

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris
CZU: 616.314.17-008.1-089(043.2)

CIRIMPEI VASILE

**EVALUAREA STABILITĂȚII
PARODONTALE DUPĂ PROCEDEURI
DE CHIRURGIE PARODONTALĂ
PROTOTETICĂ**

323.01. STOMATOLOGIE

Rezumatul tezei de doctor în științe medicale

CHIȘINĂU, 2022

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de odontologie, parodontologie și patologie orală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Conducător științific:

Ciobanu Sergiu, doctor habilitat în științe medicale,
conferențiar universitar

Referenți oficiali:

Chele Nicolae, doctor habilitat în științe medicale,
conferențiar universitar, USMF “Nicolae Testemițanu”

Cojocaru Mihail, doctor în științe medicale,
conferențiar universitar, “Cojocaru Mihail” ÎI

Componența consiliului științific specializat:

Fala Valeriu, președinte, doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar

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

Uncuța Diana, doctor habilitat în științe medicale,
conferențiar universitar

Bajurea Nicolae, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Mârțu Silvia, doctor în științe medicale, profesor universitar

Suținerea va avea loc în data de 02 martie 2022, ora 14.00 în ședința Consiliului științific specializat D 323.01-21-51 din cadrul IP USMF ”Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 165, cab. 205, Chișinău, MD-2004.

Teza de doctor și rezumatul pot fi consultate la biblioteca USMF ”Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165 și pe pagina web a A.N.A.C.E.C. (<http://www.anacec.md>)

Rezumatul a fost expedit la _____

Secretar științific al Consiliului științific specializat,

Spinei Iurie, dr. șt. med, conf. univ. _____

Conducător științific,

Ciobanu Sergiu, dr. hab. șt. med, conf. univ. _____

Autor,

Cirimpei Vasile

©Cirimpei Vasile 2022

CUPRINS:

1. REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII	4
2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE	9
2.1. Metodologia de efectuare a studiului	9
2.2. Date generale despre studiu	9
2.3. Metode de investigație a pacienților	10
2.4. Etape clinico tehnice în procedeul de alungire coronară și etapa protetică	11
3. ANALIZA MODIFICĂRILOR DIMENSIONATE, VALORILOR DE MOBILITATE, INDICILOR PARODONTALI	14
4. CONCLUZII GENERALE	27
5. RECOMANDĂRI	28
6. BIBLIOGRAFIE	28
7. LISTA PUBLICAȚIILOR AUTORULUI LA TEMA TEZEI	30
8. LISTA ABBREVIERILOR.....	34
9. ADNOTARE	35
10. PEȚIOME	36
11. SUMMARY	37

1. REPERELE COCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Actualitatea temei.

Parodontologia ca ramură a stomatologiei are drept scop identificarea, stoparea, tratarea și menținerea pe termen lung a homeostaziei țesuturilor parodontale. În acest context, procedeele chirurgicale [1, 2, 3], recent sintagma terapie de acces fiind des înlocuită cu termenul chirurgie, pot fi folosite cu succes pentru rezolvarea a o serie de situații clinice care de cele mai multe ori prevăd o soluționare mai tranșantă în mod special exodonțierea [4]. Un aspect important al chirurgiei parodontale este desigur tratamentul chirurgical propriu-zis. Așa cum susțin cei mai notorii parodontologi din lume – chirurgia parodontală rezectivă este cea mai valoroasă metodă de chirurgie parodontală relatată la tratamentul restaurator [12].

Conform datelor din literatură, o relație nefastă există atunci când marginile restaurării sunt amplasate subgingival. Reactivitatea parodonțiului marginal cel mai probabil este condiționată de spațiul biologic, precum și de parametri strict individuali care din păcate nu sunt clinic controlabili. Invasia microbiană a acestui spațiu va conduce la 2 scenarii posibile, prima fiind o tendiță de rezorbție osoasă, astfel încât un nou spațiu biologic va fi regenerat, cel de-al doilea scenariu posibil fiind o inflamație continuă la nivelul parodontului marginal fără rezorbție osoasă. Din punct de vedere istoric, spațiul biologic a fost studiat de către Orban & Köhler, care au publicat în 1924 ulterior date concrete dimensionate asupra spațiului biologic [10]. Ulterior, au fost publicate date de sinteză a spațiului biologic, de menționat că cel mai citat studiu în literatură fiind cel publicat de către Gargiulo [7]. Ar fi important să menționăm că studiul publicat de Gargiulo a fost bazat pe studiul histologic celor 2 mai sus menționați. Ulterior Cohen a fost creditat de către Gargiulo cu dreptul de a denumi această entitate Spațiu Biologic. Spațiul biologic care este compus din epiteliul de joncțiune și atașamentul tisular conjunctiv supracrestal ce înconjoară fiecare dinte, fără a lua în calcul profunzimea sulcusului gingival [7]. Funcția fiziologică presupusă a spațiului biologic este de barieră protectivă pentru ligamentul parodontal subiacent și a osului alveolar de suport [12].

Important este de a menționa că studiul publicat de Gargiulo

care este foarte frecvent citat are o serie întregă de lacune - studiul a fost efectuat pe cadavre cu parodonțiul intact, dinți din zona frontală, secțiunile histologice au fost efectuate în sens sagital, precum și prevede utilizarea unei valori dimensionate medii a SB etc. Corelând aceste date cu realitățile clinice putem considera eronate aceste particularități deoarece pacientul ce va necesita redresări cel mai probabil nu va avea un parodonțiu intact, va necesita un tratament pe orice segment de dinți (nu pe un grup anumit) și cel mai probabil în mod special în zona interproximală. Din acest considerent ținem să menționăm că citarea acestui articol atunci când spațiul biologic este centrul al unei discuții, nu este cea mai bună referință, deoarece datele actuale ce sunt mai aproape de realitățile clinice denotă o variabilitate foarte mare a SB.

Valorile medii ale spațiului biologic au variat de la 1,5 la 2,7 mm cu cea mai mică valoare de 0,2 mm. Spațiul biologic pentru dinții frontali este mai mic decât cel în jurul grupului posterior [13].

Dimensiunea de bază a epiteliului de joncțiune variază de la valori de 0,57 mm la 1,14 mm cu cele mai mari diferențe cuprinse între 0,08 mm și 3,27 mm, ea fiind mai mare în grupul posterior (și cea mai mare în grupul molar inferior) având 1,12-1,22 mm și fiind mai mică în segmentul frontal 0,97-1,03. O diferență statistică există între zonele aproximate cu valori mai mari de 1 mm și în zona orală ele fiind mai mici de 0,9 mm. De remarcat faptul că epiteliul de joncțiune prezintă valori mai mari împrejurul dinților restaurați decât împrejurul dinților nerestaurați [13].

Cele mai frecvente dimensiuni a țesutului de atașament conjunctiv variază între 0,77 mm și 1,10 mm cu variații maxime între 0,00 și 6,52 mm. Acest parametru variind între valorile 0,71 pentru dinții frontali și 0,89 în grupul premolar și molar. În comparare cu epiteliul de joncțiune, țesutul de atașament conjunctiv este în raport de 1,13-1,31 mm pe perimetrul vestibular și oral; 0,95-1,05 mm pe suprafețele proximale. De asemenea, o diferență statistică există între dinții ce au fost restabiliți cu valori 0,84 și 0,76 pentru dinții nerestabiliți [13].

Lățimea biologică a fost studiată prospectiv după PAC. Astfel o restabilire a spațiului biologic de la 1,67 mm, la un interval de 3 luni

de la intervenție, a fost prezent și valori de 1,87 mm au fost depistați la un interval de 6 luni de la etapa chirurgicală [9].

Pe baza analizei stemice putem concluziona următoarele:

1. O variabilitate semnificativă inter și intraindividuală este prezentă în termeni numerici ai spațiului biologic (tipul dintelui, locația dintelui, prezența unei restaurări, boala parodontală) toate sunt factori ce pot influența acest spațiu.
2. O valoare de referință pentru spațiul biologic nu poate fi recomandat ca obiectiv de tratament deoarece el ar putea ascunde situația clinică actuală.
3. Valorile medianei a spațiului biologic obținute din două metaanlize variază în limitele 2,15 - 2,30 mm.
4. Remodelarea completă după procedeul de alungire coronară poate dura cel puțin 6 luni din acest motiv o serie de protocoale prevăd așteptarea acestui timp până la protezarea finală [11].

Ca alternativă la tot ceea ce a fost menționat deja, unii autori consideră ca inutil PAC, deoarece odată ce SB este invadat, organismul poate restabili de sine stătător acest paramentru odată cu timpul [14]. De menționat că această părere este inacceptabilă în termenii medicinei bazate pe dovezi [6].

EF este definit ca un guler (în concept clasic de metal) circular a coroanei de înveliș ce cuprinde pereții paraleli de dentină ce se extind coronar de marginea preparației. Astfel studiile clinice au demonstrat că cazurile în care o porțiune substanțială de dentină a rămas integră după preparare (1 sau 2 mm EF au fost prezenți) în comparație cu cazurile când ea este minimă (EF nu a fost prezent) pe o perioadă de monitorizare de 5 ani, cei cu EF au supraviețuit de 2 ori mai mult ca cei care nu au reușit să prezinte EF [8].

Indicațiile către procedeul de alungire coronară către PAC sunt următoarele: retenție insuficientă a coroanei clinice din cauza leziunii carioase extinse - carie subgingivală, sau carie radiculară; rezorbție radiculară; fractură coronară, în special fracturi rezultate cu lipse parțiale de pereți; perforare radiculară; coroane clinice scurte; finisaje cu margini subgingivale, invadarea spațiului biologic; erupția pasivă alterată cu necesități restauratorii; inegalități, inestetici sau niveluri gingivale excesive ce au indicații spre tratament estetic; dinți ce

prezintă semne de atriție combinate cu tratament restaurator; restaurări ce au invadat spațiul biologic; în conjuncție cu procedeul de hemisecție și rezecție radiculară; ca asistare spre precizia amprentării; ca adjuvant în corectarea planului ocluzal; facilitarea igienei orale.

În literatură sunt descrise entități predeterminate supracrestale gingivale tisulare diferă de la sit la sit. și cum ele se vor reforma după excizia chirurgicală, astfel încât “refacerea” va fi dictată de anatomia subiacentă a unităților dentare și osoase [14].

Datele din literatura de specialitate asupra fenomenului de refacere gingivală sunt diferite, dacă unele prezintă că la 3 ani după PAC un volum considerabil de gingie coronară interproximale de la nivelul inițial unde a fost plasat lamboul este semnificativ [13], deopotrivă o serie de articole pe o perioadă de 6 luni după procedeul de alungire coronară relevă țesuturi parodontale stabile, cu schimbări minime în nivelurile marginilor gingivale de la etapa chirurgicală la cea de final al studiului [4]. Studiile clinice publicate anterior asupra PAC au avut drept scop evaluarea schimbărilor la nivelul marginii gingivale libere, imediat după intervenție și pe parcursul perioadei de vindecare. Studii histologice pe modele de specimene non umane au prezentat resorbție a marginii osoase post intervenție [9].

Important de menționat este, modul în care se colectează datele, mai concret cum se colectează datele ce țin de marginea gingivală liberă, lățimea benzii de gingie cheratinizată și dinamică acestor parametri în timp. Este logic să credem că nivelele gingivale nu sunt unicele care se modifică, deoarece acești dinți de cele mai multe ori vor fi supuși unui tratament restaurator - deci cum este posibilă calcularea acestor parametri ulterior? Majoritatea studiilor nu prezintă date asupra modului în care se colectează datele.

Scopul prezentei lucrări. Evaluarea modificărilor dimensionate la nivelul parodonțiului marginal după intervenții parodontale pro-protetice pe o durată de 12 luni.

Obiectivele tezei:

1. Evaluarea indicilor parodontali și estetici prin corelarea lor cu schimbările dimensionate în sens corono-apical.
2. Evaluarea tehnicilor chirurgicale și timpilor protetici.
3. Evaluarea endodontică și radiografică a dinților supuși procedurii

de alungire coronară.

4. Evaluarea mobilității dentare prin intermediul valorilor periotest a dinților supuși procedurii de alungire coronară.

Noutatea științifică constă în evaluarea endodontică a dinților ce au fost supuși PAC precum și analiza indicilor estetici corelați la modificările dimensionate în sens corono-apical pe modele de ghips. Evaluarea mobilității dentare prin intermediul Periotest-ului.

Problema științific soluționată în teză. A fost calculat cu fidelitate sporită fenomenul de recreștere gingivală după procedeu de alungire coronară, precum și a fost stabilit creșterea temporară a mobilității dentare după această manoperă.

Semnificația teoretică constă în aprofundarea cunoștințelor referitoare la modificările ce survin după proceduri de chirurgie rezektivă pe parodonțiul marginal. S-a demonstrat recreșterea gingivală survenită la o perioadă de 12 luni post intervenție.

Valoarea aplicativă. Optimizarea procesului de tratament protetic după procedee chirurgicale parodontale prin înțelegerea perioadei de reorganizare a întregului parodont pe segmentul la care s-a intervenit.

Aprobarea rezultatelor științifice. Rezultatele științifice au fost prezentate la foruri științifice naționale și internaționale: Conferința științifică Zilele Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (Chișinău 2013, 2014, 2020); Conferința internațională Medespera Ed. 3,4; Congresul Tomorrow Tooth Egipt 2018; Congresul de Paro-Protetică, București 2018; Evenimentul SSC, Polonia 2019; Publicații în revista Dental Town SUA 2015 ș.a.

Aprobarea temei tezei a avut loc în cadrul ședinței Consiliului Științific a USMF “Nicolae Testemițanu” proces verbal nr. 5 din 26.06.2014. Avizul favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării pentru realizarea studiului: proces verbal nr. 28 din 27.02.2013. Rezultatele au fost aprobate la ședința Catedrei de odontologie, parodontologie și patologie orală a USMF “Nicolae Testemițanu” din 25.06.2020 și Seminarul științific de profil 323.01 Stomatologie din 19.03.2021. Cercetările au fost realizate la Catedra de stomatologie terapeutică a USMF “Nicolae Testemițanu” și clinica stomatologică “Parodent Prim” în perioada anilor 2013-2014.

Publicațiile la tema tezei. Materialele de bază a tezei au fost publicate în 26 lucrări științifice: dintre care în reviste din străinătate - 5, în reviste din Registrul Național al revistelor de profil 10 (categoria B - 1, categoria C - 9), teze în culegeri științifice - 11, articole în culegeri științifice - 3.

Cuvinte-cheie: spațiu biologic, efect de ferule, parodontologie, alungire coronară.

2. MATERIALE ȘI METODE DE CERCETARE

2.1 Metodologia de efectuare a studiului.

În elaborarea studiului dat am utilizat metode de cercetare și analiză comparativă a surselor bibliografice internaționale și naționale, cu referire la posibilitățile restauratorii a dinților sever compromiși, precum și examenul clinic și paraclinic modern (radiologic, Periotest), care au permis stabilirea diagnosticului, și respectiv planului de tratament.

Totalitatea datelor statistice a fost analizate prin intermediul programului Microsoft Excel. Astfel toate datele statistice au fost orientate spre relevarea valorilor medii și valorilor relative, semnificația rezultatelor obținute a fost calculată prin intermediul: Deviației standard; Erorii standard; Pentru unii parametri semnificativi, a fost apreciat prin intermediul intervalului de încredere pentru 95% din semnificația statistică; Metoda de corelare a perioadelor stabilite și legăturii între 2 caracteristici; Analiza dispersională prin calculul indicatorului F și aprecierea pragului de semnificație (p); Unele rezultate au fost prezentate prin tabele, grafice și diagrame.

2.2 Date generale despre studiu

Pentru a determina numărul necesar de pacienți cu alungire coronară și pentru a determina prognosticul a fost planificat un studiu de cohortă de tip descriptiv și în baza formulei respective s-a calculat volumul eșantionului reprezentativ. Lotul de cercetare trebuie să includă nu mai puțin de 49 de pacienți la care va fi efectuat procedeul de alungire coronară, și v-or fi monitorizați în timp de 12 luni, dar în studiu au fost incluși 61 de pacienți.

Criterii de includere în studiu: Pacienți cu vârstele cuprinse între 18 și 75 ani, pacienți cu o lățime minimă a benzii de gingie

cheratinizate adecvate (nu mai puțin de 1 mm), erupție pasivă alterată, restaurări subgingivale profunde ce invadează spațiul biologic și răspuns tisular inflamator, lipsa substratului odontal pentru retenția dispozitivelor protetice (lipsa efectului de ferule), carie subgingivală ce necesită PAC pentru a face posibilă restaurarea acestor dinți, perforații radiculare supracrestale, fracturi coronare sau radiculare, totale sau parțiale, zâmbet gingival, discrepanțe în marginile gingivale libere, incongruențe de zenituri gingivale, coroane clinice scurte.

Criterii de excludere din studiu: PMC necontrolate, ce nu se aflau în remisie pe o perioadă minimă de 2 ani, punji parodontale multiple ce depășesc 6 mm, pierderi de os ce compromit dintele prin prisma parodontală, dinți nerestaurabili după PAC, necesitatea osteotomiei mai mare de 2 mm, raport implantare în os/ structură supraosoasă mai mare de 1/1, fracturi verticale de rădăcină, contraindicații etapei chirurgicale locale și sistemice, suport parodontal minim pentru implicațiile de furcație.

Studiul a fost efectuat în conformitate cu principiile din Declarația de la Helsinki, iar design-ul studiului a fost aprobat de comitetul de Etică a USMF „Nicolae Testemițanu” proces verbal nr. 28 din 27.02.2013.

2.3 Metode de investigație a pacienților

Criteriile de examinare au inclus:

- Examenul clinic al pacienților – cu determinarea parodontogramei.
- Examenul radiografic -radiografie retroalveolară.
- Amprentarea pentru confecționarea modelelor de ghips pentru măsurători.
- Stabilirea mobilității dentare prin intermediul Periotestului.

Aceste examinări s-au efectuat la etapa preoperatorie, la 8 săptămâni, 6 luni și 12 luni.

Examenul clinic a rezultat cu stabilirea statusului parodontal și întocmirea fișei parodontale în care s-au determinat următoarele valori: adâncimii de sondare evaluată în mm; nivelul de atașament în mm; prezența de placă, sângerarea la sondare, lățimea benzii de gingie cheratinizată, implicarea leziunilor de furcație.

Examenul radiologic este esențial în stabilirea diagnosticului, depistării radiotransparențelor periapicale și de furcație, precum și

nivelelor creștelor osoase interdentare ale parodontiului marginal. Pentru studiu a fost utilizat tehnica radiografiilor periapicale prin intermediul viziografului Vatech 2.0 utilizând șabloanele din setul producătorului, destinate zonei laterale sau frontale. Radiografiile realizate tuturor dinților au fost realizate prin tehnica de paralelizare a sensorului cu dintele. Analizele și măsurările au fost efectuate cu ajutorul programului EasyDent V4.

Examenul Periotest a fost efectuat prin intermediul dispozitivului Periotest G în conformitate cu cerințele și rigorile propuse de producătorul aparatului.

2.4 Etape clinico tehnice în procedeul de alungire coronară și etapa protetică

Prin intermediul soluției Septanest 1:200000 a fost realizată anestezia infiltrativă pe porțiunea dinților ce erau supuși PAC. Tehnicile de incizie au fost aplicate diferit pentru sectorul frontal și pentru sectorul grupului premolar și molar. Pentru grupul molar inciziile orizontale aplicate au fost cele interne (sau apical direcționate) sulculare, și paramarginale în caz dacă semne evidente de inflamație gingivală (care eventual sunt soldate cu țesut de granulație) erau depistate, în acest caz a fost aplicată o decolare a lamboului în trei incizii consecvente. Tehnica procedeului în 3 incizii consecvente poate fi studiată pe larg în manuale de chirurgie parodontală, acesta presupune o incizie inițială intrasulculară, una secundă paramarginală pe proiecția sulcusului, orientată apical, și cea de-a treia fiind prin aplicarea unui instrument mai lat (de obicei chiuretă Gracey) pentru eliminarea țesutului excizat. De asemenea au fost utilizate și șabloane chirurgicale, doar pentru zona frontală, în zonele laterale a fost utilizat markerul chirurgical pentru delimitarea suprafețelor ce urmau a fi incizate. Inciziile verticale au fost efectuate pentru obținerea unor manevre și vizibilități sporite a câmpului operator. Inciziile verticale au fost efectuate în sens apico-coronar, fără a primi contact cu osul alveolar, deci cu contacte minime la periost, anticipând cele ce vor fi discutate ulterior, această necesitate rezidă din păstrarea integră a periostului la osul subiacent.

Odată ce toate inciziile necesare au fost efectuate, s-a recurs la decolarea lamboului parțial pentru grupul lateral și pentru segmentul

frontal, pe unele porțiuni lamboul a fost decolat în grosime totală, acolo unde repoziția apicală nu a fost necesară. Preparația unui lambou total este efectuată foarte ușor prin intermediul unui periotom. Apoi utilizând un bisturiu parodontal cu un mâner acoperit cu silicon care conferă un simț tactil sporit. Lamboul distal în până a fost utilizat pentru toate zonele ce urmau a fi alungite, și pe segmentul distal a acestei zone exista o breșă al unui dinte. Este considerat preferabil, în unele cazuri necesare (ex. când osteotomia e necesară în mai mult de 1 mm) de a decola lamboul la o distanță de încă un dinte mezial și distal de dintele sau dinții ce sunt supuși procedurii de alungire coronară. Acest raționament derivă din faptul că osteotomia și osteoplastia nu poate fi efectuată doar pe un segment limitat deoarece inevitabil va conduce la crearea de cratere osoase și implicit punji parodontale.

Pentru cazurile în care PAC a fost efectuat pentru recrearea spațiului biologic, utilizând valorile sondărilor transparodontale a dinților omologi, au fost retranslați pentru a cunoaște care sunt valorile ce sunt necesare de a reduce osul alveolar. Pacienții ce au fost supuși PAC pentru rezolvarea lipsei efectului de ferrule, li sa înlăturat un volum osos mai masiv. Drept deziderat a fost considerat necesar un minimum de 3 mm țesut odontal supraosos, acest parametru fiind racordat cu necesitățile de suplinire a efectului de ferule.

Înlăturarea suportului osos prin metode rotative a fost efectuată doar în zonele de acces generos (vestibular și oral), cu scopul de a nu trauma suprafețele radiculare. Această metodă este foarte eficientă pentru eliminarea de substrat în timpi eficienți. Diminuarea timpului de lucru este foarte importantă pentru PAC, ca de altfel și pentru orice altă manoperă ce include implicarea unui lambou, și astfel de procedee vor fi efectuate în timpi cronometrici minimi posibili. Odată cu finalizarea utilizării instrumentarului rotativ, instrumentarul manual a fost inclus în acțiune. În zona interdentară au fost utilizate ace endodontice tip H cu diferite dimensiuni iso (55, 70 și 90) toate calibrate la dimensiunile spațiului interdentar.

Modificarea reliefului suprafețelor radiculare a avut un singur scop - înlăturarea zonelor de retenție a plăcii bacteriene și a incongruențelor radiculare pentru a preveni formarea plăcii dentare și a favoriza înlăturarea ei. În acest scop au fost utilizate doar metode

rotative de modificare a suprafețelor radiculare în strictă metodologie propusă de conceptul root reshaping (remodelare radiculară) discutate deja în capitolul reviewului literaturii. Drept instrumentar a fost utilizată piesa contraunghi NSK cuplată la viteze maxime fără jet de apă și freze parodontale special dezvoltate pentru intervenții pe suprafețe osoase Diatech. Frezele se prezintă sub formă și lungime diferită, toate fiind dirijate după gradul de abrazivitate, respectiv inițial utilizându-se freze mai abrazive și finisând cu cele mai puțin abrazive.

Tipurile de suturi aplicate au fost: sutura simplă întreruptă, sutura verticală în saltea, sutura orizontală în saltea, sutura în 8, sutura retromolară modificată, sutura în fir continuu, sutura în cruce, tehnici de suturi combinate. În cadrul PAC lamboul este re poziționat apical. Repoziția apicală va fi posibilă doar dacă periostul va fi lăsat integru la suprafața osoasă pentru ancorarea suturilor într-o poziție favorabilă.

Odată ce maturizarea epiteliului sulcusului gingival a fost indicată etapa protetică. Maturizarea epiteliului sulcular este crucială pentru etapa protetică, în cadrul căreia va fi obținută o amprentă, și vor fi utilizați agenți mecanici și chimici pentru relevarea marginii apicale de finisaj al preparației. Cum ar fi normal să presupunem, odată ce epiteliul nu este pregătit pentru a susține presiunile ce vor fi exercitate asupra sa în procesul de evictare gingivală, forțarea țesuturilor moi va genera traume suplimentare pe țesutul osos care a fost anterior deranjat, va conduce la posibile traume a țesutului moale ce poate masca o anatomie falsă și posibile discrepanțe estetice.

Prepararea bonturilor a fost efectuată în maniera tehnicii preparării inversate. Pentru prepararea bonturilor au fost utilizate multiple varietăți de freze, drept seturi de bază au fost utilizate setul nr.3 Dentatus și setul de modelare ocluzală Komet.

Amprentarea câmpului protetic a fost efectuată după ce toate rigorile de mai sus vor fi efectuate. Drept protocoale de lucru au fost utilizate tehnica H&H, tehnica firului multiplu, precum și amprente într-un timp și în doi timpi.

Posibilitățile restauratorii a dinților alungiți coronar vor include în majoritatea cazurilor coroane de înveliș full jacket.

3. ANALIZA MODIFICĂRILOR DIMENSIONATE, VALORILOR DE MOBILITATE, INDICILOR PARODONTALI

În lotul de studiu au fost incluși 61 de pacienți, și un număr total de 116 dinți ce au avut indicație pentru procedeul de alungire coronară, la același pacient numărul maxim de dinți ce au fost alunghiți coronar a fost 7 și minim 1. 18 pacienți fiind din zona rurală și 43 din zona urbană, 18 pacienți fiind de sex masculin și 43 de sex feminin. Vârsta maximă fiind de 74 de ani și minimă de 18 ani, mediana fiind de 32 de ani. Repartizarea pacienților după ocupație fiind următoarea - 13 pacienți fiind șomeri, 3 pensionari, și 7 persoane angrenate în procesul de studiu, restul fiind angrenați în lucru.

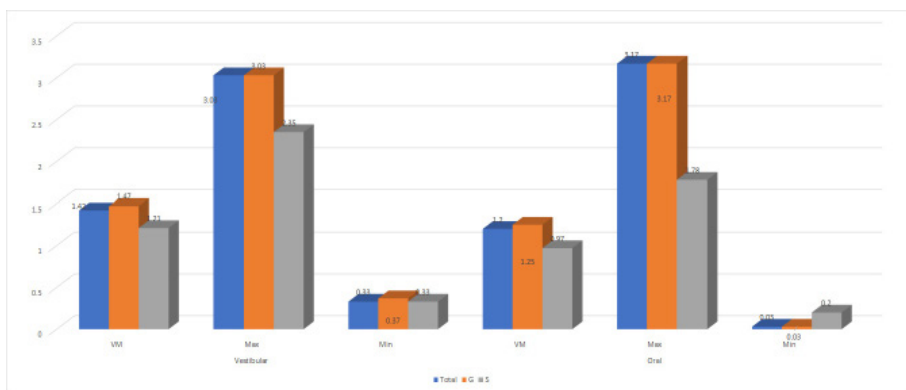


Fig. 3.1. Histograma valorilor medii, maxime și minime câștigate

Post procedeu de elongare coronară un șir de modificări dimensionate se vor instala, aceste modificări nu sunt liniare ci sporadice, strict determinate de fiecare pacient în parte, aceste diferențe și particularități vor fi prezentate mai jos. Una din cele mai semnificative variabile a fost biotipul parodontal. 95 de dinți ce au fost supuși PAC prezentau un biotip gingival gros și 21 un biotip parodontal subțire. Alți parametri ce au influențat modificările dimensionate au fost grupul de dinție analizat, precum și nivelul unde au fost efectuate analizele (la nivelul zenitului, sau la nivelul interproximal).

Diferențele dimensionate comparative între suprafețele vestibulare și orale. Conform rezultatelor cercetării valoarea medie de câștig apico-ocluzal pe segmentul vestibular a constat în $1.47 \text{ mm} \pm 0,53 \text{ mm}$ cu o deviație standart de 0,05 în cadrul pacienților

ce prezentau un biotip parodontal gros, minimumul fiind de 0,3 mm și maximumul de 3,03 mm, și o valoare medie de $1,21 \text{ mm} \pm 0,51 \text{ mm}$ cu o deviație standart de 0,11 în cadrul pacienților cu Biotip parodontal subțire, cu un minimum de 0,33 mm și un maximum de 2,35 mm. Datele sunt ilustrate grafic în figura 3.1. Decalajul mare între valorile maxime și minime poate fi explicat prin necesitățile și varietățile clinice, dar mai mult prin limitele tehnice și anatomice ale cazurilor ce erau necesar de a fi soluționate.

La analiza tabelii de dispersie putem observa că deviația standart (σ) este 0,11 pentru grupul de dinți cu biotipul parodontal subțire și 0,54 cu biotipul parodontal gros, deci este statistic ne semnificativă. Ceea ce pare a fi logic, deoarece biotipul parodontal nu influențează etapa chirurgicală în ceea ce ține de scopul ce trebuie obținut prin procedeul de elongare coronară, un exemplu ar fi necesitatea procedurii de alungire coronară pentru rezolvarea unui caz în care cuspidul vestibular a fost fracturat, implicit procedeul chirurgical a fost impus doar în acest segment, și esența PAC nu se schimbă în funcție de biotipul parodontal.

Conform datelor colectate, valoarea medie de câștig în sens apico - ocluzal pe segmentul oral a constat în $1,25 \text{ mm} \pm 0,56$ și o deviație standart $\sigma = 0,58$ în cadrul pacienților ce prezentau biotipul parodontal gros, minimumul înregistrat fiind de 0,3 mm și maximumul de 3,17 mm. Pentru pacienții cu biotipul parodontal subțire valoarea medie a constat în $0,97 \text{ mm} \pm 0,35$ cu o deviație standart $\sigma = 0,78$, valorile minime fiind de 0,20 mm și maximale de 1,78 mm. Din nou, la analiza tabelii de dispersie putem afirma că deviația standart sigma este statistic ne semnificativă pentru pacienții cu biotipul parodontal subțire și gros, din raționamente identice ca și pe suprafețele vestibulare. Deci ca și prima concluzie putem afirma că biotipul parodontal nu influențează cumva dimensiunea necesară re poziționării marginii gingivale libere. La etapa de control de 6 luni și respectiv 12 luni au existat în schimb diferențe majore între cele 2 grupuri de pacienți cu biotipul parodontal gros și subțire, astfel:

Pentru suprafețele vestibulare, la analiza sumată a tuturor pacienților, valoarea medie de recreștere gingivală a fost de $0,67 \text{ mm} \pm 0,42 \text{ mm}$ cu o deviație standart de $\sigma = 0,39$ cu un maxim de

recreștere de 1,87 mm.

Dacă ar fi să facem o analiză diferențiată pe grupe, cu diverse biotipuri parodontale, valoarea medie pentru biotipul parodontal gros a fost de $0,69 \text{ mm} \pm 0,41 \text{ mm}$ și o deviație standart de 0,42 (deci statistic semnificativă) cu un maximum de 1,87 mm și un minim de 0,06 mm, respectiv o valoare medie pentru biotipul parodontal subțire de $0,55 \text{ mm} \pm 0,45 \text{ mm}$ cu o deviație standart de 0,09 (deci statistic nesemnificativă) cu un maximum de 1,34 mm și un minimum de 0,07 mm. La controlul secundar de 12 luni, deviația standart în lotul de pacienți cu biotipul parodontal gros a constituit 0,02 și pentru pacienții 0,06, fapt datorat unei ulterioare recereșteri și maturării gingivale finale, Clinic, dimensionat (în mm), această recereștere a fost nesemnificativă cu o valoare medie de 0,1 mm, statistic în schimb putem clar afirma că aceste diferențe sunt evidente. Racordarea clinică ar fi că perioada de 6 luni este totuși insuficientă pentru maturarea definitivă a parodontului, o perioadă de 12 luni fiind necesară definitivării remodelării tisulare post etapa chirurgicală.

Pentru suprafețele orale, la analiza sumată a tuturor pacienților, valoarea medie de recereștere de $0,44 \text{ mm} \pm 0,46 \text{ mm}$ și o deviație standart de 0,04.

Pentru pacienții cu biotipul parodontal gros valoarea medie fiind de $0,43 \text{ mm} \pm 0,46 \text{ mm}$ și o deviație standart de 0,47 cu un maxim de 2,2mm și un minim de 1,62 mm, și pentru pacienții cu biotipul parodontal subțire valoarea medie fiind de $0,5 \text{ mm} \pm 0,45 \text{ mm}$ cu un minim de 0,06mm și un maxim de 1,75 mm. Deviația standart la controlul

de 12 luni denota în esență aceleași valori, 0,03 pentru biotipul parodontal gros și 0,7 pentru biotipul parodontal subțire. Datele sunt reprezentate grafic în figura 3.2.

P u t e m afirma că există

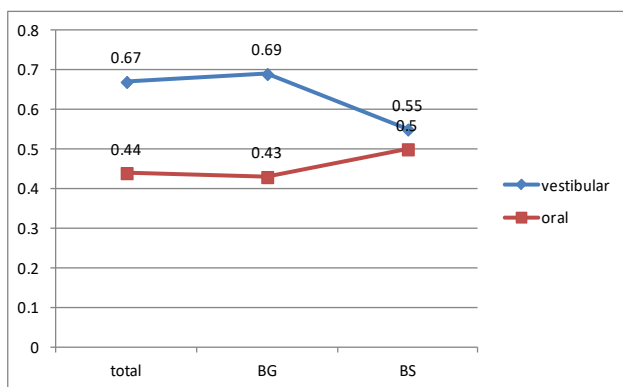


Fig. 3.2 Recereșterea tisulară pe grupe

o creștere gingivală pe segmentul vestibular statistic semnificativă pe numărul total de pacienți, dar, acest parametru este statistic nesemnificativ pentru pacienții cu biotipul parodontal subțire.

Statistic vorbind, vârsta nu a influențat nici una din variabile, de altfel precum și sexul pacienților.

O altă variabilă care a fost analizată a fost grupul de dinți, astfel au existat următoarele grupe de dinți analizate - Frontalii, molarii inferiori, molarii superiori, premolarii inferiori, premolarii superiori.

Diferențe statistice semnificative au fost depistate doar la intervalul de monitorizare de 12 luni, pe suprafețele vestibulare pentru grupul de molari inferiori $\sigma=0,032$, molari superiori $\sigma=0,028$, premolarii inferiori $\sigma=0,043$. Nu au existat diferențe statistice semnificative pentru grupul frontal $\sigma=0,65$, și premolarii superiori $\sigma=0,57$.

Diferențe statistice semnificative au fost depistate de asemenea doar la o perioadă de 12 luni pe suprafețele orale pentru grupul frontal $\sigma=0,02$ și molari inferiori $\sigma=0,02$.

Diferențele dimensionate între porțiunile zeniturilor (orale și vestibulare) și porțiunile papilare (meziale și distale)

Pentru numărul total de pacienți au existat diferențe statistice semnificative în ceea ce ține de dimensiunea verticală câștigată după PAC pentru porțiunile vestibulare la nivelul zeniturilor ($p=0,005$), acestea fiind de $1,24 \text{ mm} \pm 0,71 \text{ mm}$ cu valori maxime de $5,3 \text{ mm}$ și minime de $0,15 \text{ mm}$; pe suprafețele orale la nivelul zeniturilor valoarea medie a fost de $1,03 \text{ mm} \pm 0,63 \text{ mm}$ cu valori maxime de $3,37 \text{ mm}$ și minime de $0,4 \text{ mm}$, prezentând valori statistic nesemnificative.

Diferențe statistice semnificative, pe întregul eșantion de pacienți, au existat pe suprafețele orale interproximale ($p=0,027$) după PAC, valorile medii fiind de $1,37 \pm 0,64 \text{ mm}$ pentru suprafețele din acest segment, cu maxime de $3,5 \text{ mm}$ și minime de $0,15 \text{ mm}$. Pentru suprafețele vestibulare valorile medii au fost de $1,58 \pm 0,59 \text{ mm}$ cu valori maxime de $3,35 \text{ mm}$ și minime de $0,1 \text{ mm}$.

Pe suprafețele vestibulare au existat diferențe statistice semnificative între porțiunile vestibulare interproximale și cele la nivelul zeniturilor, astfel o corelare medie directă ($0,437$), semnificativă statistic a fost depistată între cele 2 porțiuni ($p=0,0001$), suprafețele interproximale obținând valori mai mari în ceea ce ține de câștigul

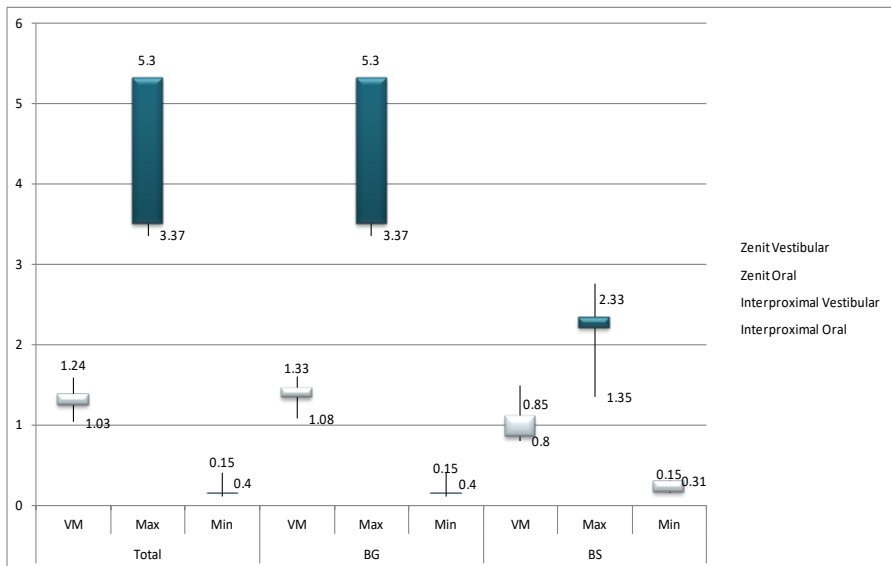


Fig. 3.3. Câștigul înălțimii pe diverse porțiuni - vestibular/oral și zenit/interproximal

ocluzo-apical.

La fel ca și pe suprafețele vestibulare, pe suprafețele orale, au fost depistate fenomene de corelație medie directă (0,561), foarte semnificativă statistic ($p=0,0001$), între porțiunile interproximale și cele de zenit, din nou, cele interproximale prezentând valori mai mari.

Prezența decalajului între cele 2 valori (la nivelul papilelor și la nivelul zenitului) poate fi explicată prin colapsul papilelor după etapa chirurgicală, desființarea papilelor fiind necesară pentru accesul la nivelul situ-ului operator interdentar, pentru reducerea osoasă (dacă aceasta era necesară). Adicional, pe durata vindecării dinții au fost lipsiți de puncte ferme de contact interdentar, care la rândul său defavoriza formarea papilor.

Totalitatea datelor cumulate referitor la câștigul pe diverse porțiuni și în funcție de diferite biotipuri a fost explicit reprezentată grafic în figura 3.3.

Analiza statistică asupra recreșterii tisulare la 6 luni a relatat o asociere pe situri separate statistică semnificativă (0,049) doar în segmentul vestibular la nivelul zenitului. În același timp analiza datelor pe criterii de perechi selectate a prezentat date diferite, astfel:

A existat o corelare medie directă (0,565), statistic semnificativă ($p=0,0001$) între recreșterea tisulară dintre nivelele zenitului vestibular și nivelele tisulare la nivel de papilă.

Date similare au fost obținute și la nivel oral, o corelare medie directă (0,342) statistic semnificativă ($p=0,0001$) au fost obținute și la acest nivel

Recreșterile tisulare la 12 luni nu au evidențiat date semnificative statistice.

Nu au existat diferențe statistice în ceea ce ține de câștigul ocluzo-apical, la racordare numărului total de pacienți, față de biotipul parodontal subțire sau gros, atât pe suprafețele interproximale, cât și la nivelul zeniturilor, pe vestibular cât și oral. Din nou, biotipul parodontal și suprafața odontală pe care a fost efectuat PAC, nu influențează dimensiunea de câștig. au existat diferențe statistice semnificative dintre grupe în ceea ce ține de recreșterea gingivală. Astfel, dacă pentru întreg grupul de pacienți diferențele au fost semnificative $\sigma=0,03$ și $0,04$ fără excepție de suprafață, aceeași tendință fiind înregistrată și în lotul de pacienți cu biotip parodontal gros $\sigma=0,04$. Biotipul subțire în schimb a manifestat valori $\sigma=0,07$ și $0,13$, deci ne semnificative statistic, astfel, recreșterea tisulară pentru grupul de pacienți ce prezintă biotipul parodontal subțire este statistic ne semnificativă.

Figura 3.4 ilustrează grafic modificările care au survenit la

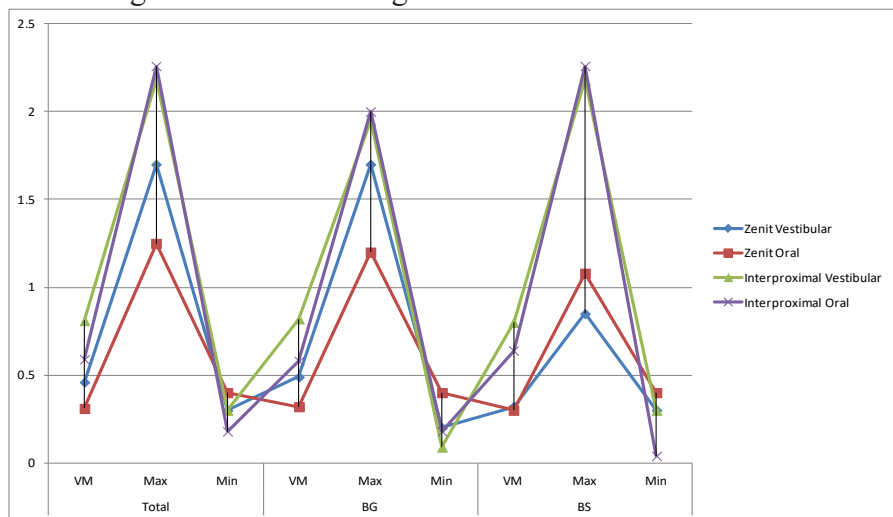


Fig 3.4. Recreșterea tisulară în funcție de biotipul parodontal

etapa de reorganizare tisulară la 6 luni în funcție de biotipul parodontal.

Analiza statistică asupra devierilor pe grupe de dinți a semnalat următoarele:

1. Nu au existat diferențe statistice semnificative în niciuna din grupe la etapa celui de al doilea control (8 săptămâni după etapa de alungire coronară), deci grupul de dinți nu afectează oarecum procedeul de alungire coronară în sine, în ceea ce ține de capacitatea de alungire (câștigul ocluzo-apical).
2. La etapa de control de 6 luni nu a fost depistate diferențe statistice semnificative în grupul premolarilor superiori și grupul premolarilor inferiori precum și a dinților frontali.
3. Diferențe statistice semnificative au fost depistate în grupul molarilor superiori pe segmentul vestibular interproximal $\sigma=0,013$, pentru molarii inferiori diferențe statistice semnificative ($\sigma=0,02-0,04$) au fost înregistrate pe întregul segment dentar (vestibular/oral/zenit/interproximal).

Mai multe aspecte referitor la modificările ce survin la nivelul papilelor vor fi discutate mai jos, asupra varietăților de recereșteri la nivel de papilelor.

Modificări dimensionate ale țesuturilor cheratinizate.

Metoda de analiză statistică pentru evaluarea dimensionată la nivelul bandei de gingie cheratinizată a constatat în evaluarea corelației.

Astfel pentru întregul lot de studiu, la etapa de adresare, dimensiunea benzei de gingie cheratinizată a avut o valoare medie de $3,57 \text{ mm} \pm 1,11 \text{ mm}$ ($3,8 \text{ mm} \pm 1,06 \text{ mm}$ pentru parodonțiul gros, $2,5 \text{ mm} \pm 0,73 \text{ mm}$ parodont subțire), post procedeu chirurgical valoarea medie a fost de $3,11 \text{ mm} \pm 0,94 \text{ mm}$ ($3,25 \text{ mm} \pm 0,90 \text{ mm}$ pentru parodonțiul gros, $2,47 \text{ mm} \pm 0,84 \text{ mm}$ parodonțiu subțire). La etapa de control de 6 luni valoarea medie a constituit $3,65 \text{ mm} \pm 0,99 \text{ mm}$ ($3,82 \text{ mm} \pm 0,96 \text{ mm}$ pentru parodonțiul gros și $2,87 \text{ mm} \pm 0,75 \text{ mm}$ pentru parodonțiul subțire) și la etapa de control de 12 luni valoarea medie a constituit $3,82 \text{ mm} \pm 1,00 \text{ mm}$ ($4,01 \text{ mm} \pm 0,95 \text{ mm}$ pentru parodonțiul gros și $2,99 \text{ mm} \pm 0,74 \text{ mm}$ pentru parodonțiul subțire). Valoarea maximă la etapa de adresare a fost $6,3 \text{ mm}$ și minimumul de $1,1 \text{ mm}$, la etapa post PAC maximumul a constatat în $5,7 \text{ mm}$ și minimumul de $0,9 \text{ mm}$, la 6 luni maximumul a fost de $6,1 \text{ mm}$ și minimumul de $1,7 \text{ mm}$, la 12

luni maximul a fost 6,3 mm și minimul 1,7 mm.

Totalitatea datelor colectate au fost ilustrate vizual prin intermediul diagramei prezentate în figura 3.5. Considerând pacienții ce prezintă biotip parodontal subțire minoritari ca număr, pe ilustrarea grafică, pacienții ce prezintă biotip parodontal gros vor fi apropiați de numărul total de pacienți, dar cu valori peste cele medii. Dacă în interiorul grupului de pacienți ce prezentau biotip parodontal gros decalajele au fost diferite la cele 4 etape de control, pentru lotul de pacienți ce prezentau biotip parodontal subțire, modificările au fost liniare.

Astfel la analiza criteriilor pentru eșantionarea perechilor, la etapa de adresare și la cea post PAC o corelație medie a putut fi identificată (0,63) și o diferență semnificativă statistic ($p=0.0001$). La etapa de control la 6 luni o corelație puternică a putut fi depistată (0,74) precum și o diferență statistic semnificativă ($p=0,001$), la fel ca și la etapa de control de 12 luni (0,75). Deci putem spune că avem o diminuare a benzei de gingie cheratinizate după procedeul de elongare coronară, care ulterior se supune unei remodelări tisulare și modificărilor dimensionate astfel încât aceasta va spori în dimensiune.

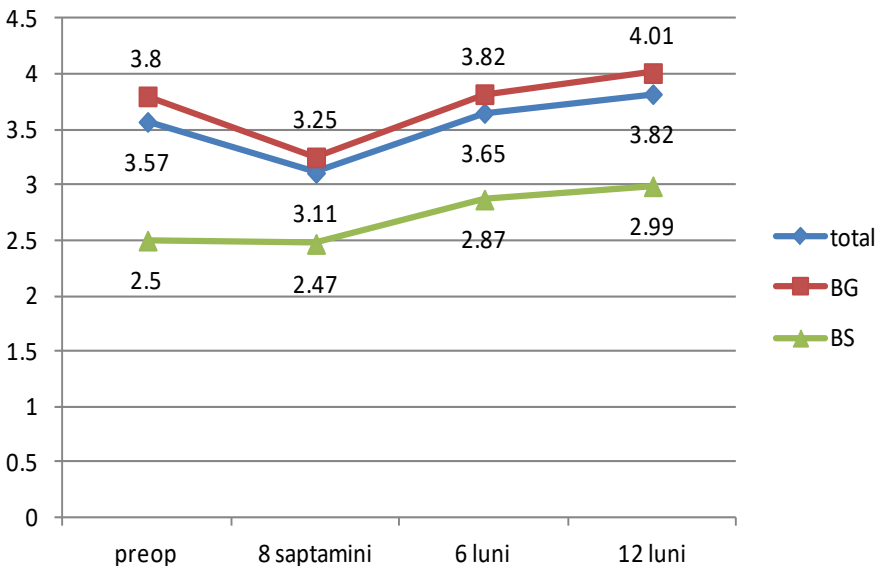


Fig. 3.5. Repartizarea modificărilor dimensionate în funcție de biotip parodontal

De menționat că procedeul de alungire coronară a fost efectuat prin tehnici de re poziție apicală. Astfel, dacă luăm în calcul că valoarea medie de recreștere tisulară pe întreg grupul de pacienți a fost de aproximativ 0,67 mm și reorganizarea benzei de gingie cheratinizată a fost de aproximativ 0,4 mm și luând în considerare câștigul mediu de 1,67 mm, deci o dizlocare a liniei mucogingivale de cel puțin 1 mm în sens apical.

Datele par a fi în contradicție totală cu dogma curentă din Parodontologie, și anume că linia mucogingivală nu poate fi modificată chirurgical (Lindhe), această fiind predeterminată genetic, și modificările în ea pot surveni doar datorită particularităților de vârstă, atriției, și erupției continui a dinților pe parcursul vieții. Conform datelor colectate de noi, precum și de mulți alți colegi în diverse zone a globului pământesc această dogmă trebuie revizuită și realizată.

Date adiționale pot fi sustrate din analiza informației colectate, și anume:

1. Pacienții cu biotipul parodontal subțire au în majoritatea cazurilor o bandă de gingie cheratinizată mai mică decât pacienții cu un biotipul parodontal gros (2,5 mm versus 3,8 mm) și variații dimensionate enorme (maxime de 6,3 mm și minime de 1,8 mm pentru BG, și maxime de 3,6 mm și minime de 1,1 mm).
2. Recreșterea tisulară pare a fi corelată cu modificările dimensionate la nivelul benzei de gingie cheratinizată. Interesant este faptul, că o racordare strictă nu există. Deci pauzabilitatea predeterminării genetice ar trebuie luată în calcul.
3. Reorganizarea benzei de gingie cheratinizată este neelucidată clinic, și aceasta deoarece, avem variații imense inter- și chiar intraindividuale, maturizarea țesuturilor moi fiind sporadică și neliniară, mai multe studii ar trebuie efectuate în această direcție.

Valorile de sondare parodontală. Din numărul total de pacienți și dinți examinați, măsurători asupra sulcusului parodontal au fost efectuate pe 116 situri parodontale, cu un număr total de 800 de locații. Pe aceste situri au fost calculați toți parametrii (valorile de sondare, valorile de sângerare la sondare, modificările dimensionate). Diferență statistic semnificativă poate fi observată la cea de-a doua etapă de control ($\sigma=0,014$) cu o reducere de aproape un 1 mm per

valorile medii de sondare parodontală (de la $2,34 \pm 0,60$ mm la etapa de adresare la $1,40 \pm 0,31$ mm la etapa de protezare). O corelație slabă directă (0,22) fiind stabilită la această etapă și o diferență statistic semnificativă ($p=0.014$).

O diferență statistic semnificativă ($\sigma=0,000$) s-a produs la etapa de control de 6 luni, valoarea medie de sondare parodontală având o tendință de majorare ($1,74 \pm 0,42$ mm în comparație cu $1,40 \pm 0,31$ mm la etapa de protezare). O corelație medie directă fiind înregistrată la această etapă (0,397) și o diferență statistic semnificativă ($p=0.0001$). Aceeași tendință s-a păstrat și pentru etapa de control de 12 luni, doar cu o corelare slabă (0,276) și o diferență statistic semnificativă ($p=0.003$).

Valorile de sondare maxime per total s-au încadrat în limitele $3,20 \pm 0,99$ mm la adresare și $1,80 \pm 0,54$ la etapa de protezare (corelare slabă între cele 2 etape de monitorizare = 0,237). De remarcat faptul că acest decalaj maxim nu a avut o relevanță statistică ($\sigma=0,09$) cu toate că această diferență de 1,4mm între cei doi timpi ar presupune inversul. Aceste maxime nu sunt relevante per eșantionul total deoarece au în primul rând și o deviație standart mare ($\pm 0,99$ mm), precum și faptul că frecvența acestor valori maxime este foarte mică, tendința statistică (repartiția pe grup) fiind una de omogenizare. O ușoară creștere în valorile de sondare maxime s-a depistat la etapa celui de-al treilea control ($2,30 \pm 0,62$ mm), și o corelare slabă a fost stabilită la această monitorizare (0,153 și $p=0.101$). Importanța statistică nu a fost determinată nici la una din etapele de control.

Valorile de sondare minime au fost diminuate la etapa protetică ($1,034 \pm 0,22$ mm) în raport cu etapa de adresare ($1,54 \pm 0,62$), corelarea fiind una slabă direct (0,175) și statistic nesemnificativă ($p=0,061$), identic și pentru a 3 și 4 etapă de monitorizare. Schimbări statistice semnificative au existat pe durata de monitorizare la toate cele 4 etape de reevaluare clinică. Valorile de sondare parodontale au fost cele mai mari la etapa de adresare și cele mai mici la etapa protetică.

Valorile de sângerare la sondare. La etapa de adresare, din 800 de situri analizate, 288 prezentau semne de sângerare la sondare, această cifră diminuându-se semnificativ la cea de-a doua etapă de monitorizare ajungând la 103. Aceeași tendință fiind păstrată și în

valorile medii de sângerare la sondare, acestea fiind de $3,86 \pm 1,54$ la etapa de adresare, cu valorile maxime fiind de 8 zone de sângerare. Valorile medii de sângerare la sondare au fost $1,95 \pm 1,08$ la etapa de protezare cu valoarea maximă de 6. Nu a existat o diferență statistic semnificativă ($p=0.050$), a fost depistată la această etapă a fost pusă în evidență și o corelare slabă ($0,294$).

Aceeași tendință de diminuare a avut loc și la cea de-a 3 etapă de control cu o ulterioară diminuare a valorilor medii de sângerare $1,71 \pm 0,96$ precum și a numărului de zone sângerânde - 87, valorile maxime fiind de 6. Astfel o diferență statistic semnificativă a fost depistată la această etapă ($p=0.023$) și o corelare medie directă de $0,350$ în comparație cu etapa de adresare. Tendința de diminuare a fost păstrată și la cea de-a 4 etapă de control, valoarea medie de sângerare fiind de $1,56 \pm 0,75$ și numărul de sit-uri fiind de 58. La această etapă nu au fost depistate diferențe statistic semnificative ($p=0,697$) și corelare inexistentă ($-0,072$).

Diferențele clinice în etapele de control pot fi explicate prin o serie . de modificări ce survin la nivelul parodontiului marginal:

1. Sângerare la sondare la etapa preoperatorie poate fi explicată prin prezența cariilor subgingivale, fracturilor coronare subgingivale, restaurărilor profund subgingivale, cu alte cuvinte o serie de factori ce stimulează depunerea de placă și biofilm, precum și dezvoltarea s-a, fapt care inevitabil v-a conduce la un răspuns inflamator local, eventual semne de sângerare la sondare.
2. După PAC a fost obținută o nouă morfologie parodontală locală una care a reorganizat morfologia osoasă alveolară și a unității țesuturilor moi supracrestale. Această nouă reorganizare are un impact pozitiv asupra statusului parodontal local, promovând homeostazia și sănătatea parodontală regională.
3. Diminuarea valorilor de sângerare locală este un indicator direct asupra sănătății locale parodontale.
4. Datele din literatură denotă faptul că marginile odontale în nemijlocita apropiere a restaurărilor sunt mai susceptibile la sângerare. Evident, orice margine restauratorie subgingivală este o insultă către parodont din punct de vedere fiziologic. Considerând PAC drept unul rezektiv, în corectarea unor deficiențe preexistente, un climat parodontal benefic

se instalează în urma acestui procedeu.

Evaluarea Periotest. Acest dispozitiv prezintă diferite valori ce sunt înregistrate în funcție de obiectul de studiu (implant/dinte). Pentru dinți, valorile cuprinse în marja -8 până la +9 prezintă varianta clinică de dinți fiși, generic vorbind dinți fără grad de mobilitate perceput clinic. Valorile cuprinse în marja +10 până la +19 prezintă varianta clinică de dinți mobili în gradul I. Valorile cuprinse în marja +20 până la +29 prezintă varianta clinică a dinților mobili de gradul II. Posibilitatea efectuării analizei prospective a fost posibilă doar în cadrul a 61 de dinți la 31 de pacienți. Astfel pentru acești pacienți evaluarea valorilor periotestului a fost efectuată în următorii timpi: la etapa de adresare, la etapa de înlăturare a suturilor (o săptămână), la etapa de fixare a coroanelor permanente (8 săptămâni), la jumate de an și la un an.

Din numărul total de pacienți: premolari superiori au fost $n=15$, premolari inferiori $n=8$, molari superiori $n=7$, molari inferiori $n=22$, incisivi superiori $n=9$.

Valorile medii la etapa preoperatorie au fost stabilite drept 2.04 ± 2.81 cu valori maxime de 12.9 și valori minime de -2.9. Valoarea de 12.9 reprezintă o mobilitate dentară clinic percepută drept egală cu mobilitate de gradul I. Valorile mai mari de +9 la analiza periotest au fost doar într-un singur caz, precum și un caz cu valori mai mari de +8.

Din datele expuse putem observa că se denotă o sporire semnificativă în gradul de mobilitate a dinților la cel de-al 2-lea timp (etapa când au fost suprimate suturile), valorile medii fiind de 5.61 ± 3.30 cu valori maxime de 14.8 și valori minime de -0.3. La această etapă au fost înregistrate 7 cazuri ce prezentau valori mai mari de +9, precum și 7 cazuri în care valorile erau mai mari de +8.

Creșterea valorilor de mobilitate după procedee chirurgicale pe parodonțiul marginal cel mai probabil sunt condiționate de reactivarea gazdei după trauma suferită, care rezultă cu efecte de inflamație și edem pe perimetrul parodonțiului. marginal care a fost supus intervenției, ulterior clinic manifestându-se cu mobilitate dentară.

La etapa protetică (8 săptămâni) s-a produs o diminuare a valorilor medii 4.38 ± 2.27 , maxim fiind de 9.5 și minima de -0.2. În 3 cazuri au fost înregistrate valori peste +9, nici un caz cu valori sub

+8. Deci, drept rezultat, după ce se produce o creștere a mobilității dentare, acești parametri vor diminua în următoarele săptămâni. Aceeași tendință de diminuare a mobilității dentare se va produce în următoarele 6 luni când valorile medii vor diminua la 3.47 ± 2.6 , cu maxime de +10,9 și valorile minime de -2.9, precum și la etapa de control la 12 luni când valorile medii au ajuns la 3.34 ± 2.43 cu maxime de +10.3 și minime de -2.

Mobilitatea dentară post PAC la etapa de control la 1 an de zile nu a fost afectată din punct de vedere clinic, această, având parametri ușor crescuți, dar neperceptibili clinic.

Analiza retrospectivă la etapa de control la 12 luni a fost efectuată pentru $n=90$ de dinți la 52 de pacienți. Astfel valorile medii fiind de $3,2 \pm 3,06$ cu maxime de +16,5 și minime de -2. Din numărul total de dinți, doar în 3 cazuri au fost depistate valori ce erau mai mari decât +9, în cadrul a 3 pacienți.

Datele din figura 3.6 ilustrează modul în care a variat gradul de mobilitate, fiind interpus valorile medii și valorile maxime. După cum se observă curbele de urcare/coborâre nu au variat semnificativ pentru valorile medii, precum și pentru cele minime. Valorile de mobilitate maxime în schimb au o tendință clară de diminuare.

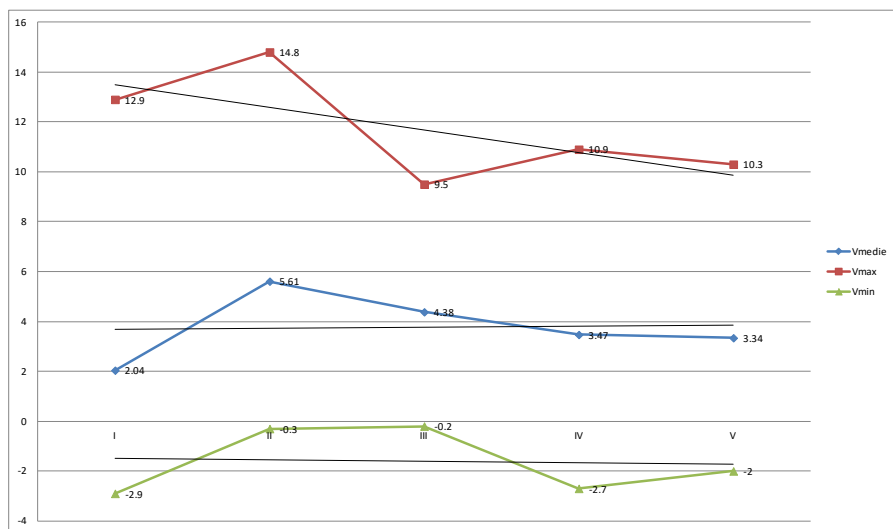


Fig. 3.6. Valorile Periotest la diverse etape de control

4. CONCLUZII GENERALE

1. Modificările dimensionate la nivelul parodontiului marginal sau prezentat astfel: câștigul în expunerea suprafețelor odontale în sens corono-apical ($v=1,47 \text{ mm} \pm 0,53$, $o=1,25 \text{ mm} \pm 0,37$), ulterior acestea rezultând cu recreștere ($v=0,67 \text{ mm} \pm 0,42 \text{ mm}$, $o=0,44 \text{ mm} \pm 0,46 \text{ mm}$). Fenomenul de recreștere gingivală este slab exprimat pentru biotipul parodontal subțire ($0,55 \text{ mm} \pm 0,45$) vs biotipul parodontal gros ($0,69 \text{ mm} \pm 0,41 \text{ mm}$). Diferențe statistic semnificative se observă și între suprafețele orale față de cele vestibulare; valorile de sondare parodontală prezintă un declin brusc la prima etapă ($2,34 \text{ mm}$) la cea de a II etapă ($1,4 \text{ mm}$), ulterior acesta crescând ușor ($1,74 \text{ mm}$); sângerarea la sondare prezintă o tendință continuă de scădere pe parcursul a 12 luni ($n=58$), maximul de coborâre a pantei fiind la prima etapă ($n=288$), și la cea de-a 2-a ($n=103$); prezența de placă prezintă tendințe omoloage cu sângerarea la sondare, având un maxim la etapa de adresare ($n=180$), o scădere bruscă la etapa II ($n=53$), cu o ulterioară scădere relativ moderată la etapa IV ($n=31$). În limita studiului dat putem confirma că PAC nu generează leziuni de furcație. În o serie de cazuri, PAC combinat cu odontoplastia poate rezolva leziunile de furcație (de la leziuni Cl. II - 13 mm la leziuni Cl.I - 0 mm). Varietatea de variabile (etiologia, tipul, clasa, particularitățile anatomice etc.) nu poate oferi răspunsuri la capitolul dat. Banda de gingie cheratinizată are o tendință de micșorare dimensionată la etapa celui de-al doilea control ($3,11 \text{ mm} \pm 0,94 \text{ mm}$), în comparație cu etapa de adresare ($3,57 \text{ mm} \pm 1,11 \text{ mm}$), ulterior aceasta se reorganizează la valori cel puțin preoperatorii și mai mult ($3,82 \text{ mm} \pm 1,00 \text{ mm}$). De menționat o corelație directă între recreșterea tisulară și reorganizarea benzei de gingie cheratinizată.
2. Dinții supuși procedurii de alungire coronară nu prezintă semne evidente de patologie parodontală la examenul radiologic (clișee retroalveolare); patologia periapicală nu este influențată direct de PAC și invers.
3. Tehnici de incizii cele mai frecvent utilizate sunt cele intrasulculare. Inciziile în bizou pentru detensionarea lamboului sunt preferțiate pentru obținerea unui efect estetic superlativ; osteoplastia și odontoplastia efectuată prin mijloace rotative și manuale conduce

la obținerea unor rezultate superioare; suturarea lambourilor prin intermediul firelor nerezorabile de propilenă 5-0 este cea mai frecventă sutură utilizată cu cele mai bune rezultate clinice. Prepararea prin intermediul tehnicii inversate și amprentarea prin intermediul A siliconilor este un abord clinic foarte fiabil.

4. Evaluarea valorilor Periotest prezintă o creștere semnificativă în mobilitatea dentară la o săptămână post PAC ($5,61 \pm 3,30$) în comparație cu etapa de adresare ($2,04 \pm 2,81$), mobilitate care ulterior se diminuează la valori clinice preoperatorii ($3,34 \pm 2,43$). De menționat latura surogat al Periotestului care poate genera un șir de erori.

RECOMANDĂRI

1. Post PAC există șansa recreșterii tisulare, îndeosebi dacă pacientul prezintă un biotip parodontal gros. În unele cazuri este recomandabilă utilizarea restaurărilor temporare până la reorganizarea completă a țesuturilor parodontale. Această reorganizare se poate produce pe perioada a 6 luni sau chiar 12 luni.
2. În unele cazuri, prin intermediul PAC putem reorganiza papilele pentru un aspect mai estetic, sau chiar biomodifica biotipul parodontal în sens vizual.
3. Creșterea dimensiunii benzei de gingie cheratinizată poate avea implicații benefice pentru climatul parodontal.
4. Lamboul parțial este o tehnică necesară și importantă din dislocarea apicală.

BIBLIOGRAFIE

- 1. BURLACU V., CARTALEANU A., OJOVANA., BURLACU V-R., COSTRU T., ZAGNAT V., FALA V., TINTIUC E., ZABOLOTNÎI D., FRIPTU D., CHIRIAC O., ȘEPELENCO V. Prevenția avansării patologiilor stomatologice. În: *Medicina stomatologică*, nr. 4(25), 2012, p. 46-49.
2. CHETRUȘ V. Tratatamentul parodontitei marginale cronice prin utilizarea matricei în bază de biovitroceramică și collagen. *Teza de*

- dr. în medicină. Chișinău, 2005, 127 p.
3. CIOBANU S., CIRIMPEI V. Imobilizarea dentară prin intermediul fibrelor de sticlă. Pas nou în splinting. În: *Volumul de rezumate. Congresul internațional de medicină dentară pentru studenți și tineri medi-ci, ediția a II, Iași, România, 07-10 decembrie 2006*, p. 94 – 96.
 4. MOSTOVEI A. Formarea spațiului biologic periimplantar în tehnica flapless în dependență de tipul mucoasei. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*. Chișinău, 2013, nr.3(39), p.180-184. ISSN 1857-0011.
 5. SÎRBU D., VALENTIN T., STRÎȘCA S., MIGHIC A., GHETIU A., SÎRBU V., BOSTAN C. Aspecte ale tratamentului chirurgical în afecțiunile parodontiului marginal. În: *Medicina Stomatologică* Nr. 1-2 (38-39), 2016, Chișinău.
 6. C. OCHSENBEIN, Current status of osseous surgery, *Journal of Periodontology*, vol. 48, no. 9, pp. 577–586, 1977.
 7. CARNEVALE G., S. F. STERRANTINO, and G. DI FEBBO, “Soft and hard tissue wound healing following tooth preparation to the alveolar crest,” *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, vol. 3, no. 6, pp. 36–53, 1983.
 8. CHELE N., CHEPTANARU O., BAJUREA N. Evaluarea clinico-radiologică a pacienților cu edentatie partiala unidentara tratați cu punți dentare. *Medicina stomatologica*. 2013, nr. 4, p. 24-28.
 9. CIOBANU S. Leziuni interradiculare-abordări de tratament complex. În: *Medicina Stomatologică*, Chișinău, 2009, Nr. 2, (11), p. 21-24.
 10. GARGIULO, A. W., WENTZ, F. M. & ORBAN, B. (1961) Dimensions and Relations of the Dentogingival Junction in Humans. *Journal of Periodontology*. Volume32, Issue3, July 1961. Pages 261-267.
 11. JULOSKI J ET. AL. Ferrule effect: a literature review. *J Endod*. 2012 Jan;38(1).
 12. LACK J. Cosmetic Periodontal Surgery as an Adjunct to Aesthetic Restorative Dentistry. *Restorative and Aesthetic Practise 2001*;Vol 3(No7):67–72; July/August.
 13. ORBAN, B. & KÖHLER, J. (1924) Die Physiologische Zahnfl

eischtasche, Epithelansatz und Epitheltieferwucherung (The physiologic gingival sulcus). *Zeitschrift fur Stomatologie* 22, 353–425.

14. POROSENCOVAT., BURLACUV., POROSENCOVE., UNCUTA D. Cunoștințe și atitudini a medicilor stomatologi generaliști față de managementul afecțiunii parodontale. *Medicina Stomatologică* Nr. 3 (44) 2017 / 2017.
15. SATO NAOSHI, *Periodontal Surgery: A Clinical Atlas*, Quintessence Publishing Company, Inc., 2000.
16. SCHMIDT JC ET AL. Biologic width dimensions - a systematic review. *J Clin Periodontol.* 2013 May;40(5):493-504.
17. SHOBHA K. S., SESHAN M.H., R. MANI, AND K KRANTI. Clinical evaluation of the biological width following surgical crown-lengthening procedure: A prospective study. *J Indian Soc Periodontol.* 2010 Jul-Sep; 14(3): 160–167.
18. TOPALOV., MOSTOVEIA., CHELEN., SÎRBUD., SUHARSCHI I., ATAMNI F., MOSTOVEI M. Metodă de evaluare a remanierilor osoase periimplantare. *Medicină Dentară* NR. 1 (34) / 2015.

LISTA PUBLICAȚIILOR AUTORULUI LA TEMA TEZEI

1. Articole în reviste științifice

1.1 în reviste din străinătate recunoscute

- 1.1.1. CIRIMPEI, V. Recuperarea odontală a cazurilor cu fractură cuspidiană prin intermediul preparării verticale ratră utilizarea mijloacelor chirurgicale adiționale. In: *Dental Life/Viața Stomatologică*. București, România, 2017, nr. 03, pp. 35-38.
- 1.1.2. CIRIMPEI, V. Procedeele de alungire coronară în scop estetic. Managementul țesuturilor moi și osoase pentru prevenția relapsului tisular moale. In: *Dental Life/Viața Stomatologică*. București, România, 2017, nr. 01, pp. 28-31.

1.2 în reviste din Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei categoria B.

- 1.2.1. CIRIMPEI, V. Paradigma endo-perio. metoda optimă de

tratament. In: *Medicina Stomatologică*. Chișinău, 2013, nr. 1 (26), pp. 7-10. ISSN 1857-1328.

1.3 Articole în reviste de categoria C.

- 1.2.2. **CIRIMPEI, V.** Repoziționarea apicală a joncțiunii mucogingivale prin intermediul procedurii de alungire coronară în scop protetic. Comparatie dintre fenotipul parodontal gros și subțire. In: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova/Moldovan Journal of Health Sciences*. Chișinău, 2019, 18 (1). pp. 23-31. ISSN 2345-1467.
- 1.2.3. **CIRIMPEI, V.** Procedura de alungire coronară pentru dinții ce prezintă leziuni de furcație studiu descriptiv pilot. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XIV*. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2013, pp. 488-492. ISSN 1857-1719.
- 1.2.4. **CIRIMPEI V.** ș. a. Necesitatea reconturării coronare în leziuni parodontale și după procedura de alungire coronară. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XIII*, Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2012, pp. 434-438. ISSN 1857-1719.
- 1.2.5. **CIRIMPEI, V.** Rolul tratamentului restaurativ temporar în chirurgia parodontală perimplantară. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XII*. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2011, pp. 453-459. ISSN 1857-1719.
- 1.2.6. **ARAMĂ C., CIRIMPEI V.** ș. a. Frezele Ceramice «Trimmer» în Rezolvarea Proceselor Hipertroce. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XII*. Probleme clinico- chirurgicale. Chișinău, 2011, pp. 488-492. ISSN 1857-1719.
- 1.2.7. **CIOBANU, S., CIRIMPEI, V., CIRIMPEI, T., CIOBANU, A.** Managementul reminiscentelor radiculare prin procedee de chirurgie parodontală combinate cu odontoplastie radiculară. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XII*. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2011, p. 487-493. ISSN 1857-1719.
- 1.2.8. **CIRIMPEI, V., CIOBANU, S., CIRIMPEI, T., CIOBANU, A.** Managementul resturilor radiculare prin intervenții cu lambou, combinate cu odontoplastia radiculară. In: *Anale științifice ale USMF, ediția XI*. Probleme clinico- chirurgicale. Chișinău, 2010, pp. 450- 452. ISSN 1857-1719.
- 1.2.9. **CIRIMPEI, V., CIOBANU, S., CIRIMPEI, T., CIOBANU, A.** Abordarea complexă în aspect parodontologic a leziunilor odontale

coronare totale sau subtotale. În: *Anale științifice ale USMF*, ediția X, Probleme clinico- chirurgicale. Chișinău, 2009, pp. 461- 463. ISSN 1857-1719.

- 1.2.10. CIOBANU, S., **CIRIMPEI, V.** Imobilizarea (șinarea) dinților cu ajutorul fibrelor de sticlă. Tratament în cazul parodontopatiilor și mobilizării posttraumatice. În: *Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu»*, ediția VII, vol. IV B. Probleme clinice chirurgicale. Chișinău, 2006, pp. 435-438 ISSN 1857-1719.

2. Articole în culegeri științifice

2.1.1. în lucrările conferințelor științifice internaționale (peste hotare)

- 2.1.2. VLAS, T., **CIRIMPEI, V.** Procese inflamatorii ale sinusului maxilar. Aspecte statistice pe anul 2006. În: *Revista Medico-chirurgicala a Societății Medicilor Naturaliștilor*. Iași, România, 2007, vol III, nr.1, suplimentul nr.1 . pp. 103-107.
- 2.1.3. CIOBANU, S., **CIRIMPEI, V.** Estetica grupului frontal de dinți: compromis sau realitate. În: *Revista medico-chirurgicală*. Iași, România, 2007, vol. 111, nr.1 Supliment nr.1 partea 1, pp. 145-148.
- 2.1.4. CIOBANU, S. **CIRIMPEI, V** ș.a. Reimplantarea dentară în parodontitele marginale-opportunitate de reabilitare orală. În: *Revista Proceedings of the Second International Congress of the Romanian Dental Assosation for Education*. București, România 2010, pp. 79-85.

3. Teze în culegeri științifice

3.1 în lucrările conferințelor științifice naționale cu participare internațională

- 3.1.1. **CIRIMPEI, V.**, CIOBANU, S. Flap suturing in surgical crown lengthening procedure. În: *Abstract Book, 5th International Medical Congress for Students and Young Doctors*. MedEspera, Chișinău, 2014, p. 83.
- 3.1.2. CIOBANU, S. **CIRIMPEI, V** ș.a., Periodontal Disease related to Hypothyroidism. În: *Abstract Book, 4th International Medical Congress for Students and Young Doctors*. MedEspera, Chisinau, 2012, p. 100.

- 3.1.3. **CIRIMPEI, V.**, CIRIMPEI, T., MUNTEANU, D., CIOBANU, A. Errors and complications following surgical crown lengthing. In *4th International Medical Congress for Students and Young Doctors, Chişinău, MedEspera*, 2012, p. 85.
- 3.1.4. **CIRIMPEI, V.** Inferior alveolar nerve block — a challenge to be achieved. In Abstract Book, *3rd International Medical Congress for Students and Young Doctors, Chişinău, MedEspera*, 2010, p. 92.

3.2. în lucrările conferinţelor ştiinţifice naţionale cu participare internaţională

- 3.2.1. MUNTEANU, D., **CIRIMPEI, V.** Rezistenţa la fractura pentru dinţii vitali restauraţi cu compozite fotopolimerizabile cu şi fără protecţie cuspidiană. În: *Dentis ediţia XIII-a*. Cluj, România, 2012, p. 53.
- 3.2.2. CIOBANU, S., PANCENCO, A. **CIRIMPEI, V.** Periodontal disease and diabetes. In: *Journal OHDMBSC*, Constanţa, Romania, 2010, volume IX nr. 3 (33), p.185.
- 3.2.3. PANCENCO A., CIOBANU S., **CIRIMPEI V.** Quality management and provision of oral health care in the Republic of Moldova in 2008/2009. In: *Journal OHDMBSC*, Constanţa, Romania, 2010, volume IX nr. 3 (33), p.173.
- 3.2.4. **CIRIMPEI, V.**, ş.a. Esecuri în cadrul blocade NAI cauzate de implicaţii anatomice. În: *Congresul Internaţional de Medicină Dentară pentru studenţi şi Tineri Medici*. Iaşi, România, 2008. p. 81-82.
- 3.2.5. ONICA, O., VLAS, V., **CIRIMPEI, V.**, VLAS, V. Cauza şi prevenirea fracturării instrumentarului endodontic rotativ tip Ni-Ti. În: *Congresul Internaţional de Medicină Dentară pentru studenţi şi Tineri Medici*. Iaşi, România, 2008. p. 81-82.
- 3.2.6. VLAS, T., **CIRIMPEI, V.** Înălbirea dinţilor temeri şi realizări. În: *Congresul Internaţional de medicină dentară pentru studenţi şi tineri medici*, Iaşi, România, 2007. p. 71-72.
- 3.2.7. CIOBANU S., **CIRIMPEI V.** Imobilizarea dentară prin intermediul fibrelor de sticlă. Pas nou în splinting. În: *Congresul internaţional de medicină dentară pentru studenţi tineri medici, ediţia a II-a*. Iaşi, România, Volumul de rezumate. 2006, p. 94 — 96.

Lista Abrevierilor

SB - spațiul biologic

PAC - procedeu de alungire coronară

EF - efect de ferule

BG - biotip gros

BS - biotip subțire

ADNOTARE

Cirimpei Vasile

Evaluarea stabilității parodontale după proceduri de chirurgie parodontală proprotetică

Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2022

Lucrarea este compartimentată clasic: introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări practice, bibliografie din titluri, 125 pagini de text de bază, care include 63 de figuri și 6 tabele. Rezultatele studiului au fost publicate în 17 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: alungire coronară, coroană, chirurgie parodontală.

Domeniul de studiu: 323.01 – Stomatologie.

Scopul lucrării - Cercetarea modificărilor dimensionate la nivelul parodontiului marginal după intervenții parodontale pro-protetice pe o durată de 12 luni, care au trasat următoarele obiective: Evaluarea indicilor parodontali și estetici prin corelarea lor cu schimbările dimensionate în sens corono-apical; estimarea tehnicilor chirurgicale și timpilor protetici; aprecierea endodontică și radiografică a dinților supuși procedurii de alungire coronară; monitorizarea mobilității dentare prin intermediul valorilor periotest a dinților supuși procedurii de alungire coronară.

Metodologia cercetării științifice. Cercetarea reprezintă un studiu clinic prospectiv. Eșantionul studiat a inclus grupe comparabile.

Noutatea și originalitatea științifică: Studiul a cercetat modificările survenite în ansamblul parodontal-chirurgical-endodontic-ortopedic. Totalitatea datelor dimensionate fiind efectuate extraoral, cel mai exact procedeu posibil, modelele în gips oferind capacitatea restudierii ulterioare la intervale de timp mai mari - 5-15 ani.

Problema științifică soluționată în teză constă în demonstrarea refacerii tisulare diferite în funcție de parametrii individuali, precum și date noi asupra modificării benzii de gingie cheratinizată.

Semnificația teoretică constă în demonstrarea particularităților individuale asupra refacerii tisulare, la fel ca și a celor ce țin de biotipul parodontal, un șir de paradigme ce sunt considerate drept absolute, necesită a fi reconsiderate (modificarea benzii de gingie cheratinizată).

Valoarea aplicativă a tezei: înțelegerea modificărilor ce survin după acest procedeu este crucială pentru finalizarea cu succes al cazului și profilaxia posibilelor complicații.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele cercetării științifice au fost publicate în reviste științifice de specialitate, prezentate la congrese și simpozioane internaționale. Tehnicile descrise au fost utilizate în incinta clinicilor stomatologice “Parodent Prim” și “Simplu Dental”.

РЕЗЮМЕ

Чиримпей Василий

Оценка стабильности пародонта после предпротетических пародонтальных хирургических вмешательств

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Кишинёв, 2022.

Работа классически разделена: введение, 3 главы, общие выводы и практические рекомендации, библиографические названий, 125 основные текстовые страницы, который включает 63 фигур и 6 таблиц. Результаты исследования были опубликованы в 17 научных работах.

Ключевые слова: коронарное удлинение, корона, пародонтальная хирургия.

Область исследования: 323.01 – Стоматология.

Цель и задачи исследования: в течение как минимум одного года анализировали влияние на пародонте периметра зубов, подвергающихся процедуре коронарного удлинения. Исследование размерных изменений было сделано на моделях из гипса для большей точности. Кроме того, были исследованы клинические параметры со специфичностью пародонта, которые изменились после вмешательства (подвижность, значения периодонтального зондирования, кровотечение при зондировании, отложение зубной бляшки и зубного камня), а также эндодонтия, в том числе параметры ортопедических этапов. Общая оценка изменений, происходящих после процесса удлинения, важна для понимания всего процесса в целом.

Методология исследования. Исследование было проведено как проспективное клиническое испытание. Образец исследования включал сопоставимые группы.

Научная новизна: Единственное исследование, в котором рассматривались изменения в периодонтально, хирургическом, эндодонтическом и ортопедическом целом. Совокупность данных измерений, выполняемых вне ротового метода, наиболее точным способом, модели гипса, обеспечивающие возможность последующего восстановления.

Научная проблема, рассматриваемая в диссертации, состоит из демонстрации восстановления различных тканей по индивидуальным параметрам, а также новых данных о модификации кератинизированной участка десны.

Теоретическая значимость состоит из демонстрации индивидуальных особенностей регенерации тканей, а также тех, которые связаны с биотипом пародонта, ряд парадигм, которые считаются абсолютными, необходимо пересмотреть (модификация кератинизированной полосы десны).

Прикладное значение: Понимание изменений, которые следует за этим процессом, имеет решающее значение для успешного завершения случая и профилактики возможных осложнений.

Внедрение научных результатов: результаты научных исследований были опубликованы в специализированных научных журналах, описанные методики были использованы в стоматологических кабинетах “Parodent Prim” и “Simplu Dental”.

SUMMARY

Cirimpei Vasile

Evaluation of periodontal stability after surgical periodontal prosthodontic procedures

Thesis of Doctor in Medical Sciences, Chisinau, 2022.

The paper is divided in the following manner: introduction, 3 chapters, general conclusions and practical recommendations, bibliography in titles, 125 pages of typed text, which include 63 figures and 6 tables. Result of the study where published in 17 scientific papers.

Key words: crown lengthening, crown, perio surgery.

Field of research: 323.01 – Stomatology.

Purpose and objectives: For a minimal 1 year observation period, the effects which lie upon the periodontal area of teeth which where crown lengthened where observed. For an extra precision, dimensional data where collected from casted models in order to be calculated in prospective way. Additionally clinical parameters of periodontal nature which might change after the surgical procedure where studied (mobility, pocket probing, bleeding on probing, soft and hard deposits), as also endodontic parameters and prosthetic components that followed the procedure. The complete analysis of the changes that follow after crown lengthening procedure is essential in understanding of the following outcomes.

Research Methodology. The study is a prospective clinical trial. The studied sample included comparable groups.

Scientific novelty: The present study is unique in the research approach of the entity perio-surgery-endo-prosthetic analysis of the changes that follow after crown lengthening procedure. All of the dimensional data were collected extraoral, in the most precise way, the casted models being raw data might be useful for further analysis.

The scientific problem solved in the thesis consists of demonstration of soft tissue rebound by means of individual parameters, and new data on the changes of keratinized band modification

The theoretical significance consists in demonstration of particularities of rebound that follow after the procedure, in accordance to periodontal biotype, a series of paradigms which are considered absolute to date should be reconsidered (changes in the band of the keratized band).

The practical value of the thesis is the awareness of the changes that follow after the procedure, which is crucial for the final execution of the case and prophylaxis of the possible complications.

The implementation of scientific results where done by articles published in the scientific journals, the described techniques where utilized in dental offices “Parodont Prim” and “Simplu Dental”.

CIRIMPEI VASILE

**EVALUAREA STABILITĂȚII PARODONTALE
DUPĂ PROCEDEURI DE CHIRURGIE
PARODONTALĂ PROTOTETICĂ**

323.01 STOMATOLOGIE

Rezumatul tezei de doctor în științe medicale

Formatul hârtiei 60x84 1/16
Tiraj 100 ex
Comanda nr. 1219

Aprobat spre tipar: 24.01.2022
Hârtie ofset. Tipar ofset
Coli de tipar: 2,0

*„H&M Design” srl,
MD-2002, Chișinău, str. Pușkin, 22*