cauzelor apariției patologiei;
2. Restabilirea integrității coronare a dintelui.

Cauzele apariției leziunilor cuneiforme sunt datorate fenomenului de abfracție, provocat de apariția forțelor divergente excesive pe axul dintelui, producând microrupturi la nivelul coletului dentar, la hotarul cemento-adamantinal, cu progresarea ulterioară a acestora. Suprasolicitările ocluzale, inevitabil, provoacă abraziuni ale suprafeței ocluzale și/sau a contactelor cu dinții vecini.

Progresarea abraziunilor conduce la modificarea dimensiunii verticale de ocluzie, a curbei sagitale Spee și transversale Monson-Wilson, care, la rândul său, pot provoca schimbarea poziției condililor articulari în fosa glenoidă. Toate aceste modificări sporesc tonusul mușchilor

faciali, care cresc suprasolicitarea dinților. Astfel apare un cerc vicios. Pentru a înlătura cauza apariției leziunilor distructive de colet este necesar de a echilibra forțele ocluzale [8, 9].

Echilibrarea forțelor ocluzale a fost obținută prin restaurarea suprafețelor ocluzale cu material compozit fotopolimerizabil prin metoda directă.

Protocolul clinic de diagnostic și tratament:

- Examenul clinic și paraclinic al pacienților cu defecte cuneiforme (examenul clinic subiectiv și obiectiv; investigații paraclinice: electroodontometria, radiodiagnosticul, stabilirea relațiilor mandibulo-craniene statice și dinamice prin metode clasice sau cu ajutorul diagnosticului funcțional computerizat, confecționarea și examinarea modelelor de studiu);
- Confecționarea gutierelor cu scop de redresare a relațiilor mandibulo-craniene aplicate pacienților pe termen de 1-2 luni [13, 22];
- Refacerea suprafețelor ocluzale, a integrității coronare provocate de leziuni cuneiforme și tratamentul patologiilor dentare concomitente de natură carioasă și necarioasă, prin metoda directă (la necesitate și refaceri dentare indirecte);
- Controlul contactelor dento-dentare, lustruire și poleirea finală a restaurărilor directe.

După un examen clinic și paraclinic minuțios, am obținut modelul de lucru, pe care s-a confecționat o gutieră din acrilat autopolimerizabil, care ne-a permis de a poziționa mandibula în raport cu maxila astfel, încât să restabilească dimensiunea verticală de ocluzie (DVO) și poziția condililor articulari în raport cu cavitatea glenoidă.

Gutiera s-a confecționat pentru arcada inferioară și i s-a propus pacientului de a o purta timp de 1-2 luni [13, 22]. În această perioadă dacă la pacient apăreau careva acuze, urma corijarea poziției mandibulei prin șlefuiuri selective de pe suprafața gutierei, până la dispariția acestora.

Dacă la pacient după 1 lună nu apăreau dureri sau disconfort la nivelul articulației temporo-mandibulare și a mușchilor masticatori, avea loc etapa următoare – confecționarea pe modele de lucru din ceară fotopolimerizabilă a restaurărilor dentare, care prevedeau refacerile leziunilor distructive la coletul dentar. În paralel, avea loc refacerea suprafețelor ocluzale prin obținerea unui relief bine exprimat, astfel încât s-a obținut restabilirea contactelor dento-dentare fiziologice.

Prin refacerea ocluzală, totodată, s-a poziționat mandibula în raport cu maxila, astfel a fost obținută restabilirea DVO, a curbelor ocluzale Monson-Wilson, Spee, unghiului Bennett. În timpul excursiei mandibulare esențial a fost obținută redarea ghidajului incisiv și canin (ca excepție ghidajul de grup implicând caninul și cuspidul vestibular al primului premolar) în cadrul mișcărilor în plan sagital și transversal [8, 9].

Următoarea etapă de tratament a defectului cuneiform a fost realizarea ghidată a restaurărilor dentare directe în cavitatea bucală. Inițial au avut loc refacerile la nivelul molarilor cu scurtarea gutierei la acest nivel. Au urmat apoi premolarii, și la sfârșit grupul de dinți frontali. Restaurările dentare directe din cavitatea bucală reprezentau copia fidelă a celor de pe modelul de lucru, respectând principiul ghidajului canin în cadrul mișcărilor de lateralitate [22].

Restaurările la nivelul coletului dentar, a suprafețelor ocluzale și vestibulare s-au efectuat după tehnicile cunoscute cu utilizarea compozitelor nanohibride fotopolimerizabile și a sistemelor simple, duble și de autogravare prin metoda „sandwich” închis (Esthet X<sup>®</sup> HD, Dentsply, SUA; Ceram X<sup>®</sup> Duo, Dentsply, SUA; Clearfil Esthetic, Kuraray Dental, Japonia) [5, 10]. Au fost utilizate nuanțe de dentină, enamel și transparent-incizal al compozitelor pentru redarea aspectului estetic dorit.

Etapele de restaurare directă, ghidată a dinților:

- Anestezie locală la necesitate;
- Prepararea cavității distructive cu răcire apă-aer utilizând freze diamantate pentru crearea zonelor de micro și macroretenție și bizotarea marginilor de adamantină;
- Izolarea câmpului de lucru cu utilizarea sistemelor *rubber dam* și *kofferdam* lichid. La necesitate aplicarea aței de retracție;
- Aplicarea obturației de bază, la necesitate, din ciment glass-ionomer fotopolimerizabil (*Ultra-Blend<sup>®</sup> Liner*, Ultradent, SUA, în cazul cavităților carioase și defectelor cuneiforme profunde);
- Aplicarea agentului de gravare pe 30s la nivelul smalțului din care 15s și pe suprafața dentinei;
- Spălarea cu jet de apă în volum nu mai mic de 5 ml timp de 10s, uscarea dinților cu jet de aer pentru înlăturarea surplusului de apă, astfel ca smalțul să fie uscat, iar dentina ușor lucioasă. Jeturile de apă și aer trebuie aplicate sub un unghi diferit de 90° față de suprafața tratată și aplicate grijuliu și cu presiune moderată;
- Aplicarea sistemului adeziv timp de 10s, suflarea cu un jet ușor de aer pe suprafața de lucru pentru a răspândi uniform *bond*-ul și a elimina surplusul de monomer, urmat de polimerizarea acestuia timp de 20s LED >600 mW/cm<sup>2</sup>, lungimea de undă 450-515 nm;
- Restaurarea reliefului ocluzal, suprafeței vestibulare și a defectului, aplicând masa de obturare cu utilizarea culorilor și a transparenței necesare. Restaurarea se efectuează repetând exact refacerile din ceară de pe modelul de lucru.
- Șlefuirea, poleirea și lustruirea dinților restaurați cu utilizarea frezelor diamantate galbene, albe, polipanți, discuri pentru finisaj, periute și paste.

La utilizarea compozitului *Clearfil Esthetic* (Kuraray Dental, Japonia), etapele de restaurare au fost aceleași cu excepția gravării și aplicării adezivului (conform instrucțiunii de utilizare a adezivului). Acest material prezintă un sistem adeziv *primer-bond* (*Clearfil SE Bond*, Kuraray Dental, Japonia). De aceea pe suprafața de enamel a fost inițial aplicat un gel gravant (*K-etchant GEL*, Kuraray Dental, Japonia) timp de 10 s, urmat de spălarea și uscarea dintelui. Pe suprafața de lucru s-a aplicat *primer*-ul timp de 20 s, apoi s-a aplicat bondul și s-a polimerizat timp de 10 s sub lampa LED >600 mW/cm<sup>2</sup>, lungimea de undă 450-515 nm. A urmat aplicarea compozitului propriu-zis cu utilizarea nuanțelor dorite [11, 14].

La restaurarea grupului de dinți frontali au fost luate în calcul și doleanțele pacienților referitor la forma, mărimea și culoarea viitoarelor refaceri [15].

Tot la etapa de restaurare dentară, s-au efectuat intervențiile terapeutice necesare la tratamentul cariilor dentare concomitente și/sau intervențiile endodontice respective: tratamentul proceselor inflamatorii pulpare complicate ale defectului cuneiform sau ale cariilor dentare existente, reobturarea canalelor dentare tratate anterior după necesitate [1, 4].

#### **4. EVALUAREA CARACTERISTICELOR SPECIFICE DE APARIȚIE, EVOLUȚIE, MANIFESTĂRILOR CLINICE ȘI DE TRATAMENT AL DEFECTULUI CUNEIFORM**

Leziunea cuneiformă este o patologie frecvent întâlnită la pacienții stomatologici de diferite vârste. Se întâlnește în raport aproximativ egal atât la bărbați, cât și la femei (cu o incidență de 50,70% și respectiv 49,30%). În total au fost diagnosticați cu defecte cuneiforme și tratați 28 de bărbați (40,0% din totalul respondenților) și 42 de femei (60,0% din totalul persoanelor supuse cercetărilor).

Cel mai frecvent s-au adresat pentru ajutor stomatologic persoanele cu vârsta cuprinsă între 29-38 și 39- 48 de ani (Figura 4.1), câte 19 persoane în fiecare grupă de vârstă (27,14% fiecare). Locul doi (49-58 de ani) prezentau 14 cazuri (20,00%), locul trei (19-28 de ani) 11 persoane (15,72%) și pacienții cu vârsta mai mare de 55 de ani – 7 persoane (10,00%).

Odată cu creșterea vârstei avea loc majorarea numărului de dinți afectați de leziuni distructive de colet și predominau formele de defecte cuneiforme medii și profunde după Muhamedjanov (1968).

Însă, odată cu creșterea vârstei, la pacienții cu defecte cuneiforme avea loc și scăderea cerințelor estetice și a hiperesteziei. Totodată, la acești pacienți predominau intervențiile stomatologice protetice, mai frecvent ca tratament al edentațiilor, dar și pentru refacerea leziunilor cuneiforme.

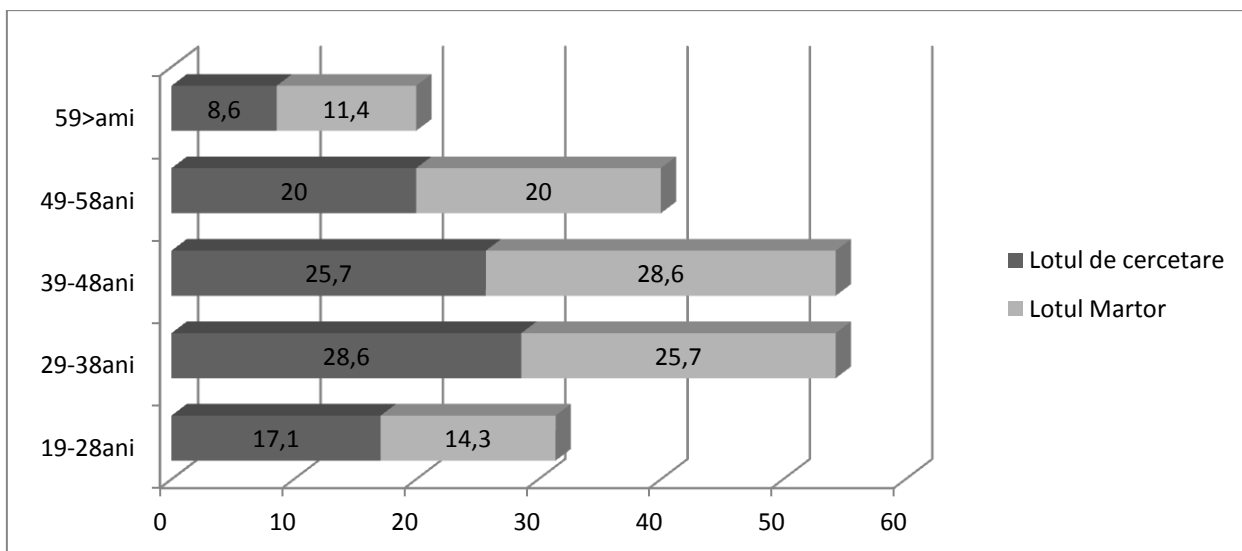


Fig. 4.1. Distribuția pacienților în lotul de studiu și în lotul-martor după grupele de vârstă

Caracteristica rezultatelor obținute la nivelul dinților afectați de defect cuneiform și tratați după metoda de cercetare și cea clasică

Pe perioada cercetării au fost diagnosticați și tratați 817 dinți cu defecte cuneiforme (Tab. 4.1). Mai frecvent au fost afectați premolarii – 306 dinți (150 în lotul de cercetare și 156 în lotul martor), apoi molarii – 224 de dinți (109 în lotul de studiu și 115 în cel de control). Incisivii și caninii în procesul de cercetare s-au întâlnit într-un număr mai mic, fiind de – 173 și 114 dinți. Pentru participanții din lotul de cercetare le revenea 87 de incisivi și 52 de canini, iar din lotul martor 86 și respectiv 62 de dinți (Tab. 3.1).

Tabelul 4.1. Numărul total de dinți diagnosticați cu defect cuneiform și tratați

Grupul de dinți	Lotul de cercetare ( $n_1=398$ dinți tratați)		Lotul de control ( $n_0=419$ dinți tratați)		t	p
	Abs.	$P_1 \pm ES_1$ (%)	Abs.	$P_0 \pm ES_0$ (%)		
Premolari	150	$37,7 \pm 2,43$	156	$37,2 \pm 2,36$	0.1476	>0.05
Molari	109	$27,4 \pm 2,24$	115	$27,4 \pm 2,18$	0.1068	>0.05
Incisivi	87	$21,9 \pm 2,07$	86	$20,5 \pm 1,97$	0.4893	>0.05
Canini	52	$13,1 \pm 1,69$	62	$14,8 \pm 1,73$	0.7017	>0.05
Arcada superioară	208	$52,3 \pm 2,50$	218	$52,0 \pm 2,44$	0.0858	>0.05
Arcada inferioară	190	$47,7 \pm 2,50$	201	$48,0 \pm 2,44$	0.0858	>0.05

Dinții de pe arcada superioară (426 de dinți: 208 în lotul de cercetare și 218 în cel de control) mai des au fost afectați decât cei de pe cea inferioară (391 de dinți: 190 lotul de studiu și 201 în cel martor).

Peste un an de la tratament 6 pacienți din lotul martor au avut nevoie de intervenție stomatologică. Numărul dinților care au fost retratați la indivizii din acest lot s-a ridicat la 62. Principalele acuze ale acestor pacienți a fost reparația hiperesteziei, apariția unei „fisuri” dintre materialul de obturație și dinte, căderea obturației de la nivelul coletului dentar.

În lotul de cercetare, după 12 luni, 2 pacienți au avut nevoie de aplicarea unor operațiuni stomatologice. Numărul total de dinți care au fost retratați s-a ridicat la cifra 18, dintre care 10 au avut necesitatea de a interveni nemijlocit la nivelul coletului dentar, cu aceleași acuze ca și în cazul pacienților din lotul martor, 8 dinți au avut nevoie de mici intervenții legate de aspectul fizionomic al restaurării în ansamblu al dintelui – corecția refacerii: lustruiri, șlefuiți, sau restabilirea punctelor de contact (Tab. 4.2) [6].

După un control la 24 de luni de la tratament, în lotul martor, 7 participanți la studiu au avut nevoie de intervenții stomatologice, numărul total de dinți refăcuți ridicându-se la 79. În lotul de cercetare 3 pacienți au fost retratați (24 de dinți), dintre care 2 indivizi au avut nevoie de intervenții nemijlocit la nivelul coletului dentar (Tab. 4.3), numărul dinților cu această problemă fiind de 12. Restul refacerilor au fost legate de restaurare în ansamblu.

Tabelul 4.2 Numărul total de complicații în lotul de cercetare și cel de control

Grupul de dinți	Lotul de cercetare (n <sub>1</sub> =398 dinți tratați)		Lotul de control (n <sub>0</sub> =419 dinți tratați)		t	p
	Abs.	P <sub>1</sub> ±ES <sub>1</sub> (%)	Abs.	P <sub>0</sub> ±ES <sub>0</sub> (%)		
După 12 luni de la tratament	18	4,5±1,04	62	14,8±1,73	5.0935	<0.001
După 24 de luni de la tratament	24	6,0±1,19	79	18,9±1,91	5.7261	<0.001
După 36 de luni de la tratament	29	7,3±1,30	88	21,0±1,99	5.7587	<0.001
Numărul total de complicații după tratament	71	17,8±1,92	229	54,7±2,43	11.9155	<0.001

La 36 de luni, în lotul de control, la 9 pacienți li s-a efectuat tratament stomatologic repetat, numărul dinților cu complicații la nivelul coletului dentar fiind de 88. În cazul pacienților din lotul de studiu, 3 au avut nevoie de refaceri (29 de dinți), dintre care doar 1 pacient (7 dinți) s-a plâns de probleme la nivelul coletului dentar, restul intervențiilor au fost legate de restabilirea punctelor de contact și a aspectului estetic al restaurării.

Tabelul 4.3. Numărul complicațiilor apărute nemijlocit la nivelul coletului dentar (defectul cuneiform restaurat) după aplicarea tratamentului cercetat și cel clasic

Grupul de dinți	Lotul de cercetare (n <sub>1</sub> =398 dinți tratați)		Lotul de control (n <sub>0</sub> =419 dinți tratați)		t	p
	Abs.	P <sub>1</sub> ±ES <sub>1</sub> (%)	Abs.	P <sub>0</sub> ±ES <sub>0</sub> (%)		
După 12 luni de la tratament	10	2,5±0,78	62	14,8±1,73	6.4631	<0.001
După 24 de luni de la tratament	12	3,0±0,86	79	18,9±1,91	7.5892	<0.001
După 36 de luni de la tratament	7	1,8±0,67	88	21,0±1,99	9.1496	<0.001
Numărul total de complicații după tratament	29	7,3±1,30	229	54,7±2,43	17.1778	<0.001

### Particularitățile defectului cuneiform constatate în timpul cercetării

Particularitățile vieții moderne, care include numeroși factori de stres, diverse maladii de ordin general, cresc riscul apariției proceselor patologice la nivelul regiunii oro-maxilo-faciale.

Defectul cuneiform reprezintă o patologie degenerativă apărută după erupția dinților cu localizare la coletul dentar, indusă de mecanismele distructive ale abfracției.

În procesul de studiu am stabilit că defectul cuneiform afectează toate grupele de dinți, se poate întâlni frecvent și la persoane tinere. Cele mai dese acuze ale pacienților cu această patologie au fost hiperestezia și afectarea aspectului fizionomic. Din spusele pacienților hipersensibilitatea mai frecvent s-a manifestat în timpul periajului dentar, mai rar la excitanți termici și chimici. Aspectul estetic al danturii pacienților a constituit o altă cauză de adresare la



stomatolog, reprezentantele sexului feminin fiind cele afectate de dereglarea esteticului fizionomic. Însă au fost și multe cazuri în care defectul cuneiform a decurs asimptomatic, el fiind diagnosticat în timpul unui control de rutină sau la adresarea cu alte acuze.

Această patologie deseori se asociază cu abraziunea dinților și parodontoza (57-67,5 %) [23]. Foarte rar leziunea cuneiformă se poate complica cu procese inflamatorii pulpare. Pe perioada studiului doar un singur caz a fost înregistrat de adresare la stomatolog cu dureri acute (pulpită acută difuză), cauza fiind complicarea leziunii de colet.

Pentru sporirea eficacității tratamentului și minimalizarea riscului de apariție a complicațiilor a fost necesar de a elabora tactici, care ar reduce efectele distructive ale abfracției și de a restabili integritatea arcadei dentare și a dinților în același timp invocând acțiuni de redresare a componentelor sistemului stomatognat în limitele parametrilor fiziologici [7].

Procesul de combatere a stresului ocluzal indus de abfracție poate fi realizat pe mai multe căi:

- Tratament stomatologic terapeutic, refaceri dentare directe;
- Tratament stomatologic ortopedic, care prevede restabilirea integrității arcadei dentare cu ajutorul construcțiilor protetice;
- Tratament stomatologic ortodontic, care prevede o intervenție conservatoare dirijată de reechilibrare a componentelor sistemului stomatognat cu ajutorul dispozitivelor fixe și mobile;
- Tratament stomatologic chirurgical care servește mai frecvent ca o intervenție ajutătoare la cele trei enumerate mai sus. Poate fi caracterizat prin manipulații chirurgicale la nivelul oaselor maxilare pentru o poziție corectă, sporind reușita în timpul tratamentului ortodontic. De asemenea poate fi considerat ca tratament ajutător la cel ortopedic – implantologia dentară.

În cercetarea noastră am examinat posibilitatea reechilibrării forțelor ocluzale prin crearea unor noi relații ale mandibulei în raport cu maxila cu utilizarea gutierelor acrilice și metodelor terapeutice directe de refacere dentară. Prin aceste dispozitive și restaurări am obținut raporturi mandibulo-craniene statice și dinamice, care au permis de a reduce hipertonusul muscular și de a poziționa corect condilul articular în fosa articulară. Aceste acțiuni au redus considerabil acuzele pacienților referitor la cefalee, zgomote și dureri la nivelul articulației temporo-mandibulare readucându-i la un confort fiziologic.

De asemenea, procedeele de refacere directe ne-au permis de a crea contacte dento-dentare multiple și uniforme pentru distribuirea echilibrată a forțelor ocluzale în timpul exercitării funcțiilor masticatorii. După tratamentul elaborat și implementat pacienții cu defecte

cuneiforme nu au avut plângeri legate de disconfort la nivelul arcadei dentare sau în timpul exercitării actului de masticație și funcției fonetice.

După aplicarea tratamentului complex am obținut o înălțare a dimensiunii verticale de ocluzie, au fost restabilite curbele ocluzale Spee și Monson-Wilson, am redat ghidajul incisiv și canin în timpul mișcărilor mandibulare în plan sagital și transversal, am obținut valori încadrate în limitele parametrilor fiziologici ale unghiului Bennett și traiectoriei incizale.

O atenție deosebită a fost acordată aspectului estetic al restaurărilor. Materialele compozite moderne ne-au permis de a îmbunătăți considerabil aspectul fizionomic al danturii. Totodată sistemele adezive ale acestor materiale și proprietățile lor fizico-chimice ne-au dat posibilitatea de a obține rezultate biocompatibile și durabile.

Un alt avantaj al metodelor terapeutice de tratare a defectelor cuneiforme cu înlăturarea mecanismelor distrugătoare ale abfracției, a prezentat posibilitatea de refacere ușoară a restaurărilor în caz de necesitate.

De asemenea, fără intervenții laborioase am putut modifica punctele de contact, înlăturând sau adăugând material de obturație, după cauzele provocante. Durata relativ scurtă de confecționare a restaurărilor directe permite de a minimaliza disconfortul pacienților creând condiții favorabile în alegerea acestei metode. Costurile avantajoase pentru restaurările directe și intervențiile ulterioare la nivelul lor, poziționează metodele terapeutice de tratament în topul intervențiilor selectate.

De recunoscut, că deseori doar o singură metodă de tratament stomatologic nu este suficientă pentru a obține rezultatul dorit. De aceea colaborarea diferitor specialiști din domeniu frecvent este indispensabilă. În cazul edentațiilor parțiale o intervenție ortopedică și/sau chirurgicală (implantologie) în combinație cu restaurările directe va crește semnificativ reușita tratamentului inovator.

De remarcat că în cazul aplicării restaurărilor indirecte și punților dentare este important de a crea condiții de contact dento-dentar dintre dinții antagoniști cu materiale omoloage. Astfel obținem forțe de frecare și abraziuni uniforme și funcționale, care nu vor provoca pe viitor reparația fenomenului de abfracție.

Aceiași situație se obținea și în cazul când existau 1-2 dinți cu poziție atopică în arcada dentară. Combinând intervențiile ortodontice cu cele terapeutice, aveam posibilitatea de a obține rezultate excelente funcționale, estetice și biocompatibile cu celelalte componente ale sistemului stomatognat.

În urma cercetării efectuate pe 70 de pacienți putem menționa următoarele particularități în etiologia, patogenia și tratamentul dinților afectați de defecte cuneiforme: leziunea cuneiformă

mai frecvent a afectat premolarii și molarii, grupul frontal de dinți fiind mai rar supus apariției proceselor distructive de colet; patologiiile cronice de sistem își pot lăsa amprente în mecanismele de apariție și evoluție a defectelor cuneiforme – mecanismele distructive ale abfracției sunt datorate afecțiunilor diferitor sisteme (respirator, digestiv, SNC ș.a.); implementarea tehnicilor inovatorii de tratament al defectului cuneiform a redus semnificativ acuzele pacienților invocând la majoritatea plângerilor un factor de protecție puternic ( $0,0-0,3 D_{MH}$ ) și moderat ( $0,4-0,5 D_{MH}$ ); raționamentul măsurilor multifactoriale de tratament complex au micșorat semnificativ rata complicațiilor (la nivelul coletului dentar complicațiile au fost de 7,28%), față de 50-70% [16].

### **Sinteza rezultatelor obținute**

Cercetarea prezentă a avut scop de a elabora metode de tratament al defectului cuneiform, care ne-au dat posibilitatea de a obține rezultate durabile, estetice și au minimalizat riscul de apariție a complicațiilor ulterioare. Studiarea particularităților clinice de manifestare a lor, evaluarea situației epidemiologice în Republica Moldova ne-a permis de a elabora un algoritm direcționat de intervenții stomatologice, care respectă cerințele biocompatibilității și crește longevitatea rezultatelor obținute.

În perioada cercetării au fost examinați și tratați 817 dinți cu leziuni distructive de colet, analiza rezultatelor cărora ne-au dat posibilitatea de a stabili că mecanismul principal responsabil în apariția și dezvoltarea acestei patologii este stresul ocluzal generat de abfracție. Una din formele acestui fenomen, conform datelor literare, abraziunea-abfracția reprezintă factorul etiologic responsabil în apariția suprasolicitărilor ocluzale cu manifestarea simptomelor clinice la nivelul coletului dentar. Fenomenul de abraziune-abfracție generează forțe divergente excesive la nivelul de minimă rezistență a dintelui – joncțiunea smalț-cement și provoacă apariția defectului cuneiform.

Scopul cercetării date a fost de a spori eficacitatea tratamentului leziunilor distructive de colet și de a minimaliza riscul de apariție a complicațiilor. Valorile medii calculate ale complicațiilor după aplicarea metodelor clasice de tratament în decurs de 3 ani se pot ridica până la cifra de 54,65%, față de 7,28% obținute în urma tratamentului complex și dirijat [6].

La 12 luni după aplicarea tratamentului, atât în lotul martor, cât și cel de studiu, au fost colectate și prelucrate statistic date referitor la acuzele pacienților. Aceste valori au fost introduse în Tab. 4.4.

După datele din Tab. 4.4, observăm o reducere a plângerilor pacienților după tratament, referitor la sensibilitatea mărită în regiunea unui dinte (31 de plângeri în lotul martor și 10 în cel de studiu), dureri la deschiderea gurii maximal (19 acuze în lotul de control și 7 în cel de

cercetare), zgomote și dureri în regiunea ATM (16 și 16 în grupul de control – 5 și 4 în cel de studiu). Ultimul criteriu a fost cefaleea, care în grupul de cercetat a fost semnalată la 15 persoane, în comparație cu 35 la pacienții din lotul de control.

Tabelul 4.4. Eficacitatea tratamentului după simptomatologia subiectivă în lotul de cercetare și în cel de control după 12 luni

Caracteristica	Lotul de control L <sub>0</sub> , n=35	Lotul cercetat L <sub>1</sub> ,n=35	RP	Î <sub>95</sub> , p
Sensibilitatea mărită în regiunea unui dinte	31	10	0,05	0,014-0,184, p<0,01
Dureri la deschiderea gurii maximal	19	7	0,21	0,073-0,609, p<0,05
Zgomote în regiunea ATM	16	5	0,20	0,062-0,629, p<0,05
Dureri în regiunea ATM	16	4	0,15	0,045-0,527, p<0,05
Cefalee	35	15	37,5	0,00

Următoarea etapă a fost monitorizarea evoluției restaurărilor efectuate după tratamentul defectelor cervicale necarioase (Figura 4.2). Prezența sau lipsa complicațiilor la nivelul sistemului dentar ne-a permis de a realiza eficiența tratamentului propus. Astfel, necesitatea de a interveni cu careva manipulații stomatologice la nivelul unui dinte tratat după o perioadă de 12, 24, sau 36 de luni au fost înregistrate și efectuate ulterior.

Modificările apărute la nivelul dintelui tratat schematic le-am împărțit în 2 grupe:

- complicații apărute la nivelul restaurării în ansamblu;
- complicații ale restaurărilor la nivelul coletului dentar.

Această clasificare ne-a dat posibilitatea de a evalua corectitudinea direcției de tratament propuse. Astfel, după tratamentul instituit, am obținut complicații la nivelul coletului dentar (progresarea defectului cuneiform, căderea parțială sau totală a masei de obturație, etc.), fapt ce ne-a indicat despre influența slabă asupra factorului etiologic. Dacă am obținut complicații la nivelul dintelui restaurat în ansamblu (fracturarea unei părți a restaurării, necesitatea intervențiilor cosmetice, etc.), concluzionăm despre imperfecțiuni în timpul manipulațiilor de transfer a refacerilor de pe modelul de lucru în cavitatea bucală.

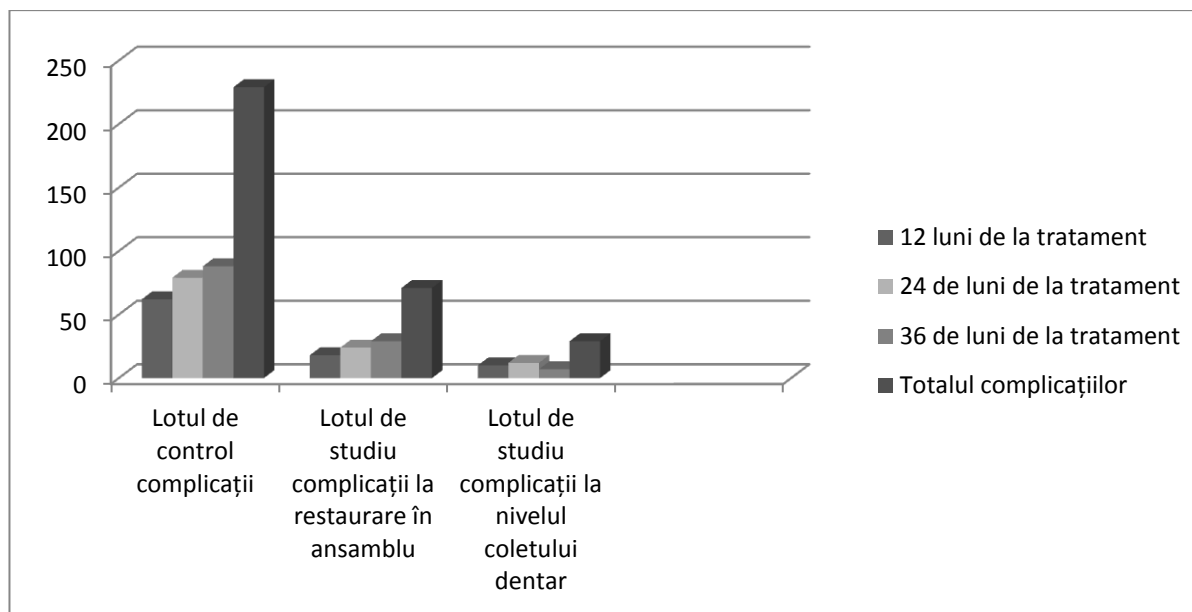


Fig. 4.2. Complicațiile apărute în lotul de control și de studiu la 12, 24, și 36 de luni de la tratament

Numărul total de complicații apărute în lotul de cercetare după un an de la tratament era de 18 în comparație cu 62 în grupul de control. După 24 de luni de la intervențiile stomatologice raportul era de 24 și 79 respectiv. După 36 de luni 29 pacienți din grupul de studiu, au necesitat intervenții stomatologice în comparație cu 88 din lotul martor. Numărul total de complicații după o perioadă de 3 ani de la tratament, a constituit 71 la pacienții cărora li s-a aplicat tehnologia inovatoare în comparație cu 229 apărute la persoanele din lotul de control. Aceste cifre transformate în procente ne-au dat o reducere a complicațiilor până la 17,83% în urma tratamentului instituit în raport cu 54,65% în urma intervențiilor clasice.

Astfel, reieșind din cele expuse mai sus deducem următoarele: s-a stabilit că defectul cuneiform necesită un tratament complex cu aplicarea măsurilor de excludere a factorilor etiologici; înlăturarea fenomenului de abfracție reduce semnificativ numărul complicațiilor după aplicarea tratamentului; în urma tratamentului implementat s-a obținut o creștere a eficacității reușitei de la 45,3% (metodele clasice de tratament) la 82,2%; la nivelul coletului dentar reducerea complicațiilor până la 7,28%; iar acuzele pacienților s-au micșorat cu 53,5%; implementarea precoce a metodelor de profilaxie a anomaliilor sistemului stomatognat scade riscul apariției defectelor cuneiforme și crește ulterior eficacitatea tratamentului acestei patologii.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE

### Concluzii generale

1. Leziunea cuneiformă este o patologie frecvent întâlnită la persoanele cu vârsta cuprinsă între 29-48 de ani (54,3%), la pacienți cu vârsta mai mică de 29 de ani – 15,7% de cazuri, iar la indivizii de peste 48 de ani răspândirea afecțiunii a fost de 30%. Odată cu creșterea vârstei s-a observat creșterea numărului de dinți afectați cu 4% la fiecare 5 ani. În dependență de sex, defectul cuneiform s-a întâlnit în raport aproximativ egal: bărbați 50,7%, iar femei 49,3% (în studiu au participat 42 de femei – 60%, și 28 de bărbați – 40%). În urma cercetării, nu a fost depistate corelații directe dintre afecțiuni de sistem, igienă orală individuală și apariția proceselor distructive de colet. Însă, igiena orală individuală exagerată, nesatisfăcătoare sau chiar lipsa ei, cât și patologiile cronice de sistem au servit ca factori favorizanți în evoluția leziunii cuneiforme și nicidecum ca mecanisme declanșatorii ai afecțiunii date;
2. Defectul cuneiform – patologie necarioasă posteruptivă este cauzată de suprasolicitarea ocluzală, clinic manifestată prin pierderea patologică a smalțului și dentinei. Tratamentul complex și dirijat al defectului cuneiform cu acțiuni de redresare a spațiului ocluzal și refacerea morfo-funcțională a coroanei dentare, a permis de a reduce semnificativ acuzele pacienților după intervenția stomatologică, dezvoltând un factor de protecție puternic (0,0-0,3  $D_{MH}$ ) și moderat (0,4-0,5  $D_{MH}$ ) după Mantel-Haenszel;
3. Studiul respectiv ne-a permis de a elabora tehnici de tratament terapeutic dirijat, care au permis de a spori eficacitatea rezultatelor de la 45,3% până la valori de 82,2%. Promovarea modului sănătos de viață, excluderea obiceiurilor vicioase, implementarea igienei dentare corecte, profilaxia și tratamentul precoce ale maladiilor de sistem și ale complexului oro-maxilo-facial au servit ca măsuri de profilaxie în apariția defectelor cuneiforme și ca factori favorizanți în tratamentul acestei patologii;
4. Pentru un tratament eficient și durabil al defectului cuneiform a fost necesar de elaborat protocol clinic (diagnostic complex și precis; stabilirea relațiilor intermaxilare existente pe modelele de studiu și elaborarea pozițiilor noi mandibulo-craniene pe cele de lucru; re poziționarea mandibulei în raport cu maxila cu ajutorul gutierei și a obturațiilor provizorii; transferarea restaurărilor din ceară de pe modelul de lucru în cavitatea bucală cu ajutorul refacerilor directe), care a avut ca scop final excluderea fenomenului de abfracție și restaurarea durabilă a țesutului dur afectat la nivelul coletului dentar. Totodată metoda propusă ne-a permis de a trata și alte afecțiuni de origine carioase și necarioase, care persistau concomitent la pacienți cu leziuni cuneiforme. Această metodă ne-a dat posibilitatea de a

micșora rata complicațiilor până la valori cuprinse între  $7,28 \pm 1,30\%$  (la nivelul defectului cuneiform) și  $17,83 \pm 1,92\%$  (la nivelul dintelui restaurat în ansamblu).

5. Problema științifică importantă soluționată în teză constă în fundamentarea științifică a fenomenului abfracției responsabil în apariția defectului cuneiform, argumentat de datele cercetărilor multiple prezentate în sursele literale internaționale de specialitate și confirmate de rezultatele chestionarului-anchetă utilizat în lucrarea dată, a condus la elaborarea și implementarea unui algoritm de tratament complex și dirijat fapt ce a permis minimalizarea considerabilă a complicațiilor până la valori de  $7,28 \pm 1,30\%$  în comparație cu datele din sursele literare internaționale:  $>20\%$  descrise de Makeeva И.М. (Rusia, 2002), și 50-70% J. van Dijken (Suedia, 2014).

### **Recomandări practice**

1. Informarea populației referitor la factorii etiologici, tabloului clinic și posibilele complicații ale leziunilor cuneiforme prin comunicare directă și indirectă (articole în mass-media) ce oferă posibilitatea micșorării incidenței patologiei respective;
2. Abfracția reprezintă cauza primordială în apariția și evoluția proceselor distructive cervicale necarioase. Excluderea sau micșorarea efectelor distructive ale mecanismelor de abfracție permit prevenția apariției defectelor cuneiforme sau dezvoltarea ulterioară a acestora;
3. Combaterea precoce a anomaliilor dento-maxilare, articulare, musculare sau de sistem permit de a micșora riscul de apariție a defectelor cuneiforme cu posibilele complicații ulterioare;
4. Informarea medicilor-stomatologi referitor la mecanismele etiologice ale leziunilor cuneiforme, cât și instruirea personalului medical specializat în vederea implementării algoritmului de tratament complex și dirijat ale afecțiunilor distructive de colet va da posibilitatea obținerii unui rezultat durabil, estetic, biocompatibil cu un număr redus de complicații.

### **BIBLIOGRAFIE**

#### **Surse bibliografice în limba română**

1. Burlacu V. și coaut. Actualități în medicația spațiului endodontic. În: Medicina Stomatologică, 2015, nr. 3(36), p. 63-66. ISSN 1857-1328
2. Burlacu V. și coaut. Procedeu rațional de realizare a fațetelor în stomatologia terapeutică. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Ediția XIV, vol. 4, 2013, p. 391-395.
3. Burlacu V. și coaut. Defect cuneiform, aspecte teoretico-clinice. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, 2011, Ediția a XII, vol. 4, p. 445-449.

4. Burlacu V., Fala V. și coaut. Programarea tratamentului endodontic. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, vol. 4, 2010, p. 465-468.
5. Cartaleanu A. și coaut. Aspecte biomecanice în terapia de refacere directă cu compozite și cementuri glass-ionomere. În: Medicina Stomatologică, nr. 3(16), 2010, p. 65-68.
6. Friptu D. Rolul abfracției în etiologia, patogenia și tratamentul leziunilor cervicale necarioase. În: Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători. USMF ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2015, p. 330.
7. Friptu D. Tratamentul modern al defectului cuneiform, Culegere de rezumate științifice. Conferința științifică anuală a colaboratorilor și studenților, USMF ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2014, p. 261.
8. Friptu D. și coaut. Managementul și tehnologiile moderne în tratamentul defectului cuneiform. În: Medicina Stomatologică, nr. 2 (31), 2014, p. 29-30.
9. Friptu D. Metode de tratament al defectului cuneiform, În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, ediția XIII, vol. 4, 2012, p. 518-520.
10. Nicolau Gh. și coaut. Tratamentul defectului cuneiform, prin metodă miniinvazivă. În: Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, ediția XIII, vol. 4, 2012, p. 466-468.

#### **Surse bibliografice în limba rusă**

11. Бычкова М. и др. Клиническое обоснование выбора адгезивных систем при восстановлении клиновидных дефектов. В: Обозрение, 2013, №3(80), с. 32-33.
12. Бурлуцкий А. С. Клиническая картина клиновидных дефектов зубов и их протезирование. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Калинин, 1984, 24 с.
13. Вайлати Ф. Адгезивная реабилитация зубных рядов при генерализованной эрозии зубов: клинический случай трёхэтапной техники, DentArt 3,2010, 33-40 с.
14. Даурова Ф. и др. Компьютерная оптимизация процесса реставрации зубов в клинике терапевтической стоматологии. В: Обозрение, 2013, №3(80), с. 35-36.
15. Скрипников П. и др. Опыт применения композита Сапфир для лечения дефектов твёрдых тканей зуба в пришеечной области. В: ДентАрт, 2008, №3, с. 20-25.
16. Фецич А. Воссоздание оптических свойств тканей зуба. В: ДентАрт, 2014, №2(75), с. 9.

#### **Surse bibliografice în limba engleză:**

17. Dugmore C., Rock W. The progression of tooth erosion in a cohort of adolescents of mixed ethnicity. In: J. Paediatr. Dent., 2003, vol. 15(4), p. 295-303.
18. Grippo J. Abfractions: a new classification of hard tissue lesions of teeth. In: J. Esth. Dent., 1991, vol. 3(1), p. 14-18.



19. Grippo J.O. Role of engineering factors (BEF) in the etiology of root caries. In: J. Esthet. Dent., 1991, vol. 3(2), p. 71-76.
20. Miller M. Restoring Class V lesions, Part 2: Abfraction lesions. In: Pract. Periodont. Aesthet. Dent., 1997, vol. 9(5), p. 505-506.
21. Shaughnessy B., Sonis A. Oral health and bone density in adolescents and young women with anorexia nervosa. In: J. Clin. Pediatr. Dent., 2008, vol. 33(2), p. 87-92.
22. Slavicek R. Dr.Rudolf Slavicek on clinical and instrumental functional analysis for diagnosis and treatment planing, J Clin Orthod, 1988 22(6), 358-370 p.

#### **Surse bibliografice electronice**

23. Лямзин С. С., Клиновидный дефект. Причины и лечение, Москва, 2014, <http://www.saint-dent.ru/klinovidny-defect/> (vizitat 25.05.2015).

### **LISTA LUCRĂRILOR PUBLICATE LA TEMA TEZEI**

#### **Lucrări științifice**

- **Articole științifice din Registrul Național al revistelor de profil (cu indicarea categoriei):**

#### **Categoria B:**

1. **Friptu Dumitru**, Friptu Mihail. Viziuni contemporane în tratamentul defectului cuneiform. În: Medicina stomatologică, Chișinău 2012, nr. 3(24), p. 59-60, ISSN 1857-1328.
2. Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Ojovan Ala, Burlacu Victor, Costru Tudor, Zagnat Vasile, Fala Valeriu, Tintiuc Elena Zabolotnî Dumitru, **Friptu Dumitru**, ș.a. Prevenția avansării patologiilor stomatologice. În: Medicina stomatologică, Chișinău 2012, nr. 4(25), p. 46-49, ISSN 1857-1328.
3. **Friptu Dumitru**, Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, ș.a. Managementul și tehnologiile moderne în tratamentul defectului cuneiform. În: Medicina stomatologică, Chișinău 2014, nr. 2(31), p. 29-31, ISSN 1857-1328.
4. Valeriu Burlacu, Angela Cartaleanu, Tudor Costru, Valeriu Fala, Ala Ojovan, Dorin Istrati, **Dumitru Friptu**, Victor Burlacu. Actualități în medicația spațiului endodontic. În: Medicina stomatologică, Chișinău 2015, nr. 3(36), p.63-66, ISSN 1857-1328.

#### **Categoria C:**

5. **Friptu Dumitru**. Defect cuneiform. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția XII, Chișinău 2011, vol. 4, p.492-495, ISSN 1857-1719.

6. **Friptu Dumitru.** Metode de tratament al defectului cuneiform. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția XIII, Chișinău 2012, vol. 4, p. 518-520, ISSN 1857-1719.
7. Burlacu Valeriu, Cartaleanu Angela, Fala Valeriu, Ojovan Ala, **Friptu Dumitru**, ș.a. Procedeu rațional de realizare a fațetelor în stomatologia terapeutică. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția XIV, Chișinău 2013, vol. 4, p. 391-395, ISSN 1857-1719.
8. Burlacu Valeriu, Burlacu Victor, Cartaleanu Angela, Ojovan Ala, Fala Valeriu, **Friptu Dumitru**, ș.a. Unele momente cheie în dinamica diferențierii distrofiilor dentare posteruptive. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Ediția XIV, Chișinău 2013, vol. 4, p. 395-398, ISSN 1857-1719.

• **Materiale/ teze la forurile științifice internaționale (peste hotare):**

9. **Friptu Dumitru.** Leziunea cuneiformă. Tratament. În: Ediția XVI-a a Zilelor Facultății de Medicină Dentară și Al 4-lea Congres Internațional al Asociației Dentare Române pentru Educație, Practica virtuală versus Practica reală în Medicina Dentară, Succes versus Eșec în Terapii Orale Asistate Medical, Iași, România, 2012, p. 19.
10. **Friptu Dumitru.** Metode de tratament contemporan al defectului cuneiform. În: Ediția XVII-a a Zilelor Facultății de Medicină Dentară, 61 DE ANI DE ÎNVĂȚĂMÂNT MEDICAL DENTAR IEȘEAN și al 5-lea Congres Internațional al Asociației Dentare Române pentru Educație, Convențional versus Avangardă în Tehnicile și Nanotehnologiile Medicinii Dentare, Iași, România, 2013 p. 17.

• **Materiale/ teze la forurile științifice naționale:**

11. **Friptu Dumitru.** Defect cuneiform. În: Zilele Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și Conferința Științifică Anuală consacrată celor 20 de ani de la proclamarea independenței, Chișinău 2011, p. 53.
12. **Friptu Dumitru.** Metode de tratament al defectului cuneiform. În: Zilele Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și Conferința Științifică Anuală dedicată aniversării a 85-a de la nașterea profesorului universitar, academicianului AȘM Nicolae Testemițanu, Chișinău 2012, p.55.
13. **Friptu Dumitru.** Tratamentul modern al defectului cuneiform. În: Conferința științifică anuală a colaboratorilor și studenților ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Culegere de rezumate științifice, Chișinău 2014, p. 261.
14. **Friptu Dumitru.** Rolul abfracției în etiologia, patogenia și tratamentul leziunilor cervicale necarioase. În: Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău 2015, p. 330.

## ADNOTARE

Friptu Dumitru

### Tratamentul terapeutic rațional al defectului dentar cuneiform

Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2016

Lucrarea este compartimentată clasic: introducere, 4 capitole, concluzii generale și recomandări practice, bibliografie din 118 titluri, 122 de pagini de text de bază, include 37 de figuri, 23 de tabele, 8 formule. Rezultatele studiului au fost publicate în 14 lucrări științifice.

**Cuvinte cheie:** defect cuneiform, abfracție, tratament terapeutic complex.

**Domeniul de studiu:** 323.01 – Stomatologie.

**Scopul și obiectivele lucrării.** Scopul lucrării a inclus evaluarea semnelor subiectiv-obiective a pacienților cu defecte cuneiforme, tabloului clinic al leziunii și optimizarea reabilitării terapeutice și dirijate de tratament. *Obiectivele lucrării* au vizat următoarele repere: estimarea particularităților clinice ale defectului cuneiform în dependență de vârstă, sex, igienă individuală orală și patologii concomitente (1), monitorizarea indicilor chestionarului-anchetă elaborat, propus pacienților cu defecte cuneiforme întru facilitarea stabilirii corecte a tacticii de tratament(2), elaborarea tehnicilor de tratament complex dirijat general, local și a măsurilor de profilaxie (3), elaborarea protocolului clinic de tratament terapeutic rațional și complex al defectului cuneiform (4).

**Noutatea și originalitatea științifică:** cercetarea a permis de a stabili în premieră în Republica Moldova unele particularități ale factorilor etiologici și patogenici ale defectelor cuneiforme. Au fost descrise și implementate metode complexe de explorare, care au dat posibilitatea efectuării unui diagnostic diferențial exact. În premieră pe țară a fost elaborat și implementat un algoritm de tratament complex și dirijat al diverselor forme de leziuni cuneiforme.

**Problema științifică soluționată în teză:** constă în fundamentarea științifică a fenomenului abfracției responsabil în apariția defectului cuneiform, argumentat de datele cercetărilor multiple prezentate în sursele literale internaționale de specialitate și confirmate de rezultatele chestionarului-anchetă utilizat în lucrarea dată, care a condus la elaborarea și implementarea unui algoritm de tratament complex și dirijat fapt ce a permis minimalizarea considerabilă a complicațiilor.

**Semnificația teoretică:** suprasolicitarea ocluzală, care reprezintă cauza de apariție a defectului cuneiform, are o incidență în creștere, datorită sporirii frecvenței patologiilor regiunii oro-maxilo-faciale și de sistem. Această motivație a făcut necesară elaborarea unui algoritm de tratament complex și rațional.

**Valoarea aplicativă a lucrării:** constă în oferirea medicilor stomatologi a unui algoritm de diagnostic și tratament care permite de a diferenția patologia studiată de alte afecțiuni, de a restabili integritatea coronară, de a reabilita spațiul ocluzal și de a trata patologiile dentare întâlnite concomitent cu leziunile cuneiforme.

**Implementarea rezultatelor științifice:** elementele fundamentale ale cercetării au fost introduse în instruirea didactică și clinică a medicilor și rezidenților în clinica Catedrei de stomatologie terapeutică și puse în practică în Centrele Stomatologice „Estetic-Dent”, „FALA Dental”, „UniDent-Art” și „TonuS Dent”.

## РЕЗЮМЕ

Фрипту Думитру

### Рациональное терапевтическое лечение клиновидного дефекта зуба

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Кишинёв, 2016

Научная работа состоит из следующих частей: введение, четыре главы, выводы и практические рекомендации, библиография – 118 источников, 122 страниц основного текста, включая 37 рисунков, 23 таблиц, 8 формул. Полученные результаты были опубликованы в 14 научных работах.

**Ключевые слова:** клиновидный дефект, абфракция, комплексное терапевтическое лечение.

**Область исследования:** 323.01 – Стоматология.

**Цели и задачи:** оценивание клинических особенностей клиновидного дефекта в зависимости от возраста, пола, личной гигиены полости рта и одновременных заболеваний, мониторинг индексов разработанного анкетного опроса, предложенного пациентам с клиновидными дефектами, для того чтобы облегчить правильное определение методов лечения, создание методов общего и местного контролируемого терапевтического лечения и профилактических мер, разработка клинического протокола рационального терапевтического лечения клиновидного дефекта.

**Научная новизна и оригинальность:** Исследование позволило определить впервые в Молдове, особенности этиологических и патогенетических факторов клиновидных дефектов. Были описаны и применены комплексные методы исследования, которые дали возможность определить точный дифференциальный диагноз. Впервые в стране был разработан и внедрён алгоритм комплексного контролируемого лечения различных форм клиновидных повреждений.

**Научная проблема, рассматриваемая в диссертации:** состоит из научного обоснования роля феномена абфракции развитии клиновидных дефектов, на основании результатов многочисленных исследований, проведенных во всем мире и подтвержденные результатами анкеты, используемого в данной работе, которое привело к разработке и внедрению алгоритма комплексного и направленного лечения, что значительно уменьшило частоту осложнений.

**Теоретическая значимость:** окклюзионная перегрузка, которая представляет собой появление клиновидного дефекта, обладает ростом заболеваемостью благодаря увеличению частоты челюстно-лицевых и системных заболеваний. Это послужило поводом для создания алгоритма комплексного и рационального лечения.

**Прикладное значение:** состоит в предоставлении стоматологам алгоритма диагностики и лечения, что позволяет восстановление зуба и окклюзионной поверхности и лечения стоматологических патологий, возникающих в ходе клиновидных поражений зубов.

**Внедрение полученных результатов:** были внедрены в дидактическую и клиническую подготовку врачей и резидентов, обучающихся в Стоматологической Клинике Кафедры терапевтической стоматологии, а также были применены на практике в таких стоматологических центрах как: „Estetic-Dent”, „FALA Dental”, „UniDent-Art” и „TonuS Dent”.

## SUMMARY

Friptu Dumitru

### **Rational Therapeutic Treatment of Wedge-Shaped Defect of Tooth**

Thesis of Doctor in Medical Sciences, Chisinau, 2016

The work is subdivided classically: introduction, 4 chapters, conclusions and practical recommendations, bibliography of 118 references, 122 pages of the main text, including 37 figures, 23 tables and 8 formulas. The study findings were published in 14 scientific papers.

**Key words:** wedge-shaped defect, abfraction, complex therapeutic treatment.

**Domain of study:** 323.01 - Stomatology.

**Purpose and objectives:** assessment of clinical features of the wedge-shaped defect depending on age, sex, personal and oral hygiene and concurrent pathologies, monitoring of indices of developed survey questionnaire, proposed to patients with wedge-shaped defects in order to facilitate the correct tactics of treatment, development of general and local directed therapeutic techniques and preventive measures, clinical protocol development of rational therapeutic treatment of wedge-shaped defect.

**Scientific novelty and originality:** research has allowed determining for the first time in the Republic of Moldova some features of etiologic and pathogenic factors of wedge-shaped defects. Complex methods of research have been described and implemented, that gave possibility of an exact differential diagnosis. For the first time in the country, a comprehensive and directed treatment algorithm has been developed and implemented of various forms of wedge-shaped lesions.

**Scientific problem solved in the thesis:** consists of the scientific substantiation of the role played by abfraction in the development of wedge-shaped defects, based on the results of multiple studies from worldwide scientific references, and confirmed by the results of our survey, employed in our study, which led to developing and implementing an algorithm of complex and directed treatment, that has diminished significantly the complication rate.

**Theoretical significance:** occlusal overloading, which is due to the occurrence of wedge-shaped defect, has an incidence on the rise due to increasing frequency of pathologies of oro-maxillo-facial region and system. This motivation made it necessary to develop an algorithm for comprehensive and rational treatment.

**Applicable value of work:** it consists in providing dentists of an algorithm for diagnosis and treatment allowing differentiating studied pathology from other diseases, to restore tooth crown, to rehabilitate occlusal plane and treat dental pathologies encountered simultaneously with wedge-shaped lesions.

**Implementation of scientific results:** Fundamental elements of research were introduced in didactic and clinical training of doctors and resident doctors in Therapeutic Dentistry Clinic of the Department of Therapeutic Dentistry and were implemented in the following dental clinics: „Estetic Dent”, „FALA Dental”, „UniDent-Art” and „TonuS Dent”.

**FRIPTU DUMITRU**

**TRATAMENTUL TERAPEUTIC RAȚIONAL AL DEFECTULUI CUNEIFORM**

**323.01 – Stomatologie**

Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale

---

Aprobat spre tipar:	Formatul hârtiei 60x84 1/16
Hârtie ofset. Tipar ofset.	Tiraj ex.
Coli de tipar:	Comanda nr.

---