

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**“CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI**

**ȘCOALA DOCTORALĂ**

**MEDICINĂ DENTARĂ**



**CONTRIBUȚII LA STUDIUL IMPLICAȚIILOR SOCIALE ALE**

**EDENTAȚIILOR PARȚIALE LA ADULȚII TINERI**

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**Conducător de doctorat:**

**PROF.UNIV.DR. LUCA RODICA**

**Student-doctorand:**

**ION GEORGE**

**2019**

## Cuprinsul rezumatului

Cuprinsul tezei de doctorat.....	3
Introducere.....	7
Obiectivele și metodologia cercetării.....	9
Studiu privind epidemiologia edentațiilor parțiale la adulții tineri (Capitolul 5).....	10
Studiu privind adresabilitatea la medicul stomatolog a adultului tânăr edentat parțial (Capitolul 6).....	18
Studiul privind edentațiile parțiale și implicațiile sociale ale acestora la un lot de adulți tineri (Capitolul 7).....	22
Concluzii generale ale temei de cercetare (Capitolul 8).....	37
Bibliografie selectivă.....	40

## Cuprinsul tezei de doctorat

<b>INTRODUCERE.....</b>	<b>1</b>
<b>STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLUL 1. Sănătatea orală, parte integrantă a sănătății generale.....</b>	<b>4</b>
1.1. Integrarea sănătății orale în conceptul de sănătate generală.....	5
1.2. Factori socio-comportamentali care pot influența sănătatea oro- dentară.....	8
1.3. Sănătatea orală la nivel național-date generale.....	10
<b>CAPITOLUL 2. Edentația parțială, clasificare, cauze, consecințe.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Clasificarea edentației parțiale.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Cauzele edentației parțiale.....</b>	<b>25</b>
2.2.1. Factori congenitali.....	25
2.2.2. Factori aparenti.....	26
2.2.3. Factori dobândiți.....	27
2.2.3.1. Caria dentară.....	27
2.2.3.2. Extracția.....	29
2.2.3.3. Parodontopatiile.....	30
2.2.3.4. Infecțiile.....	30
2.2.3.5. Traumatismele.....	31
2.2.3.6. Sindromul algic.....	32
2.2.3.7. Iatrogenia.....	33
<b>2.3. Consecințele edentației parțiale.....</b>	<b>36</b>

2.3.1. Consecințele edentației parțiale asupra stării generale de sănătate.....	36
2.3.2. Consecințele edentației parțiale asupra sănătății orale.....	37
2.3.2.1. Modificări anatomice.....	37
2.3.2.2. Modificări funcționale.....	41
2.3.2.2.1. Fizionomia.....	41
2.3.2.2.2. Fonația.....	42
2.3.2.2.3. Masticația.....	43
2.3.2.2.4. Tulburări la nivel ocluzal.....	46
2.3.2.2.5. Tulburări psiho-emoționale.....	47
2.3.2.2.6. Tulburări mio-articulare.....	48
<b>CAPITOLUL 3. Edentația parțială la adultul tânăr.....</b>	<b>50</b>
<b>3.1. Definirea noțiunii de adult tânăr.....</b>	<b>50</b>
<b>3.2. Prevalența edentației parțiale la adultul tânăr.....</b>	<b>52</b>
3.2.1. Date din studii clinice.....	53
3.2.2. Date obținute prin autoraportare.....	54
<b>3.3. Topografie, forme clinice.....</b>	<b>54</b>
<b>3.4. Cauze.....</b>	<b>55</b>
<b>3.5. Percepția asupra propriei sănătăți orale.....</b>	<b>56</b>
<b>CERCETAREA PERSONALĂ.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPITOLUL 4. Obiectivele și metodologia cercetării.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1. Obiectivele generale ale cercetării științifice.....</b>	<b>59</b>

4.2. Direcții de cercetare.....	60
4.3. Material și metodă.....	60
4.4. Metodologia- baza de date și metodele statistice de prelucrare.....	61
<b>CAPITOLUL 5. Studiu privind epidemiologia edentațiilor parțiale la adulții tineri.....</b>	<b>63</b>
5.1. Introducere.....	63
5.2. Scop.....	64
5.3. Material.....	64
5.4. Metodă.....	64
5.5. Rezultate.....	64
5.6. Discuții.....	74
5.7. Concluzii.....	77
<b>CAPITOLUL 6. Studiu privind adresabilitatea la medicul stomatolog a adultului tânăr edentat parțial.....</b>	<b>78</b>
6.1. Scop.....	78
6.2. Material.....	78
6.3. Metodă.....	78
6.4. Rezultate.....	79
6.5. Discuții.....	100
6.6. Concluzii.....	101
<b>CAPITOLUL 7. Studiu privind edentațiile parțiale și implicațiile sociale ale acestora la un lot de adulți tineri.....</b>	<b>103</b>

<b>7.1. Introducere.....</b>	<b>103</b>
<b>7.2. Scop.....</b>	<b>103</b>
<b>7.3. Material.....</b>	<b>103</b>
<b>7.4. Metodă.....</b>	<b>104</b>
<b>7.5. Rezultate.....</b>	<b>104</b>
<b>7.6. Discuții.....</b>	<b>124</b>
<b>7.7. Concluzii.....</b>	<b>130</b>
<b>CAPITOLUL 8. CONCLUZII GENERALE.....</b>	<b>132</b>
<b>Bibliografie.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexe.....</b>	<b>151</b>

## Introducere

Preocupările omului pentru o dantură completă, funcțională și estetică datează din cele mai vechi timpuri. Dacă inițial se foloseau metode rudimentare pentru înlocuirea unuia sau mai multor dinți, cu trecerea timpului aceste metode s-au perfecționat până la cele folosite în ziua de azi.

Una din cele mai vechi lucrări dentare, deși numită impropriu lucrare dentară ea fiind o ligatură din sârmă de aur cu rol de imobilizare pentru dinții mobili, a fost descoperită în Egipt cu aproximativ 2500 î.C. În Siria, incisivii pierduți erau înlocuiți cu dinți umani fixați prin ligaturi de sârmă de aur de dinții vecini, în timp ce israeliții utilizau dinți din aur și argint pe post de obiecte de podoabă feminină. Un craniu de pe vremea incașilor a fost descoperit în anul 1913 în Ecuador, craniu ce prezenta coroane și obturații din aur bine executate [1].

În stadiul actual al medicinei dentare există metode variate de a înlocui dinții lipsă, pornind de la lucrările protetice clasice, mergând până la implanturile dentare. Preocupările estetice privind lucrările protetice cât și progresele tehnice din ultimii ani stau la baza posibilității individualizării tratamentului pacienților și a refacerii integrității arcadelor dentare.

Ca și în trecut, și în epoca modernă edentațiile, fie parțiale, fie totale, continuă să reprezinte un segment important al patologiei orale. Ca atare, nici adultul tânăr nu este ocolit de această patologie.

Deși nu sunt multe referiri cu privire la frecvența edentației la adultul tânăr, observațiile clinice atestă că afectarea prin edentație a adultului tânăr este frecventă și în creștere, cu consecințe funcționale directe și cu implicații socio-profesionale, uneori grave. Având în vedere rolul pe care adultul tânăr îl are în viața de familie, dar și în societate și ținând cont că el se află în plină perioadă de afirmare atât profesională cât și socială, este evidentă importanța pe care o are starea lui de sănătate generală și, implicit, starea lui de sănătate orală.

Dacă nu sunt multe date epidemiologice despre edentația parțială la adultul tânăr, nici datele despre implicațiile sociale ale acesteia nu abundă. Din acest motiv, mi-am propus ca în cadrul tezei de doctorat să fac o serie de cercetări care să completeze cunoștințele existente în acest domeniu:

- În primul rând să culeg cât mai multe date pentru a stabili frecvența și distribuția edentațiilor parțiale la adulții tineri care solicită consultație stomatologică la nivel de cabinet individual cu practică privată și de a vedea în ce măsură edentația este influențată de unii factori socio-demografici (vârsta, sexul și gradul de educație, mediul de proveniență).
- În al doilea rând să aflu gradul de adresabilitate la cabinetele stomatologice al adulților tineri cu edentații parțiale, motivele pentru care solicită tratamentul protetic și care sunt principalii factori în funcție de care optează pentru una sau alta dintre metodele de tratament propuse de medicul curant.
- În al treilea rând să aflu percepția pacienților adulți tineri asupra modului în care prezența unei edentații parțiale le influențează viața socială, relațiile sociale specifice acestei perioade de viață.

Prin coroborarea tuturor rezultatelor obținute sper să se poată contura un tablou cu eventualele particularități legate de tot ceea ce înseamnă edentație parțială, cu toate implicațiile ei, inclusiv cele sociale, la adultul tânăr, de care să se țină cont în cadrul metodelor de prevenire.

Teza de doctorat este structurată în două părți.

Prima parte, **„Stadiul actual al cunoașterii”**, cuprinde trei capitole. În **Capitolul 1, „Sănătatea orală, parte integrantă a sănătății generale”**, s-a subliniat importanța integrării sănătății orale în conceptul de sănătate generală a organismului, au fost descriși factorii socio-comportamentali care pot influența sănătatea oro-dentară și s-au prezentat date generale privind sănătatea orală la nivel național.

În **Capitolul 2, „Edentația parțială, clasificare, cauze, consecințe”**, au fost redată în sinteză majoritatea sistemelor de clasificare a edentațiilor parțiale, s-au descris pe larg trei clasificări: clasificarea Kennedy, clasificarea Costa și clasificarea ACP (American College of Prosthodontists) și s-au aratat motivele pentru care în cercetările din partea personală a tezei s-a optat pentru clasificarea Kennedy. În continuare, s-au descris cauzele edentației parțiale și consecințele ei atât asupra stării generale de sănătate cât și asupra sănătății orale.

În **Capitolul 3, „Edentația parțială la adultul tânăr”**, după ce a fost definită noțiunea de adult tânăr, s-au prezentat date din literatura de specialitate cu privire la prevalența,



topografia, formele clinice, cauzele edentației parțiale la adultul tânăr precum și despre percepția acestuia asupra propriei sănătăți orale.

Deoarece pentru definirea entității de adult tânăr nu există puncte de vedere unitare, după analizarea diferitelor argumente pe baza cărora s-ar putea defini categoria de adult tânăr, pentru studiile din cadrul tezei s-a ales ca definitorie pentru adultul tânăr perioada de viață cuprinsă între 18 și 35 de ani, perioadă propusă pentru prima dată de psihologul Erikson. Chiar dacă există variații privind limitele de vârstă ale acestui interval, începând cu vârsta de 18 ani adulții tineri trec prin perioade de dezvoltare biologică, psihologică și socială, încep să își asume responsabilitatea pentru propria sănătate și își pot schimba comportamentul legat de sănătate orală.

În privința datelor epidemiologice referitoare la edentația parțială întâlnită la adultul tânăr, sunt foarte puține studiile care să intereseze strict grupa de vârstă 18-35 de ani și mai puține sunt datele privind implicațiile sociale ale edentației parțiale la adultul tânăr, de aici rezultând necesitatea studierii acestor probleme.

În partea a doua a tezei, „**Cercetarea personală**”, pe parcursul a cinci capitole, care vor fi descrise în cele ce urmează, au fost prezentate toate studiile efectuate și concluziile desprinse.

## **Obiectivele și metodologia cercetării (Capitolul 4)**

**Scopul cercetării personale** a fost evaluarea patologiei prin edentația parțială la adultul tânăr (18-35 de ani) și implicațiile sociale pe care edentațiile parțiale le pot avea în raport cu cei din jur.

### **Obiectivele generale ale cercetării științifice**

1. Evaluarea prevalenței și a etiologiei edentațiilor parțiale la un lot de adulți tineri
2. Stabilirea relației dintre variabilele socio-demografice și edentațiile parțiale
3. Determinarea numărului de adulți tineri cu edentații parțiale ce se adresează medicului stomatolog într-o perioadă de un an cât și motivele prezentării în vederea protezării
4. Determinarea factorilor avuți în vedere de pacient în alegerea tipului de protezare

5. Evaluarea statusului social al adulților tineri și stabilirea corelațiilor între edentațiile parțiale și afectarea fizionomiei, fonației, masticației
6. Stabilirea implicațiilor sociale ale edentațiilor parțiale la adulții tineri.

**Direcții de cercetare** - cercetările efectuate au fost concretizate în trei studii:

**Studiul I.** Studiul privind epidemiologia edentațiilor parțiale la adulții tineri

**Studiul II.** Studiu privind adresabilitatea la medicul stomatolog a adultului tânăr edentat parțial

**Studiul III.** Studiu privind edentațiile parțiale și implicațiile sociale ale acestora la un lot de adulți tineri.

**Material și metodă.** În studiile unu și trei (studii de tip transversal) au fost cuprinși toți pacienții cu vârste între 18 și 35 de ani care au solicitat asistență stomatologică în cadrul a două cabinete cu practică privată, unul situat în mediu urban (București), iar celălalt în mediu rural (jud. Ilfov). Criteriile de includere au fost: vârsta, prezența a cel puțin o edentație parțială neprotezată, indiferent de localizarea ei, acceptul și semnarea consimțământului informat. Studiul al doilea a fost realizat pe un eșantion de medici stomatologi, care după semnarea consimțământului informat, au fost rugați să completeze un chestionar cu întrebări despre motivele de prezentare ale pacienților în vederea protezării edentațiilor parțiale și despre factorii implicați în alegerea metodei de tratament.

**Metodologie - baza de date și metodele statistice de prelucrare.** Datele obținute au fost prelucrate și analizate folosind programul SPSS 13.0 for Windows. Pentru analiza datelor au fost folosite: testul  $\chi^2$ , Mann-Whitney, testul t și Pearson, crosstabs și odd ratio. Nivelul de semnificație statistică a fost stabilit la 0,05 (C.I.=95%), variația valorii lui p între 0,05 și 0,09 a fost considerată marginal semnificativ statistic.

### **Studiu privind epidemiologia edentațiilor parțiale la adulții tineri(Capitolul 5)**

**Scop.** Culegerea cât mai multor date privind frecvența și distribuția edentațiilor parțiale la adulții tineri și stabilirea în ce măsură unii factori socio-demografici influențează prezența edentației.

**Material.** Studiu de tip transversal efectuat pe un lot de pacienți tineri cu vârste între 18 și 35 de ani care au solicitat asistență stomatologică în perioada 2014-2017 în cadrul a două cabinete stomatologice, unul în București, celălalt în jud. Ilfov. Criterii de includere în studiu: grupa de vârstă, prezența a cel puțin o edentație parțială indiferent de localizare, acceptul și semnarea consimțământului informat.

**Metodă.** Fiecărui pacient i s-a întocmit o fișă în care au fost notate datele socio-demografice precum și statusul odontal. După centralizarea datelor, prelucrarea statistică pentru a observa diversele asocieri între variabilele socio-demografice (vârsta, sexul pacientului, mediu de proveniență sau nivelul de educație) și prezența edentațiilor a fost făcută cu ajutorul programului SPSS- Statistical Package for the Social Sciences version 13.0 for Windows. Valoarea minimă a pragului de semnificație statistic folosit a fost  $p=0.05$ .

Pentru a obține cât mai multe detalii epidemiologice, întregul lot de studiu, cel cu pacienții cu vârste între 18 și 35 de ani (lot L0) a fost împărțit în două subloturi: L<sub>1</sub>, corespunzând grupei de vârstă 18-25 ani și L<sub>2</sub>, corespunzând grupei de vârstă 26-35 ani.

**Rezultate.** Au fost consultați 410 pacienți cu vârste între 18 și 35 de ani (vârsta medie:  $25,67 \pm 4,77$  ani). Dintre aceștia, 80 (19,51%) nu au prezentat nici o edentație, iar 330 (80,49%) au avut cel puțin o edentație parțială neprotezată. În consecință în studiu au fost reținuți toți acești 330 de pacienți care au prezentat cel puțin o o edentație parțială neprotezată (lotul L0). Pacienții cu vârste între 18 și 25 de ani ( $n=177$ ) au constituit lotul L<sub>1</sub>, iar pacienții cu vârste cuprinse între 26-35 de ani ( $n=153$ ) au constituit lotul L<sub>2</sub>.

a) Componența lotului L0 în funcție de factorii socio-demografici.

Lotul a cuprins 142 (43,03%) de pacienți de sex masculin (vârsta medie:  $26,99 \pm 4,75$  ani) și 188 (56,97%) de sex feminin (vârsta medie:  $24,68 \pm 4,56$  ani). Numărul cel mai mare de pacienți cu edentații parțiale ( $n=54$ ) s-a înregistrat la vârsta de 22 de ani (fig. 5.2).

Cei mai mulți pacienți au provenit din mediul urban ( $n=244$ ). Ca distribuție pe sexe, în ambele medii au predominat pacienții de sex feminin (în urban  $n=138$ ; în rural  $n=50$ ).

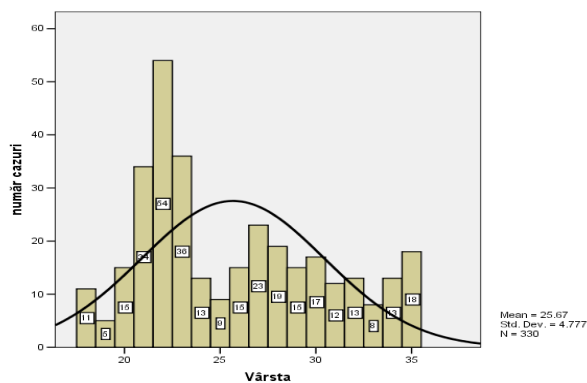


Figura 5.2. Distribuția pacienților în funcție de vârstă

Ca nivel de educație, 6,97% dintre pacienți au absolvit gimnaziul, 53,03% liceul, iar 40% au avut studii superioare.

b) Frecvența edentațiilor parțiale

Din tabelul 5.10, în care este prezentată în sinteză distribuția/frecvența edentațiilor parțiale, numărul mediu de edentații și numărul mediu de dinți lipsă la lotul Lo și la cele două subloturi (L1 și L2), se observă că nu au existat diferențe semnificative statistic între cele două sexe.

De asemenea, nu a existat diferență semnificativă statistic între prezența edentațiilor și mediul de proveniență al pacienților ( $p=0,968$ ) sau gradul lor de educație ( $p=0,476$ ).

Tabel 5.10. Distribuția edentațiilor parțiale la pacienții consultați

			Lot 0 (18-35 ani)	Lot 1 (18-25ani)	Lot 2 (26-35 ani)
Frecvența edentațiilor parțiale	sex feminin	n (%)	188(45,85%)	123(49,59%)	65(24,80%)
	sex masculin	n (%)	142(34,63%)	54(21,77%)	88(33,58%)
	total	n (%)	330(80,40%)	177(71,37%)*	153(94,44%)*
Număr mediu de edentații	sex feminin		1,79	1,52	2,29
	sex masculin		2,04	1,57	2,33
	total		1,90	1,54**	2,31**
Număr mediu de dinți lipsă	sex feminin		2,26	1,70	3,32
	sex masculin		2,60	1,80	3,08
	total		2,40	1,73***	3,20***

\*  $p=0,173$ ; \*\*  $p=0,233$ ; \*\*\*  $p=0,287$

c) Tipul edentațiilor parțiale

În funcție de zona topografică, 15 (4,5%) pacienți au prezentat edentație frontală, 292 (88,5%) edentație laterală și 23 (7%) edentație mixtă. Cauzele care au dus la apariția edentațiilor au fost, în ordine descrescătoare: caria dentară în 268 (81,2%) cazuri, traumatismele dento-parodontale în 18 (5,5%) cazuri și alte cauze (extracții în scop ortodontic, incluzii dentare, etc) în 44 (13,3%) cazuri.

Conform clasificării Kennedy, fără a ține cont de modificările din fiecare clasă, indiferent de topografie (maxilar/mandibulă), indiferent de grupa de vârstă, cele mai multe edentații sunt edentațiile de clasa a III-a, urmate în ordine descrescătoare de edentațiile de clasa a II-a, I-a și a IV-a (tab. 5.7).

Tabel 5.7. Distribuția edentațiilor după clasificarea Kennedy

	Clasa Kennedy	Maxilar (%)	Mandibulă (%)
Lot 0	I	7,91	9,41
	II	7,91	12,16
	III	79,66	78,04
	IV	4,52	0,39
Lot 1	I	5,07	5,27
	II	5,07	8,27
	III	86,07	86,46
	IV	3,79	0
Lot 2	I	10,2	13,93
	II	10,2	16,39
	III	74,49	68,85
	IV	5,2	0,83

d) Mărimea breșelor edentate. Pacienții au avut una sau mai multe breșe edentate, în medie 1,9 (tab. 5.10). Numărul dinților absenți într-o breșă a variat de la 1 până la maximum 6, breșele unidentare fiind cele mai frecvente. (tab. 5.8).

Tabel 5.8. Distribuția edentațiilor în funcție de numărul dinților absenți

Edentație	Lot 0		Lot 1		Lot 2	
	n	%	n	%	n	%
unidentară	495	78,9	239	87,9	256	72,1
2 dinți	106	16,9	31	11,4	75	21,1
3 dinți	20	3,2	2	0,7	18	5,1
4 dinți	3	0,5	0	0	3	0,8
5 dinți	2	0,3	0	0	2	0,6
6 dinți	1	0,2	0	0	1	0,3
Total	627	100	272	100	355	100

Distribuția breșelor unidentare este redată în tabelul 5.9. și figura 5.8.

Tabel 5.9. Localizarea edentațiilor unidentare (Lot 0, n=495)

		M2	M1	Pm2	Pm1	C	IL	IC
maxilar	fete	2	42	17	32	6	6	3
	baieti	5	37	30	25	1	14	4
Total		7	79	47	57	7	20	7
mandibulă	fete	14	122	13	8	0	0	2
	baieti	8	89	11	4	0	0	0
Total		22	211	24	12	0	0	2

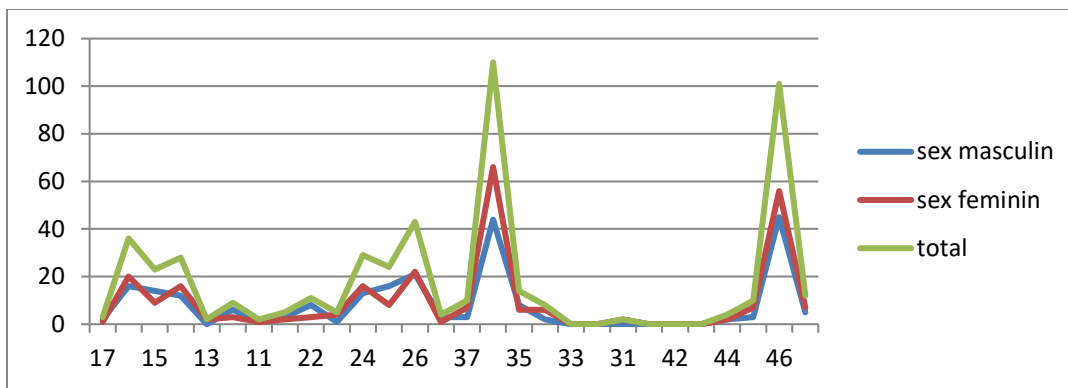


Figura 5.8. Distribuția edentațiilor unidentare (Lot 0)

**Discuții.** Prezența și distribuția edentațiilor a fost analizată în funcție de o serie de factori socio-demografici: vârsta și sexul pacienților, nivelul de educație, mediul de proveniență - urban/rural.

Din lotul inițial de 410 pacienți adulți tineri cu vârste cuprinse între 18 și 35 de ani care s-au adresat celor două cabinete în intervalul 2014-2017, au fost selecționați numai pacienții care au prezentat edentații parțiale, astfel că în final lotul de studiu a fost alcătuit din 330 de pacienți (43,03% de sex masculin și 56,97% de sex feminin), prevalența fiind de 80,5%. Datele din literatura de specialitate subliniază că frecvența edentațiilor parțiale variază destul de mult, în principal în funcție de grupa de vârstă a populației analizate. Astfel pentru grupa de vârstă 21-26 de ani autorii Bobu L. și colab. într-un studiu realizat la Iași (2018) pe un lot de 285 pacienți au raportat o prevalență a edentațiilor parțiale de 46,7% [2]. Pentru grupa de vârstă 23-32 de ani, prevalența a fost de 36,18% în urma unui studiu realizat în India (Sonkesariya și colab., 2014) [3]. Alt studiu realizat pe un lot de 350 pacienți cu vârste între 35-44 de ani a arătat o prevalență a edentațiilor parțiale de 74,6% (Prabhu și colab., 2009) [4].

La cei 330 de pacienți cu edentații parțiale, numărul mediu de edentații/pacient a fost de 1,9. Raportat la cele 2 sexe, numărul mediu la pacienții de sex feminin a fost de 1,78 iar la cei de sex masculin 2,05. În privința caracteristicilor socio-demografice, analizând distribuția pacienților în funcție de caracteristicile loturilor, au reieșit următoarele:

- numărul de aproape 3 ori mai mare al pacienților din mediul urban față de cei din mediul rural.

- același raport de 3:1 este regăsit și în ceea ce privește distribuția în funcție de sexul pacientului și proveniența acestuia.
- deși la studiu au participat mai mulți pacienți din mediul urban decât rural, rezultatele au fost nesemnificativ statistic, în concordanță cu alte studii [5].

Eventualele diferențe între cele două medii pot fi explicate prin faptul că satisfacerea nevoilor de sănătate orală este mai dificilă pentru cei ce trăiesc în zonele rurale în comparație cu omologii din mediul urban, printr-o disponibilitate și accesibilitate mai scăzute a celor din mediul rural cât și prin preferința acestora pentru un tratament radical (prin extracție) în cazul afecțiunilor dentare comparativ cu un tratament conservator.

Între prezența edentației și sexul pacienților, mediul de proveniență sau gradul lor de educație nu a existat diferență semnificativă statistic.

Pacienții din prezentul studiu au prezentat toate formele clinice de edentație. Conform clasificării Kennedy, cele mai frecvente forme, atât la maxilar cât și la mandibulă, au fost edentațiile de clasa a III-a (79,66% la maxilar și 78,66% la mandibulă), urmate în ordine descrescătoare de edentațiile de clasa I, clasa a II-a și clasa a IV-a. Pentru aceeași categorie de vârstă, 18-35 de ani, Vadavadagi și colab. au găsit rezultate similare în ce privește frecvența claselor de edentație după Kennedy, în procent cel mai mare edentația clasa a III-a (56,1% la maxilar și 52,9% la mandibulă) urmate descrescător de clasele I, a II-a și a IV-a [6].

Forma cea mai întâlnită a fost edentația clasa a III- a după Kennedy și în studiul preliminar pe care l-am realizat pe un lot de 162 pacienți, cu vârste cuprinse între 18 și 35 de ani [7], precum și în studiile realizate de Shah și colab. [8], de Al-Dwairi [9].

Analizând comparativ frecvența edentațiilor la maxilar și la mandibulă, edentațiile de clasa I-a și a IV-a au fost mai frecvente la maxilar decât la mandibulă, în timp ce edentațiile de clasa a II-a și a III-a au fost mai frecvente la mandibulă. În datele publicate de Patel J Y și col. (2014) se găsește altă ordine privind frecvența edentațiilor la mandibulă, fiind mai frecvente edentațiile de clasa a III-a și clasa I, la maxilar ei au constatat că cele mai frecvente au fost edentațiile de clasa II-a, urmate de cele de clasa a IV-a [10].



În funcție de numărul de dinți absenți, cele mai multe breșe edentate au fost unidentare (78,95%). Ca distribuție, la maxilar majoritatea breșelor unidentare au rezultat în urma extracției primului molar, urmate de extracția primului premolar, apoi a premolarului doi. În mod similar, la mandibulă breșele unidentare cele mai frecvente s-au datorat extracției primului molar, urmate de extracția premolarului doi, apoi a molarului doi și a premolarului unu. Trebuie menționat că la niciun pacient nu s-a înregistrat absența caninului sau incisivului lateral mandibular.

Caria dentară a fost cauza cea mai frecventă a apariției edentațiilor, 81,2% din totalul edentațiilor având această etiologie. Basno și col. (2016), într-un studiu pe un lot de 334 adulți tineri derulat pe o perioadă de 7 ani, au constatat că 73-89% din cazuri au avut ca etiologie caria dentară, 3,4-13,6% anodonția și 1,2% traumatismele [11]. Alt studiu realizat de Golumbeanu N. și colab. (2013) pe un lot de 313 pacienți a arătat ca și cauză principală caria dentară și complicațiile ei pentru 48,9% din cazuri [12]. În studiul nostru, traumatismele au fost implicate într-o proporție mai mare (5,5%) în producerea edentațiilor parțiale.

### **Concluzii**

1. Aproximativ 81% dintre adulții tineri au prezentat cel puțin o edentație parțială
2. Numărul mediu de edentații /pacient a fost de 1,9
3. Nu a existat diferență semnificativ statistică între prezența edentațiilor parțiale și sexul pacienților, mediul lor de proveniență sau nivelul de educație
4. Majoritatea pacienților care s-au prezentat la cabinet au avut studii medii
5. Indiferent de localizare (la maxilar sau mandibulă), edentația de clasa a III-a Kennedy a fost forma cea mai frecventă de edentație și a fost cauzată în special de pierderea primului molar permanent.
6. Arcada mandibulară a fost mai afectată de edentațiile parțiale decât arcada maxilară
7. Cauza principală de pierdere dentară a fost reprezentată de caria dentară și complicațiile ei. Putem sublinia importanța și necesitatea aplicării metodelor de prevenire sau, dacă este cazul, al tratamentului cariilor în stadiul lor incipient, pentru a evita complicațiile care în final pot duce uneori la pierderea dintelui.

## **Studiu privind adresabilitatea la medicul stomatolog a adultului tânăr edentat parțial (Capitolul 6)**

### **Scop**

Scopul acestui studiu este reprezentat de identificarea următoarelor aspecte:

- ▶ evaluarea numărului de pacienți cu edentații parțiale care s-au adresat pentru protezare medicului stomatolog într-o perioadă de un an
- ▶ evaluarea motivelor prezentării adulților tineri cu edentații parțiale în vederea protezării acestora
- ▶ determinarea factorilor avuți în vedere de pacient în alegerea tipului de tratament

**Material.** Studiul, de tip transversal, desfășurat pe o perioadă de 2 ani (2015-2017), a fost realizat pe un eșantion de medici stomatologi cu experiență profesională diferită (vechime/grad profesional), care își desfășurau activitatea în mediul rural sau urban, în cabinete private sau în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate.

**Metodă.** Chestionarul, conceput personal de doctorand și care a fost completat de medici prin metoda față în față, a avut două părți: o primă parte cu întrebări despre datele socio-demografice ale medicilor și o a doua cu întrebări legate de numărul adulților tineri consultați, motivele pentru care au solicitat tratamentul protetic și factorii în funcție de care au ales metoda de refacere protetică. Răspunsurile date în partea a doua a chestionarului au fost interpretate în funcție de datele socio-demografice, anii de experiență și gradul medical ale medicilor participanți la studiu. Pentru interpretare și prelucrarea statistică s-a folosit programul SPSS version 13.0 for Windows.

### **Rezultate**

Din totalul celor 104 medici stomatologi care au acceptat să participe la studiu, doar 94 (90,38%), cu vârste între 26 și 62 de ani (vârsta medie: 35,8 ani), care au completat chestionarul integral, au constituit lotul de studiu.

Tabel 6.1. Distribuția în funcție de mediu de funcționare al cabinetelor

		Tip cabinet		Total
		privat	Contract cu CAS	
mediu	rural	9	9	18
	urban	60	16	76
Total		69	25	94

În tabelul 6.1. este ilustrată distribuția cabinetelor după forma de funcționare și după mediul în care s-au aflat, iar în figura 6.4. este ilustrată distribuția medicilor în funcție de gradul medical.

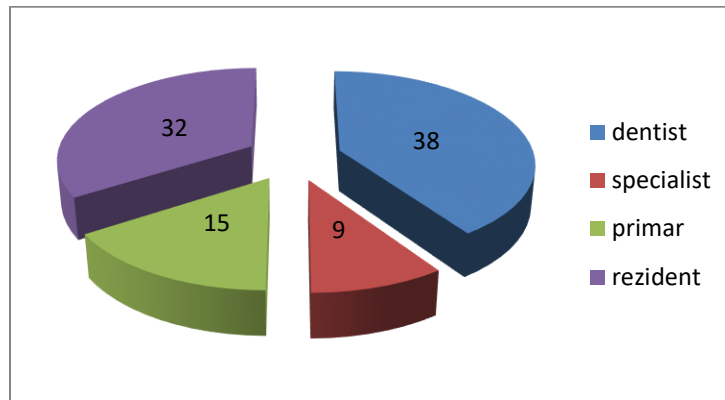


Figura 6.4. Distribuția medicilor în funcție de gradul medical

Din răspunsurile la întrebările 1-3, a reieșit că cei mai mulți adulți tineri cu edentații parțiale consultați au prezentat edentații laterale și mixte (între 31-100 pacienți/an în cabinetele cu practică privată din mediul urban). Prin aplicarea testelor de corelație, s-au obținut valori semnificative între variabilele grad medical, experiența medicilor și topografia edentației (frontală/laterală). Valori semnificative au fost obținute și între variabilele mediu de funcționare al cabinetului și gradul medical pe de o parte și numărul mediu de edentații mixte pe de altă parte.

Răspunsurile la întrebările 4-6, cu privire la motivele principale pentru care pacienții au solicitat tratament protetic au fost diferite în funcție de topografia edentației. Astfel, în cazul edentațiilor frontale, motivele principale au fost afectarea relațiilor sociale și refacerea aspectului fizic și s-au găsit corelații semnificative între variabilele mediu de funcționare, forma de

funcționare a cabinetului și afectarea relațiilor sociale ( $p=0,037$ ,  $p=0,001$ ) cât și între gradul medical și refacerea lucrărilor vechi ce nu mai corespundeau ( $p=0,007$ ).

În cazul edentațiilor laterale motivul a fost refacerea funcționalității (masticației), corelații semnificative întâlnindu-se între variabilele mediu de funcționare al cabinetului și protezarea breșei edentate ( $p=0,008$ ) respectiv între forma de funcționare a cabinetului și refacerea unor lucrări care nu mai corespund ( $p=0,05$ ).

În cazul edentațiilor mixte motivul principal al prezentării pacienților adulți tineri în mediul urban (74,46%) în cadrul cabinetelor private (65,95%) a fost protezarea breșelor edentate pentru refacerea aspectului fizic și s-au obținut corelații semnificative între variabilele mediu și protezarea breșei edentate pentru refacerea aspectului fizic și între forma de funcționare a cabinetului și refacerea unor lucrări care nu mai corespund ( $p=0,017$  respectiv  $p=0,049$ ).

În privința factorilor în funcție de care pacienții aleg dintre soluțiile terapeutice propuse de medic (întrebările 7-10), în cazul edentației frontale principalul factor este reprezentat de posibilitățile financiare, urmat apoi de refacerea aspectului fizic. Corelații semnificative s-au obținut între variabilele mediu de funcționare al cabinetului și refacerea fizionomiei ( $p=0,008$ ) și restabilirea fonației ( $p=0,004$ ), precum și între forma de funcționare a cabinetului și posibilitățile financiare ( $p=0,004$ ), nu și între experiența sau gradul medical și alegerea soluției terapeutice.

În cazul laterale, indiferent de localizarea cabinetului sau de forma lui de funcționare, majoritatea pacienților au considerat posibilitățile financiare ca fiind determinante în alegerea soluției de protezare.

În situația edentațiilor mixte, un număr destul de mare de pacienți, între 50 și 80%, au optat din diverse motive doar pentru protezarea breșelor frontale (fig 6.11).

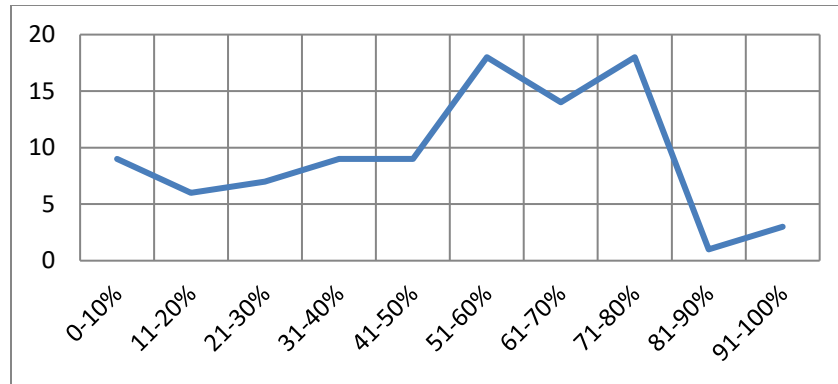


Figura 6.11. Distribuția pacienților în funcție de dorința de protezare doar a edentației frontale

### Discuții

În studiu s-a optat pentru completarea chestionarului prin metoda interviului față în față [13], deoarece procentul de completare a unui chestionar electronic trimis prin e-mail este din ce în ce mai redus datorită materialelor comerciale din ce în ce mai agresive trimise prin această metodă. În studii realizate prin trimiterea chestionarului în mod electronic, Rayapudi J. și Usha C. au obținut o rată de răspuns a fost de 78,8% [14], iar Yokoyama Y. et al. o rată de 69,4% [15]. În acest studiu, folosind completarea chestionarului prin metoda față în față, rata de răspuns a fost de 90,38%, 94 din cei 104 medici stomatologi chestionați completând chestionarul în totalitate.

Motivul principal al prezentării la medic al adulților tineri a variat în funcție de topografia edentației parțiale: afectarea în sens negativ a relațiilor sociale cu cei din jur în cazul edentației frontale, refacerea funcției masticatorii în cazul edentației laterale, aspectului fizic modificat și dorința de protezare a breșelor edentate la cei cu edentații mixte. Refacerea prin protezare a aspectului fizic a reprezentat un factor determinant în adresabilitatea către medicul stomatolog și în urma studiului realizat de Akinboboye B pe un lot de 160 pacienți edentați parțial, dar a căror vârstă medie a fost de 45,06 ani [16].

Factorii cei mai importanți avuți în vedere de pacient când aleg varianta de tratament în cazul edentațiilor frontale sau mixte au fost reprezentați de posibilitățile financiare/costuri și de refacerea aspectului fizic cu implicații negative asupra relațiilor sociale. Aceleași rezultate au fost obținute și în urma unui studiu realizat în Brazilia în 2007 pe un lot de 211 pacienți cu vârste cuprinse între 15 și 82 de ani [17]. În cazul pacienților cu edentații atât frontale cât și laterale,

procentul celor care au optat doar pentru protezarea breșei edentate frontale a fost destul de ridicat, între 50-80%, aceasta datorită, pe de o parte, posibilităților financiare reduse, dar, pe de altă parte, importanței pe care pacienții o acordă aspectului în relația cu propria persoană și cu cei din jur.

### **Concluzii**

Afectarea relațiilor sociale și refacerea prin protezare a aspectului fizic au fost principalele motive pentru care cei mai mulți adulți tineri cu edentații parțiale frontale s-au prezentat la medicul stomatolog;

Factorul principal pentru care adulții tineri cu edentații parțiale laterale s-au prezentat în vederea protezării acestora a fost refacerea funcționalității (masticației), în timp ce pentru pacienții cu edentații mixte factorul principal a fost refacerea fizionomiei.

Importanța aspectului fizic în plan social este susținută și de procentul crescut al pacienților cu edentații mixte ce aleg protezarea doar a edentației frontale, refacerea funcționalității fiind pusă pe un plan secundar.

Alegerea soluției terapeutice a fost în funcție și de posibilitățile financiare, indiferent de forma de funcționare a cabinetului și de gradul profesional al medicului.

## **Studiul privind edentațiile parțiale și implicațiile sociale ale acestora la un lot de adulți tineri (Capitolul 7)**

**Scop.** Studiul a avut ca scop analiza percepției adultului tânăr asupra consecințelor care decurg în urma edentației parțiale și asupra modului în care se consideră integrat în mediul social.

**Material.** În studiu, de tip cross-sectional, au fost cuprinși toți pacienții cu vârste între 18 și 35 de ani care au solicitat asistență stomatologică în intervalul 2014-2017 în două cabinete cu practică privată, unul în mediu urban (București), celălalt în mediul rural (jud. Ilfov). Criteriile

de includere au fost: vârsta, prezența a cel puțin o edentație parțială neprotezată, indiferent de localizarea ei, acceptul și semnarea consimțământului informat.

**Metodă.** Pacienții au fost împărțiți în două loturi, primul lot a cuprins pacienții cu vârsta între 18-25 de ani (lot 1), al doilea pacienții cu vârsta cuprinsă între 26-35 de ani (lot 2). Fiecărui pacient i s-a întocmit o foaie de observație în care a fost consemnat statusul odontal. Apoi fiecare pacient a fost rugat să completeze un chestionar (cu întrebări de tip închis) folosind metoda interviului față în față [21]. Chestionarul a cuprins două părți. În prima parte au fost întrebări privind datele socio-demografice (vârsta, sex, mediu de proveniență, nivel de educație), socio-economice (gradul de ocupație, stabilitatea locului de muncă etc.), și factorii comportamentali (fumat, consumul de dulciuri/băuturi carbogazoase, metode de igienă orală etc.) iar în partea a doua întrebările au fost despre modul în care pacienții consideră că o edentație parțială, indiferent de localizare, le poate modifica fonația, masticția sau aspectul fizic și despre modul în care prezența unei posibile edentații frontale ar putea avea implicații sociale prin afectarea relației cu cei din jur, familia, prietenii, viața de cuplu sau șansele la angajare. Datele obținute au fost centralizate și răspunsurile la partea a doua a chestionarului au fost interpretate în funcție de variabilele socio-demografice. Pentru prelucrarea statistică s-a folosit programul SPSS version 13.0 for Windows. Valoarea minimă a pragului de semnificație statistic folosit a fost  $p=0.05$ .

## **Rezultate**

Cei 330 de tineri adulți incluși în studiu au fost împărțiți în două loturi. Primul lot a cuprins pacienți cu vârste între 18 și 25 de ani (vârsta medie: 21,81 ani) și a fost alcătuit din 54 pacienți de sex masculin și 123 de sex feminin. Lotul al doilea a cuprins pacienți cu vârste între 26 și 35 de ani (vârsta medie: 30,14 ani) și a fost alcătuit din 88 pacienți de sex masculin și 65 pacienți de sex feminin.

### **I. Distribuția pacienților în funcție de factorii socio-demografici, socio-economici și comportamentali**

**A.** Analizând **factorii socio-demografici** (vârsta și sexul pacientului, mediul de proveniență, nivelul de educație), rezultatele nu au evidențiat diferențe semnificative

statistic între sexul pacienților în nici unul din cele două loturi ( $p=0,755$ , respectiv  $p=0,876$ ). De asemenea, nu au existat diferențe semnificative statistic în nici unul din cele două loturi între sexul pacienților și nivelul de educație ( $p=0,238$  respectiv  $p=0,647$ ).

**B. Factorii socio-economici** (gradul de ocupare al pacienților, starea civilă, venitul per membru de familie)

*B.1. Distribuția în funcție de gradul de ocupare al pacienților*

În privința gradului de ocupare al pacienților, lotul 1 a cuprins 39 (22%) de pacienți angajați și 138 (78%) neangajați, lotul 2 a avut 111 (72,5%) pacienți angajați față de 42 (27,5%) neangajați. Cei ce aveau loc stabil de muncă în lotul 1 au fost în număr de 34 (19,2%), în lotul 2 au fost 103 (67,3%), iar cu loc sporadic de muncă în lotul 1-143 (80,8%), în lotul 2-50(32,7%). După terminarea studiilor (postliceale și superioare), doar 14 (7,9%) din lotul 1 și 38 (24,8%) din lotul 2 lucrau în domeniu, iar pentru 163 (92,1%) din lot 1 și 115 (75,2%) din lot 2 ocupația diferă de profesie.

*B.2. Distribuția în funcție de starea civilă și numărul fraților din familie*

Atât în lotul 1 cât și în lotul 2, cei mai mulți pacienți nu erau căsătoriți iar în ceea ce privește numărul de frați cei mai mulți au fost cei cu unu și doi frați.

*B.3. Distribuția în funcție de venit*

La întrebarea din chestionar: “ Care este nivelul de venit (per membru de familie) în familia dvs”, în ambele loturi, cei mai mulți au fost cei care au considerat venitul ca fiind unul mediu (91 în lotul 1 și 89 în lotul 2), urmați de cei ce au considerat că venitul este unul bun (70 în lotul 1 și 50 în lotul 2), iar cei ce au considerat venitul per membru de familie ca fiind unul scăzut au fost în număr cel mai mic (16 respectiv 14), valoarea de referință fiind venitul mediu brut din momentul completării chestionarului.



### ***C. Factori comportamentali***

#### ***C.1. Fumatul***

Pacienți nefumători au fost 108 în lotul 1, respectiv 70 în lotul 2, urmați de cei ce fumează între 11-20 țigarete 31 în primul lot și 43 în cel de al doilea. Pacienții care fumeau cel puțin un pachet de țigarete (>20) zilnic au fost în număr de 12 în lotul 1 și 25 în lotul 2.

#### ***C.2. Consumul de dulciuri și băuturi carbogazoase***

În tabelul 7.7 este prezentată distribuția pacienților în funcție de preferințele pentru consumul de dulciuri și băuturi carbogazoase.

Tabel 7.7. Distribuția în funcție de obiceiurile alimentare

<b>Consum dulciuri/bauturicarbogazoase</b>	<b>Lot 1</b>		<b>Lot 2</b>	
	n	%	n	%
rar	26	14,69	24	15,68
ocazional	112	63,28	91	59,48
zilnic	39	22,03	38	24,84
<b>Total</b>	177	100	153	100

#### ***C.3. Igiena orală***

În ceea ce privește frecvența periajului dentar, cei mai mulți pacienți au declarat că îl fac de cel puțin 2 ori pe zi (127 în lotul 1 și 74 în lotul 2), urmați de cei ce se periază o singură dată pe zi (41 respectiv 58) și de cei ce practică periajul o dată la câteva zile (9 respectiv 21). Alte modalități folosite de pacienți pentru realizarea igienei orale sunt prezentate în figura 7.9.

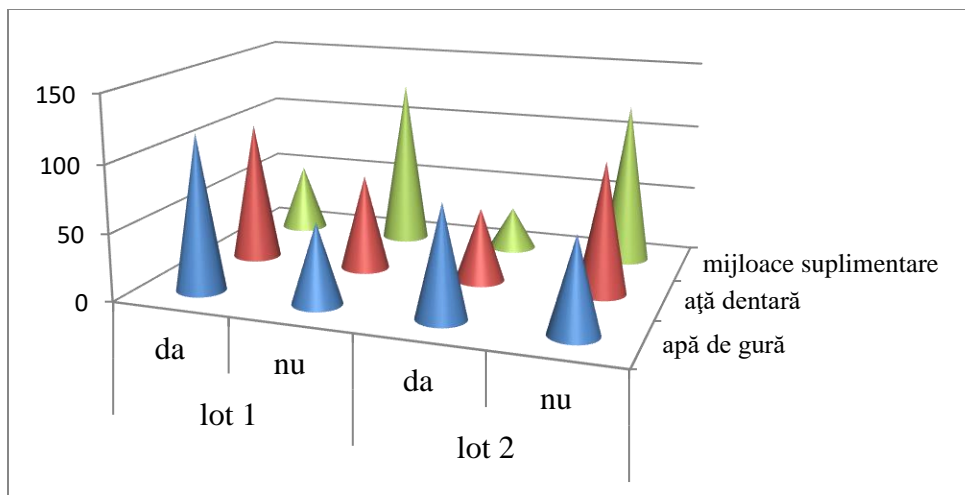


Figura 7.9. Distribuția în funcție de folosirea apei de gură, dentalfloss și mijloacelor suplimentare

#### *D. Adresabilitatea pacienților către serviciile stomatologice.*

Referitor la adresabilitatea la serviciile unui medic stomatolog, la pacienții din primul lot distribuția este relativ egală între cei care au mers regulat la control și cei care au apelat doar în caz de dureri/alte probleme, în timp ce la pacienții din lotul 2 predomină cei care au apelat doar în caz de dureri (70%).

#### *E. Practicarea sporturilor de contact*

Pacienții care au practicat sporturi dure de contact sunt în număr redus, 39 (22,03%) în lotul 1 respectiv 38 (24,83%) în lotul 2. Nu s-au obținut rezultate semnificative statistice între practicarea sporturilor dure de contact și prezența edentațiilor ( $p=0,661$  pentru lot 1,  $p=0,113$  pentru lot 2).

#### *F. Surse de informare*

În ceea ce privește informarea legată de o problemă stomatologică, pacienții au ales ca surse principale internetul (46,4% lot 1; 51% lot 2) și cărțile/revistele de specialitate (43,5% lot 1; 26,8% lot 2).

În lotul 1 cei mai mulți pacienți au declarat că nu au avut experiențe traumatizante stomatologice în trecut, în cadrul lotului 2, odată cu creșterea grupei de vârstă raportul între prezența și absența experienței traumatizante este relativ egal.

## II. Distribuția în funcție de afectarea funcționalității și a relațiilor sociale

### A. Afectarea funcționalității

În cazul pierderii unuia sau mai multor dinți, majoritatea pacienților din ambele loturi (76,8% din cei din lotul 1 respectiv 69,9% din lotul 2) au considerat că fonația poate fi afectată. Un procent de 86,4% (lot1) respectiv 88,2% din totalul pacienților au considerat că o edentație parțială poate duce la tulburarea funcției masticatorii. Aproape toți pacienții (92,7% din lotul 1 și 95,4% din lotul 2) au considerat că aspectul fizic este afectat în cazul pierderii unuia sau mai multor dinți.

Tabel 7.14. Corelații între variabile pentru lotul 1

	afectarea fonației	afectarea masticației	afectarea aspectului fizic
sex	p=0,012	p=0,026	p=0,058
mediu de proveniență	p=0,549	p=0,222	p=0,081
nivel de educație	p=0,690	p=0,671	p=0,05

Tabel 7.15. Corelații între variabile pentru lotul 2

	afectarea fonației	afectarea masticației	afectarea aspectului fizic
sex	p=0,582	p=0,492	p=0,422
mediu de proveniență	p=0,228	p=0,101	p=0,405
nivel de educație	p=0,01	p=0,387	p=0,458

Rezultate semnificativ statistic s-au obținut în cazul lotului 1 între variabilele sex și afectarea fonației și masticăției, precum și între nivelul de educație și modificarea aspectului fizic, în cazul lotului 2 între variabilele nivel de educație și afectarea fonației (tab.7.14 și tab.7.15). Un rezultat considerat marginal semnificativ statistic a fost obținut în cadrul lotului 1 între variabilele sex și afectarea aspectului fizic.

*B. Afectarea relațiilor sociale*

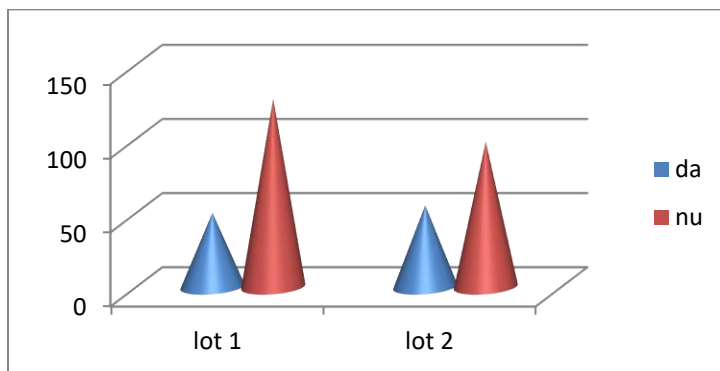


Figura 7.17. Afectarea relației cu familia în cazul unei edentații parțiale frontale

În ceea ce privește afectarea relațiilor cu membrii familiei în cazul unei edentații frontale, în lotul 1 28,2% dintre pacienți au declarat că aceasta poate fi afectată respectiv 35,9% în lotul 2 (fig.7.17).

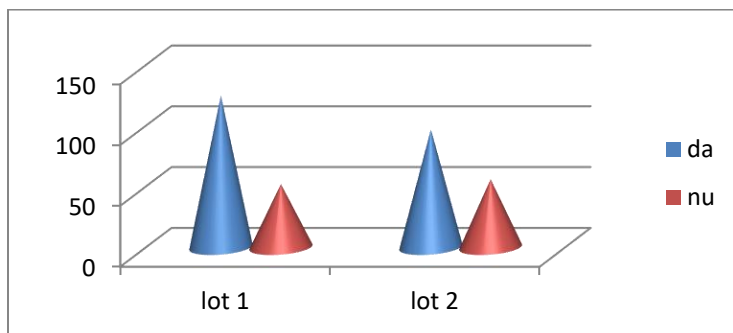


Figura 7.18. Afectarea relației cu prietenii în cazul unei edentații parțiale frontale

În lotul 1, 70,6% au considerat afectată relația cu prietenii în cazul unei edentații parțiale frontale față de cei din lotul 2, unde afirmativ au răspuns 63,4% (fig.7.18).

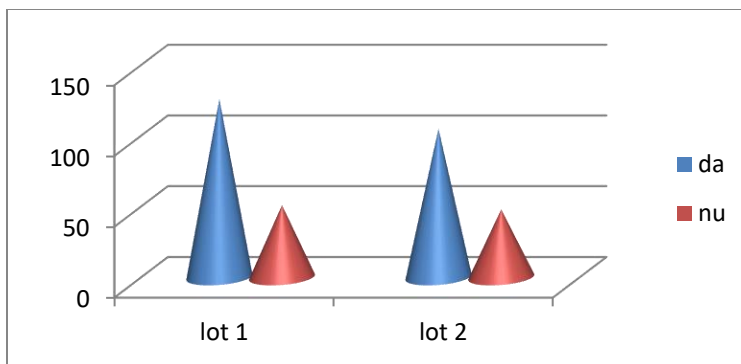


Figura 7.19. Afectarea vieții de cuplu în cazul unei edentații parțiale frontale

Din lotul 1, 71,2% dintre pacienți și 68,6% din pacienții lotului 2, au considerat că viața de cuplu în cazul unei edentații parțiale frontale este afectată în sens negativ (fig.7.19).

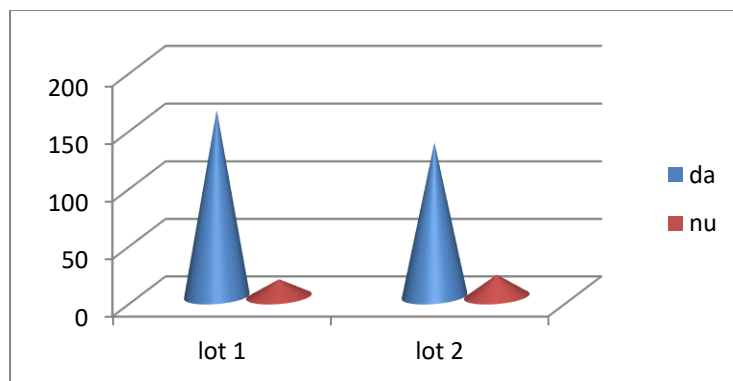


Figura 7.20. Afectarea șansei la angajare în cazul unei edentații parțiale frontale

Aproape toți pacienții din ambele categorii de vârstă (91,5% lot 1, 87,6% lot 2) au considerat că șansa la angajare poate fi afectată în cazul unei edentații parțiale frontale (fig.7.20).

În ceea ce privește corelațiile statistice (folosind testul chi pătrat Pearson) între variabilele: mediul de proveniență, sexul pacientului și nivelul de educație și posibila afectare a relațiilor cu familia, prietenii, viața de cuplu sau șansele la angajare ale pacienților în eventualitatea unei edentații frontale, rezultatele sunt ilustrate în tabelul nr. 7.16 și tabelul 7.17

Tabel 7.16. Corelații între variabile pentru lotul 1

	relația cu familia	relația cu prietenii	viata de cuplu	șansele la angajare
sex	p=0,649	p=0,066	p=0,874	p=0,404
mediu de proveniență	p=0,954	p=0,362	p=0,162	p=0,138
nivel de educație	p=0,533 (r=0.047)	p=0,261 (r=0,085)	p=0,539 (0,046)	<b>p=0,05</b>

Tabel 7.17. Corelații între variabile pentru lotul 2

	relația cu familia	relația cu prietenii	viata de cuplu	șansele la angajare
sex	p=0,829	p=0,788	p=0,830	p=0,645
mediu de proveniență	p=0,357	p=0,112	<b>p=0,05</b>	<b>p=0,01</b>
nivel de educație	p=0,782 (r=0,023)	p=0,317 (r=0,08)	p=0,327 (r=0,08)	<b>p=0,05</b>

În cazul ambelor loturi s-au obținut rezultate semnificative statistic între nivelul de educație și afectarea șansele la angajare în cazul unei edentații frontale ( $p < 0,05$ ). În plus, în cazul lotului 2 variabila mediul de proveniență a influențat semnificativ statistic viața de cuplu și șansele la angajare.

**Discuții.** Percepția asupra stării de sănătate, implicit asupra sănătății orale, cât și asupra calității vieții în genere, se află în relație strânsă cu anumiți factori socio-demografici, cum ar fi mediul de proveniență al pacientului, nivelul de educație, statutul social sau nivelul de venit al acestuia. Dar nu toți factorii socio-demografici sunt în relație directă cu percepția calității vieții și a implicațiilor sociale pe care le pot determina edentațiile parțiale, spre exemplu variabila “vârstă”. În susținerea acestei afirmații există studii în literatura de specialitate conform cărora pacienții mai tineri pun accentul pe un grad mai ridicat al fizionomiei (aspectului fizic), comparativ cu pacienții din categorii mai mari de vârstă, pentru care funcționalitatea aparatului

dento-maxilar primează față de aspectul fizic [22]. Din acest motiv am ales să evidențiem implicațiile pe plan social pe care le poate avea o edentație parțială la adultul tânăr.

Din totalul celor 410 pacienți cu vârste cuprinse între 18-35 de ani ce au solicitat tratament stomatologic în perioada 2014- 2017 în cadrul celor două cabinete stomatologice, în studiu au fost incluși 330 de pacienți, condiția de includere în studiu fiind prezența a cel puțin o edentație parțială neprotezată, indiferent de localizarea acesteia. Restul pacienților, aproximativ 20% (n=80), nu au prezentat nici o edentație, fiind excluși din studiu. Cei 330 de pacienți au fost împărțiți în două categorii de vârstă: lotul 1 - pacienți cu vârste între 18 și 25 de ani (vârsta medie fiind de 21,81 ani) și lotul 2 - pacienți cu vârste între 26 și 35 de ani (vârsta medie fiind de 30,14 ani). Această împărțire a fost făcută cu scopul de a obține cât mai multe date privind percepția adulților tineri despre starea de edentație parțială și modul cum ea le poate influența relațiile sociale, în principal pentru a observa dacă există diferențe între percepția pacienților din prima decadă de vârstă față de a celor din decada a doua.

Chiar dacă există particularități de viață și preocupări între cele două decade de vârstă, rezultatele studiului de față nu pot fi relevante la nivel național sau regional, ci doar la nivel de cabinet de practică privată individuală, aceasta fiind o limită a studiului.

Vârsta medie a pacienților din cele două loturi analizate în funcție de sex nu a prezentat diferențe semnificativ statistic, valoarea nivelului de semnificație al testului ANOVA fiind peste pragul de referință ( $p=0,815$  respectiv  $p=0,971$ ; 95% CI).

În ceea ce privește distribuția pacienților în funcție de mediul de proveniență, în ambele loturi au predominat pacienții din mediul urban, în lotul 1 numărul pacienților de sex feminin fiind aproape dublu față de cei de sex masculin, în lotul 2 distribuția fiind relativ echilibrată.

În analizarea impactului social pe care îl pot determina edentațiile parțiale la pacienții incluși în studiu, un indicativ important a fost nivelul de educație. Cei cu un nivel mediu de educație (liceu) s-au întâlnit în 57% din cazuri în lotul 1, în lotul 2 cei cu studii medii (48,36%) fiind relativ egali cu cei cu studii superioare (42%).

În prima categorie de vârstă analizată (18-25 ani), procentajul celor căsătoriți a fost destul de redus, doar 3,4%, dar, odată cu creșterea grupei de vârstă, procentul celor căsătoriți în lotul 2

a crescut la 32,7%. În ce privește statutul de angajat, în primul lot procentul a fost destul de redus 22%, cei mai mulți având un loc de muncă sporadic, față de lotul 2 unde 72,5% erau angajați cu loc stabil de muncă. După terminarea studiilor, cei ce erau angajați cu loc de muncă stabil și pe domeniul studiilor încheiate au fost doar în număr de 14 (7,9%) în lotul 1 și de 38 (24,8%) în lotul 2. Acest procentaj se explică și prin prisma vârstei, unii din pacienții din prima decadă de vârstă neavând încheiate studiile la momentul realizării cercetării de față. Conform clasificării ocupațiilor din România, cei mai mulți pacienți din ambele loturi au putut fi încadrați în grupa majoră numărul 9, urmați de grupele majore 5 și 2 [23].

Am analizat cele două loturi de pacienți din punct de vedere socio-economic, pentru a evalua influența numărului de frați din cadrul familiei și impactul venitului lunar în ceea ce privește sănătatea orală. Cei mai mulți pacienți prezentau în familie în ordine descrescătoare 2 frați, urmați de cei cu 1,3 și 4. Doar în cazuri izolate s-au găsit familii în care pacienții mai aveau 7 sau 10 frați.

Un instrument de măsură al statusului socio-economic este venitul. Valoarea acestuia poate oferi posibilitatea aprecierii directe a condițiilor de viață, a obiceiurilor sanogene precum și a statusului social. În funcție de venit pe membru de familie (raportat la salariul mediu pe economie de la momentul completării chestionarului) cei mai mulți pacienți din ambele grupe de vârstă analizate au declarat că venitul este unul mediu (lot 1=51,4%, lot 2=58,2%), urmați de cei cu venit considerat bun (lot 1: 39,5%, lot 2: 32,2%) și cei cu un venit redus (lot 1: 9,1%, lot 2: 9,2%). Se poate aprecia astfel de ce adresabilitatea către serviciile stomatologice poate fi uneori amânată.

Pe linia studierii posibilei influențe a factorilor comportamentali asupra producerii edentațiilor (ca factor de risc), o primă atitudine comportamentală studiată a fost fumatul. La toți pacienții consultați, cu sau fără edentație parțială s-au întâlnit nefumători sau fumători în diferite grade. Interpretarea valorii calculate a lui Odd Ratio a indicat că la pacienții din acest studiu nu a existat asociere între fumat și prezența edentațiilor (OR=1,77).

În ceea ce privește dulciurile/băuturile carbogazoase din dietă, cei mai mulți dintre cei intervievați au declarat că le consumă și cu ce frecvență o fac. Dar și de această dată, interpretarea valorii calculate a lui Odd Ratio a indicat că la pacienții din acest studiu nu a existat



asociere între consumul dulciurilor/băuturilor carbogazoase și prezența edentațiilor (OR=1,08). Totuși, nu trebuie neglijate recomandările făcute de OMS în vederea reducerii aportului de dulciuri și a băuturilor carbogazoase, pentru evitarea apariției cariei și eroziunilor dentare importante ce pot conduce la pierderea dinților [24].

În privința frecvenței periajului dentar, ca practică principală de igienă orală, au existat diferențe între pacienții celor două loturi, pacienții din lotul 1 periindu-și dinții mai frecvent decât cei din lotul 2.

Între obiceiurile care și-au făcut loc în viața chiar și a adultului tânăr nu trebuie să se uite consumul de droguri. Pacienții consumatori de droguri necesită o abordare specifică din punct de vedere stomatologic, mai ales datorită implicațiilor pe care le au drogurile la nivelul cavității orale printre care riscul crescut de apariție al edentațiilor prin cariile cu evoluție rapidă și afectarea parodontală severă. Abuzul de metamfetamină (puternic stimulant al sistemului nervos central) a fost asociat cu importante implicații asupra sănătății orale. Meth-mouth (gura meth) apare la consumatorii de metamfetamină și implică prezența bruxismului, carii dentare cu evoluție rapidă, pierderea dinților datorită afectării parodontale precum și scăderi ale secreției salivare și pH-ului salivar, cu apariția senzației de gură uscată [25].

Între adulții tineri consultați am întâlnit cazul unui pacient în vârstă de 27 de ani care în decurs de 2 ani și-a schimbat radical starea de sănătate orală (fig. 7.21)



Figura 7.21. Pacient P.C., sex masculin, 27 de ani. Aspect clinic al cavității orale: a) în ocluzie; b) vedere cu gura deschisă (cazuistică personală)

Legat de gradul de adresabilitate la serviciile stomatologice, în prima categorie de vârstă studiată, raportul celor care s-au prezentat regulat la medicul stomatolog pentru control și cei care s-au prezentat doar în caz de urgență (“la nevoie”) a fost relativ egal (52% respective 48%), odată cu creșterea grupei de vârstă, raportul s-a modificat, predominând solicitarea doar în caz de urgență (68%). În privința controalelor periodice, acestea au fost mai reduse pentru pacienții ambelor loturi din mediul rural față de pacienții din mediul urban.

În legătură cu practicarea sporturilor dure de contact, un număr redus de pacienți (22,03% respectiv 24,83%) au declarat practicarea lor, în urma studiului obținând rezultate ne semnificativ statistic între practicarea acestor sporturi (ca și cauză de pierdere dentară prin traumatism) și existența edentațiilor parțiale (în ambele loturi  $p > 0,05$ ).

În ceea ce privește sursele de informare cu subiecte legate de stomatologie, nu au existat diferențe între cele două loturi, la ambele surse principale de informare fiind internetul, apoi cărțile/revistele de specialitate sau medicul stomatolog, prietenii și în procentul cel mai redus informațiile prezentate în media (tv).

Analizând experiențele negative/dureroase la stomatolog, 30% din primul lot respectiv 47% din lotul 2 au declarat că au avut astfel de experiențe, procentul mai crescut la pacienții din lotul 2 putând fi explicat prin vizitele mai dese la stomatolog ale acestora.

Implicațiile sociale pe care le pot determina edentațiile parțiale sunt din cele mai variate, de la scăderea stimei de sine, a încrederii în propria persoană, afectarea fonației, a masticației, aspectului fizic, până la grave implicații socio-profesionale. În cercetarea de față, au fost studiate implicațiile pe care le pot avea edentațiile parțiale ale adulților tineri asupra funcționalității, prin afectarea fonației, masticației, aspectului fizic cât și asupra relațiilor sociale, cu familia, prietenii, viața de cuplu sau șansele la angajare. În cazul unei edentații, în ambele grupe de vârstă analizate, majoritatea pacienților au considerat că în proporții variate sunt afectate fonația (76,8% în lot 1, 69,9% în lot 2), masticația (86,4% respectiv 88,2%), aspectul fizic (92,7% lot 1, 95,4% lot 2).

În prezența unei edentații, variabilele sexul pacientului, mediul de proveniență, nivelul de educație influențează în mod diferit fonația, masticația și aspectul fizic. Pentru lotul 1 s-au obținut rezultate semnificative statistic între variabila sex și afectarea fonației și a masticației

( $p=0,012$ , respectiv  $p=0,026$ ). Rezultat marginal semnificativ statistic s-a obținut și între variabila sex și afectarea aspectului fizic ( $p=0,058$ ). Mediul de proveniență nu a influențat semnificativ statistic nici un rezultat. În ceea ce privește variabila nivel de educație s-a obținut un rezultat semnificativ statistic în afectarea aspectului fizic ( $p=0,05$ ).

În cazul lotului 2, singurul rezultat semnificativ statistic a fost obținut între nivelul de educație și afectarea fonației ( $p=0,01$ ).

În cazul unei eventuale edentații frontale, un număr relativ redus de subiecți (28,2% în lotul 1; 35,9% în lotul 2) au considerat că relația cu familia este afectată. În ceea ce privește afectarea relațiilor cu prietenii sau viața de cuplu, procentele au fost relativ egale (în jur de 70% în lotul 1, respectiv 65% în lotul 2). În schimb, pacienții din ambele loturi au considerat că șansele la angajare sunt afectate categoric (lot 1: 91,5%; lot 2: 87,6%).

Deoarece pacienții din ambele loturi au considerat că nivelul de educație are o influență semnificativă statistic asupra șanselor de angajare ( $p=0,05$ ), putem considera că nivelul de educație ar putea influența calitatea vieții prin componenta socială.

Între variabilele sex, mediu de proveniență și nivel de educație și afectarea relațiilor sociale (familie, prieteni, viața de cuplu sau șansele la angajare), în cazul lotului 1 nu s-au obținut rezultate semnificative statistic cu excepția unui rezultat marginal statistic între variabila sex și afectarea relațiilor cu prietenii. În cazul lotului 2, s-au obținut rezultate semnificative statistic între mediul de proveniență și afectarea vieții de cuplu și a șanselor la angajare ( $p=0,05$  respectiv  $p=0,01$ ).

## **Concluzii**

1. Edentația parțială are diverse implicații sociale la adulții tineri prin prisma afectării fizionomiei, a scăderea încrederii în sine și în raport cu cei din jur, în masticație și nu în ultimul rând prin afectarea fonației.
2. În ambele grupe de vârstă studiate s-au obținut rezultate semnificative statistic între nivelul de educație și afectarea aspectului fizic.
3. Pentru categoria de vârstă 18-25 ani rezultate semnificative statistic s-au obținut între variabila sex și afectarea fonației, masticației și aspectul fizic.

4. O edentație parțială, în cazul de față cea frontală, are implicații la nivel social prin afectarea șanselor la angajare, în ambele loturi studiate nivelul de educație afectând semnificativ statistic șansa la angajare a adulților tineri.
5. Alte implicații sociale determinate de edentația parțială frontală pentru grupa de vârstă 26-35 de ani cu rezultat semnificativ statistic s-au obținut între variabila mediu de proveniență și afectarea vieții de cuplu și șansele la angajare.
6. Impactul social al edentațiilor parțiale asupra calității vieții la adulții tineri este relevant și arată necesitatea pentru crearea unor programe de sănătate pentru conștientizarea populației dar și pentru evaluarea bugetelor alocate prevenției și tratamentului, costul protezării unei edentații fiind mult mai crescut față de cel al tratamentului unei carii simple/complicate.
7. Cauza principală a edentației este reprezentată de caria dentară și complicațiile ei, de aici importanța conștientizării populației asupra metodelor de profilaxie și instituire a tratamentului în stadii incipiente ale cariei dentare.
8. Medicul stomatolog trebuie să stabilească un plan de tratament în funcție și de caracteristicile psihologice, demografice, profesionale și socio-economice ale fiecărui pacient.

## Concluzii generale (Capitolul 8)

Menținerii sănătății orale, care este parte integrantă a menținerii sănătății generale a organismului, i se acordă o importanță din ce în ce mai mare pe plan mondial. De aici și necesitatea instituirii și aplicării măsurilor de prevenire a îmbolnăvirilor cavității orale, măsuri care ar trebui să fie specifice diferitelor grupe de vârstă și chiar individualizate în cadrul aceleiași grupe.

Referitor la grupele de vârstă, cel puțin pentru categoria de adult tânăr, nu există puncte de vedere comune care să delimiteze intervalul de vârstă specific acestei categorii. Acesta este și motivul pentru care diferitele studii pentru evaluarea sănătății orale la adultul tânăr includ grupe populaționale cu vârste alese oarecum arbitrar, ceea ce împiedică realizarea unor comparații valide între rezultate.

Majoritatea autorilor situează limitele categoriei de vârstă cu variații largi, care nu se regăsesc în vârstele cheie recomandate de OMS pentru supravegherea stării de sănătate orală. Este posibil ca din acest motiv datele epidemiologice despre edentația parțială la adultul tânăr precum și despre implicațiile sociale ale acestora să fie reduse.

Pornind de la această constatare, pentru a completa datele existente în literatura de specialitate, am orientat studiile efectuate în cadrul cercetării personale în trei direcții:

- studiu epidemiologic privind frecvența și distribuția edentațiilor parțiale la adulții tineri care solicită consultație stomatologică la nivel de cabinet individual cu practică privată și eventuala corelație între prezența edentației și unii factori socio-demografici (vârsta, sexul și gradul de educație, mediul de proveniență).
- evaluarea gradului de adresabilitate în cabinetele stomatologice al adulților tineri cu edentații parțiale, motivele pentru care solicită tratamentul protetic și care sunt principalii factori în funcție de care optează pentru una sau alta dintre metodele de tratament propuse de medicul curant.
- analiza percepției adultului tânăr asupra consecințelor care decurg în urma edentației parțiale și asupra modului în care se consideră integrat în mediul social.

Principalele concluzii rezultate din cercetarea personală sunt următoarele:

1. Edentația parțială a fost întâlnită frecvent la grupa de vârstă 18-35 de ani, aproximativ 4/5 din adulții tineri consultați prezentând diverse forme de edentație parțială. Deși la analiza făcută separat și pe decade de vârstă (18-25 de ani, respectiv 26-35 de ani) între cele două decade au existat valori oarecum diferite, diferența nu a fost semnificativă statistic și nu a fost dependentă de vârsta și sexul pacientului și nici de gradul de educație.

2. Frecvența formelor clinice de edentații parțiale conform clasificării Kennedy, precum și localizarea la nivelul celor două maxilare, au fost în general conforme cu cele raportate în literatură, edentația de clasa a III-a Kennedy fiind cea mai frecventă.

3. Din declarațiile medicilor chestionați, motivele pentru care adulții tineri cu edentații parțiale s-au prezentat la cabinet au variat în funcție de localizarea edentației și de consecințele apărute:

- în cazul edentațiilor frontale, pacienții au solicitat tratament în primul rând pentru refacerea aspectului fizic care le-a afectat totodată și relațiile sociale
- în cazul edentațiilor parțiale laterale, motivul principal a fost pentru refacerea masticăției, iar în cazul edentațiilor mixte, în special pentru refacerea fizionomiei.

4. Posibilitățile financiare ale pacienților au reprezentat principalul motiv pentru care au aceștia au optat pentru una sau alta dintre metodele de tratament propuse de medicul curant, indiferent de forma de funcționare a cabinetului.

5. În legătură cu percepția adultului tânăr asupra consecințelor care decurg în urma edentației parțiale și asupra modului în care se consideră integrat în mediul social, existența unei posibile edentații frontale are un important impact social, implicat cu influență asupra calității vieții.

6. Raportat la cele două decade de vârstă analizate, 18-25 respectiv 26-35 ani, relația cu familia, relația cu prietenii, viața de cuplu și șansele la angajare au fost influențate în mod diferit în funcție de sexul pacientului, mediul de proveniență și gradul de educație:

- la sublotul 18-25 ani, nivelul de educație a influențat șansele la angajare

- la sublotul 26-35 ani mediul de proveniență a influențat viața de cuplu și șansele la angajare, acestea din urmă fiind influențate și de nivelul de educație.

7. Pentru reducerea impactului social al edentațiilor parțiale și implicit pentru creșterea calității vieții la adulții tineri, sunt necesare programe efective de prevenție pentru împiedicarea apariției stării de edentat.

8. Deoarece caria dentară este principala cauză a apariției edentației parțiale în rândul adulților tineri, trebuie folosite metode locale de prevenire cât mai curând după erupția dinților permanenți, în special a molarilor și premolarilor și, de asemenea, controale periodice pentru depistarea leziunilor carioase în stadii incipiente și tratarea acestora prin metode moderne micro-sau minim invazive, evitând astfel complicațiile nedorite care pot duce în final la pierderea dintelui.

### **Direcții viitoare de cercetare**

1. Pentru o imagine cât mai corectă asupra frecvenței edentațiilor parțiale la adultul tânăr se impune continuarea studiilor epidemiologice pe loturi de populație generală, în ciuda dificultăților de realizare.
2. Continuarea conștientizării populației prin varii mijloace asupra prezentării la controale regulate stomatologice, dar mai ales asupra importanței acestor controale la copil și adolescent pentru a preveni pierderea dinților, în principal a primului molar permanent, cu apariția consecutivă a edentațiilor.
3. Eventuale studii făcute în colaborare cu specialiști în domeniul sociologiei, pentru a aprecia implicațiile sociale ale edentațiilor parțiale ale adultului tânăr și din punct de vedere al diferitelor paliere ale societății.

## Bibliografie selectivă

1. Bratu D. ,Nussbaum R., *Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe*. Editura SigNata Timișoara. 2001. 1153-210.
2. Bobu L., Balcos C., Feier R. D., Bosinceanu D. ,Barlean M. C., THE PREVALENCE OF EDENTATIONS IN YOUNG ADULTS IN IASI. ROMANIAN JOURNAL OF ORAL REHABILITATION, 2018. 10(1): p. 80-7.
3. Sonkesariya S., Jain D., Shakya P., Agrawal R. ,Prasad SVS., Prevalence of Dentulism, Partial Edentulism and Complete Edentulism in Rural and Urban Population of Malwa Region of India: A Population-based Study. *Int J Prosthodont Restor Dent*, 2014. 4(4): p. 112-9.
4. Prabhu N., Kumar S., D'souza M. ,Hegde V., *Partial edentulousness in a rural population based on Kennedy's classification: an epidemiological study*. The Journal of Indian Prosthodontic Society, 2009. 9(1): p. 18.
5. Dolan T. A., Gilbert G.H., Duncan R. P.,Foerster U., Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2001. 29(5): p. 329-40.
6. Vadavadagi S. V., Srinivasa H., Goutham GB., Hajira N., Lahari M .,Reddy GT. P., Partial edentulism and its association with socio-demographic variables among subjects attending dental teaching institutions, India. *Journal of international oral health: JIOH*, 2015. 7(Suppl 2): p. 60.
7. Ion G., Luca R., Nicolae C. ,Coculescu E. C., PRELIMINARY STUDY ON THE DISTRIBUTION OF PARTIAL EDENTATIONS IN A BATCH OF YOUNG ADULTS. *Romanian Journal of Stomatology*, 2019. 65(1): 65-70.
8. Shah N., Parkash H .,Sunderam KR., Edentulousness, denture wear and denture needs of Indian elderly—a community-based study. *Journal of oral rehabilitation*, 2004. 31(5): p. 467-76.
9. AL-Dwairi Ziad N, Partial edentulism and removable denture construction: a frequency study in Jordanians. *The European journal of prosthodontics and restorative dentistry*, 2006. 14(1): p. 13-7.
10. Patel J.Y., Vohra M. Y. ,Hussain JM., Assessment of Partially edentulous patients based on Kennedy's classification and its relation with Gender Predilection. *International Journal of Scientific Study*, 2014. 2(6): p. 32-6.
11. BASNO A., MAXIM A., SAVIN C., BALCOȘ C. ,Tatarciuc M. S., PREVALENCE OF EDENTULISM AND RELATED SOCIAL-BEHAVIOURAL FACTORS AMONG YOUNG ADULTS OF IAȘI, ROMANIA. *International Journal of Medical Dentistry*, 2016. 6(3).
12. Golumbeanu N., Comăneanu R. M., Hristache O.L., Coman C., Hâncu V. ,Hutu E., STUDIU CLINICO-STATISTIC ASUPRA POSIBILITĂȚILOR DE PROTEZARE A EDENTAȚIILOR PARȚIALE MAXILARE. *Romanian Journal of Stomatology*, 2013. 59(1).
13. Comes C. A. ,Popescu-Spineni S., *Metodologia cercetării științifice*. București: editura Cermaprint, 2005: p. 92.
14. Rayapudi Jasmine ,Usha Carounanidy, Knowledge, attitude and skills of dental practitioners of Puducherry on minimally invasive dentistry concepts: A questionnaire survey. *Journal of conservative dentistry: JCD*, 2018. 21(3): p. 257.
15. Yokoyama Y., Kakudate N., Sumida F., Matsumoto Y., Gilbert G.H. ,Gordan V.V., Dentists' practice patterns regarding caries prevention: results from a dental practice-based research network. *BMJ Open*, 2013. 3(9): p. e003227.



16. Akinboboye B.O., Sulaiman A. O., Bamgboye S. A., Akeredolu P.A. ,Dosumu O.O., Impact of tooth loss on individuals with unrestored partially edentulous arch in southwestern Nigeria-a preliminary survey. African Journal of Biomedical Research, 2016. 19(2): p. 149-53.
17. Teófilo L. T. ,Leles C.R., Patients' self-perceived impacts and prosthodontic needs at the time and after tooth loss. Brazilian dental journal, 2007. 18(2): p. 91-6.
18. Emami E., Souza R. F., Kabawat M. ,Feine J.S., The Impact of Edentulism on Oral and General Health. International journal of dentistry, 2013. 2013: p. 7.
19. Erikson E.H. ,Erikson J.M., The life cycle completed (extended version). 1998: WW Norton & Company. 61.
20. Hescot P. ,Roland E., Dental health in France in 1998. French Union of Dental Health (UFSBD) Report. Paris: UFSBD, 1993.
21. ORGANIZATION WORLD HEALTH, ed. Oral Health Surveys Basic Methods. 5th ed. 2013, WORLD HEALTH ORGANIZATION111-8.
22. Murariu A.,Hanganu C., Oral health and quality of life among 45-to 64-year-old patients attending a clinic in Iasi, Romania. Oral Health and Dental Management in the Black Sea Countries, 2009. 8(2): p. 7-11.
23. Clasificarea ocupațiilor din România (2019) disponibil la <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/munca/c-o-r>.
24. World Health Organization Diet and oral health. Regional office for Europe, 2018.
25. Angelillo I.F., Grasso G. M., Saggiocco G., Villari P. ,D'Errico M.M., Dental health in a group of drug addicts in Italy. Community dentistry and oral epidemiology, 1991. 19(1): p. 36-7.

#### Lista cu lucrări științifice publicate

Ion G., Luca R., Nicolae C. ,Coculescu E. C., PRELIMINARY STUDY ON THE DISTRIBUTION OF PARTIAL EDENTATIONS IN A BATCH OF YOUNG ADULTS.

Romanian Journal of Stomatology, 2019. 65(1): 65-70

[https://view.publitas.com/amph/rjs\\_2019\\_1\\_art-10/page/1](https://view.publitas.com/amph/rjs_2019_1_art-10/page/1)

Ion G., Șerbănoiu D., Păcurar M., Luca R, Impactul social al edentațiilor parțiale la un lot de adulți tineri. Romanian Journal of Stomatology, 2019. 65(2): 132-135

[https://view.publitas.com/amph/rjs\\_2019\\_2\\_art-06/page/1](https://view.publitas.com/amph/rjs_2019_2_art-06/page/1)