

S-a realizat în final analiza statistică pentru a evalua probabilitatea de vindecare a unui dinte după cuafajul indirect, precum și un studiu statistic privind capacitatea reparativă a biomaterialului MTA comparativ cu cea a hidroxidului de calciu.

Rezultate

Toate cazurile luate în studiu au fost evaluate la 3,6 și respectiv 12 luni. Din primul grup, dintre cei 18 dinți, 16 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea, 2 au fost cu fenomene dureroase asociate cu complicații periapicale, ei fiind ulterior tratați endodontic.

Din grupul doi, dintre cei 22 de dinți, toți 22 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea.

Concluzii

După o perioadă de monitorizare de 12 luni, mineral trioxidul agregat s-a dovedit foarte eficiente în tratamentul proceselor carioase cronice profunde a dinților permanenți tineri, fiind materialul capabil să înlocuiască cu succes clasicul hidroxid de calciu în această situație, rezultatele obținute fiind drept exemplu.

Bibliografie

1. Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? *Caries Res.* 2004;38:305-313.
2. Thompson V, Craig RG, Curro FA, et al. Treatment of deep carious lesions by complete excavation or partial removal: a critical review. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:705-712.
3. Gruythuysen RJ, van Strijp AJ, Wu MK. Long-term survival of indirect pulp treatment performed in primary and permanent teeth with clinically diagnosed deep carious lesions. *J Endod.* 2010;36:1490-1493.
4. Maltz M, Oliveira EF, Fontanella V, et al. Deep caries lesions after incomplete dentine caries removal: 40-month follow-up study. *Caries Res.* 2007;41:493-496.
5. Casagrande L, Falster CA, Di Hipolito V, et al. Effect of adhesive restorations over incomplete dentin caries removal: 5-year follow-up study in primary teeth. *J Dent Child (Chic).* 2009;76:117-122.

6. Peters MC. Strategies for noninvasive demineralized tissue repair. *Dent Clin North Am.* 2010;54:507-525.
7. Tellez M, Gray SL, Gray S, et al. Sealants and dental caries: dentists' perspectives on evidence-based recommendations. *J Am Dent Assoc.* 2011;142:1033-1040.
8. Bjørndal L, Reit C, Bruun G, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. *Eur J Oral Sci.* 2010;118:290-297.
9. About I, Murray PE, Franquin JC, et al. The effect of cavity restoration variables on odontoblast cell numbers and dental repair. *J Dent.* 2001;29:109-117.
10. Estrela C, Holland R. Calcium hydroxide: study based on scientific evidences. *J Appl Oral Sci.* 2003;11:269-282.
11. Weiner R. Liners, bases, and cements: material selection and clinical applications. *Dent Today.* 2005;24:64, 66-72.
12. Modena KC, Casas-Apayco LC, Atta MT, et al. Cytotoxicity and biocompatibility of direct and indirect pulp capping materials. *J Appl Oral Sci.* 2009;17:544-554.
13. Hilton TJ. Keys to clinical success with pulp capping: a review of the literature. *Oper Dent.* 2009;34:615-625.
14. El-Araby A, Al-Jabab A. The effect of some dentin bonding agents on Dycal lining cement. *Saudi Dental Journal.* 2004;16:102-106.
15. Peters MC, McLean ME. Minimally invasive operative care. II. Contemporary techniques and materials: an overview. *J Adhes Dent.* 2001;3:17-31.
16. Murray PE, About I, Lumley PJ, et al. Cavity remaining dentin thickness and pulpal activity. *Am J Dent.* 2002;15:41-46.
17. Murray PE, About I, Franquin JC, et al. Restorative pulpal and repair responses. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:482-491.
18. Mente J, Geletneky B, Ohle M, et al. Mineral trioxide aggregate or calcium hydroxide direct pulp capping: an analysis of the clinical treatment outcome. *J Endod.* 2010;36:806-813.
19. Witherspoon DE. Vital pulp therapy with new materials: new directions and treatment perspectives—permanent teeth. *Pediatr Dent.* 2008;30:220-224.
20. Strassler HE, Levin R. Biodentine tricalcium-silicate cement. *Inside Dentistry.* 2011;7:98-100.
21. Raskin A, Eschrich G, About I, et al. Biodentine microleakage in class II open sandwich restorations. *J Dent Res.* 2010;89(special issue A). Abstract 630.
22. Valyi E, Plasse-Pradelle N, Decoret D, et al. Antibacterial activity of new Ca-based cement compared to other cements. *J Dent Res.* 2010;89(special issue A). Abstract 312.

Data prezentării: 09.03.2015
Recenzent: Gheorghe Nicolau

UTILIZAREA CAPELOR OCLUZALE ÎN TRATAMENTUL DISFUNCTIILOR ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Rezumat

Obiectivul acestui articol este de a atenționa că majoritatea dereglărilor ATM se pot stabili în mod corespunzător cu utilizarea unor procedee și tehnici necomplicate îndreptate spre reglarea ocluziei, dar care necesită o cunoaștere minuțioasă a anatomiei și fiziopatologiei ATM. Pentru găsirea celor mai eficiente soluții în tratamentul disfuncțiilor temporo-mandibulare, s-a propus o gamă bogată de intervenții terapeutice actuale, începând de la terapia inițială a disfuncțiilor temporo-mandibulare în fază timpurie, până la aplicarea diferitor dispozitive/„orteze“ (cape, atele), fiecare fiind eficientă în proporții diferite și independent de la caz la caz. Toate, însă, cu scopul de a obține o stabilitate ocluzală și ameliorare a simptomelor articulare. Această listă amplă, este, în același timp, o dovadă pentru etiologia multifactorială a disfuncțiilor temporo-mandibulare.

Cuvinte cheie: disfuncții ATM, tratament, „orteză“, optimizare ocluzală, stabilizare.

Dumitru Șcerbatiuc,
profesor universitar
Catedra Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
și Implantologie orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„N. Testemițanu“

Grigore Iovu,
medic stomatolog
Centrul Stomatologic
„Iovu-Dent“

Summary

OCCLUSAL APPLIANCE TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTIONS

The purpose of this article is to demonstrate that the most of ATM disorders can be stabilized properly with the use of uncomplicated methods and techniques, but requires a thorough knowledge of TMJ anatomy and pathophysiology. To find the most effective solutions in the treatment of temporomandibular dysfunction, there is a rich range of actual therapeutic interventions, starting from the initial therapy of temporomandibular dysfunction in early stage, up to various devices /orthotics appliance (splints), each of which is effective independent of case. However, all are in order to obtain a stable occlusion and improving symptoms of joint pain. At the same time, this large list is an argument for multifactorial etiology of temporomandibular disorders.

Key words: *TMJ dysfunctions, „orthosis“ treatment, occlusal optimization, stabilization.*

Introducere

Creșterea posibilităților de diagnostic și tratament a disfuncțiilor temporo-mandibulare, care pot ameliora sau stopa evoluția acestora, induce necesitatea inițierii conduitei terapeutice adecvate, precoce acestor afecțiuni.

Analizând diversă literatură și publicații recente ajungem la concluzia că majoritatea dereglărilor ATM se pot stabili în mod corespunzător cu utilizarea unor procedee și tehnici necomplicate, dar care necesită o cunoaștere minuțioasă a anatomiei și fiziopatologiei ATM.

În articolul precedent (Nr.2.2014) am scris despre dereglările și cracmentele articulare, precum și mecanismul apariției acestor.

Ca regulă, dereglările intracapsulare generează dereglări extra-capsulare cum ar fi mialgii, migrene ș.a.. Este stabilit experimental (Dr. Isburg, 1985) că în cazul dereglărilor intracapsulare, atunci când discul articular se află pe condil, activitatea musculară este în limitele normei. Când discul sare de pe condil, activitatea musculară crește spontan. Iar atunci când discul revine pe condil, activitatea musculară revine și ea la normal.

În concluzie, reiese că în cazurile dereglărilor ATM ocluzale, dereglărilor musculare, trebuie ținut cont de poziționarea corectă a discului articular.

Poziționarea clinico-funcțională a elementelor condil-disc se pot determina prin diferite metode de diagnostic clinice și paraclinice. Metodele paraclinice, pot fi efectuate pornind de la radiografia OPG (ortopantomografia), radiografia ATM în diferite proiecții, precum și metode mai precise care ne-ar permite vizualizarea poziționării discului — RMN, CT, JT-3-

D(Jaw Tracker- Dispozitiv de urmarire a mișcărilor mandibulei 3D), axiografia, metode de analiză a sunetelor intraarticulare sonografice: JVA (Joint Vibration Analysis) — ultima fiind o metodă cu o eficiență de diagnostic de circa 98%, non-invazivă și repetitivă, ușor de realizat de către medicul stomatolog în cabinet, avînd un cost mai mic decît RMN sau alte metode.

Hipocrate spunea: „Un diagnostic corect constituie circa 50% din succesul tratamentului“.

Se cunoaște faptul că ATM are o capacitate de adaptare destul de înaltă.

Utilizînd metoda funcțională de diagnostic a sunetelor intraarticulare, identificăm calitatea condiției articulației pe tot parcursul traiectului. Dacă funcționalitatea este bună, nu este nevoie de tratament. Dacă aceasta este dereglată, atunci, eventual, va fi nevoie de un tratament pentru restabilirea funcționalității.

Optimizarea ocluzală prin șlefuire selectivă

Optimizarea ocluzală poate fi utilizată ca metodă de tratament în cazul anumitor disfuncții ATM, dureri oro-faciale de origine musculară, mialgii ș.a.. Procedura clinică de tratament constă în șlefuirea selectivă a unor supracontacte sau invers, creșterea unor sectoare dentare cu ajutorul materialelor restaurative pentru obținerea unei stabilități ocluzale și funcționale.

Încă în anii 1993, Pullinger & co. au stabilit că înlăturarea supracontactelor ocluzale conduce spre micșorarea simptomelor disfuncționale ATM cum ar fi cracmentele [1. klimberg].

În 1987, Forrssel et Al. au efectuat un studiu clinic privind optimizarea ocluzală a unor disfuncții ATM prin înlăturarea unor obstacole ocluzale și au raportat o îmbunătățire a echilibrului neuromuscular stomatognat, asigurînd un traiect liber a mandibulei anterior și lateral. [1]

Dar aceste rapoarte nu erau suficient credibile pentru a dovedi eficiența optimizării ocluzale.

Optimizarea ocluzală, în caz de disfuncție ATM, devine mult mai eficientă odată cu apariția și implementarea noilor tehnologii obiective de analiză computerizată a ocluziei- T-Scan.

În urma cercetărilor clinice efectuate de către Dr.Robert Kerstein, D.M.D. SUA(The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice, January 2014), prin optimizare ocluzală cu ajutorul aparatului T-Scan se constată că din moment ce dinții laterali ajung în contact se declanșează activitatea musculară. Cu cît suprafețele de contact sunt mai mari, cu atît activitatea musculară este mai sporită. Dacă consecutivitatea apariției contactelor este dereglată, haotică, atunci activitatea musculară este mai dezechilibrată.

În urma efectuării unui studiu de analiza computerizată ocluzală cu T-Scan la pacienții fără acuze, cu ocluzia intactă s-a observat că primii dinți care contactează sunt grupul frontal, urmează molarii, apoi premolarii. În normă trebuie să tindem de a obținem o consecutivitate a apariției contactelor oclu-

zale care asigură o bună funcționalitate a sistemului muscular la deschiderea și închiderea gurii. Acesta poate vizualizată cu ajutorul aparatului T-Scan, care este o metoda computerizată obiectivă de analiză a ocluziei.

În cadrul centrului stomatologic „Iovu-Dent“ implimentăm cu succes o nouă metodă de tratament a dereglărilor ocluzale cu simptome durere neuro-musculare și a hipersensibilității dentare, care constă în optimizarea ocluzală restaurativă cu reducerea timpului de dizocluzie, fapt, care poate fi vizualizat cu ajutorul aparatului T-Scan.

În urma utilizării tehnicii date am obținut rezultate preliminare promițătoare cu îmbunătățirea stării de sănătate orală și a statusului psihologic general la anumiți pacienți.

Exemplu:

Pacienta A, Vîrsta 39 ani. S-a adresat cu dureri în regiunea muscilor masticatori, dureri articulare. S-a efectuat diagnosticarea computerizată a ocluziei cu T-Scan, în urma careia au fost depistate mai multe supracontacte sporite în regiunea dinților premolari, molari dreapta. În regiunea dintelui 46 pacienta avea o coroană metalo-ceramică protezată anterior 2 ani în urma. Centrul ocluziei deplasat anterior-dreapta cu un disbalans ocluzal de **12.2% forță pe stînga și 87.8% forță pe dreapta**. În urma ajustării ocluzale și restabilirii ghidajului canin bilateral, sau diminuat considerabil click-ul articular din dreapta și durerile musculare chiar în timpul primei ședințe.

Pacienta B., Vîrsta 48 ani. S-a adresat cu durere și tensiune în regiunea temporo-auriculară și a mușchilor masticatori, cu o stare psihologică generală afectată. Tratament și protezare dentară au fost efectuate aproximativ 3 ani în urmă. Disconfortul și durerile au început cu 6 luni în urmă. S-a adresat la medic la locul de muncă peste hotare, fiind efectuate examinări și analize neurologice fără a fi depistate careva abateri. Ulterior, au fost efectuate următoarele examinări: OPG, JVA (analiza sunetelor articulare), T-Scan (analiza computerizată a ocluziei), depistîndu-se un disbalans ocluzal de **68.2% forță pe stînga și 31.8% forță pe dreapta**, cu deplasarea centrului de ocluzie spre stînga și supracontact ocluzal pe dintele 26 de 32.4% forță din totalul de 68.2%. În același moment mai este depistată o abraziune dentară semnificativă cu pierderea clară a ghidajului canin bilateral.

S-a efectuat ajustarea ocluzală și restabilirea ghidajului canin bilateral cu ajutorul materialului composit nano hybrid Filtek Ultimate, obținînd un echilibru ocluzal verificat cu aparatul T-Scan. În următoarea ședință, a doua zi, pacienta a prezentat îmbunătățirea stării generale și psihologice, precum și diminuarea simptomelor cu care s-a prezentat.

Pacientul C., vîrsta 46 ani. S-a adresat cu dureri și oboseală musculară în mușchii masticatori care se intensifică în a 2-a jumătate a zilei și dimineața, click-uri articulare în stînga. Am efectuat următoarele examinări: T-Scan + Electromiografia mm.temporali și maseteri. S-a depistat un disbalans ocluzal de **65%**

forță pe stînga și 35% forță pe dreapta cu deplasarea centrului de ocluzie spre stînga distal și supracontacte sporite în regiunea dinților 8; Hiperactivitate musculară la mușchii maseteri și temporali. A fost recomandat și efectuat extracția dinților 8 superiori în 1-ma ședință de tratament. La a 2-a vizită după 3 zile de la extracția dinților 38 și 48, pacientul a prezentat diminuarea intensității click-ului articular. În continuare a fost efectuată ajustarea ocluzală cu restabilirea ghidajului canin bilateral cu ajutorul materialului composit nano hybrid Filtek Ultimate, prezentînd o diminuare a simptomelor durere și a disconfortului.

Capa (gutieră) ocluzală

Capa ocluzală poate fi considerată o metodă de tratament auxiliară, temporară, utilizată pentru stabilizarea ATM și, eventual, alegerii unei scheme de tratament individuală fiecărui pacient.

Ce este capa ocluzală? — Este o placă mobilizabilă, din acrilat, care acoperă parțial sau în totalitate suprafața ocluzală a dinților, cu un efect relaxant asupra mușchilor masticatori și efect de decompresie în ATM, influențînd poziționarea corectă a condililor mandibulari în articulație.

Indicațiile de bază pentru utilizarea capelor ocluzale sunt (V.A. Hvatova, C.O. Cicunov; 2010):

- sindrom duror în disfuncțiile ATM;
- dereglări intraarticulare la nivelul ATM (click-uri, sunete);
- protecția țesuturilor dure dentare (Bruxism);
- pregătire pentru reconstrucții ocluzale totale;
- pregătiri pre- și postchirurgicale.

Contraindicațiile capelor ocluzale sunt:

- lipsa infraocluziei;
- artrită acută însoțită de imposibilitatea unei amprentări corecte, fiind nevoie inițial de tratament medicamentos și fizioterapie;
- pacienți cu dereglări psihice.

Condiții în care pacientul trebuie să poarte capa (J. Okeson):

- ocluzia traumatică este rezultatul unor disfuncții ale ATM;
- ocluzia traumatică este cauza disfuncțiilor ATM.

Crearea fiecărei cape ocluzale trebuie să fie motivată de rezultatele analizelor funcționale ale sistemului dento-maxilar individual. Din start este necesar coordonarea utilizării „ortezei“ cu planul de tratament, inclusiv construcția protetică finală precum și încheierea acordului juridic, cu posibila implicare a altor specialiști cum ar fi: fizioterapeut, neuropatolog, ORL ș.a.. Pacientului i se aduce la cunoștință că există diverse motive pentru acuzele care le prezintă, iar eficiența tratamentului nu întotdeauna poate fi prevăzută. Trebuie să diminuăm așteptările pacientului de la ideea unui tratament rapid și miraculos, începînd cu utilizarea capei ocluzale. Important este să nu uităm despre „a nu face mai rău decît este!“.

De regulă, odată cu începerea utilizării capei, situația pacientului se îmbunătățește.

Care ar fi efectul „ortezei“ ocluzale?

Acoperind suprafața ocluzală, capa modifică stereotipul de deschidere-închidere, schimbând (reprogramând) astfel funcționalitatea musculară obișnuită- condiție care ar permite re poziționarea condililor articulari într-o poziție nouă, corectă. Aceasta poate fi confirmată prin examinări paraclinice: EMG, JVA, Rx, CT, JT-3D, axiografie, precum și prin examinări clinice.

Se cunosc multiple și diverse tipuri de „orteze“ ocluzale. Acestea pot fi clasificate după metoda de fixare (maxilar superior/inferior), după materialul de confecționare, după contactele care le au cu dinții antagoniști ș.a..

Tipuri de dispozitive ocluzale:

1. Dispozitiv de stabilizare;
2. Dispozitiv pentru poziționarea anterioară a mandibulei;
3. Dispozitiv pentru ocluzia anterioară;
4. Dispozitiv pentru ocluzia posterioară;
5. Dispozitiv- pivot;
6. Dispozitiv elastic;
7. Dispozitive de distracție;
8. Dispozitiv hidrostatic (cu apă/gel);
9. Aparat de restricționare bucală;
10. Alte tipuri de aparate:
 - pentru sforăit;
 - aparate funcționale;(Miobrace)
 - aparate combinate,etc.

Totuși, care din „orteze“ ar putea fi utilizate mai des?

După efectul funcțional „ortezele“ ocluzale ar putea fi clasificate astfel (V.A. Hvatova):

1. „Orteză“ pentru dezocluzie, fără diminuarea poziției obișnuite a mandibulei (transversal-sagital). Se utilizează ca protecție în bruxism, însoțit de micșorarea înălțimii verticale ocluzale și fără simptome de disfuncție musculo-articulare, când se prevăd reconstrucții ocluzale chiar și însemnate.

Suprafața ocluzală are amprentele dinților antagoniști slab evidențiate. Regimul de utilizare a „ortezei“ — pe timp de noapte, cât mai des pe parcursul zilei.

Adaptarea înălțimii ocluzale poate fi efectuată treptat prin adăugare de material acrilic la nivelul plăcii.

2. „Orteză“ pentru relaxare — utilizată în cazul tonusului sporit al mușchilor masticatori (bruxism), cu efect de autoreducere a condililor articulari în ocluzie centrică fiziologică. „Orteza“ trebuie să aibă o suprafață plană, fără relief ocluzal, dar cu contactarea tuturor cuspizilor dinților antagoniști, având ghidajul canin-incizal clar. Se recomandă de purtat pe timp noapte și în situații de stres.

3. „Orteza“ de stabilizare — utilizată pentru stabilizarea mandibulei după scăderea tonusului muscular sporit. Acest tip de „orteză“ trebuie să aibă contactele ocluzale neînsemnate a cuspizilor antagoniști cu ghidaj canin-incizal clar. Se recomandă utilizarea cât se poate de des pînă la soluționarea lucrării definitive a pacientului.

Indicațiile „ortezei“ de stabilizare depind de condiția care o prezintă pacientul, de exemplu:

- în bruxism se recomandă purtarea capei pe timp de noapte și la necesitate;
- în caz de traumă acută a ATM, pe timp de noapte și la necesitate;
- dacă este modificată DVO (dimensiunea verticală de ocluzie), cu prezența simptomelor de disfuncție ATM și se preconizează un tratament ortopedic sau restaurativ în vederea reorganizării ocluzale, se recomandă purtarea permanentă a „ortezei“, inclusiv în timpul alimentației;
- dureri musculare locale;
- mialgii cronice de origine centrală;

Dacă nu pot fi controlate simptomele bruxismului și pe timpul zilei, atunci capa se aplică și ziua, la necesitate.

O atenție deosebită trebuie să acordăm istoricului disfuncției, de unde provine.

4. Un alt tip de „orteză“ este **„Orteza“ de re poziționare**, care ar conduce la reinstalarea condililor articulari într-o poziție nouă, corectată, prin diminuarea stresului din ATM și re poziționarea discului articular. În acest caz amprente ocluzale ale dinților laterali antagoniști trebuie să fie pronunțate într-o poziție corectată a mandibulei. Se poartă strict 24 de ore, inclusiv în timpul alimentației, fiind îndepărtată doar în timpul igienizării.

Succesul terapiei cu cape este rezultatul;

- schimbării și îmbunătățirea condiției ocluzale;
- schimbarea și îmbunătățirea poziției condiliene;
- modificarea dimensiunii verticale de ocluzie într-una funcțională.

Trebuie să tindem spre a obține o capă cu stabilitate ortopedică (contatele cuspizilor cu fosetele, stabilitatea ghidajului canin-incizal), deoarece stabilitatea ocluzală crează stabilitate condiliană, cea din urmă creînd stabilitate musculară.

Scopul nostru trebuie să fie îndreptat spre diminuarea forțelor retrodiscale. Acest scop poate fi atins prin:

1. educarea și conștientizarea pacientului în legătură cu problemele existente — de a nu supra-solicita aparatul dento maxilar
2. respectarea unui regim alimentar bazat pe alimente moi cu evitarea alimentelor dure;
3. reducerea contactelor non-funcționale și a celor premature;
4. aplicarea terapiei cu cape.

Repoziționarea anterioară a mandibulei cu ajutorul atelei

Atela-capa de re poziționare anterioară a mandibulei poate fi plasată fie pe arcada superioară, fie pe cea inferioară. Mușcătura corectată este amprentată avînd ca și reper marginile incizale ale dinților frontali superiori și inferiori. Această poziție mandibulară de rutină este, uneori, modificată prin experiența clinică, radiografii transcraniale și electro-miografie, dar aceasta este o poziție de plecare foarte practică

pentru majoritatea pacienților cu disfuncții temporo-mandibulare care suferă de **deplasare anterioară de disc cu reducere**.

Capa acrilică ce acoperă în totalitate dinții este indexată pentru a permite pacientului realizarea doar a mișcărilor mandibulare verticale. Acesta este un punct extrem de important. Dacă pacientul poartă o „atelă cu tragere spre înainte“ nu ar trebui să existe mișcări de rotație în articulație atunci când pacientul are ocluzie completă. Orice mișcare de rotație va irita mușchiul pterigoidian lateral și va genera deranjament extern mai acut.

De asemenea în tratament pot fi utilizate relaxante musculare, pachete calde și reci, Electrostimulare transcutană- Quadra TENS, toate pot fi de mare valoare, ce ar reduce imobilizarea musculară, neuroalgia miofibrilară și hiperactivitatea musculară în tratamentul deranjamentelor externe. Cheia pentru utilizarea „atelei cu tragere spre înainte“ este de a înțelege că mușchiul pterigoidian lateral poate trage meniscul în poziția sa corectă pe suprafața articulară a condilului mandibular. Acești mușchi trebuie să fie total pasivi (relaxați) înainte ca atela să fie ajustată.

J. Okeson recomandă utilizarea dispozitivului pe timp de noapte și la necesitate în timpul zilei. Dacă simptomele diminuează, pacientul este supravegheat timp de 2-3 luni, după care se începe realizarea planului ortopedic preconizat anterior. (2. Okeson)

Uneori, deranjamentul extern nu va dispărea cu dispozitivul aplicat. În acest caz, este necesar de evaluat starea pacientului prin modificarea dispozitivului (atelei), cu re poziționarea mai anterior și mai vertical a mandibulei. Medicul ar trebui să crească dimensiunea verticală a atelei cu aproximativ 2 mm și re poziționarea înainte cu 1-2mm. Adaptarea atelei ar trebui să fie făcută la fiecare 7-14 zile, până când toate deranjamentele externe vor fi eliminate. De asemenea, toate efectele secundare ale disfuncțiilor temporo-mandibulare trebuie să fie corectate până în acest moment.

Odată ce mușchiul pterigoid lateral a devenit pasiv-relaxat, atela ajustată permite mandibulei efectuarea unor excursii anterioare și laterale. Astfel, pacientul poate efectua mișcarea de rotație cu mandibula re poziționată anterior cu ajutorul atelei, iar condilii în poziție înainte și în jos, în relație corectă cu meniscul. În această condiție pacientul se află în continuare sub supraveghere cu posibilitatea plasării unei orteze permanente de stabilizare a condililor mandibulari conform planului ortopedic preconizat.

Capa cu poziționare anterioară poate fi de ajutor chiar și pe o perioadă lungă de timp.

În caz de deplasare de disc acută- blocaj (blocarea gurii deschise) se poate recurge la proceduri de distracție-repoziționare manuală: cu policele plasat pe arcada inferioară se aplică o presiune în jos, în față și spre contralateral, după care pacientul va ocluză pe dinții frontali. Ulterior, se va măsura amplitudinea deschiderii. Dacă meniscul s-a redresat, amplitudinea deschiderii va fi mai mare de 40mm și chiar mai mult.

Se poate aplica tratamentul cu capă, cu poziționare spre anterior 24/24 ore, timp de 3-4 zile, până se reduce inflamația, timp în care pacientul va respecta recomandările menționate mai sus.

Conform unor studii sumare, J. Okeson, Sato et.al 2003. vorbește despre terapia reversibilă cu capa cu poziționare anterioară (APA) purtată timp de 19 luni. 60% din pacienți devin asimptomatici, prezentând îmbunătățiri, în timp ce 40% pacienți au rămas la fel sau situația li s-a înrăutățit. Media de deschidere a gurii a crescut de la 29,8- la 39,8 mm. Majoritatea pacienților s-au adaptat. Dacă durerea persistă, trebuie să avansăm adaptarea ocluzală și să insistăm spre consult și tratament interdisciplinar (alți specialiști).

Atela-Pivot

Este utilizată pentru a trata deplasările de disc anterioare fără reducere. Această lucrare ortopedică trebuie întotdeauna plasată pe arcada inferioară și, de obicei, nu este nimic mai mult decât o atelă cu suprafața plană.

Pivotul este creat prin adăugarea compozitului la nivelul cuspidului mezo-palatinal al primului molar superior. Acest compozit ar trebui să fie suficient de gros, astfel încât acesta să fie singurul punct de contact în cadranul respectiv, indiferent de cât de greu mușcă pacientul. În cazul în care primul molar lipsește, al doilea cel mai bun punct pentru a crea pivotul din compozit este cuspidul mezo-palatinal al molarului doi superior. Dacă și acest dinte lipsește, pivotul poate fi creat pe cuspidul palatinal al premolarului doi superior. În cazul în care pacientul este edentat distal până la primul premolar maxilar, trebuie creat un pivot artificial în zona primului molar maxilar prin realizarea unei proteze mobile.

În cazul în care deplasarea de disc anterioară este unilaterală, pivotul este plasat unilateral pe partea arcadei unde se produce deplasarea, efectuând diminuarea forțelor asupra articulației temporo-mandibulare, în care se produce deplasarea în cauză a discului articular. Pacientul trebuie să ocluză cu atela pivot până când deplasarea de disc fara reducere se transformă în deplasare cu reducere. În acel moment, se aplică o „atelă cu plan înclinat“ și se tratează etapa corespunzătoare.

Atela pivot este preconizată pentru a trata faza de deplasare de disc fără reducere până la etapa de deplasare de disc cu reducere.

În practica noastră atela-pivot a fost realizată în două cazuri, la pacienți cu simptome dureroase neurologice și auriculare, limitarea deschiderii gurii până la 40mm, cu deflecții a traiectului, precum și îngustare a spațiului articular radiologic condil-fosă de până la 1,5-2mm. Însă la scurt timp, peste 3 zile, din cauza durerilor periodontale la dintele cuspid-pivot și a disconfortului produs pacientului în timpul alimentației, atela a fost modificată în atelă cu contact ocluzal unilateral, care a avut un rezultat scontat. După alte 2 zile pacienții au prezentat diminuarea simptomelor dureroase și o îmbunătățire a amplitudinei de deschidere a gurii, iar radiologic, s-a produs o sporire a spațiului

articular de pînă la 3-4 mm. Peste 3 săptămîni de tratament, atela cu contact ocluzal unilateral a fost modificată în atelă cu plan înclinat spre anterior, realizînd prin aceasta o trecere la următoarea etapă de tratament, din deplasare de disc fără reducere în deplasare de disc cu reducere.

Capa cu plan drept

Scopul principal de utilizare a unei cape cu suprafață plană este de a trata faza acută a unei probleme de deranjament extern.

Faza I de stabilizare — În timpul acestei faze acute mușchii masticatori sunt într-un stadiu hiperactiv și împiedică diagnosticarea corectă a deranjamentului intern ce stă la bază. Obiectivul este de a transforma deranjamentul extern acut în unul pasiv, astfel încît să putem realiza un tratament adecvat a deranjamentului intern.

Atela cu plan drept, de obicei, cel mai bine este tolerată de către pacient atunci cînd este plasată pe arcada inferioară. Cu toate acestea, ea poate fi plasată și pe arcada superioară, atunci cînd este necesar. Grosimea minimă a platoului ocluzal trebuie să fie de 1,5 mm la nivelul dinților posteriori.

Atela trebuie să fie ajustată astfel încît toți dinții posteriori să prezinte contacte echilibrate indiferent de modul în care pacientul ocluză. Acest lucru le dă o șansă mușchilor hiperactivi de a se odihni și să devină mai pasivi.

În cazul în care atela cu plan drept este plasată pe arcada superioară, este foarte important să nu existe cuspidi mai pronunțați în placa acrilică.

Uneori, deranjamentele externe acute sunt atît de grave încît pacienților le este imposibil să deschidă gura și nu ne oferă posibilitatea de a planifica construcția unei atele. În această situație, o atelă temporară ar trebui să fie construită direct în cabinet folosind masa acrilică, sau compozit. Pe măsură ce tratamentul progresează și obținem o deschidere verticală mai mare, putem indica cu o mai mare precizie o atelă cu plan drept realizată pe modele.

Există o serie de aspecte clinice care sunt esențiale pentru o terapie cu atelă de succes.

Starea generală de sănătate a pacientului este un element esențial în succesul sau eșecul terapiei disfuncției ATM. Alimentația de bază trebuie să includă zilnic multiple vitamine cum ar fi vitamina C, vitamina E, magneziu chelat, alimente diverse, dar să nu fie dure.

Este foarte important ca medicul să ajute pacientul în schimbarea stilului de viață, pacientul trebuie să reducă consumul de cafeină, alcool, tutun, etc.

Estrogenul joacă un rol important în capacitatea de a compensa disfuncțiile ATM. Acesta este motivul pentru care disfuncțiile ATM în fază acută sunt întilnite mai frecvent la pacienții de sex feminin.

Nivelul redus de estrogen scade pragul de durere al pacientului și îl face mai sensibil la disconfort. De aceea, pacienții de sex feminin ar trebui să fie evaluați și de către medicul de familie și alți specialiști în vederea efectuării unui tratament de întreținere a estrogenului la necesitate.

Faza a doua — de stabilizare

După ce toate deranjamentele externe și interne au fost rezolvate, pacientul este gata pentru faza a doua a tratamentului, de stabilizare a ocluziei, cea mai frecventă fiind tratamentul ortodontic al anomaliilor dentare, dacă sunt prezente. Sunt urmarite două scopuri concomitent: tratamentul anomaliei dento-maxilare și a disfuncției ATM.

Tratamentul ortodontic implică, de obicei, trei pași de bază.

Prima etapă- arcadele dentare trebuie să fie dezvoltate în mod corespunzător pentru a ne asigura că sunt eliminate toate obstacolele de blocare a mandibulei de către maxilar.

A doua etapă implică transferarea poziției atelei într-un aparat ortodontic final. Acest lucru este de obicei realizat prin utilizarea unei pante înclinate pentru poziționarea mandibulei anterior și aplicarea unei construcții din compozit pe dinții posteriori pentru menținerea dimensiunii (direcției) verticale.

A treia etapă presupune, de obicei, plasarea unui aparat ortodontic fix, pentru a finaliza ocluzia și a coordona poziția corectă a condililor mandibulari pe meniscuri. Severitatea malocluziei și aspectul financiar trebuie luate în considerare atunci cînd se face o decizie finală privind finalizarea cazului.

O altă soluție mai frecvent utilizată în faza a doua de stabilizare este reconstrucția. Se aplică aceleași principii în care condiliile trebuie susținuți atît orizontal cît și vertical pînă la aplicarea finală a reconstrucției fixe sau mobile.

O a treia opțiune poate fi o atelă permanentă. Acestea sunt de obicei realizate din crom-cobalt și sunt pur și simplu schimbate pe atelele acrilice. Proteza parțială permanentă este adesea cea mai bună opțiune pentru pacienții vîrstnici sau atunci cînd aspectul financiar este principala preocupare a pacientului.

Uneori, diferența dintre ocluzia inițială a pacientului și ocluzia finală dorită este foarte minimă. Aceste cazuri se potrivesc destul de bine echilibrării ocluzale ca o soluție de stabilizare finală.

În unele situații ocluzia inițială a pacientului nu prezintă cauza disfuncției ATM. Un exemplu clasic în acest sens este trauma la nivelul gîtului în accidente de auto. Aceste cazuri sunt tratate utilizînd aceeași terapie cu capă pentru a permite articulației să se „vindecă”, apoi se vor îndepărta încet stopurile acrilice care susțin mandibula înainte și în jos.

În acest moment ar trebui să fie evident că diagnosticarea corectă a cauzei reale a disfuncției ATM este critică pentru formularea tratamentului. Chestionarul de diagnostic minim pentru disfuncțiile ATM trebuie să includă:

- Anamneza medicală și stomatologică;
- Examinarea clinică;
- Radiografii ATM;
- Analiza cefalometrică;
- Analiza de studiu a modelelor;
- Fotografii intra și extraorale;
- Radiografii panoramice;

Investigații diagnostice suplimentare:

- Evaluarea sacro-cranială (evaluarea posturii);
- Aparata de evaluare a traseului mandibular — JT-3D(Jaw-Tracker), axiografia;
- Înregistrarea nivelului și tipului sunetelor articulare — JVA (Joint Vibration Analysis) - Analiza Vibrațiilor Intraarticulare);
- Evaluarea electronică a musculaturii — Electromiografia (BioEMG) ;
- Analiza computerizată a ocluziei — T-Scan.

Medicul trebuie să aibă un protocol de lucru bine determinat, care permite o evaluare minuțioasă și un diagnostic corect pentru fiecare pacient cu disfuncție ATM. Formularul de examinare anexat este un ghid excelent pentru succesul terapiei disfuncțiilor ATM.

Posibilele **complicații** pe termen lung:

1. Cariii dentare;
2. Inflamația țesuturilor moi;
3. Dependență psihologică (efect Placebo);
4. Intruzia/extruzia dinților;
5. Putem iniția o situație patologică nouă.

Pacienții trebuie monitorizați tot timpul. Nu trebuie să pierdem legătura cu pacientul pe termen lung.

Metoda simplificată de confecționare a capei cu ghidaj spre anterior

După clasică amprentare a arcadei superioare și confecționarea modelului din ghips de clasa (IV) (Fig.1a), cu ajutorul aparatului prin vacuum-formare pentru gutiere se adaptează pe arcada modelului o folie de acrilat dur, de 2 mm grosime. (Fig.1b).

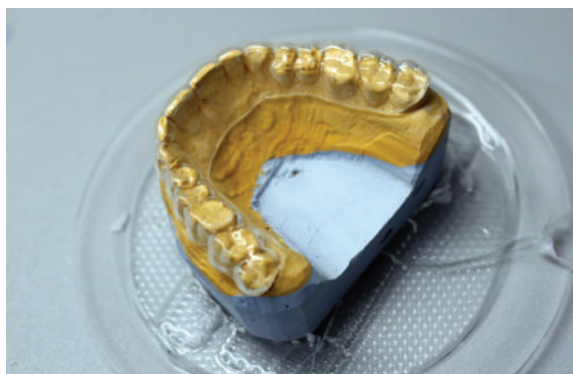


Fig.1. a — modelele din gips;

b — folia de acrilat adaptată pe model după vacuum-formare

Trusa de examinare a pacientului va fi completată cu următoarele ustensile: acrilat autopolimerizabil, recipient pentru prepararea acrilatului, hîrtie de articulație de culoare roșie și albastră și, bine-înțeles, capa (Fig.2).



Fig.2. Ustensilele necesare

Următoarea etapă constă în realizarea unui buton acrilic aplicat în porțiunea antero-palatală a capei astfel încât incisivii inferiori să contacteze pe acest buton (Fig.3.).



Fig. 3. Confecționarea butonului din acrilat autopolimerizabil pentru realizarea ghidajului anterior

Ulterior, verificăm ajustarea capei la nivelul arcadei maxilare, care trebuie să poată fi inserată și dez-inserată cu ușurință, iar pacientul nu trebuie să aibă senzații de presiune asupra dinților sau de alunecare a capei de pe arcada dentară. De asemenea, atunci când oclude, pacientul trebuie să aibă contact doar anterior pe butonul anterior, posterior nu trebuie să fie prezent nici un contact (Fig.4a,b). Acesta este momentul în care stabilim dimensiunea verticală a capei.

Capa fiind astfel ajustată, trecem la următoarea etapă în care aplicăm acrilat autopolimerizabil pe suprafața ocluzală a capei pentru stabilizarea ocluziei (Fig.5.).



Fig. 6. Adaptarea/stabilizarea ocluzală laterală a capei cu material acrilic autopolimerizabil

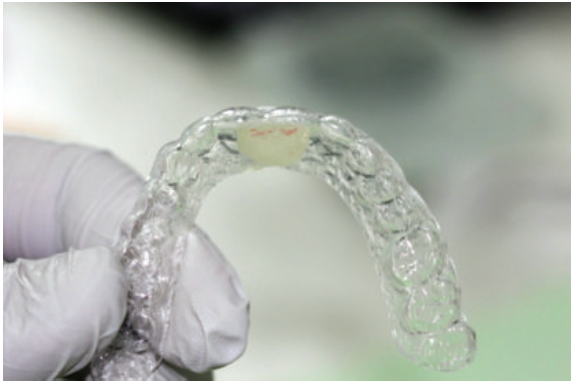
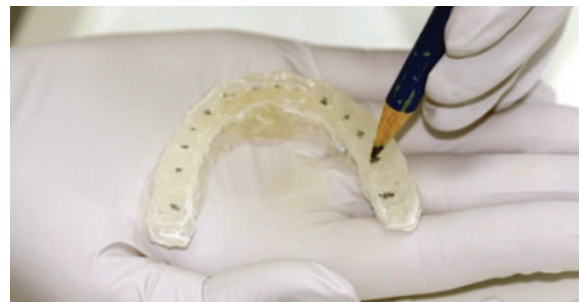


Fig. 4. a-b Verificarea adaptării capei la nivelul arcadei dentare maxilare



După îndepărtarea surplusurilor (Fig.,7a), cu un creion marcăm cuspii de sprijin și contactele centrice, pentru că aceste puncte sunt cele pe care vrem să le păstrăm pentru a avea o stabilitate ocluzală (Fig.7b).



Fig. 7. a — îndepărtarea surplusurilor **b** — marcarea cuspiilor de sprijin și a contactelor centrice cu ajutorul unui creion chimic



Ulterior inserăm capa pe arcada superioară și cu ajutorul hîrtiei de articulație roșie vom marca contactele excentrice în timp ce pacientul execută mișcări de închidere-deschidere (Fig.8).

Fig. 5. Aplicarea masei acrilice pe suprafața ocluzală a capei

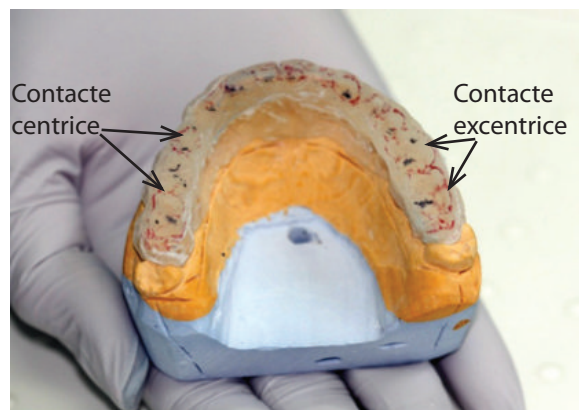


Fig. 8. Marcarea contactelor excentrice cu ajutorul hîrtiei de articulație roșie

Ulterior aplicăm capa cu material acrilic pe arcada dentară superioară a pacientului și ghidăm pacientul să ocludă pe dinții posteriori pînă incisivii inferiori ating butonul anterior (Fig.6.).

Contactele excentrice vor fi înlăturate pînă cînd marcajele hîrtiei de articulație roșie vor coincide cu cele ale creionului chimic, astfel vom avea doar contacte centrice, stabile, iar pacientul va executa doar mișcări verticale de închidere-deschidere a gurii (Fig.9a). De asemenea, ghidajul canin dreapta-stînga, precum și ghidajul anterior, vor fi marcate prin linii continue, neîntrerupte, fără a exista interferențe (Fig.9.b).



Fig. 9. Marcarea contactelor centrice cu hîrtie de articulație roșie, ghidajul canin

La final, capa este netezită și lustruită (Fig.10.). Astfel am obținut o capă stabilă, retentivă, unde toți dinții contactează egal pe suprafețe plane, contactele excentrice sunt eliminate, iar în poziție verticală dinții posteriori contactează mai puternic decît cei anteriori. Ca regulă, în acesta poziție are loc recaptarea discului deplasat.



Fig.10. Capa finală, netezită și lustruită



Fig.11. a — Capă vacumată simplă, supracontacte posterioare



Fig.11. b După 3-6 luni de utilizare

Utilizarea capelor vacumate simple, moi sau dure în tratamentul disfuncțiilor ATM sau Bruxismului, nu sunt eficiente, din motiv că nu contribuie la o stabilitate ocluzală, avînd contactele dentare neuniforme și instabile (Fig. 11 a,b). Ca regulă contactele sunt concentrate pe dinții masticatori distali, creînd o dizocluzie frontală, ducînd la deteriorarea rapidă a capei (Fig.12). În caz de bruxism pot provoca chiar și o activitate musculară mai sporită.



Fig.12 Capa vacuum-formată simplă deteriorată după 3-6 luni de utilizare

În perioada 2013—2014, au fost examinați ~ 75 de pacienți cu disfuncții temporo-mandibulare, dintre care 56 femei și 19 bărbați cu vârsta 18-65 ani.

Cu unele diferențe de vîrstă, la toate categoriile de pacienți, au fost stabilite stări și abateri ocluzale, precum și disfuncții ATM.

La grupul de vîrstă 18-30 ani (femei — 13) predominau clicurile articulare, dureri în regiunea mușchilor masticatori. S-a constatat prezența molarilor de minte la 6 pacienți, pierderea timpurie a suportului molar, mai ales a molarilor 6, la 4 pacienți, precum și prezența incongruențelor dentare cu pierderea ghidajului canin. Simptomele articulare s-au îmbunătățit semnificativ sau chiar au dispărut în urma următoarelor procedee: extracția molarilor de minte la 6 pacienți, șlefuire selectivă și restabilirea ghidajului canin la 3 pacienți, aplicarea unui tratament cu capă sau cu aparat ortodontic la 4 pacienți.

Disfuncțiile ATM la categoria de vîrstă 31-45 de ani (femei-23) sunt caracterizate la fel de prezența clicurilor articulare de diferită intensitate, dureri în mușchii masticatori, dureri în regiunea mușchilor gîtului, spatelui, dureri articulare. Sindromul neurologic cu cefalee generalizată și dureri în regiunea temporală, frontală, zumbete, sunete auriculare a fost prezent la 6 pacienți. Prezența lucrărilor ortopedice asimetrice, învechite — la 9 pacienți (40%), prezența molarilor de minte — la 2 pacienți. De asemenea, la această categorie de vîrstă, prin intermediul sistemului BioPak de analiză a vibrațiilor intraarticulare (JVA), radiografie panoramică și radiografia ATM, au fost depistate schimbări degenerative ușoare la 9 pacienți (~40%). La această categorie de pacienți s-a aplicat un tratament provizoriu complex care implică optimizare ocluzală (la 2 pacienți), tratament cu cape ghidîndu-ne de relația centrică la 14 pacienți, PPMA (proteză parțială mobilă acrilică) la 3 pacienți.

La categoria de vîrstă 50–65 de ani (femei — 21), predomină deplasările de disc fără reducere, schimbări degenerative în ATM s-au determinat la 10 pacienți (~50%), sindrom neurologic la 8 pacienți (~40%). Practic, de la această vîrstă, în lipsa unui tratament adecvat timpuriu, cauzele afecțiunilor ATM presupunem că ar fi o acumulare a mai multor factori descriși mai sus la celelalte categorii de vîrstă și anume: interferențe ocluzale, pierderea suportului molar timpuriu, prezența lucrărilor ortopedice asimetrice, învechite, prezența molarilor de minte, etc. Tratamentul la această categorie de pacienți la fel este efectuat prin lucrări provizorii de tipul P/PMA (proteza parțială mobilă acrilică), cape ocluzale, optimizări ocluzale, extracția molarilor de minte.

Pacienții de sex masculin prezintă date mai optime, comparativ cu sexul feminin (19 bărbați).

În categoria de vîrstă 18-30 de ani (nr. bărbați- 5) simptomele cele mai comune sunt sunetele articulare. Din anamneza s-a constatat prezența molarilor de minte la 4 pacienți, precum și suportarea unor traume la nivelul feței la 2 pacienți. Tratamentul la acești pacienți a fost efectuat prin aplicarea capelor ocluzale,

optimizări ocluzale, extracția molarilor de minte, tratament ortodontic.

La categoria de vîrstă 31-45 de ani (nr. bărbați- 10) predomină sunetele articulare, durerile în regiunea mușchilor masticatori. Prezența sindromului neurologic este întâlnit la 2 pacienți, instabilitatea ocluzală din cauza lucrărilor ortopedice asimetrice- 6 pacienți, prezența molarilor de minte- 1 pacient, traume suferite în trecut — 1 pacient. Tratamentul aplicat la această categorie de vîrstă este același descris la categoria precedentă.

În grupul de vîrstă 50-65 de ani (nr. bărbați- 4), ca și în cazul sexului feminin, predomină deplasările de disc fără reducere- deflecția traiectului mandibulei la deschidere, schimbări degenerative ușoare în articulație, instabilitate ocluzală, lucrări ortopedice asimetrice constatate la toți cei 4 pacienți.

De menționat este că, în timpul examenului clinic palpator, la toate categoriile de vîrstă cu disfuncții ATM, am constatat o hipersensibilitate doloară a mușchiului pterogoidian lateral, ca regulă, mai pronunțată unilateral pe partea deplasării discului articular.

Tratamentul a fost efectuat la pacienții care au exprimat voință și cooperare, precum și în funcție de aspectul financiar. La toate categoriile de pacienți care nu au dorit un tratament ortopedic complex, au fost confecționate cape ocluzale provizorii sau proteze parțiale mobile. Majoritatea pacienților au prezentat îmbunătățiri a simptomelor disfuncțiilor ATM începînd cu purtarea aparatelor provizorii.

Concluzii

În ultimii ani baza conceptuală de utilizare a capelor pentru tratarea disfuncțiilor ATM a fost redefinită considerabil. Aceasta s-a întîmplat, în mare măsură, ca urmare a cercetărilor extinse, precum și apariției noilor tehnologii digitale de analiză și diagnostic al sistemului stomatognat.

Aplicarea selectivă a dispozitivelor ocluzale descrise în acest articol, de obicei, prezintă succes în controlul efectelor malocluziilor și parafuncțiilor. Capetele simple-vacumate sunt utilizate în mod obișnuit de către unii medici stomatologi, ca o metodă expres de tratament a disfuncțiilor ATM chiar cu unele rezultate pozitive. Însă aceste cape nu oferă acea stabilitate și același succes precum capetele ocluzale adaptate în mod corespunzător fiecărui caz în parte.

Este foarte important să înțelegem metoda de confecționare a capelor cu ghidaj spre anterior, deoarece astfel, oricare medic stomatolog ar putea confecționa în condiții de cabinet, fără ajutorul laboratorului de tehnică dentară, un dispozitiv cu un cost redus și eficiență înaltă.

Rezultatele prezentului articol indică faptul că dispozitivele cu ghidaj spre înainte pot oferi o mai bună ameliorare a disfuncțiilor ATM decât alte modalități, și că, prin urmare, aceasta este o abordare utilă pentru reducerea nivelurilor de durere și a sunetelor articulare.

Capele cu ghidaj spre anterior sunt proiectate pentru tratamentul pacienților cu deranjamente interne și

externe ale ATM. Protruzia mandibulei scade suprasolicitarea de pe țesuturile retrodiscale, ceea ce permite o modificare benefică la nivelul ATM cu ameliorarea simptomelor prezente chiar în următoarea vizită. De asemenea, fizioterapia și relaxantele musculare adjuvante sunt bine-venite în tratamentul de re poziționare anterioară a mandibulei cu cape.

„Ortezele“ trebuie să prezinte, un tratament inițial, adjuvant, pînă la stabilizarea articulației temporo-mandibulare, urmat apoi de un tratament final bine planificat, însă capa cu poziționare anterioară poate fi de ajutor chiar și pe o perioadă mai lungă de timp, purtată pe timp de noapte ca metodă de decompresie a ATM și relaxare musculară.

Medicul trebuie să țină cont și de riscurile medicale și costurile financiare. Însă, este imperativ ca medicii să cunoască foarte bine anatomia, fiziopatologia articulației temporo-mandibulare, precum și dinamica sistemului masticator pentru a obține rezultate bune pe termen lung. Astfel, un diagnostic corect este baza unui tratament de succes.

Bibliografie

1. Семкин В.; Волков А. Ю, 2011, p.24-29; 33-45; 72.
2. Jeffrey P. Okeson: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Sixth Edition, 2013
3. Валентина Хватова, С. Чикунов: Оклюзионные шины (современное состояние проблемы), 2010; p.9-11.
4. BioResearch Annual Conference Journal, 2013;
5. Станислав В. Маевски :Стоматологическая Гнатофизиология, 2008, p.29-30.
6. Нуман Smukler- Normalisation of Occlusion, 2006 p.35-39; 45.
7. Iven Klibeberg , Rob Jagger- Occlusion and Clinical Practice 2008. P.57-60; 134-135.
8. Gh.Boboc -Aparatul Dento-Maxilar. 1996. p.292; 402.
9. А.С. Щербаков 1987. p.117-124.
10. The Journal of Cranio Mandibular & Sleep Practice, Ianuarie-2013.
11. И.Лебеденко, С.Арутюнов, М.Антоник, Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы, 2010.
12. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В., Патология ВНЧС, 2007, p.13-15; 25-27.
13. Iven Klibeberg , Rob Jagger- Occlusion and Clinical Practice 2008.

Data prezentării: 27.02.2015
Recenzent: Valentin Topalo

UTILIZAREA MINERALULUI AGREGAT TRIOXID ÎN TRATAMENTUL PULPITEI ACUTE DE FOCAR

Rezumat

Păstrarea și menținerea vitalității pulpare este o necesitate conform indicațiilor tratamentului pulpitei acute de focar. Inflamația pulpei dentare ca urmare a diferitor factori locali și generali rămâne a fi una din cele mai frecvente urgențe în stomatologie, care nefiind diagnosticată și tratată la timp duce la un risc crescut în dezvoltarea unor complicații periodontale. Studiul fiind efectuat pe un lot de 28 de pacienți care s-au adresat pentru îngrijiri medicale la Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu“

Cuvinte cheie: pulpita, mineral trioxid agregat, cuafaj.

Summary

USE OF AGGREGATE MINERAL TRIOXID IN TREATMENT OF ACUTE FOCAL PULPITIS

Keeping and maintaining the vitality of the pulp is a necessity as indicated treatment of acute focal pulpitis. The role of diagnosis and treatment of acute diffuse pulpitis, in order to avoid complications Inflammation of the dental pulp due to various local and general factors remains one of the most common dental emergencies that are not diagnosed and treated in time lead to an increased risk in the development of periodontal complications. The study was performed on a group of 28 patients who have addressed for treatment at the Therapeutic dentistry Department USMF „Nicolae Testemițanu“

Key words: pulpitis, aggregate mineral trioxide, capping.

Ion Roman,
asistent universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“