

- carea diverselor construcții protetice, în dependență de particularitățile tabloului clinic;
2. Conceperea lucrărilor protetice este în concordanță cu dereglările morfologice și funcționale ale întregului sistem stomatognat.
  3. Având în vedere prezența indicațiilor către aplicarea implantelor de grad întâi, argumentează metoda mixtă de tratament, benefică și solicitată de către pacienți.

### Bibliografie

1. Ilarion Postolachi și colab., — Protetică dentară, Chișinău 1993;
2. Gh.Bârsa, I.Postolachi — Tehnici de confecționare a protezelor dentare, Chișinău 1994;
3. М.Г. Бушан — Справочник стоматолога ортопеда, Кишинев 1998;
4. Ionuță S., Petre A. — Ocluzia dentară, București 1996;
5. Ionescu A. — Tratamentul edentațiilor parțiale cu proteze mobile, București 1999;
6. Grant A., Johnson W. — An introduction to removable denture prosthetics, London 1982;
7. Pauna Mihaela — Aspecte practice în protezarea edentațiilor parțiale, București 2002;
8. Burlui V., Mararașu C. — Gnatologie;
9. Ion Rindașu — Proteze dentare, vol. I, ediția a 3-a;
10. Burlui V. — Protetica dentară;
11. Криштаб С.- Ортопедическая стоматология, Москва 1985;
12. Банух В. — Клиника и лечение окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома, Киев, 1986;
13. Бырса Г. Совершенствование технологических процессов протезирования керамическими и металлокерамическими зубными протезами, Киев, 1988.
14. Morărașu C.- Gnatologie, Iași 2000;
15. Щербаков А.- Аномалии прикуса у взрослых. Москва, 1987.
16. Valentina Dorobăți, Dragoș Stanciu, Ortopedie dento-facială, București- 2003.

Data prezentării: 11.07.2014  
Recenzent: Nicolae Bajurea

## INCIDENȚA EDENȚIILOR PARȚIALE ȘI PARTICULARITĂȚI ALE TRATAMENTULUI PROTETIC

**Anatolie Pancenco,**  
conferențiar universitar

**Aureliu Gumeniuc,**  
asistent universitar

**Vasile Oineagră,**  
conferențiar universitar

**Oleg Solomon,**  
conferențiar universitar

Catedra Stomatologie  
Ortopedică „Ilarion  
Postolachi“ USMF  
„Nicolae Testemițanu“

### Rezumat

Studiul a fost efectuat în baza a 136 pacienți cu diferite forme de edentații parțiale la unul sau ambele maxilare, examinați și tratați protetic, dintre care 56 (41,18±1,51%) bărbați și 80 (58,82±1,51%) femei, cu vârsta cuprinsă între 34 și 58 ani. Principiile de alegere a planului de tratament protetic au luat în considerare obligatorie refacerea contactelor ocluzale pierdute și analiza lor la distanță.

**Cuvinte-cheie:** edentația parțială, contacte ocluzale, tratament protetic.

### Summary

#### THE INCIDENCE OF PARTIAL EDENTULISM AND THE PARTICULARITIES OF PROSTHETIC TREATMENT

The study was based on 136 patients, 56 male (41,18±1,51%) and 80 female (58,82±1,51%) aged between 34 and 58 years, with different types of partial edentulism on one or both arches who were examined and prosthetically treated. The principles of choosing the prosthetic treatment plan included the mandatory recovery of lost occlusal contacts and their long-term analysis.

**Key words:** partial edentulism, occlusal contacts, prosthetic treatment.

### Introducere

Edentațiile parțiale ale arcadelor dentare rămân, ca forme nozologice ale patologiei orale, până în prezent unele din problemele majore ale stomatologiei în general și proteticii dentare în special.

Ea constituie starea ce se definește prin absența de la 1 la 13-15 unități dento-parodontale de pe o arcadă [3, 17]. Dereglarea integrității arcadei dentare se manifestă clinic prin apariția unei sau multor spații edentate — numite breșe, iar porțiunea osului apofizei alveolare cicatrizat după extracție — numită

**creastă alveolară.** În raport cu numărul dinților lipsă, indiferent de localizarea pe arcada inferioară, superioară sau ambele, deosebim edentații parțiale **unidentare, plurale, unitare și multiple** [3, 5]. **Edentațiile** parțiale **unidentare** prezintă situațiile de lipsă a unei singure unități dento-parodontale la nivelul unei breșe. **Edentațiile** parțiale **plurale** prezintă situațiile de lipsă a mai multor unități dento-parodontale la nivelul unei breșe. **Edentațiile** parțiale **unitare** prezintă situațiile de prezență a unei breșe la nivelul unei arcade, indiferent de numărul dinților lipsă. **Edentațiile** parțiale **multiple** prezintă situațiile de prezență a mai multor breșe la nivelul unei arcade, indiferent de numărul dinților lipsă la nivelul unei breșe.

Pentru sistematizarea multitudinii de variante clinice a edentațiilor parțiale ale arcadei dentare, cu peste 65.000 de combinații posibile de dinți și breșe la nivelul unei singure arcade dentare [12] și peste 268.000.000 de combinații pentru ambele maxilare [2], au fost propuse numeroase clasificări [17]. Cea mai răspândită, unanim recunoscută și acceptată spre utilizare de comunitatea stomatologilor, a fost propusă de **Edward Kennedy** în 1928. Ea este bazată pe principiul topografic și divizează edentația parțială în 4 clase [7, 12]:

1. **Clasa I** cuprinde edentațiile terminale bilaterale, limitate mezial de dinții restanți.
2. **Clasa II-a** reprezintă edentațiile terminale unilaterale, limitate, la fel, mezial de dinții restanți;
3. **Clasa III-a** — cuprinde edentațiile intercalate unilaterale, limitate de dinții restanți atât distal cât și mezial;
4. **Clasa IV-a** prezintă un spațiu anterior ce traversează linia mediană, delimitată de dinții restanți numai distal. Ea presupune existența unei singure breșe edentate clasificabile, care înglobează cel puțin cei doi incisivi centrali, maxilari sau mandibulari.

Mai târziu (1955), **Applegate OC.** a completat cu anumite reguli această clasificare, sporind în așa mod precizia și utilitatea ei clinică. În zilele noastre în egală măsură putem vorbi despre clasificarea **Kennedy-Applegate** [12]:

1. Aplicarea clasificării trebuie să urmeze și nu să preceadă orice extracție dentară care ar putea să altereze încadrarea în una din grupele clasificării.
2. Dacă M3 lipsește și nu va fi înlocuit (protezat), nu se considera edentație și nu va fi luat în considerare la stabilirea clasificării.
3. Dacă M3 este prezent și va fi folosit ca stâlp protetic, va fi luat în considerare la stabilirea clasei de edentație.
4. Dacă M2 lipsește și nu va fi înlocuit, pentru că molarul antagonist de asemenea lipsește și nu va fi înlocuit, nu va fi luat în considerare la stabilirea clasei de edentație.

5. Breșa edentată cea mai posterioară (sau zonele) întotdeauna vor determina clasa principală de edentație.
6. Breșele edentate, altele decât cele care determină clasa de edentație, vor fi specificate ca „modificări” și vor fi nominalizate după numărul lor.
7. Extinderea breșelor edentate, stabilite drept modificări, nu vor fi luate în considerare ci doar numărul edentațiilor adiționale.
8. În clasa IV Kennedy nu exista modificări (regula 5).

Evoluția edentației parțiale decurge, de obicei, într-un ritm discontinuu. Aspectele particulare manifestate prin formele clinice, ce necesită o protezare dentară calificată, la care medicilor stomatologi ortopezi (proteticieni) le revine rolul major, includ nu numai refacerea integrității arcadei dentare, dar și restabilirea relațiilor ocluzale statice și dinamice.

Din literatura de specialitate [1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 19] se cunoaște că echilibrul ocluzal este determinat de starea componentelor sistemului stomatognat și, în primul rând, de integritatea arcadei dentare, poziționarea și starea coronară a dinților, a parodonțiului, tipului de ocluzie (fiziologică sau patologică), reliefului ocluzal și păstrarea stopurilor ocluzale. De subliniat, că stopurile ocluzale asigură distribuția rațională a forțelor ocluzale — factor important al homeostaziei sistemului stomatognat. Prin urmare, dereglările integrității arcadei dentare, fie ele manifestate prin leziuni odontale coronare, de afecțiunile parodonțiului sau absența unor dinți, conduc la pierderea stopurilor ocluzale și formarea dezechilibrului ocluzal. Pierderea stopurilor ocluzale, formarea și dezvoltarea dezechilibrului ocluzal se va afla în dependență de tipul patologiei instalate, particularitățile tabloului clinic, vechimea patologiei, asocierea câtorva patologii, vârsta pacientului etc. În funcție de acești factori se va manifesta tabloul clinic și consecințele dezechilibrului ocluzal.

Un deosebit interes, din punct de vedere al teoriei și practicii stomatologiei ortopedice, prezintă dezechilibrul ocluzal condiționat de edentația parțială, ce constituie 40-75% din populație. În Republica Moldova, acești indici constituie  $61,1 \pm 1,50\%$  la 1000 examinați [18].

**Scopul lucrării** — de a evidenția particularitățile dezechilibrului ocluzal în edentațiile parțiale și refacerea echilibrului ocluzal prin aplicarea tratamentului protetic.

#### **Materiale și metode**

Tratamentul edentațiilor parțiale este complex, în funcție de diagnosticul stabilit și simptomatologia mai mult sau mai puțin variată a fiecărui caz clinic aparte. În reabilitarea echilibrului ocluzal al edentațiilor parțiale se aplică variate și multiple mijloace de tratament.

Pe parcursul anului 2013, la baza IMSP CSM Chișinău, au fost examinați și tratați protetic — 136 pacienți cu edentații parțiale la unul sau ambele maxilare: 56 (41,18±1,51%) bărbați și 80 (58,82±1,51%) femei, cu vârstă cuprinsă între 34 și 58 ani. De rând cu examenul clinic clasic acceptat în protetica dentară au fost utilizate: analiza modelelor de studiu, radiografia retroalveolară, OPG. La obținerea ocluzogramei ne-am condus de metodologia clasică și de metodele perfecționate de către I. Postolachi, V. Oineagră și A. Postolachi [13, 14, 15, 16,]. Analiza ocluzogramelor a permis a ține cont de numărul, localizarea și de intensitatea contactelor dentare naturale și artificiale în PIM și/sau RC în statică și în dinamică.

### Rezultate și discuții

Conform rezultatelor examenului clinic, au fost constatate, în general, 359 de edentații unitare: 232 (64,62±1,47%) la maxilar și 127 (35,38±1,47%) la mandibulă. Edentații parțiale la ambele maxilare au fost constatate la 107 (78,68±1,26%) pacienți, iar la unul din maxilare la 29 (21,32±1,26%) pacienți. Conform clasificării Kennedy, edentațiile examinate — 114 cazuri, fără specificarea modificărilor edentațiilor, au fost reprezentate:

- clasa I — 41 (35,96±1,47%) cazuri;
- clasa II — 31 (27,19±1,37%) cazuri;
- clasa III — 34 (29,82±1,40%) cazuri;
- clasa IV — 8 (7,03±0,78%) cazuri.

Datele examenului subiectiv ne-au permis să constatăm, că timpul ce s-a scurs de la extracția primului dinte varia de la 7 luni până la 12,5 ani. Analiza rezultatelor examenului clinic și paraclinic la examenul a dat dovadă de prezență a dezechilibrului ocluzal diagnosticat la 121 pacienți (88,97±0,96%).

Clinic, dezechilibrul ocluzal a fost manifestat prin pierderea stopurilor ocluzale, condiționată de migrări dentare, mobilitatea patologică a dinților, distabilizarea mandibulei sau asocierea a acestor factori. Rezultatele examenului complex ne-a permis de a stabili, că gradul de manifestare a dezechilibrului ocluzal era în raport de localizarea și întinderea breșelor, vechimea lor, statusul coronar al dinților restanți, vârsta pacientului. Mai pronunțat, dezechilibrul ocluzal se manifestă la pacienții cu edentații întinse și cu o vechime mai mare de pierdere a dinților.

Planificarea tratamentului a fost individualizat și a fost realizat în două etape:

1. Echilibrarea ocluziei prin redactarea contactelor ocluzale (după caz).
2. Terapia protetică propriu-zisă.

La realizarea etapei secunde, după determinarea PIM sau a RC și montarea modelelor în simulatoare, în lucrările fixe s-a efectuat modelarea reliefului ocluzal cu refacerea stopurilor ocluzale, iar în cele mobilizabile dinții artificiali s-au montau cu respec-

tarea aceluiași scopuri. La etapa de aplicare a lucrărilor protetice s-a efectuat controlul, iar la necesitate și corectarea stopurilor ocluzale, utilizând hârtia de articulație și ocluziograma. Această operațiune s-a realizat și la ședințele următoare.

Rezultatele examenului clinic, analiza modelelor de studii și ocluziogramelor după 3, 6 și 12 luni de la finalizarea tratamentului au arătat că echilibrul ocluzal refăcut este stabil.

### Concluzii

Tratamentul protetic al edentațiilor parțiale poate avea efecte pozitive la distanță numai după o analiză minuțioasă a relațiilor de ocluzie.

### Bibliografie selectivă

1. Bratu D., Bratu E., Antonie S. Restaurarea edentațiilor parțiale prin proteze mobilizabile / București, Ed. Medicală, 2009, 1104 p.
2. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezării fixe / București, Ed. Medicală, 2009, 1252 p.
3. Burlui V., Forna N., Ifteni G. Clinica și terapia edentației parțiale intercalate reduse / Iași, Ed. Apollonia, 2001, 639 p.
4. Burlui V., Morărașu Cătălina. Gnatologie / Iași, Ed. Apollonia, 2000, 566 p.
5. Davarpanah M., Szmukler-Moncler S., Khoury PM. Et al. Manuel d'implantologie clinique. Concepts, protocoles et innovation récentes. 2<sup>e</sup> édition / Paris, Ed. CdP, 2008, 539 p.
6. Dawson PE. Functional occlusion / St. Louis, Mosby, 2007, 630 p.
7. Gănuță N., Bucur A., Gănuță A. Tratat de implantologie orală / București, Ed. Național, 1997, 407 p.
8. Hobo S. Twin-tables techniques for occlusal rehabilitation. Part I. Mechanism of anterior guidance / J Prosthet Dent, 1991a, vol. 66, p. 299-303.
9. Hobo S. Twin-tables techniques for occlusal rehabilitation. Part I. Mechanism of anterior guidance / J Prosthet Dent, 1991b, vol. 66, p. 471-477.
10. Ionița S., Petre A. Ocluzia dentară: Noțiuni de morfologie, fiziologie, patologie și tratament / București, Editura didactică și pedagogică, 1997, 238 p.
11. Le Gall MG., Laurent JF. La fonction occlusale: implications cliniques / Paris, Ed. CdP, 2008, 300 p.
12. Misch CE. Contemporary implant dentistry. 3rd edition. / St. Louis, Ed. Mosby, 2008, 684 p.
13. Oineagră V. Aspecte contemporane clinico-funcționale de reabilitare ocluzală la tratamentul cu punți dentare / Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2008, 120 p.
14. Oineagră V. Morfologia și fiziologia ocluziei dentare. Recomandări metodice / Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005, 57 p.
15. Oineagră V., Postolachi I. Analiza comparativă a eficienței metodelor de înregistrare a contactelor ocluzale / Medicina stomatologică, 2006, vol. 1, p. 45-48.
16. Postolachi A. Aspecte clinice și tratamentul morfofuncțional a pacienților cu dereglări ocluzale / Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2007, 153 p.
17. Postolachi I., Chiriac E., Cojocaru M. Et al. Protetica dentară / Chișinău, Ed. Știința, 1993, 446 p.
18. Гуцуцуй ВЛ. Клиника и методы возмещения малых дефектов боковых участков зубных рядов щадящими конструкциями несъемных мостовидных зубных протезов. Дисс. канд. мед. наук. Кишинев. 1990.
19. Супрунов СН., Кулаков ОБ., Воронин ДА. Замещение одиночных дефектов зубных рядов. Технические и окклюзионные проблемы / Зубной техник, №3 (20), 2000 с. 8-10.

Data prezentării: 29.07.2014

Recenzent: Valentin Topalo