



20.10.1936–14.12.2011

ILARION POSTOLACHI

Doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar,
Om Emerit,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

Născut la 20 octombrie 1936 în comuna Cureșnița Nouă, județul Soroca, în familie de țărani.

- 1948 – absolvirea cu mențiune a școlii primare din comuna natală.
- 1951 – absolvirea școlii de 7 ani din comuna Șolcani, județul Soroca.
- 1954 – absolvirea școlii medii moldovenești №1 or. Soroca.
- 1959 – absolvirea Institutului de Stat de Medicină și Stomatologie din or. Harkov (Ucraina).
- 1959 – medic-stomatolog militar a Flotei Oceanului Liniștit, or. Vladivostok (Rusia).
- 1959–1961 – medic-stomatolog militar în Spitalul Militar a Flotei Oceanului Liniștit, golful De-Kastri (Rusia).
- 1961–1962 – medic-stomatolog militar a batalionului medico-sanitar a diviziei motorizate, or. Groznii (Cecenia).
- 1962–1963 – secundar clinic la catedra Stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină „Alexandr Bogomolet”, or. Kiev (Ucraina).
- 1963–1969 – asistent la catedra Stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină, or. Chișinău.
- 1967 – susținerea tezei de Doctor în științe medicale, or. Chișinău.
- 1969 – șef interimar, catedra Stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină, or. Chișinău.
- 1972 – conferențiar universitar, catedra Stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină, or. Chișinău.
- 1972–2006 – șef catedră, catedra Stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină, or. Chișinău.
- 1979–1999 – specialist principal în stomatologie a Ministerului Sănătății, președinte a Comisiei de Atestare a medicilor stomatologi a Ministerului Sănătății.
- 1979–2006 – membru a cărmuirii și vice-președinea Asociației medicilor stomatologi din Republica Moldova.
- 1984–1990 – membru a Consiliului de redacție a revistei „Ocotirea sănătății” a Ministerului Sănătății.
- 1982–1992 – președinte a Comisiei metodice a disciplinelor stomatologice, facultatea stomatologie.
- 1983 – susținerea tezei de Doctor habilitat în științe medicale, or. Kiev.
- 1986 – conferit titlu Profesor universitar, USMF “Nicolae Testemițanu”.
- 1987–1990 – membru a cărmuirii Asociației medicilor stomatologi din URSS.
- 1972–1983 și 1992–2001 – decan a facultății Stomatologie USMF “Nicolae Testemițanu”.
- 1993–2004 – membru a Consiliului specializat chirurgical.
- 1992 – nominalizat titlu „Om emerit” al Republica Moldova.
- 1995 – decorat cu medalia „Meritul civic”.
- 1995–2001 – membru a Consorțului Decanilor facultăților Stomatologie din România și țările Balcanice.
- 2005 – nominalizat expert în stomatologie de ABI SUA.
- 2006 – președinte a Consiliului administrativ a clinicii Stomatologie universitare.
- 2006 – nominalizat titlu „Om al anului” și decorat cu medalia „The World Medal of Freedom” de ABI SUA.
- 2006–2011 – membru a Consiliului de redacție a revistei «Medicina stomatologică» Republica Moldova.
- 2013 – prin hotărârea Academiei Ruse de Științele ale Naturii (Moscova), a fost conferit titlul onorific – fondator al școlii științifice moldovenești ale stomatologiei ortopedice.

ILARION POSTOLACHI • PROTOCOALE CLINICE NAȚIONALE

ILARION POSTOLACHI

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ORTOPEDO-PROTETIC AL PACIENȚILOR STOMATOLOGICI

PROTOCOALE CLINICE NAȚIONALE

Chișinău, 2016

ILARION POSTOLACHI

**DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL
ORTOPEDO-PROTETIC
AL PACIENȚILOR STOMATOLOGICI
PROTOCOALE CLINICE NAȚIONALE**

Chișinău, 2016

CZU: 616.3 (036)

Autor:

Ilarion Postolachi – Dr. hab. șt. med., prof. univ., Om Emerit, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, RM.

Recenzenți oficiali:

Pavel Godoroja – Dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră, Catedra stomatologie pediatrică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova.

Valentin Topalo – Dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră, Catedra chirurgie OMF și stomatologie ortopedică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova.

Ion Lupan – Președinte Asociației medicilor stomatologi din Republica Moldova, specialistul principal al MS al RM, dr. hab. șt. med., prof. univ., decan al facultății Stomatologie, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, RM.

Pavel Gnatiuc – Medic-șef IMSP Clinica Stomatologică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", dr. șt. med., conf. univ.

Svetlana Seminovici – Medic-șef IMSP Clinica Stomatologică Republicană a Ministerului Sănătății al Republica Moldova.

Corector: Irina Coștei – Șef secție poligrafie "Primex-Com" SRL.

Postolachi, Ilarion.

Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic al pacienților stomatologici : Protocele clinice naționale / Ilarion Postolachi. – Chișinău : S. n, 2016 (Tipogr. "Primex-Com"). – 158 p.

Bibliogr. la sfârșitul temelor. – 300 ex.

ISBN 978-9975-110-56-3.

616.31-07-089.23

P 87

Copyright © 2016, I. Postolachi, Z. Postolachi, A. Postolachi. All rights reserved.

Tot conținutul din această lucrare este proprietate a prof. I. Postolachi și este protejat de legile internaționale privind dreptul de autor. Nu este permis a nici o modificare sau reproducere ulterioară a conținutului. Conținutul nu poate fi copiat pentru scopuri comerciale sau folosit sub nici o altă formă.

CUPRINS

Prefață.....	14
PROTOCOLUL CLINIC NR.1. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC AL PACIENȚILOR CU LEZIUNI CORONARE	15
Abrevierile folosite în document.....	15
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	15
A.1. Diagnosticul.....	15
A.2. Codul bolii (CIM–10).....	16
A.3. Utilizatorii.....	16
A.4. Scopurile protocolului	16
A.5. Data eliberării protocolului	17
A.6. Data următoarei revizii.....	17
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	17
A.8. Definițiile folosite în document	17
A.9. Informația epidemiologică	17
B. PARTEA GENERALĂ	18
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	18
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	19
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	19
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	19
C.1.2. Algoritmul de intervenții	19
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC CU MICROPROTEZE	20
C.2.1. Clasificarea clinică a leziunilor odontale coronare	20
C.2.2. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor coronare cu incrustații (inlay-uri).....	20
C.2.2.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor metalice	21
C.2.2.2. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor din acrilate.....	21
C.2.2.3. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor din porțelan (ceramică)	22

C.2.2.4. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor mixte (metalo-acrilice, metalo-compozite, metalo-ceramice)	23
C.2.2.5. Etapele clinico-tehnice de confecționare a vinirelor	24
C.2.3. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor coronare cu coroane de înveliș.....	24
C.2.3.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș metalice ștanțate.....	25
C.2.4. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș metalice întreg turnate	26
C.2.5. Algoritmul confecționării coroanelor de înveliș fizionomice nemetalice	28
C.2.6. Algoritmul confecționării coroanelor de înveliș mixte metaloceramice, metaloacrilice, metalocompozite	30
C.2.7. Algoritmul tratamentului protetic al leziunilor odontale coronare cu coroane parțiale (onlay-uri).....	34
C.2.7.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor parțiale (onlay-urilor)	34
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	36
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	36
F. ANEXE	38
Anexa 1. Ghidul pacientului.....	38
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	39
BIBLIOGRAFIE	39
PROTOCOLUL CLINIC NR. 2. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC LA PREZENȚA RĂDĂCINII DINTELUI.....	40
Abrevierile folosite în document.....	40
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	40
A.1. Diagnosticul.....	41
A.2. Codul bolii (CIM–10).....	41
A.3. Utilizatorii.....	42
A.4. Scopurile protocolului	42
A.5. Data eliberării protocolului	42
A.6. Data următoarei revizii.....	42

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	42
A.8. Definițiile folosite în document	42
A.9. Informația epidemiologică	43
B. PARTEA GENERALĂ	44
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	44
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	45
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	45
C.1.1. Algoritmul general de conduita al pacientului	45
C.1.2. Algoritmul de intervenții	45
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC AL LEZIUNILOR ODONTALE CORONARE TOTALE	46
C.2.1. Clasificarea clinică a leziunilor odontale coronare totale	46
C.2.2. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor odontale coronare totale.....	46
C.2.2.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș pe bont artificial.....	46
C.2.2.2. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanei de substituție simplă (acrilică).....	48
C.2.2.3. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanei de substituție cu dispozitiv coronar compus.....	48
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT.....	49
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	50
F. ANEXE	51
Anexa 1. Ghidul pacientului	51
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	52
BIBLIOGRAFIE	52
PROTOCOLUL CLINIC NR. 3. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC AL ABRAZIUNII INTENSIVE A DINȚILOR.....	53
Abrevierile folosite în document.....	53
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	53
A.1. Diagnosticul.....	53

A.2. Codul bolii (CIM–10).....	55
A.3. Utilizatorii.....	55
A.4. Scopurile protocolului	55
A.5. Data eliberării protocolului	55
A.6. Data următoarei revizii	55
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	56
A.8. Definițiile folosite în document.....	56
A.9. Informația epidemiologică	56
B. PARTEA GENERALĂ	57
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	57
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	58
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ.....	58
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	58
C.1.2. Algoritmul de intervenții	58
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC DUPĂ PREGĂTIREA PRE- ȘI PROTOTETICĂ A CAVITĂȚII BUCALE.....	59
C.2.1. Clasificarea clinică a abraziunii intensive (patologice) a dinților (abraziunea ocluzală și atipică)	59
C.2.2. Algoritmul și particularitățile tratamentului protetic al abraziunii intensive a dinților (abraziunea ocluzală)	60
C.2.2.1. Abraziunea intensivă a dinților forma localizată.....	60
C.2.2.2. Abraziunea intensivă a dinților forma generalizată fără micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (compensată).....	60
C.2.2.3. Abraziunea intensivă a dinților forma generalizată cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (decompensată)	61
C.2.3. Algoritmul și particularitățile tratamentului protetic ale formei clinice a abraziunii intensive (patologice) a dinților, manifestată prin defecte cuneiforme	62
C.2.4. Algoritmul și particularitățile tratamentului protetic al formei clinice a abraziunii intensive (patologice), manifestată prin eroziunea suprafețelor vestibulare ale dinților	62
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	63

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	64
F. ANEXE	65
Anexa 1. Ghidul pacientului	65
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	66
BIBLIOGRAFIE	66
PROTOCOLUL CLINIC NR. 4. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ADENTIEI (EDENTAȚIEI) PARȚIALE	67
Abrevierile folosite în document.....	67
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	67
A.1. Diagnosticul.....	68
A.2. Codul bolii (CIM-10).....	68
A.3. Utilizatorii	70
A.4. Scopurile protocolului	70
A.5. Data eliberării protocolului	70
A.6. Data următoarei revizii.....	70
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului.....	71
A.8. Definițiile folosite în document	71
A.9. Informația epidemiologică	72
B. PARTEA GENERALĂ	72
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	72
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	73
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	74
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	74
C.1.2. Algoritmul de intervenții	74
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC ALE EDENTAȚIEI PARȚIALE CU PUNȚI DENTARE ȘI PROTEZE PARȚIALE MOBILIZABILE.....	75
C.2.1. Formele clinice ale edentației parțiale	75
C.2.2. Pregătirea cavității bucale pentru tratamentul protetic al edentației parțiale secundare.....	76
C.3. TRATAMENTUL PROTETIC AL EDENTAȚIEI PARȚIALE.....	77
C.3.1. Tratamentul protetic al edentației parțiale cu punți dentare.....	78

C.3.1.1. Algoritmul confecționării punților dentare din două bucăți (lipite)..	79
C.3.1.2. Algoritmul confecționării punților dentare întreg turnate	81
C.3.1.3. Algoritmul confecționării punților dentare mixte – metaloceramice, metaloacrilice, metalocomposite	83
C.3.1.4. Algoritmul confecționării punților dentare fizionomice nemetalice .	85
C.3.1.5. Algoritmul și particularitățile confecționării dintelui unitar lipsă prin utilizarea implantului	87
C.3.1.6. Algoritmul și particularitățile confecționării punților dentare cu extensie	87
C.4. TRATAMENTUL EDENTAȚIEI PARȚIALE CU PROTEZE PARȚIALE MOBILIZABILE	90
C.4.1. Algoritmul tratamentului și particularitățile confecționării protezelor parțiale mobilizabile acrilice.....	91
C.4.2. Algoritmul tratamentului și particularitățile confecționării protezelor parțiale mobilizabile scheletate.....	93
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	95
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	96
F. ANEXE	97
Anexa 1. Ghidul pacientului.....	97
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	99
BIBLIOGRAFIE	99
PROTOCOLUL CLINIC NR. 5. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PARODONTITEI CRONICE.....	100
Abrevierile folosite în document.....	100
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	100
A.1. Diagnosticul.....	101
A.2. Codul bolii (CIM–10).....	101
A.3. Utilizatorii.....	102
A.4. Scopurile protocolului	102
A.5. Data eliberării protocolului	102
A.6. Data următoarei revizii	102
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	102

A.8. Definițiile folosite în document	102
A.9. Informația epidemiologică	103
B. PARTEA GENERALĂ	104
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	104
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	105
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	105
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	105
C.1.2. Algoritmul de intervenții	105
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT ORTOPEDO-PROTETIC AL PARODONTITELOR CRONICE MARGINALE.....	106
C.2.1. Clasificarea clinică a parodontitelor cronice marginale.....	106
C.2.2. Algoritmul tratamentului ortopedo-protetic al parodontitelor cronice marginale	107
C.2.2.1. Reabilitarea ocluzală și metoda de șlefuire selectivă a dinților	107
C.2.2.2. Redresarea ortodontică a ocluziei.....	108
C.2.2.3. Imobilizarea provizorie a dinților mobili	109
C.2.2.4. Protezarea imediată	109
C.2.2.5. Imobilizarea definitivă (permanentă) a dinților mobili.....	110
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT.....	113
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	113
F. ANEXE	114
Anexa 1. Ghidul pacientului	114
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	115
BIBLIOGRAFIE	115
PROTOCOLUL CLINIC NR. 6. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SINDROMULUI DISFUNȚIEI DUREROASE A ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE (SINDROMUL COSTEN).....	116
Abrevierile folosite in document.....	116
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	116
A.1. Diagnosticul.....	117
A.2. Codul bolii (CIM–10).....	118

A.3. Utilizatorii.....	118
A.4. Scopurile protocolului	118
A.5. Data eliberării protocolului	118
A.6. Data următoarei revizii.....	118
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	119
A.8. Definițiile folosite în document.....	119
A.9. Informația epidemiologică	119
B. PARTEA GENERALĂ	120
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	120
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	121
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ.....	121
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	121
C.1.2. Algoritmul de intervenții	121
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PRINCIPIILOR DE TERAPIE COMPLEXĂ ETAPIZATĂ	122
C.2.1. Clasificarea clinică a sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen)	122
C.2.2. Algoritmul tratamentului ortopedo-protetic al sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen).....	122
D. DEZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	124
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	125
F. ANEXE	126
Anexa 1. Ghidul pacientului.....	126
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	127
BIBLIOGRAFIE	127
PROTOCOLUL CLINIC NR. 7. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL LUXAȚIEI ȘI SUBLUXAȚIEI RECIDIVANTE A ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE	128
Abrevierile folosite în document.....	128
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	128
A.1. Diagnosticul.....	129

A.2. Codul bolii (CIM–10).....	129
A.3. Utilizatorii	129
A.4. Scopurile protocolului	129
A.5. Data eliberării protocolului	130
A.6. Data următoarei revizii.....	130
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	130
A.8. Definițiile folosite în document	130
A.9. Informația epidemiologică	131
B. PARTEA GENERALĂ	131
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	131
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	132
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	133
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	133
C.1.2. Algoritmul de intervenții	133
C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT ALE LUXAȚIEI ȘI SUBLUXAȚIEI RECIDIVANTE A ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE (ATM)	134
C.2.1. Algoritmul de tratament ortopedic al luxației și subluxației recidivante a ATM	134
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	136
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	136
F. ANEXE	137
Anexa 1. Ghidul pacientului	137
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	138
BIBLIOGRAFIE	138
PROTOCOLUL CLINIC NR. 8. DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ARTROZEI, OSTEOARTROZEI ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE	139
Abrevierile folosite în document.....	139
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	139
A.1. Diagnosticul.....	140

A.2. Codul bolii (CIM–10).....	141
A.3. Utilizatorii.....	141
A.4. Scopurile protocolului	141
A.5. Data eliberării protocolului	141
A.6. Data următoarei revizii	141
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului	141
A.8. Definițiile folosite în document.....	142
A.9. Informația epidemiologică	142
B. PARTEA GENERALĂ	142
B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare	142
B.2. Nivelul consultativ specializat.....	143
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ.....	144
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului	144
C.1.2. Algoritmul de intervenții	145
C.2. DESCRIEREA ETAPELOR DE TRATAMENT ALE ARTROZEI (OSTEOARTROZEI) ATM	145
C.2.1. Algoritmul de tratament al artrozei (osteoartrozei) ATM.....	146
D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	147
E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	148
F. ANEXE	149
Anexa 1. Ghidul pacientului.....	149
Anexa 2. Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.....	149
BIBLIOGRAFIE	150
RECENZII OFICIALE.....	151

Manuscrisul lui Ilarion Postolachi, prezentat în această ediție, reprezintă ultima sa mare lucrare științifico-practică, căreia i-a dedicat mai mult de cinci ani de viață. Protocoalele clinice naționale la stomatologia ortopedică au fost create în perioada anilor 2006–2011 și reprezintă primul și unicul, de felul său, ghid practic pentru medicii stomatologi-proteticieni al Republicii Moldova.

Ilarion Postolachi și-a depus toată răbdarea, munca, cunoștințele și experiența pentru ca medicii să obțină un „far” sigur, care să le lumineze calea profesiei complicate. În ajunul aniversării a 80 de ani de la nașterea profesorului Ilarion Postolachi, care va fi marcată la 20 octombrie 2016, visul său să devină realitate, iar această lucrare să vadă lumina tiparului și să-și găsească cititorul recunoscător.

Cu respect, Zoia Postolachi



PREFAȚĂ

La etapa actuală, asistența medicală stomatologică, oferită populației în domeniul proteticii dentare, se acordă atât în Instituțiile Medico-Sanitare Publice (policlinici stomatologice, secții, cabinete clinice), indiferent de subordonarea departamentală, cât și de instituțiile private ce dispun de licența respectivă.

La baza diagnosticului diferențiat și a conceptului modern de tratament ortopedo-protetic al afecțiunilor stomatologice stau succesele științifice obținute în acest domeniu, care prevăd aplicarea proceselor de diagnosticare, a materialelor și tehnologiilor moderne la etapele clinico-tehnice de confecționare a protezelor dentare și aparatelor ortopedice. În context, actualele protocoale clinice au fost întocmite conform Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM-10) și includ noțiuni generale despre maladie, diagnosticare și etapele clinico-tehnice de confecționare a celor mai frecvent utilizate lucrări protetice.

Aceste protocoale au fost elaborate de dr. hab. în științe medicale, profesor universitar, Ilarion Postolachi, profesor la catedra de Protetică Dentară și Ortodonție a USMF “Nicolae Testemițanu”.

Protocoalele naționale sunt elaborate în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind tratamentul ortopedo-protetic al afecțiunilor sistemului dento-maxilar și vor servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La comanda MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale, pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în prezentele protocoale clinice naționale.

Prof. Ilarion Postolachi

PROTOCOLUL CLINIC NR. 1

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC AI PACIENȚILOR CU LEZIUNI CORONARE

Abrevierile folosite în document:

LOC – Leziuni odontale coronare;

ATM – Articulația temporo-mandibulară;

ILSOD – Indexul leziunii suprafeței ocluzale a dintelui;

USMF – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie;

CIM – Clasificarea internațională a maladiilor;

MS RM – Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Leziunile odontale coronare (anomaliile de sediu, volum, formă, direcție, caria dentară, defectele cuneiforme, eroziunile și abraziunea intensivă a țesuturilor dure, fluoroza, distrofiile dentare, traumatismul, etc.) dereglează morfologia coronară, provoacă dureri la agenți termici, chimici, mecanici, influențează negativ actul de masticație, fizionomia și alte funcții ale sistemului stomatognat.

Restabilirea morfologiei coronare și a funcțiilor dereglate are loc prin obturare, restaurare, albire (la dereglarea culorii) și alte tehnici de tratament conservativ. În situațiile clinice, când acest tratament este dificil, neefectiv sau imposibil, se va efectua tratamentul protetic. Întârzierea acordării ajutorului necesar conform protocolului, duce la agravarea procesului patologic cu dezvoltarea rapidă a complicațiilor locale și loco-regionale dificile pentru tratamentul protetic.

Tabloul clinic al leziunilor odontale coronare este variat de la individ la individ și dependent de tipul patologiei, factorul etiologic, numărul și topografia dinților afectați, gradul de lezare, evoluția procesului patologic, vârsta pacientului, starea generală a organismului, maladiile concomitente, tipul de ocluzie, etc.

A.1. Diagnosticul: leziune odontală coronară

Această patologie include toate afecțiunile țesuturilor dure dentare conform clasificării CIM–10, și, prin urmare, necesită completarea cu forma nozologică a bolii și manifestările ei clinice conform clasificărilor aprobate.

Exemple:

1. Leziune odontală coronară parțială a d. 3.6, cl. I Black, ca urmare a cariei dentare, dereglări funcționale.
2. Leziune odontală coronară parțială a d. 2.4, cl. II după Black, cu schimbarea culorii, dereglări funcționale și estetice.
3. Anomalie de formă a d. 1.2, dereglări estetice.

A.2. Codul bolii (CIM–10)

- **Forma nozologică:** Caria dentară: K02;
- **Forma nozologică:** Traumatismul dentar: S02.5;
- **Forma nozologică:** Anomaliile de formă și dimensiuni ale dinților: K00.2 ;
- **Forma nozologică:** Dereglări ereditare de structură ale dinților: K00.5;
- **Forma nozologică:** Abraziunea dinților: KO3.1;
- **Forma nozologică:** Eroziunile dinților: KO3.2;
- **Forma nozologică:** Dereglări de culoare ale țesuturilor dure: KO3.7;
- **Forma nozologică:** Hiperestezia dentinei: KO3.8.

A.3. Utilizatorii

Atât instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.), indiferent de subordonare, cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului

A spori eficiența și nivelul tratamentului protetic prin:

- a) unificarea proceselor de diagnostic și de stabilire a indicațiilor pentru tratamentul restaurativ cu microproteze;

- b) argumentarea alegerii metodei (restaurare, acoperire) și variantei optimale de tratament protetic;
- c) unificarea etapelor clinico-tehnice de tratament protetic în dependență de tipul microprotezei și tehnologie.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă, 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Leziunile odontale coronare (LOC) sunt patologii prezentate prin modificări ale morfologiei coronare a unui dinte sau a relațiilor sale cu dinții vecini sau/și dinții antagoniști privind integritatea, forma, volumul, poziția, numărul, structura sau culoarea. Aceste modificări morfologice coronare afectează una sau mai multe funcții ale sistemului stomatognat la care participă dintele (dinții) dat: fizionomie, masticație, incizie, fonație, funcție ocluzală.

Leziunile odontale coronare pot fi de trei categorii:

- a) cu lipsă de substanță organică (cario dentară, defectele cunei-forme, abraziunea dentară, traumatismele, eroziunile, displaziile);
- b) fără lipsă de substanță organică (volum, formă, culoare, număr, poziție, distrofiile dentare);
- c) mixte.

Microprotezele dentare prezintă remedii curativo-profilactice, materializate prin piese artificiale de mici dimensiuni, care refac morfologia dereglată a unui dinte și se agregă prin cimentare la coroana sau rădăcina dintelui. Ele se mai numesc proteze unidentare, lucrări conjuncte unitare.

A.9. Informație epidemiologică

Ținând cont de faptul că LOC include toată gama de patologii ale țesuturilor dentare dure, cu lipsă de substanță organică și fără acest fenomen, ele afectează până la 100% populația globului (Borovskii E. V. Stomatologie terapeutică. Chișinău, "Lumina", 1990).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare al specialiștilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare al asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă, eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare, nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru stabilirea diagnosticului, după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
Diagnosticul LOC: Forma nozologică: anomaliile de formă și dimensiuni ale dinților: K00.2 Forma nozologică: dereglări ereditare de structură ale dinților: K00.5 Forma nozologică: abraziunea dinților: KO3.1 Forma nozologică: eroziunile dinților: KO3.2	Sunt bazate pe datele examenului clinic pentru a stabili diagnosticul și indicațiile către tratamentul protetic.	1. Investigațiile obligatorii: - anamneza; - inspecția; - sondarea; - percuția; - termodiagnosticul; - electroodontometria; - radiografia (dento-parodontală, ortopantomografia).

<p>Forma nozologică: dereglări de culoare ale țesuturilor dure: KO3.7</p> <p>Forma nozologică: hiperestezia dentinei: KO3.8</p>		<p>2. Investigații suplimentare:</p> <p>- modele de diagnostic din ghips extradur.</p>
---	--	---

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată în domeniul proteticii dentare se efectuează pe trepte, conform nivelului de organizare al asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secție de protetică dentară raională → secție de protetică dentară orășenească (municipală) → republicană → Catedra Protetică Dentară și Ortodonție a USMF “N. Testemițanu”), la trimiterea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Indexul ILSOD (Milikevici).
2. Electromiografia mușchilor maseterici și temporari.
3. Tomografia ATM.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului

Pacientului i se recomandă:



Respectarea regulilor de igienă orală.



La apariția dereglărilor morfologice ale coroanei dintelui (defect, culoare, etc.) sau a durerilor (acute, surde, spontane, nocturne, la agenți termici, chimici, mecanici) sau alte dereglări, a se adresa la medicul-stomatolog în orice instituție stomatologică.



A vizita medicul-stomatolog o dată la 6 luni pentru examenul cavității bucale în scop profilactic.

C.1.2. Algoritmul de intervenții

Intervențiile stomatologice în scop protetic, cu microproteze, se vor efectua numai după asanarea obligatorie a cavității bucale și pregătirea proprotetică (specială) – la necesitate. Caracterul și consecutivitatea intervențiilor sunt dependente de tipul ales al microprotezei, coordonate cu pacientul și confirmate prin semnătura sa în fișa de observație.

Consecutivitatea intervențiilor



Realizarea etapelor clinice, pe vizite, în consecutivitate cu particularitățile microprotezei și a tehnologiei alese.



Realizarea etapelor tehnice conform proceselor tehnologice prevăzute pentru microproteza aleasă și materialul din care se confecționează.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC CU MICROPROTEZE

C.2.1. Clasificarea clinică a leziunilor odontale coronare

Din multitudinea clasificărilor propuse, în scop protetic, cea mai utilă este clasificarea după M. Dechaume, completată de V. Burlui:

Clasa I. Anomalii de sediu, volum, formă, direcție.

Clasa II. Leziuni odontale coronare congenitale (amelogneza imperfectă etc).

Clasa III. Leziuni odontale coronare dobândite înainte de erupția dinților (hipoplazie, etc.).

Clasa IV. Leziuni odontale coronare dobândite în perioada posteruptivă (cariu dentară, uzura dentară, etc.).

C.2.2. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor coronare cu incrustații (inlay-uri)

Tratamentul protetic poate fi inițiat numai după pregătirea pre- și proprotetică a cavității bucale dacă tratamentul restaurativ prin tehnici conservative (obturare, restaurare) este dificil, neefectiv sau imposibil. Etapele clinico-tehnice de confecționare sunt dependente de metoda confecționării prin tehnica de laborator (directă, indirectă, mixtă), de materialul utilizat (aliajele metalelor, ceramica, acrilat, compozite). La confecționarea inlay-urilor într-o ședință actualmente se utilizează materialele compozite fotopolimerizabile sau cu priză chimică. În protetica dentară cea mai frecvent utilizată este metoda directă prin tehnica de laborator.

C.2.2.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor metalice

Inlay-urile metalice sunt indicate în dinții laterali. În dependență de indicele ILSOD, incrustațiile metalice pot acoperi suprafața ocluzală a dintelui parțial sau în totalitate. La confecționarea acestor microproteze se utilizează aliajele metalelor nobile, seminobile și inobile.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament cu alegerea tipului de aliaj, care este coordonat cu pacientul.

Prepararea dinților vitali se efectuează cu anestezie locală. Se ține cont de consecutivitatea etapelor de pregătire ale cavității, cu îndeplinirea cerințelor respective către cavitate în dependență de clasa leziunii după Black, iar marginile cavității se bizotează sub un unghi de 45° .

În continuare, din ceară specială, destinată modelării machetelor incrustațiilor, are loc modelarea directă în cavitatea bucală, după ce urmează înlăturarea machetei din ceară cu transmiterea ei în laboratorul de tehnică dentară. În scopul protecției plăgii dentinare, se aplică pansamentul respectiv (dentină preparată cu apă sau preparate destinate în acest scop ca "Provicol", etc.).

Vizita II

Înlăturarea pansamentului, proba incrustației metalice, corecția în ocluzia funcțională. În laborator are loc șlefuirea și lustruirea, apoi fixarea (cimentarea) incrustației.

C.2.2.2. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor din acrilate

Inlay-urile din acrilate sunt indicate în zona dinților frontali. La confecționarea acestor tipuri de microproteze se utilizează acrilatele termopolimerizabile Sinma, Superpont, etc., compozitele cu priză chimică – Acrodent, Isosit, Piroplast, cât și cele fotopolimerizabile ca Artglass, ș.a.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament cu alegerea tipului de acrilat, coordonat cu pacientul.

Prepararea dinților vitali se efectuează cu anestezie locală. Particularitățile preparării cavitații sunt dependente de clasa leziunii, iar macheta din ceară se modelează direct în cavitatea bucală, apoi urmează înlăturarea machetei, alegerea culorii acrilatului, iar în laboratorul de tehnică dentară – schimbul cerii în acrilat. Țesuturile preparate sunt protejate prin pansament cu dentină cu apă sau preparate speciale de tip “Provi-col” etc., și, la finalul vizitei, se va alege culoarea materialului.

La utilizarea compozitelor cu priză chimică sau fotopolimerizabile se vor aplica tehnologiile respective.

Vizita II

Înlăturarea pansamentului, prelucrarea medicamentoasă a cavitații, proba incrustației din acrilat cu corecția, la necesitate, în ocluzia funcțională. În laborator are loc șlefuirea și lustruirea incrustației, apoi fixarea prin cimentare.

Incrustațiile din compozite chimice sau fotopolimerizabile se confecționează potrivit metodei indirecte, care prevede amprentarea cu materiale siliconice după prepararea cavitații și realizarea modelului din material termorezistent.

După aplicarea lacului de compensare, pe pereții cavitații are loc modelarea incrustației și polimerizarea compozitului cu priză chimică în

cuptorul IVOMAT, la temperatura de 120⁰C și o presiune de 6 atm., iar a celor din compozite fotopolimerizabile – în cuptor special, timp de 180 sec.

C.2.2.3. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor din porțelan (ceramică)

Inlay-urile din porțelan (ceramică) sunt indicate în leziunile coronare atât ale dinților frontali, cât și ale celor laterali.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament, coordonat cu pacientul.

Prepararea cavității, cât privește dinții vitali, se efectuează cu anestezie locală și se deosebește de principiile cunoscute prin faptul că adâncimea cavității trebuie să fie nu mai mică de 1/2 din lățimea ei, fără bizotarea marginilor cavității, deoarece porțelanul este foarte fragil.

Incrustația din porțelan se confecționează după metoda indirectă. Amprentarea se va efectua cu materiale siliconice, iar modelul – din material termorezistent. Cavitatea preparată se va proteja prin pansament și se va stabili culoarea. În continuare, pe tavanul și pereții cavității, pe model, se aplică stratul opac al masei ceramice, se produce arderea, obținând, astfel, “carcasa” viitoarei incrustații. După aceasta urmează depunerea celorlalte straturi de ceramică (dentin, smalț) și arderea.

Vizita II

După înlăturarea pansamentului se va efectua proba, apoi fixarea (cimentarea) inlay-ului.

Inlay-urile din ceramică au avantaje superioare estetice, nu influențează negativ țesuturile cavității bucale și nu provoacă alergii.

C.2.2.4. Etapele clinico-tehnice de confecționare a inlay-urilor mixte (metaloacrilice, metalocompozite, metalocermice)

Aceste tipuri de incrustații au avantaje mecanice și fizionomice. Sunt indicate în situațiile clinice cu cerințe specifice, de exemplu – pe premolari. Ele se confecționează după metoda indirectă.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament, coordonat cu pacientul.

Prepararea cavității, cât privește dinții vitali, se va efectua cu anestezie locală, executând și bizotarea marginilor cavității la fel ca pentru incrustațiile metalice. După amprentarea cu materiale siliconice cavitatea este protejată prin pansament. În laborator are loc realizarea modelului din material termorezistent. După aplicarea lacului de distanțare, se modelează macheta din ceară a carcasei metalice, apoi urmează turnarea.

Vizita II

Înlăturarea pansamentului, proba carcasei metalice și determinarea culorii, după ce, repetat, se aplică pansamentul pentru protecția plăgii dentinare a cavității preparate.

Vizita III

Înlăturarea pansamentului, proba definitivă și fixarea (cimentarea) inlay-ului.

C.2.2.5. Etapele clinico-tehnice de confecționare a vinirelor

Vinirele, ca microproteze nemetalice cu însușiri înalte fizionomice, sunt indicate pe dinții frontali ai arcadei dentare, la prezența leziunilor întinse ale țesuturilor dure a suprafeței vestibulare a dintelui. În comparație cu inlay-urile (incrustațiile), ele acoperă suprafața vestibulară a dintelui în totalitate.

Vinirele pot fi confecționate, la fel într-o ședință, prin utilizarea compozitelor cu priză chimică sau a celor fotopolimerizabile, direct în cavitatea preparată sau prin tehnica de laborator.

Prin tehnica de laborator vinirele pot fi confecționate și din acrilate termopolimerizabile sau porțelan.

Tehnologia tratamentului protetic al leziunilor coronare ale dinților frontali cu vinire este identică confecționării inlay-urilor din acrilate și porțelan.

C.2.3. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor coronare cu coroane de înveliș

Tratamentul protetic al leziunilor odontale coronare poate fi inițiat numai după pregătirea pre- și proprotetică a cavității bucale. Indicațiile privind utilizarea coroanelor de înveliș sunt determinate de tabloul clinic, când terapia conservativă sau prin inlay-uri (incrustații) este imposibilă sau neefectivă.

Coroanele de înveliș pot fi confecționate din aliajele metalelor nobile, seminobile și inobile, acrilate, compozite, porțelan (ceramică) și mixte.

C.2.3.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș metalice ștanțate

Actualmente, datorită dezavantajelor principale – imposibilitatea redării precise a morfologiei coronare și a problemei dificile de asigurare a adiacenței marginii coronare în zona coletului dintelui, aceste tipuri de coroane treptat sunt abandonate. Ele sunt indicate în zonele laterale ale arcadei dentare.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament, coordonat cu pacientul.

Prepararea dinților vitali se efectuează cu anestezie locală. Pe parcursul preparării, se ține cont de a obține un bont, din zona coletului, cu diametrul egal cu cel din celelalte zone ale coroanei, păstrând relieful ocluzal cu crearea spațiului necesar conform grosimii viitoarei coroane de înveliș. În zona coletului dintelui prepararea se efectuează tangențial, fără crearea pragului.

Amprenta se înregistrează cu materiale din grupul alginatelor, utilizându-se lingurile de amprentare standarde perforate.

În absența lor, se amprentează cu linguri amprentare neperforate cu aplicarea, în interiorul lingurii, a unui material retentiv: leucoplast, adeziv special.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică între arcadele dentare, se va folosi cheia de ocluzie din ghips medical sau a primului strat din materialele amprentare siliconice. La necesitate, în acest scop se utili-

zează și șabloanele cu borduri de ocluzie. În cazurile de confecționare a coroanelor provizorii se efectuează proba, adaptarea lor și fixarea cu material de fixare provizorie. Când prepararea țesuturilor dure este efectuată numai în limitele smalțului sau cu dezgolirea unor mici porțiuni de dentină, se admite protecția plăgii dentinare cu lacuri de protecție (Gumma, fluor lac, etc.).

Vizita II

Proba coroanelor de înveliș metalice ștanțate pe dintele de suport

La această etapă, în rând cu cerințele privind restabilirea morfologiei coronare, se atrage atenție la contactul marginilor coroanei cu țesuturile din zona coletului, raportul margine coronară-sulcusul dento-gingival. Se admite o pătrundere a marginii coroanei în sulcusul dento-gingival maximal de 0,3–0,5 mm.

Se verifică contactele ocluzale cu dinții antagoniști și ale celor interdentare cu dinții vecini. După proba coroanei urmează din nou acțiuni de protecție a dintelui preparat.

Vizita III

Proba definitivă și fixarea (cimentarea) coroanei de înveliș

La proba definitivă se verifică din nou corespunderea coroanei cerințelor respective, iar fixarea se efectuează cu cimenturi de fixare permanentă.

Pacientului este informat despre regulile de folosire a coroanelor de înveliș și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.2.4. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș metalice întreg turnate

Coroanele de înveliș metalice întreg turnate sunt indicate în zonele laterale ale arcadelor dentare, când dimensiunile coroanei dintelui permit prepararea țesuturilor dentare cu obținerea unui bont retentiv. Această varietate de coroane de înveliș este contraindicată persoanelor în vârstă de până la 18 ani. Coroanele de înveliș metalice întreg turnate se confecționează din aliajele metalelor nobile, seminobile și inobile (Crom-cobalt, Crom-nichel, Titan).

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament, coordonat cu pacientul.

Înainte de a începe prepararea dinților-stâlpi, are loc amprentarea cu primul strat al unuia din materialele siliconice pentru confecționarea coroanelor provizorii, dacă nu se vor folosi cele standard sau alte metode.

Prepararea dinților vitali se efectuează cu anestezie locală în dependență de tipul coroanei (totală, parțială). Se ia decizie referitor la devitalizarea dinților-stâlpi sau păstrarea lor vitală.

La necesitate, pentru o bună cunoaștere a stării organului pulpar, se va folosi electroodontometria. În cazul necesității devitalizării dintelui-stâlp, pacientul este trimis la medicul terapeut sau această intervenție se efectuează de același medic (generalist), dacă dispune de licență în acest domeniu.

Amprentarea, în cadrul vizitei, se va executa numai dacă parodontul marginal și-a păstrat integritatea în timpul preparării, care, de regulă, se efectuează la colet cu prag circular sau tangențial.

Ampretele de bază (de lucru) se obțin cu materiale siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. În lipsa lor, se folosesc cele neperforate cu aplicarea emplastrului sau a adezivului de retenție a materialului amprentar.

La retracția gingivală, necesară la etapa de amprentare, se va ține cont de starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardio-vasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) exclude remediile chimice de retracție gingivală, la fel și firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică, se va folosi cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului medical sau al primului strat al unui material siliconic de amprentare. La indicație, se vor utiliza și șabloanele cu borduri de ocluzie.

Dacă pe dinții-stâlpi au fost confecționate coroane provizorii (cape), ele se adaptează și se fixează cu materiale de fixare provizorie. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătături cu infuzie din coajă de stejar, romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare, se administrează aplicații cu soluție de vitamina "A" sau alte remedii respective.

Dacă, din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării, în cadrul vizitei nu s-au obținut amprente, atunci pacientul, în acest scop, este invitat a doua zi sau peste o zi, respectând criteriile indicate mai sus.

Vizita II

Proba coroanei de înveliș metalice întreg turnate

Inițial, se determină axa de inserție și dezinserție a coroanei. La proba coroanei, se atrage atenție la restabilirea morfologiei coronare, caracterul contactului ocluzal, la contactele interdentare cu dinții vecini și raportul marginii coroanei cu parodontul marginal. La necesitate, se aplează la corecție.

După lustruire urmează fixarea coroanei de înveliș întreg turnate cu ciment de fixare permanentă. Dacă dinții-stâlpi și-au păstrat vitalitatea, se recomandă fixarea coroanei de înveliș cu ciment provizoriu pe o perioadă de 2–3 săptămâni. Înainte de cimentarea permanentă se va utiliza electroodontometria pentru a exclude prezența procesului inflamator în organul pulpar.

C.2.5. Algoritmul confecționării coroanelor de înveliș fizionomice nemetalice

Din coroanele de înveliș fizionomice nemetalice fac parte cele din porțelan, acrilate, compozite fotopolimerizabile.

Coroanele de înveliș fizionomice nemetalice sunt indicate în zona frontală a arcadelor dentare ca proteze unidentare, când coroanele dinților de suport după volum și înălțime permit obținerea unui bont retentiv după prepararea lor, iar relațiile interocluzale din această zonă nu împiedică tratamentul restaurativ protetic. Persoanelor până la vârsta de 18 ani le sunt contraindicate coroanele de înveliș fizionomice nemetalice.

Vizita I

După investigații, în scop diagnostic, se stabilește necesitatea devitalizării dintelui-stâlp, utilizând și electroodontometria. Indiferent de starea organului pulpar al dintelui-stâlp, se obține amprenta până la preparare pentru confecționarea coroanelor (cape) provizorii.

Prepararea dinților stâlpi se efectuează cu anestezie locală. În procesul preparării se atrage atenția la crearea pragului circular (pentru coroanele de înveliș din porțelan) și a unui bont retentiv cu o înclinare a suprafețelor verticale a dintelui spre ocluzal în mediu de $2-10^0$.

În această vizită amprentarea se va efectua numai dacă în timpul preparării s-a păstrat integritatea parodontului marginal. Ampretele de bază (de lucru) duble se obțin cu unul din materialele amprentare, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite linguri amprentare perforate.

În lipsa lor, se folosesc lingurile amprentare neperforate, cu aplicarea emplastrului pe suprafața internă a lingurii, sau a unui adeziv de retenție a materialului amprentar. La retracția gingivală, necesară pentru coroanele din porțelan, pentru amprentarea precisă a zonei coletului dintelui-stâlp se va lua în considerație starea generală a pacientului.

Prezența în anamneză a maladiilor cardio-vasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) exclude remediile chimice de retracție gingivală, inclusiv firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică, se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului medical sau a primului strat al unui material de amprentare siliconic. La necesitate, se vor utiliza șabloanele cu bordurile de ocluzie.

Dacă sunt confecționate coroane provizorii (cape), ele se adaptează la dintele preparat și se fixează cu ciment provizoriu. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătături cu infuzie din coajă de stejar, romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare, se administrează aplicații cu soluție de vitamina „A” sau alte remedii cu astfel de însușiri.

Dacă, din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării, în cadrul vizitei nu s-a reușit amprentarea, atunci pacientul, în acest scop, este invitat a doua zi, sau peste o zi, respectând cerințele specificate deja mai sus.

Se încheie vizita de referință cu alegerea culorii porțelanului, acrilatului, compozitului.

Vizita II

Proba coroanei de înveliș fizionomice nemetalice (porțelan, acrilat, compozit), finisarea și fixarea provizorie sau permanentă

La proba coroanei de înveliș se va verifica corespunderea cerințelor față de următoarele tipuri de microproteze: refacerea morfologiei coronare a contactelor ocluzale, a contactelor interdentare cu dinții vecini, raportul marginii coroanei cu parodontul marginal, corespunderea culorii cu dinții vecini.

La necesitate, se vor efectua corectările respective cu verificarea în ocluzia funcțională. După glazurarea coroanelor de înveliș din porțelan sau lustruirea celor din acrilate, se va efectua fixarea provizorie sau permanentă.

Fixarea provizorie, pe o perioadă de 2–3 săptămâni, este indicată la prezența dinților vitali. La finele acestei etape, se vor înlătura minuțios resturile cimentului (materialului) de fixare provizorie.

Fixarea definitivă (permanentă) cu ciment permanent.

Înainte de fixarea permanentă, se verifică vitalitatea dinților-stâlpi cu ajutorul electroodontometriei pentru a exclude prezența procesului inflamator al organului pulpar. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar, se stabilește necesitatea devitalizării dintelui. După fixare, se înlătură minuțios resturile cimentului.

Pacientul este informat despre regulile de folosire ale acestor tipuri de microproteze și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.2.6. Algoritmul confecționării coroanelor de înveliș mixte metaloceramice, metaloacrilice, metalocompozite

La stabilirea indicațiilor privind tratamentul leziunilor odontale coronare cu coroane de înveliș mixte, se ține cont că aceste microproteze la maxilă sunt indicate până la dintele 5 inclusiv, iar la mandibulă – până la dintele 4 inclusiv.

Fețuirea suprafețelor ocluzale ale dinților laterali, în special a molarilor, când coroanele de înveliș mixte se confecționează ca excepție, nu este indicată și se recomandă placarea numai a suprafețelor vestibulare.

Aceste tipuri de microproteze sunt contraindicate persoanelor până la vârsta de 18 ani.

Coroanele mixte metaloacrilice sunt de două categorii:

- a) cu componenta metalică ștanțată;
- b) cu componenta metalică turnată.

Coroanele mixte metaloacrilice cu componenta metalică ștanțată la fel pot fi de două categorii:

- a) cu suprafața vestibulară fenestrată (Belkin);
- b) cu suprafața vestibulară nefenestrată, însă cu elemente de retenție (Sverdlov, Borodiuc, Postolachi).

Vizita I

În procesul de investigație diagnostică se ține cont de faptul că coroanele mixte, datorită rezistenței mecanice majore și a însușirilor înalte fizionomice (estetice), sunt indicate în orice zonă a arcadelor dentare atât ca proteze unidentare, cât și ca elemente de agregare a punților dentare. Alegerea varietății coroanei de înveliș este dependentă de particularitățile tabloului clinic și posibilitățile financiare ale pacientului.

În baza examenului complex, se ia decizia despre devitalizarea dintelui-stâlp sau păstrarea lui vitală. În caz de necesitate, pentru cunoașterea mai bună a stării organului pulpar, se va utiliza electroodontometria. În cazul necesității devitalizării dintelui-stâlp, pacientul este trimis la medicul terapeut pentru realizarea acestei măsuri sau intervenția se efectuează de același medic (generalist), dacă dispune de licență în acest domeniu.

Când se decide păstrarea dintelui vital se obține amprentă pentru confecționarea coroanei (capei) provizorii.

Prepararea dinților vitali se va efectua cu anestezie locală. Caracterul preparării este dependent de tipul coroanei mixte.

Amprentarea se va efectua în cadrul acestei vizite numai dacă, în timpul preparării, parodontul marginal și-a păstrat integritatea. Amprențele de bază (de lucru) duble se obțin cu unul din materialele amprentare siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. În lipsa lor, se folosesc cele neperforate cu aplicarea emplastrului sau a unui adeziv de retenție a materialului amprentar.

La folosirea retracției gingivale (în cazurile coroanelor mixte metaloceramice), pentru o amprentare precisă a zonei sulcusului dento-

gingival se va ține cont de starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardio-vasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) exclude remediile chimice de retracție gingivală, inclusiv firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică, se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului medical sau al primului strat al unui material siliconic de amprentare. La necesitate, se vor utiliza șabloanele cu borduri de ocluzie.

Dacă au fost confecționate coroane provizorii (cape), ele se adaptează și se fixează cu cimenturi (materiale) provizorii. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătături cu infuzie din coajă de stejar, romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare, se administrează aplicații cu soluție de vitamina „A” sau alte remedii respective.

Dacă, din cauza traumei parodontului marginal produsă în timpul preparării, în cadrul vizitei nu s-a amprentat, atunci pacientul, în acest scop, este invitat a doua zi sau peste o zi, respectând cerințele privind amprentarea, specificate deja.

Vizita II

Proba componentei metalice (a scheletului metalic) a coroanei mixte de înveliș, alegerea culorii placajului (componentei fizionomice)

La proba componentei metalice întreg turnată, caracteristică pentru coroanele mixte metaloceramice, metaloacrilice și metalocompozite, se verifică corespunderea acestei piese cerințelor stabilite (prezența obligatorie a gulerășului din partea orală, precizitatea raportului marginii componentei metalice cu parodontul marginal, existența spațiului necesar pentru placaj).

În caz de necesitate, pe parcursul probei componentei metalice, se efectuează corectările respective. Se încheie această vizită cu determinarea culorii placajului, utilizând cheia de culori din setul respectiv (ceramică, acrilat, compozit).

La proba componentei metalice ștanțate în coroanele mixte metaloacrilice, se verifică corespunderea acestei piese cerințelor stabilite, care sunt determinate de particularitățile de structură ale coroanei mixte cu suprafața vestibulară fenestrată – tip Belkin, sau nefenestrată, cu ele-

mente retentive pentru menținerea componentei fizionomice – tip Sverdlov, Borodiuc, Postolachi.

Tehnologia confecționării coroanelor mixte metaloacrilice cu componenta metalică fenestrată, tip Belkin, prevede prepararea suplimentară a suprafețelor vestibulare, proximale și marginii incisivale a dintelui-stâlp, crearea unui orificiu în peretele vestibular al componentei metalice, prin perforare cu o freză respectivă, introducerea în interiorul coroanei a cerii stomatologice topite și instalarea ei pe bontul dintelui preparat. Datorită orificiului de pe peretele vestibular, surplusurile de ceară stomatologică topită se elimină, după ce urmează obținerea amprenteii cu primul strat al unui material amprentar dublu, iar în laboratorul de tehnică dentară se finalizează coroana mixtă.

Tehnologia confecționării coroanei mixte metaloacrilice cu componenta metalică nefenestrată prevede proba în cavitatea bucală, cu verificarea corespunderii cerințelor respective și crearea elementelor de retenție conform varietății alese de microproteză.

După obținerea amprenteii cu primul strat al unui material amprentar dublu, în laboratorul de tehnică dentară se finalizează lucrarea.

Vizita III

Proba coroanei mixte (metaloceramică, metaloacril, metalocompozit)

Se verifică corespunderea culorii placajului, restabilirea punctelor de contacte interdentare, a contactelor ocluzale, raportul marginii coronare cu parodontul marginal.

La necesitate, se va efectua corecția, iar după glazurarea coroanelor metaloceramice sau lustruirea celor metaloacrilice și a suprafețelor metalice neacoperite cu placă, urmează fixarea provizorie sau permanentă.

Fixarea provizorie este indicată la prezența dinților vitali, pe o perioadă de 2–3 săptămâni. La această etapă se vor curăța minuțios spațiile interdentare de resturile de ciment.

Vizita IV

Fixarea definitivă (permanentă) a coroanelor mixte – metaloceramice, metaloacrilice, metalocompozite

Înainte de fixarea definitivă se va verifica vitalitatea dintelui-stâlp (electroodontometria) pentru a exclude prezența procesului inflamtor în organul pulpar. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar, se va stabili necesitatea devitalizării acestui dinte.

După fixarea definitivă se înlătură resturile cimentului din spațiile interdente.

Pacientul este informat despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.2.7. Algoritmul tratamentului protetic al leziunilor odontale coronare cu coroane parțiale (onlay-uri)

Coroanele parțiale în tratamentul protetic al leziunilor odontale coronare sunt cunoscute și ca incrustații extratisulare – onlay-uri. Ele sunt indicate pe orice dinte de pe arcadele dentare, când fața vestibulară a dintelui nu este afectată. Pe dinții din zona frontală sunt indicate coroanele parțiale de onlay 3/4, iar pe dinții din zonele laterale, pe premolari și molari – sub formă de onlay 4/5. Pe molari mai pot fi confecționate coroane parțiale 1/2, 7/8 și ecuatoriale.

Aceste tipuri de microproteze sunt contraindicate pacienților cu vârsta până la 18 ani, pe dinți devitali, mobili, abraziți, cu dimensiuni mici, pacienților cu afecțiuni psihice.

Coroanele parțiale se confecționează din aliajele metalelor nobile, seminobile, inobile, prin tehnica turnării, cu excepția coroanelor ecuatoriale, care pot fi confecționate și prin tehnica ștanțării.

C.2.7.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor parțiale (onlay-urilor)

Coroanele parțiale, cu excepția celor ecuatoriale, sunt fizionomice, necesită o preparare redusă a țesuturilor dentare dure și conservă vitalitatea dintelui.

Vizita I

După investigațiile în scop diagnostic, cu utilizarea electroodontometriei pentru testarea vitalității organului pulpar, se alege tipul de aliaj din care se va confecționa onlay-ul, de comun acord cu pacientul.

Prepararea dinților-stâlpi se efectuează cu anestezie locală.

Se atrage atenție la prepararea suprafețelor proximale, care trebuie să fie paralele sau cu o ușoară convergență (până la 2°) spre incizal. Pentru coroanele 3/4 marginea incizală se va prepara cu lățimea de 1,0–1,5 mm, a cărei înclinare față de axa dintelui va fi sub un unghi de 45° . Șanțurile de retenție, trei la număr, au următoarele specificări: unul para-incizal și două verticale proximale cu o adâncime de 1,0 mm și o lățime de 1,0–1,5 mm. Pragul din zona orală a coletului se va prepara la o distanță de 0,5 mm de la festonul gingival.

Pentru onlay-urile 4/5 se va prepara suprafața ocluzală, la o adâncime de 1,0 mm cu respectarea morfologiei ocluzale. Șanțul ocluzal, cu o profunzime de 1,0 mm și o lățime de 1,0–1,5 mm, va fi realizat în șanțul intercuspidan.

Realizarea machetei acestor microproteze de acoperire se efectuează prin metoda indirectă, în laborator, pe modelul realizat din superghips, după obținerea unei amprente cu material dublu.

Amprentarea de bază se va executa cu material amprentar siliconic, iar cea auxiliară – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop, sunt folosite linguri amprentare perforate. În lipsa lor, se folosesc linguri amprentare neperforate, cu aplicarea emplastrului pe suprafața internă și marginile lingurii amprentare, sau a unui adeziv de retenție a materialului amprentar.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică, se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului medical sau al primului strat al unui material de amprentare siliconic.

Protecția dinților preparați se efectuează obligatoriu cu mijloace medicamentoase sau mecanice (coroane provizorii confecționate prin tehnica Scutan).

Pentru coroane ecuatoriale se prepară numai molarii, prin șlefuirea țesuturilor dure la grosimea viitoarei coroane până în limitele ecuatorului, unde se creează pragul circular.

Vizita II

Proba coroanei parțiale, finisarea și fixarea provizorie sau permanentă

La proba coroanelor parțiale se verifică axa de inserție și corespunderea cerințelor pentru următoarele tipuri de microproteze: refacerea contactelor ocluzale, a contactelor interdentare cu dinții vecini. La necesitate se vor efectua corectările respective.

Fixarea provizorie este indicată pe o perioadă de 2–3 săptămâni.

Înainte de fixarea permanentă, se verifică vitalitatea dintelui-stâlp cu ajutorul electroodontometriei. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar, se stabilește necesitatea devitalizării dintelui.

După fixare, se înlătură minuțios resturile cimentului de fixare.

D. REZULTATE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În baza tratamentului efectuat se va obține ameliorarea stării morfologice și a funcționalității dinților, restaurați cu microproteze dentare.

Complicații posibile precoce:

- acutizarea procesului patologic cronic;
- pulpite traumatice;
- hiperestezia dinților preparați.

Complicații posibile tardive:

- pulpite;
- periodontite;
- gingivite;
- retracția gingivală;
- descimentări;
- carie secundară.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (IMSP, privată, departamentală, prezentată prin cabinet, secție, raională, municipală, republicană), sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare, prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Personal:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție, prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Utilaj, aparataj, materiale:

Gama de utilaj, aparataj și materiale ale instituției este dependentă de nivelul de asigurare tehnico-materială, posibilitățile tehnologice ale instituției, calificarea medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari și obligatoriu, va include:

1. Atât utilaj și aparataj stomatologic necesar în salonul curativ pentru activitatea medicului, cât și în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare (instalație stomatologică, aparataj de sterilizare, dacă nu se efectuează centralizat, bol de cauciuc pentru malaxarea materialelor amprentare, aparatul de deplasare al lucrărilor protetice fixe din cavitatea bucală, măsuță cu suprafața înclinată, sursă de căldură, aparatul Fox sau/și Larin, electroodontometru, mașina de șlefuit, bormașină de tehnică dentară, simulatoare, chiuvete, presă stomatologică, sobă de ars ceramică, sablator, etc.).

2. Materiale utilizate atât la etapele clinice de tratament protetic, cât și în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare (materiale amprentare alginate, siliconice, cimenturi de fixare a lucrărilor conjuncte, ceară stomatologică, ghips medical, superghips, aliaje ale metalelor inobile Cr–Ni și Cr–Co, aliaj ușor fuzibil, etc.).

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului

Pacientul, tratat protetic cu microproteze (incrustații, coroane de înveliș, coroane cu pivoți), trebuie să respecte următoarele recomandări:

1. În pofida faptului că microprotezele, după dimensiuni, nu depășesc proporțiile coroanei dintelui lezat, ele sunt percepute de pacient ca un corp străin, ce provoacă incomodități, în special în situațiile clinice când, din diverse motive, modifică relațiile de ocluzie cu dinții antagoniști sau/și cu cei vecini. Din aceste considerente, este necesară o perioadă de adaptare la microprotezele confecționate, care, individual, poate dura în medie de la câteva până la 30 de zile.

2. Îngrijirea igienică a microprotezelor nu se deosebește de cea a dinților naturali, care prevede curățarea prin periaj dentar seara, înainte de somn, și dimineața.

3. La prezența microprotezelor din materiale fragile (porțelan, acrilate, compozite), se exclud din rația alimentară produsele cu o duritate majoră (zahăr cuburi, pesmeți, etc.), nu se permite spargerea nucilor sau alte acțiuni similare, pentru a preveni fracturarea și apariția fisurilor cu consecințe de refacere ulterioară a microprotezelor.

4. Microprotezele dentare din acrilate sau compozite își pot schimba culoarea sub influența pigmentării de la cafea, ceai, tabagism, etc. În astfel de cazuri, e necesar a se adresa medicului pentru igienizare și lustruirea nouă a microprotezelor.

5. În scop profilactic, pacientul trebuie să se adreseze medicului o dată la 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului

Subsemnatul (a) _____,
care m-am prezentat pentru asistență medicală la _____,
(denumirea instituției)

am luat cunoștință de programul de diagnostic și tratament, de riscurile eventuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic, cât și în cazul refuzului aplicării lui, la fel, și de variantele alternative existente, precum și de costul asistenței medicale.

Identitatea și performanțele medicului _____
îmi sunt cunoscute.

Semnăturile, conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Bratu D., Nissbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezei fixe. Editura medicală. București, 2003.
3. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol. I., Ed. III, Geneva, 1997.
4. Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
5. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
6. Жулев Е. Н. Несъемные протезы. Нижний Новгород, 1995. – 365 с.
7. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы. Нижний Новгород, 2000. – 425 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR. 2

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC LA PREZENȚA RĂDĂCINII DINTELUI

Abrevierile folosite în document:

- LOC – Leziuni odontale coronare;
- DR – Dispozitiv radicular;
- DC – Dispozitiv coronar;
- DCR – Dispozitiv corono-radicular;
- IMSP – Instituții medico-sanitare publice.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Sub influența diferitor factori endogeni și exogeni, coroana naturală a dintelui, frecvent este lezată total. Cauzele acestei afecțiuni sunt procesele carioase și necarioase ale țesuturilor dentare dure, traumatismul.

Tabloul clinic, la prezența leziunilor odontale coronare totale (LOC totale), este influențat de etiologia procesului patologic, numărul dinților afectați, dinții monoradiculari sau dinții pluriradiculari, timpul ce s-a scurs de la lezarea totală, raportul zonei cervicale a coroanei cu parodontul marginal, starea resturilor coronare, prezența sau lipsa mobilității rădăcinii, poziția dinților adiacenți și a antagoniștilor, relațiile interocluzale etc. Particularitățile tabloului clinic sunt determinate de următoarele situații:

- 1) porțiunea cervicală a coroanei este situată supragingival până la 3,0 mm;
- 2) porțiunea cervicală a coroanei este situată la nivelul gingiei;
- 3) lezarea țesuturilor dentare depășește zona cervicală, astfel porțiunea radiculară fiind în profunzimea procesului alveolar;
- 4) situații clinice când un perete radicular (vestibular, oral, mezial, distal) este situat în profunzimea procesului alveolar, fapt ce și determină tactica intervențiilor. De rând cu acestea, față de rădăcina dintelui se înaintează mai multe cerințe, printre care vom menționa:
 - a) lungimea rădăcinii trebuie să fie mai mare decât înălțimea viitoarei coroane;
 - b) ea trebuie să fie dreaptă, cu canalul radicular penetrabil.

În paralel cu acestea, cât privește rădăcina dintelui, există mai multe cerințe, printre care vom menționa:

- a) lungimea rădăcinii trebuie să fie mai mare decât înălțimea viitoare a coroanei;
- b) ea trebuie să fie dreaptă, cu canalul radicular penetrabil;
- c) treimea apicală trebuie să fie obturată, iar țesuturile apicale nu trebuie să aibă semne de inflamație cronică;
- d) rădăcina să fie stabilă;
- e) țesuturile porțiunii radiculare să fie dure, să nu fie afectate de caria dentară, fără semne de demineralizare, etc.

A.1. Diagnosticul: leziune odontală coronară totală

Stabilirea absenței totale a coroanei dintelui nu prezintă dificultăți și se realizează prin inspecție. Însă obligatoriu se va efectua un examen complementar pentru a determina posibilele complicații în țesuturile periapicale și în alte componente ale sistemului stomatognat (arcadele dentare, etc.).

Păstrarea rădăcinii curabile este o problemă actuală în tratamentul protetic la prezența breșelor arcadele dentare, indiferent de situația clinică. Extracția rădăcinilor curabile complică tratamentul protetic. Restabilirea coroanei total lezate este posibilă prin 2 metode:

- a) prin aplicarea coroanelor de substituție;
- b) prin aplicarea coroanelor de înveliș pe bont artificial.

Exemple:

1. Leziune odontală coronară totală a d. 1.1 ca urmare a cariei dentare complicate, migrare verticală a dintelui antagonist, dereglări de fonție și fizionomice (estetice).

2. Leziune odontală coronară totală a d. 2.3 ca rezultat al traumei, dereglări fizionomice (estetice).

A.2. Codul bolii (CIM 10)

Forma nozologică: Rădăcina dintelui KO8.3.

Rădăcina dintelui poate fi folosită în scop protetic atât al dinților monoradiculari, cât și al dinților pluriradiculari, dacă corespunde cerințelor respective.

A.3. Utilizatorii

Atât instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.), indiferent de subordonare, cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului

A spori stabilirea unificată a diagnosticului, eficiența și nivelul tratamentului protetic prin:

- 1) Unificarea modalităților de diagnostic și de stabilire a cerințelor privind rădăcina dintelui în scopul păstrării și aplicării indicațiilor pentru tratamentul restaurativ cu microproteze.
- 2) Argumentarea alegerii metodei de restaurare (coroană de substituție, coroană pe bont artificial).
- 3) Unificarea etapelor clinico-tehnice de tratament protetic în dependență de tipul microprotezei și tehnologie.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Leziunile odontale coronare totale – prezintă patologii manifestate clinic prin lezarea totală a coroanei naturale a dintelui ca rezultat al proceselor carioase, abraziunii patologice a țesuturilor dure, hipoplaziei, traumei, etc. Gradul dereglărilor funcționale este dependent de topografia dintelui și numărul dinților lezați, influențând negativ așa funcții, ca incizia alimentelor, estetica, actul de masticăție.

Leziunile odontale coronare totale pot fi de 4 categorii:

- 1) Porțiunea cervicală a coroanei este situată supragingival până la 3,0 mm în totalitate.
- 2) Porțiunea cervicală a coroanei este situată la nivelul gingiei de jur împrejur.
- 3) Porțiunea radiculară a dintelui este situată în profunzimea procesului alveolar.
- 4) Situații clinice mixte, când un perete radicular (vestibular, oral, mezial, distal) este situat în profunzimea procesului alveolar, fapt ce determină și tactica intervențiilor.

Microprotezele dentare – remedii curativo-profilactice, prezentate de coroane de substituție sau coroane de înveliș pe bont artificial, care agregă prin cimentare la rădăcina dintelui sau/și la bontul artificial. Ele mai sunt cunoscute ca construcții pivotate unidentare, lucrări conjuncte unidentare.

A.9. Informație epidemiologică

Ținând cont de faptul că LOC totale se manifestă prin prezența rădăcinii dintelui, care poate fi curabilă și corespunzătoare cerințelor de a fi folosită în scop protetic și/sau incurabilă, necorespunzătoare cerințelor privind utilizarea în scop protetic.

Literatura de specialitate oferă date insuficiente referitoare la epidemiologia acestei patologii. Autorii se referă preponderent la stabilirea indicațiilor și tehnologia de confecționare a pieselor protetice respective (Копейкин В. Н. „Ортопедическая стоматология”, М. „Медицина”, 1988; Postolachi I. și colab. „Protetica dentară”, Ed. „Știința”, Chișinău, 1993; Иорданишвили А. К. „Клиническая ортопедическая стоматология”, Санкт-Петербург, 2001; Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М. «Ортопедическая стоматология». Санкт-Петербург, «СпецЛит», 2003; и др.).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare al specialiștilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Atât varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare al asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare, poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă, eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare, nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru stabilirea diagnosticului, după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii
Diagnosticul LOC: Forma nozologică: Rădăcina dintelui: K08.3 (leziune odontală coronară totală).	Sunt bazate pe rezultatele examenului clinic pentru a stabili diagnosticul preventiv și indicațiile pentru tratamentul protetic.	1. Investigații obligatorii: - anamneza; - inspecția; - palpația; - sondarea; - percuția; - radiografia (dento-parodontală, ortopantomografia); - diagnosticarea indicilor necesari tratamentului protetic. 2. Investigații suplimentare: - consultația medicului stomatolog-chirurg; - consultația medicului stomatolog-terapeut; - modele de diagnostic.

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată în domeniul proteticii dentare se efectuează pe trepte, conform nivelului de organizare al asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secție de protetică dentară raională → secție de protetică dentară orășenească (municipală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”), la trimiterea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

Teste alergologice la materialele preconizate pentru confecționarea pieselor protetice.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritm general de conduită al pacientului

Pacientului i se recomandă:



Respectarea regulilor de igienă orală.



La apariția durerilor (acute, surde, spontane, nocturne etc), a mobilității piesei protetice, defectelor în DC, a se adresa la medicul stomatolog în orice instituție stomatologică.



A vizita medicul stomatolog 1 dată la 6 luni pentru examenul cavității bucale în scop profilactic.

C.1.2. Algoritm de intervenții

Intervențiile stomatologice în scop protetic, la prezența rădăcinii dintelui, corespunzătoare cerințelor privind restituirea cu coroane de substituție, se vor efectua după asanarea obligatorie a cavității bucale și pregătirea proprotetică (specială), la necesitate. Caracterul și consecutivitatea intervențiilor sunt dependente de tipul ales al microprotezei, de comun acord cu pacientul, și confirmate atât prin semnătura sa în fișa de observație, cât și de tehnologiile confecționării DR și DC.

Consecutivitatea intervențiilor

↓

Realizarea etapelor clinice, pe vizite în corespundere cu particularitățile de structură ale piesei protetice și ale tehnologiei alese.

↓

Realizarea etapelor tehnice conform proceselor tehnologice prevăzute pentru construcția aleasă și materialul din care se va confecționa.

C. 2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC CU COROANE DE SUBSTITUȚIE

C.2.1. Clasificarea clinică a leziunilor odontale coronare totale

În aspect clinic, V. N. Kopeikin consideră rațional de a deosebi următoarele situații clinice ale LOC totale:

- 1) Porțiunea cervicală a coroanei este situată supragingival până la 3,0 mm de jur-împrejur.
- 2) Porțiunea cervicală a coroanei este situată la nivelul gingiei în toate sectoarele.
- 3) Porțiunea radiculară a dintelui este situată în profunzimea alveolară a procesului alveolar.

C.2.2. Algoritmul de tratament protetic al leziunilor odontale coronare totale

La prezența LOC totale, în baza investigațiilor clinice și paraclinice, se stabilește tipul lucrării protetice, după ce urmează desfășurarea etapelor de realizare. Actualmente, de rând cu coroanele de substituție (dinți cu pivot) din acrilat, Richmond, Iliina-Marcosian, sunt utilizate frecvent coroanele de înveliș pe bont artificial.

C.2.2.1. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanelor de înveliș pe bont artificial

Această metodă de tratament protetic, la prezența rădăcinii dintelui, prevede confecționarea următoarelor piese:

- a) dispozitivul corono-radicular;
- b) coroana de înveliș.

Metoda se realizează în două etape: la început este executat dispozitivul corono-radicular, iar mai apoi – coroana de acoperire.

Dispozitivul corono-radicular sau bontul artificial se confecționează din aliajele aurului, argint-paladiu, crom-cobalt, crom-nichel, polimeri, materiale compozite, fibre de sticlă.

Se folosesc 4 tehnici de confecționare a bontului artificial cu pivot sau dispozitivului corono-radicular:

- 1) Modelarea bontului artificial din polimeri, compozite direct în cavitatea bucală pe pivotul metalic sau din fibre de sticlă deja adaptat;
- 2) Modelarea directă din ceară a DR și DC cu transformarea ulterioară în metal;
- 3) Metoda indirectă de confecționare a DR și DC în laboratorul de tehnică dentară;
- 4) Utilizarea dispozitivelor corono-radiculare metalice standarde.

După confecționarea dispozitivului corono-radicular și cimentarea în canalul radicular, urmează etapele clinico-tehnice de executare a coroanei de înveliș din materialul ales, după cum prevede următoarea etapă.

Vizita I

Prepararea la colet și a suprafeței de secțiune corono-radiculară și a avantraiului

Dezobturarea canalului radicular, dacă n-a fost efectuat anterior.

Dacă medicul-stomatolog protetician este posesor de licență în acest domeniu, va efectua de sine stătător intervenția, apoi urmează pregătirea lăcașului radicular pentru DR și modelarea machetei din ceară a DCR prin metoda directă.

Vizita II

Proba DCR în cavitatea bucală, obținută după turnare din aliaj destinat în acest scop și cimentarea.

Prepararea muchiilor posibile și amprentarea pentru confecționarea coroanei de înveliș din materialul respectiv (aliaj metalic, acrilate, ceramică mixtă).

Vizita III

Proba coroanei de înveliș, lustruirea și fixarea (cimentarea).

Cât privește confecționarea coroanei de înveliș mixtă, în cadrul acestei vizite se va realiza proba componentei metalice, se va alege culoarea placajului, iar finisarea lucrării se va produce în cadrul vizitei ulterioare.

C.2.2.2. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanei de substituție simplă (acrilică)

Vizita I

Dezobturarea canalului radicular, dacă n-a fost special pregătit în acest scop, sau trimiterea pacientului la medicul-stomatolog terapeut pentru realizarea tratamentului endodontic, dacă n-a fost efectuat anterior. Dacă medicul-stomatolog protetician este posesor de licență în acest domeniu, intervenția respectivă o poate efectua de sine stătător.

Prepararea și amprentarea canalului radicular pentru confecționarea dispozitivului radicular.

Vizita II

Proba dispozitivului radicular, prepararea resturilor radiculare (bontului radicular), amprentarea cu material siliconic și alegerea culorii acrilatului.

Vizita III

Proba coroanei de substituție simplă, corecția în ocluzia funcțională și fixarea (cimentarea).

C.2.2.3. Etapele clinico-tehnice de confecționare a coroanei de substituție cu dispozitiv coronar compus

Din coroanele de substituție cu dispozitiv coronar compus fac parte: coroana de substituție Ilina-Marcosean, coroana de substituție Richmond.

Vizita I

Dezobturarea canalului radicular, dacă n-a fost pregătit în acest scop, sau trimiterea pacientului la medicul-stomatolog terapeut pentru realizarea tratamentului endodontic, dacă n-a fost efectuat anterior.

Dacă medicul-stomatolog protetician este posesor de licență în acest domeniu, va efectua de sine stătător intervenția. Pregătirea canalului radicular, a resturilor (bontului) radiculare și amprentarea.

Vizita II

Proba dispozitivului radicular cu incrustație (Irina-Marcosean) sau a dispozitivului radicular cu căpăcelul supraradicular (Richmond).

Amprentarea și alegerea culorii acrilatului.

Vizita III

Proba definitivă a coroanei de substituție cu dispozitiv coronar compus, corecția și fixarea (cimentarea).

D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PROTETIC

În baza diagnosticului, se vor evalua cerințele privind rădăcina dintelui și se vor preciza indicațiile față de tratamentul protetic. Raționamentul tratamentului protetic va consta în reabilitatea integrității arcadei dentare respective, în situațiile clinice când rădăcina (rădăcinile) corespunde cerințelor privind restaurarea protetică, sau se vor crea posibilități, în acest scop, cu folosirea atât a punților dentare fixe, cât și a protezelor parțial mobilizabile în edentațiile subtotale.

Complicații posibile precoce:

- acutizarea procesului patologic cronic;
- gingivită traumatică în zona dintelui respectiv;
- ocluzie traumatică;
- fracturarea pereților radiculari.

Complicații posibile tardive:

- descimentări;
- retracție gingivală;

- fracturarea DR;
- carie secundară;
- mobilitatea patologică a complexului rădăcină-coroană de substituție.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (IMSP, privată, departamentală, prezentată prin cabinet, secție, raională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare, prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu includ:

Personal:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție, prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Utilaj, aparataj, materiale:

Gama de utilaj, aparataj și materiale ale instituției este dependentă de nivelul de asigurare tehnico-materială, posibilitățile tehnologice ale instituției, calificarea medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari și obligatoriu va include:

1. Atât utilaj și aparataj stomatologic necesar în salonul curativ pentru activitatea medicului, cât și în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare (instalație stomatologică, aparataj de sterilizare, dacă nu se efectuează centralizat, bol de cauciuc pentru malaxarea materialelor amprentare, aparatul de deplasare al lucrurilor protetice fixe din cavitatea bucală, măsuță cu suprafața înclinată, sursă de căldură, aparatul Fox sau/și Larin, electroodontometru,

mașină de șlefuit, bormașină de tehnică dentară, simulatoare, chiuvete, piesă stomatologică, sobă de ars ceramică, sablator, etc).

2. Materiale utilizate atât la etapele clinice de tratament protetic, cât și în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare (materiale amprentare alginat, siliconice, cimenturi de fixare a lucrărilor conjuncte, ceară stomatologică, ghips medical, super ghips, aliaje ale metalelor inobile Cr–Ni și Cr–Co, aliaj ușor fuzibil, etc.).

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului

Pacientul, tratat protetic cu coroane de substituție sau/și coroane de înveliș pe bont artificial, trebuie să respecte următoarele recomandății:

1. În pofida faptului că microprotezele, după dimensiuni, nu depășesc proporțiile coroanei dintelui lezat, ele sunt percepute de pacient ca un corp străin, ce provoacă incomodități, în special în situațiile clinice, când, din diverse motive, modifică relațiile de ocluzie cu dinții antagoniști sau/și cu cei vecini. Din aceste considerente, este necesară o perioadă de adaptare la microprotezele confecționate care, individual, poate dura în medie de la câteva zile până la 30 de zile.

2. Îngrijirea igienică a microprotezelor nu se deosebește de cea a dinților naturali, care prevede curățarea prin periaj dentar seara, înainte de somn, și dimineața.

3. La prezența microprotezelor din materiale fragile (porțelan, acrilate, compozite), se exclud din rația alimentară produsele cu o duritate majoră (zahăr cuburi, pesmeți, etc.), nu se permite spargerea nucilor sau alte acțiuni similare, pentru a preveni fracturarea și apariția fisurilor cu consecințe de refacere ulterioară a microprotezelor.

4. Microprotezele dentare, confecționate din acrilate sau compozite, își pot schimba culoarea sub influența pigmentării de la cafea, ceai, tabagism, etc. În astfel de cazuri, e necesar a se adresa medicului pentru igienizare și lustruirea nouă a microprotezelor.

5. În scop profilactic, pacientul trebuie să se adreseze medicului o dată la 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului

Subsemnatul (a) _____,
care m-am prezentat pentru asistență medicală la _____,
(denumirea instituției)
am luat cunoștință de programul de diagnostic și tratament, de riscurile
eventuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnos-
tic, cât și în cazul refuzului aplicării lui, la fel, și de variantele alternative
existente, precum și de costul asistenței medicale.

Identitatea și performanțele medicului _____
îmi sunt cunoscute.

Semnăturile, conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Bratu D., Nissbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezei fixe. Editura medicală. București, 2003.
3. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol. I., Ed. III, Geneva, 1997.
4. Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
5. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
6. Гаврилов Е. И. и Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология, М., «Медицина», 1984. – 576 с.
7. Жулев Е. Н. Несъемные протезы. Нижний Новгород, 1995. – 365 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR. 3

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PROTETIC AL ABRAZIUNII INTENSIVE A DINȚILOR

Abrevierile folosite în document:

DVO – Dimensiunea verticală de ocluzie;

ATM – Articulația temporo-mandibulară;

ORL – Oto-rino-laringologie;

IMSP – Instituție medico-sanitară publică.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Abraziunea intensivă a dinților (abraziunea patologică a dinților, abraziunea patologică a țesuturilor dentare, abraziunea dentară) prezintă o afecțiune stomatologică, care este caracterizată printr-o micșorare abraziune rapidă și intensivă a suprafeței ocluzale și incizale a dinților (smalțului și dentinei) într-un timp comparativ scurt. Această patologie dereglează morfologia coronară, provoacă dureri la excitanți termici, chimici, mecanici, conduce la suprasolicitarea funcțională a dinților și traumarea țesuturilor moi. De rând cu așa dereglări funcționale, ca cele ale actului de masticatie, fonație, fizionomie, abraziunea intensivă a dinților duce la complicații locale (pulpite, periodontite, mobilitate patologică a dinților, deformații ale arcadelor dentare, migrări dentare) și loco-regionale (disfuncții musculare, articulare). Frecvența abraziunii intensive a dinților (abraziunea ocluzală) este diferită în diverse grupe de vârstă a populației: 25–30 de ani – 4%; 31–40 de ani – 23%; 41–50 de ani – 35%; 51–60 de ani – 23%.

Întârzierea acordării ajutorului necesar conform protocolului duce la agravarea procesului patologic cu dezvoltarea rapidă a complicațiilor locale și loco-regionale dificile pentru tratamentul protetic.

A.1. Diagnosticul: abraziune intensivă (patologică) a dinților

Această patologie include toate varietățile de abraziune intensivă (patologică) a țesuturilor dure dentare. Însă, ținând cont de faptul că, sub influența diferitor factori etiologici, cel mai frecvent se supun abraziunii intensive suprafețele ocluzale ale dinților, conform clasificării CIM–10 această formă este considerată ca formă nozologică separată. Totodată,

pentru stabilirea diagnosticului care va sta la baza întocmirii planului de tratament, medicul-protetician are nevoie de un diagnostic diferențiat cu elucidarea criteriilor clinice ale patologiei. În acest scop există mai multe clasificări, însă considerăm că cele mai utile sunt clasificarea conform autorului Gavrilov E. I., care reflectă forma clinică a abraziunii intensive ocluzale, și clasificarea Perier, la baza căreia a fost pus gradul de abraziune patologică a dinților. Autorii Trezubov V. N., Șcerbakov A. S. și Mișnev L. M., ca forme clinice ale patologiei evidențiază și defectele cuneiforme, și eroziunea suprafețelor vestibulare ale dinților frontali.

Clasificarea potrivit autorului Gavrilov E. I.

A. Formele clinice ale abraziunii intensive (patologice) ocluzale:

- Forma limitată (localizată) decompensată/compensată;
- Forma difuză (generalizată) decompensată/compensată.

Gradul de abraziune:

După Perier:

- gr. I (în limitele smalțului);
- gr. II (cu apariția porțiunilor de dentină);
- gr. III (porțiunile comunică între ele);
- gr. IV (dezgolirea totală a dentinei);
- gr. V (abraziunea până la deschiderea camerei pulpare).

B. Defectele cuneiforme.

C. Eroziunea suprafețelor vestibulare ale dinților.

Exemple:

1. Abraziune patologică generalizată, decompensată, gr. II Perier, ca urmare a bruxismului, hiperestezia dinților la excitanți termici și chimici, dereglări estetice.
2. Abraziune patologică generalizată, compensată, gr. III Perier, ca urmare a ocluziei cap-la-cap și folosirii alimentelor dure, dereglări de masticatie, complicată cu edentație parțială, cl. I Kennedy, la ambele maxilare.
3. Abraziune patologică localizată în zona d. 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, compensată, gr. II Perier, în urma activității profesionale ca

muzicant, dereglări fizionomice complicate cu edentație parțială, cl. III Kennedy, la ambele maxilare.

4. Abraziune patologică generalizată decompensată, în zona dinților laterali, gr. II și a dinților frontali, gr. III Perier, hiperestezia dinților la excitanți termici, chimici, dereglări de masticăție, estetice.

A.2. Codul bolii: (CIM 10)

- **Forma nozologică:** Abraziunea intensă a dinților: KO3.O
- **Forma nozologică:** Abraziunea intensă ocluzală: KO3.OO

A.3. Utilizatorii

Atât instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.), indiferent de subordonare, cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului

A spori stabilirea unificată a diagnosticului, eficiența și nivelul tratamentului protetic prin:

- a) unificarea proceselor de diagnostic și de formulare a indicațiilor privind alegerea remediilor curativo-profilactice de restaurare morfologică a dinților abraziați și normalizarea funcțiilor dereglate;
- b) argumentarea pregătirii proprotetice a pacientului, alegerii metodei și variantei optime de tratament protetic (incrustații, coroane de înveliș, punți dentare, proteze mobilizabile) cu restabilirea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) prin una din metodele clasice (antropometrică, anatomo-fiziologică) sau modernă (funcțională);
- c) unificarea strategiei tratamentului protetic conform conceptului de reabilitare morfofuncțională a pacienților cu abraziune patologică a dinților.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Abraziune intensivă (patologică) a dinților – stare patologică a sistemului dento-maxilar, pentru care este caracteristică abraziunea intensivă a țesuturilor dentare în timp relativ scurt.

Abraziunea fiziologică sau funcțională a dinților – starea fiziologică, care începe din perioada formării arcadei dentare și are loc pe tot parcursul vieții. Acest fenomen se datorează contactelor interdente în timpul actului de masticatie și se manifestă lent, până la limita smalț-dentină, odată cu avansarea vârstei având un rol fiziologic important în ce privește menținerea echilibrului ocluzio-articular.

Defecte cuneiforme – defecte în formă de clin (pană) în limitele smalțului sau dentinei pe suprafețele vestibulare ale dinților frontali în zona cervicală.

Eroziunea suprafețelor vestibulare a dinților se manifestată prin abraziunea smalțului cu formarea suprafețelor netede, lucioase și dure.

A.9. Informație epidemiologică

Frecvența abraziunii intensive (patologice) a dinților este diferită în diverse grupe de vârstă ale populației: 25–30 de ani – 4%; 31–40 de ani – 23%; 41–50 de ani – 35%; 51–60 de ani – 23%.

Autorii Alexeev V. A., Brozgoli A. M., Kopeikin V. N., în perioada anului 1998 menționau că această patologie se întâlnește la persoanele de vârstă medie, atingând 35% către 40–50 de ani, însă mai frecvent la bărbați decât la femei.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este condiționat de nivelul de calificare a specialistilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Atât varietatea de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare, pot fi realizate în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă, eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare, nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru stabilirea diagnosticului, după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pași (măsurile)
Diagnosticul: Forma nozologică: Abraziunea intensivă a dinților: KO3.O Forma nozologică: Abraziune intensivă ocluzală: KO3.OO	Sunt bazate pe rezultatele examenului clinic pentru stabilirea diagnosticului preventiv și indicațiile către tratamentul protetic	1. Investigații obligatorii: - anamneza; - inspecția; - palpația; - sondarea; - percuția; - termodiagnosticul; - electroodontometria; - radiografia (dento-parodontală, ortopantomografia); - determinarea DVO. 2. Investigații suplimentare: - modele de diagnostic; - tomografia ATM; - consultația medicului-neurolog; - consultația medicului- fizioterapeut; - consultația medicului-ORL; - consultația medicului-psihiatru.

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată a pacienților cu abraziune intensivă (patologică) a dinților se efectuează pe trepte (cabinet stomatologic → cabinet sau secția de protetică dentară raională, secție de protetică dentară orășenească (municipală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”, la trimiterea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Electromiografia mușchilor maseterici și temporali;
2. Ocluziografia.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului:

Pacientului i se recomandă:



Respectarea regulilor de igienă.



La observarea abraziunii intensive a dinților, manifestată prin distrugerea reliefului ocluzal, micșorarea înălțimii coroanelor dinților, hiperestezie la agenți chimici, termici, mecanici, dereglări din partea ATM, a se adresa medicului-stomatolog în orice instituție stomatologică.



A vizita medicul stomatolog 1 dată la 6 luni pentru examenul cavității bucale în scop profilactic.

C.1.2. Algoritm de intervenții

Intervențiile stomatologice în scopul tratamentului protetic al pacienților cu abraziune intensivă (patologică) a dinților se vor efectua după asanarea obligatorie a cavității bucale și pregătirea proprotetică (la necesitate). Caracterul și consecutivitatea intervențiilor sunt dependente de forma clinică a patologiei; gradul de manifestare, afecțiunile stomatologice asociate (edentații parțiale, migrări dentare, etc.) și starea funcțională a ATM. Caracterul și consecutivitatea intervențiilor sunt

coordonate cu pacientul și confirmate prin semnătura sa în fișa de observație.

Consecutivitatea intervențiilor



Pregătirea proprotetică a cavității bucale (devitalizarea dinților la indicații, nivelarea planului de ocluzie la prezența migrărilor dentare, la manifestarea clinică a sindromului Costen, etc.).



Realizarea etapelor clinice, pe vizite, conform tehnologiei de tratament utilizate în raport cu particularitățile tabloului clinic al patologiei.



Realizarea etapelor tehnice conform proceselor tehnologice prevăzute de tipul microprotezei și materialului utilizat.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESLOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC DUPĂ PREGĂTIREA PRE- ȘI PROTOTETICĂ A CAVITĂȚII BUCALE

C.2.1. Clasificarea clinică a abraziunii intensive (patologice) a dinților (abraziunea ocluzală și atipică)

A. Formele clinice ale abraziunii intensive (patologice) ocluzale:

- Forma limitată (localizată) decompensată/compensată;
- Forma difuză (generalizată) decompensată/compensată.

Gradul de abraziune:

După Perier:

- gr. I (în limitele smalțului);
- gr. II (cu apariția porțiunilor de dentină);
- gr. III (porțiunile comunică între ele);
- gr. IV (dezgolirea totală a dentinei);
- gr. V (abraziunea până la deschiderea camerei pulpare).

B. Defectele cuneiforme.

C. Eroziunea suprafețelor vestibulare a dinților.

C.2.2 Algoritmul și particularitățile tratamentului protetic al abraziunii intensive a dinților (abraziunea ocluzală)

Tratamentul abraziunii intensive a dinților (abraziunea ocluzală) se realizează în dependență de forma și varianta clinică, de gradul de abraziune al țesuturilor dentare.

C.2.2.1. Abraziunea intensivă a dinților forma localizată

La prezența variantei decompensate, în dependență de gradul de abraziune, se ia decizia privind devitalizarea dinților abraziați. În scopul restabilirii formei anatomice a dinților lezați, se utilizează incrustații și coroane de înveliș: turnate, mixte și, mai rar, ștanțate.

În cazurile clinice cu manifestarea proceselor compensatorii (forma compensată), tratamentul va fi etapizat.

La etapa I se vor folosi aparatele (dispozitivele) de dezocluzie cu crearea spațiului respectiv.

Etapa II prevede restabilirea morfologiei coronare cu metode ortopedice. La necesitate, se rezolvă problema devitalizării dinților respectivi sau se ia și decizia despre gingivo-osteoplastie cu tratament protetic ulterior.

C.2.2.2. Abraziunea intensivă a dinților, forma generalizată, fără micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (compensată)

Tratamentul are ca scop prevenirea avansării abraziunii fără restabilirea parametrilor estetici, cu crearea a trei puncte de contact după triunghiul Bonwill (un punct în zona frontală și câte unul în zonele laterale ale arcadei dentare), prin utilizarea incrustațiilor și a coroanelor de înveliș. La necesitatea restabilirii formei anatomice și esteticii, tratamentul se va realiza etapizat:

I – metoda restructurării reflexului miotatic (cu utilizarea gutierelor dentare, dento-alveolare). Totodată, în dependență de gradul de abraziune, se decide oportunitatea devitalizării dinților respectivi;

II – în dependență de gradul de abraziune al dinților și prezența breșelor arcadei dentare, se vor utiliza incrustații, coroane de înveliș, coroane pe bont artificial, coroane cu pivot și alte construcții pivotate, în combinație cu punți dentare sau proteze parțial mobilizabile – la indicație.

În cazuri clinice dificile, se va recurge la combinarea metodelor nominalizate cu utilizarea coronoplastiei (gingivo-osteoplastice).

C.2.2.3. Abraziunea intensivă a dinților, forma generalizată, cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (decompensată)

La absența dereglărilor esențiale din partea articulației temporo-mandibulare, restabilirea morfologiei coronare și a dimensiunii verticale de ocluzie se va realiza prin tratament protetic cu utilizarea, la indicație, a coroanelor de înveliș, construcțiilor pivotate, punților dentare, protezelor parțial mobilizabile – în diferite combinații. Dimensiunea verticală de ocluzie în astfel de situații clinice se va stabili prin metoda anatomo-fiziologică.

La prezența dereglărilor articulare semnificative, tratamentul protetic se va realiza etapizat:

I etapă – metoda restructurării reflexului miotic cu normalizarea funcției articulației temporo-mandibulare. La această etapă dimensiunea verticală de ocluzie se determină după metoda anatomo-fiziologică, confecționând gutiere dentare, dento-alveolare sau alte dispozitive – la indicație.

Pe parcursul a mai multor vizite, prin majorarea dimensiunii verticale de ocluzie cu ajutorul acrilatelor autopolimerizabile sau prin șlefuirea gutierelor (dispozitivelor) micșorând această dimensiune, se identifică acea valoare, care este optimală pentru normalizarea funcției articulației temporo-mandibulare (metoda funcțională de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie).

II etapă – tratamentul protetic, care se va realiza, la indicație, după 3–4 săptămâni, cu utilizarea coroanelor de înveliș, a construcțiilor pivotate, punților dentare, protezelor parțial mobilizabile în combinații, conform tabloului clinic.

Dimensiunea verticală de ocluzie la aplicarea acestor piese protetice este deja determinată prin metoda funcțională și, deci, se preia doar.

Oportunitatea devitalizării unor dinți se stabilește individual, în dependență de gradul de abraziune al dinților.

C.2.3. Algoritmul și particularitățile tratamentului protetic al formei clinice a abraziunii intensive (patologice) a dinților, manifestată prin defecte cuneiforme

În pofida faptului că defectele cuneiforme pot avea și o etiologie necunoscută, se consideră că sub influența periajului dentar și a efectului abraziv al prafului și pastelor de dinți e posibilă apariția acestor defecte. Autorul Burluțki A. S., referindu-se la opiniile unor atare autori cunoscuți, ca Trezubov V. N., Șcerbakov A. S., Mișnev L. M. (2003) deosebește trei forme clinice ale defectelor cuneiforme: radiculară, coronară, cervicală. Ele pot afecta 1–2 dinți (de focar) și mai mulți – difuză.

Ținând cont de dereglările funcționale produse de defectele cuneiforme (hiperestezia dinților la acțiunea agenților termici, chimici, mecanici, dereglări estetice), restabilirea morfofuncțională a dinților afectați prevede confecționarea microprotezelor (incrustații – inlay-iuri, a vinirelor, coroanelor de înveliș) prin tehnica de laborator sau incrustațiilor (obturațiilor) și vinirelor prin tehnica directă cu utilizarea polimerilor (cu priză chimică, fotopolimeri).

Algoritmul confecționării microprotezelor, în dependență de tipul construcției și materialul utilizat, este redat, pe vizite, în „Protocolul clinic de diagnostic și tratament protetic al leziunilor ocluzale coronare”.

C.2.4. Algoritmul și patricularitățile tratamentului protetic al formei clinice a abraziunii intensive (patologice), manifestată prin eroziunea suprafețelor vestibulare ale dinților

Această formă clinică a abraziunii intensive (patologice) a dinților se manifestă prin abraziunea progresivă a smalțului suprafețelor vestibulare ale dinților. Sectoarele abraziante sunt netede, lucioase și dure.

Atare dereglări morfologice conduc la apariția hipersensibilității dinților la excitanții termici, mecanici, chimici și influențează negativ aspectul estetic. Indicațiile privind tratamentul restaurativ și sunt determinate de gradul dereglărilor morfologice și funcționale.

În acest scop pot fi utilizate atât vinirele din acrilate, ceramică, compozite sau coroanele de înveliș fizionomice nemetalice, cât și cele mixte: metalo-ceramice, metalo-acrilice, metalo-compozite.

Datorită succeselor obținute în domeniul biomaterialelor, odată cu elaborarea polimerilor (cu priză chimică și foto), restaurarea morfologi-

că a dinților în astfel de situații clinice a devenit posibilă și prin tehnica directă, cu utilizarea vinirelor din materiale fotopolimerizabile într-o ședință.

Algoritmul tratamentului protetic cu diferite tipuri de microproteze, specificate deja, a fost expus în „Protocolul clinic de diagnostic și tratament protetic al leziunilor odontale coronale”.

D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA DIFERITE ETAPE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În toate situațiile clinice ale abraziunii intensive a dinților (abraziunea ocluzală), în urma tratamentului protetic restaurativ se va reuși reducerea gradului de exprimare simptomatologică a patologiei, fără vindecare. Însă, după tratamentul protetic imediat și la distanță, este posibilă apariția complicațiilor, despre care pacientul va fi informat.

Complicațiile posibile precoce:

- hiperestezia dinților preparați cu microproteze;
- pulpite traumatice ale dinților preparați;
- periodontite traumatice ale dinților în supraocluzie;
- suprasolicitarea funcțională a dinților în supraocluzie;
- stomatite toxico-alergice;
- gingivite traumatice;
- galvanoza cavității bucale.

Complicații posibile tardive:

- pulpite traumatice ale dinților preparați;
- mobilitatea patologică a dinților suprasolicitați;
- perforarea coroanelor de înveliș;
- descimentări;
- fracturi ale protezelor mobilizabile.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE, NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană), sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare, prevăzută de Regulamentul instituției date, și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție, prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare al medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;
- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului

Pacientul cu abraziune intensivă (patologică) a dinților, fiind tratat protetic cu diferite tipuri de proteze dentare, trebuie să respecte următoarele recomandări:

1. La prezența microprotezelor și punților dentare, care, după dimensiuni, nu depășesc suprafețele coroanelor dinților restanți, pacientul este atenționat că perioada de adaptare individuală poate varia în medie de la câteva zile până la 30 de zile;

2. La prezența protezelor dentare mobilizabile perioada de adaptare este dependentă de numărul dinților lipsă, gradul de atrofiere al proceselor alveolare, dimensiunile protezei, de caracterul tratamentului protetic anterior etc. Din aceste considerente, perioada de adaptare, fiind individuală, durează de la 2 săptămâni până la 30 de zile și mai mult;

3. Îngrijirea igienică a cavității orale, la prezența microprotezelor fixe, nu se deosebește de cea a dinților naturali, care prevede curățarea prin periaj dentar seara, înainte de somn, și dimineața. La prezența protezelor parțial mobilizabile îngrijirea igienică este mai simplă decât la prezența protezelor dentare fixe. Pacientului i se recomandă clătături după mese, iar înainte de somn și dimineața – curățarea protezei cu aceleași remedii ca și în cazul dinților naturali. Înainte de somn, dacă nu sunt alte motive, este necesar de a detașa proteza din cavitatea bucală pentru a o păstra într-un vas special cu soluție dezinfectantă;

4. În scop profilactic, a se adresa medicului 1 dată la 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului

Subsemnatul (a) _____,
care m-am prezentat pentru asistență medicală la _____,
(denumirea instituției)
am luat cunoștință de programul de diagnostic și tratament, de riscurile
eventuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnos-
tic, cât și în cazul refuzului aplicării lui, la fel, și de variantele alternative
existente, precum și de costul asistenței medicale.

Identitatea și performanțele medicului _____
îmi sunt cunoscute.

Semnăturile, conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
2. Protocolul nr. 1.
3. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
4. Алексеев В. А., Брозголь А. М. Патологическая стираемость зу-
бов. М., «Медицина», 1970. – 89 с.
5. Бушан М. Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения.
Кишинёв. «Штиинца», 1979. – 184 с.
6. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология,
М., «Медицина», 1984. – 576 с.
7. Жулев Е. Н. Несъёмные протезы. Нижний Новгород, 1995. – 365 с.
8. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. Москва, «Меди-
цина», 1998. – с. 158.
9. Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М., Ортопедическая
стоматология. Санкт-Петербург, “СпецЛит”, 2003. – 480 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR. 4

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ADENTIEI (EDENTAȚIEI) PARȚIALE

Abrevierile folosite în document

OMS – Organizația mondială a sănătății

ATM – Articulația temporo-madibulară

IMSP – Instituție medico-sanitară publică

DVO – Dimensiunea verticală de ocluzie

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Adentia (edentația) parțială este una din cele mai frecvent întâlnită maladie stomatologică. Conform datelor OMS circa 75% din populația globului suferă de această patologie. Edentația parțială se întâlnește în toate grupele de vârstă a populației.

Lipsa parțială a dinților dereglează funcția de masticatie influențând astfel starea generală a organismului prin insuficiența asimilării substanțelor nutritive, afectarea tractului digestiv, a foneticii, esteticii, iar în unele cazuri și a psihicii, indiferent de vârsta pacientului.

Edentația parțială netratată protetic mai târziu de 2–3 luni după extracția dinților conform protocolului duce la apariția complicațiilor locale (abraziunea intensivă a țesuturilor dure a dinților restanți, suprasolicitarea funcțională a parodontului, migrări dentare, dezvoltarea fenomenului Thilleman, dereglarea cinematicii mandibulare), loco-regionale (disfuncția articulației temporo-mandibulare (ATM) cu sindromul dureros, disfuncția musculară cu manifestări de oboseală, spasme, dureri, dereglări mandibulo-craniene) și generale (afecțiuni ale tractului digestiv sau acutizarea maladiilor cornice, dereglări psihice).

Tratamentul edentației parțiale inoportun sau necalitativ, contribuie la apariția diverselor afecțiuni cu consecințe grave pentru sistemul stomatognat, printre care o deosebită importanță o au afecțiunile parodontului, a ATM și instalarea edentației totale (edentația totală secundară).

Simptomul principal al edentației parțiale este lipsa parțială la unul sau ambele maxilare de la 1 până la 13–15 dinți.

Tratamentul protetic a pacienților cu edentație parțială se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic, în secții (cabinete) acreditate în acest domeniu, cât și în instituțiile stomatologice private ce dispun de licență în domeniul stomatologiei ortopedice (protetica dentară). Asistența stomatologică ortopedică acestei categorii de pacienți i se acordă de către medici stomatologi proteticieni și medici stomatologi de profil general, care dispun de licență în domeniu. În procesul de acordare a asistenței medicale participă și personalul medical cu studii medii, în același număr și tehnicienii dentari.

A.1. Diagnosticul: adentie (edentație) parțială (hipodonția, oligodonția)

Această patologie include toate varietățile edentației parțiale, necâtând la faptul că conform clasificării CIM-10 se evedențiază numai o formă nozologică: Adentie parțială (hipodonția, oligodonția). Prin urmare, în scopul rezolvării protetice a diverselor forme clinice ale acestei patologii este necesar de a completa forma nozologică dată cu manifestările ei clinice conform clasificării Kennedy, considerată universală.

Exemple:

1. Edentație parțială secundară la ambele maxilare cl. I Kennedy ca urmare a cariei complicate, dereglarea actului de masticatie, complicată cu migrarea d. 15, 36.
2. Edentație parțială primară cl. III Kennedy la maxilă ca urmare a absenței mugurilor d. 1.4, 2.4, dereglări fizionomice, migrarea d. 3.4, 4.4.
3. Edentație parțială primară falsă cl. IV Kennedy ca urmare a retenției d. 1.3, 2.3 confirmată radiologic, dereglări fizionomice.
4. Edentație parțială secundară cl. I la maxilă, cl. III Kennedy la mandibulă ca urmare a parodontitei marginale cronice, dereglarea actului de masticatie, mobilitatea patologică gr. I a d. 1.4, 2.5, 3.7, 4.7.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

- **Forma nozologică:**

Adentie parțială (hipodontia, oligodontia) KOO.OO

- **Formele clinice:**

- Adenție (edentație) parțială primară;
- Adenție (edentație) parțială secundară;
- Adenție (edentație) parțială primară falsă;

- **Sinonime:** edentație parțială primară, edentație parțială secundară, lipsa parțială a dinților, defect al arcadei dentare, breșă a arcadei dentare.

Edentația parțială secundară diferă de edentația parțială primară prin faptul că pentru edentația primară este caracteristic adenția generată de lipsa sau distrugerea mugurilor dinților permanenți, pe când în edentația parțială secundară dinții sunt lipsă din cauza extracțiilor dentare din diferite motive (cario complicată, parodontite, traume, etc.).

Clasificări:

Clasificarea Kennedy.

Autorul deosebește 4 clase ale edentației parțiale:

- I – breșe terminale bilaterale ale arcadei dentare
- II – breșe terminale unilaterale ale arcadei dentare
- III – breșă intercalată în zona laterală a arcadei dentare
- IV – breșă intercalată în zona frontală a arcadei dentare.

În fiecare clasă autorul deosebește câte 4 subdiviziuni, în dependență de numărul breșelor în sectorul restant al arcadei dentare. Dacă numărul breșelor în acest sector este mai mare de cifra 4, atunci așa subdiviziune este considerată ca subdiviziunea I.

Clasificarea Gavrilov.

Autorul deosebește 4 grupe de breșe ale arcadei dentare:

- I – breșe terminale unilaterale și bilaterale.
- II – breșe intercalate (laterale – unilaterale, bilaterale și frontale).
- III – breșe combinate.
- IV – maxilare cu un dinte restant.

Stadia maladiei:

- Oricare.

Faza maladiei:

- stabilizarea procesului.

Complicațiile edentației parțiale secundare:

- fără complicații;
- cu complicații locale;
- cu complicații loco-regionale;
- cu complicații generale.

A.3. Utilizatorii:

Instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorie, spitale, etc.) indiferent de subordonare cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului:

De a spori determinarea unificată a diagnosticului, eficiența și nivelul tratamentului protetic prin:

- a) unificarea proceselor de diagnostic și de determinare a indicațiilor către tratamentul restaurativ protetic prin aplicarea implanturilor sau a protezelor mobilizabile;
- b) argumentarea alegerii metodei de tratament protetic (imediată, apropiată, tardivă);
- c) argumentarea alegerii construcției protezei parțiale mobilizabile – acrilice sau scheletizate;
- d) argumentarea alegerii elementelor de fixare a protezei parțiale mobilizabile (croșet simplu, croșet complicat, system telescopat, capse, culise, bare cu călăreți, etc.);
- e) argumentarea alegerii materialului de construire (tipul acrilatului, aliajului, etc.);
- f) unificarea etapelor clinico-tehnice de tratament protetic în dependență de tipul protezei, materialului ales și tehnologie.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009**A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014**

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Edentație – lipsa dinților pe una sau ambele arcade dentare.

Edentație parțială – lipsa parțială de la 1 până la 13–15 dinți pe una din arcadele dentare.

Edentație parțială primară – lipsa a unui sau mai mulți dinți pe una din arcadele dentare ca urmare de lipsă sau distrugerea mugurilor dinților permanenți.

Edentație parțială secundară – lipsa parțială de la 1 până la 13–15 dinți pe una din arcadele dentare ca urmare a extracțiilor dentare din diferite motive (cariu complicat, parodontite, traume, etc.).

Edentație parțială falsă – lipsa a unui sau mai mulți dintre una din arcadele dentare cu urmare a retenției lor în maxilare, confirmată radiologic.

Puntea dentară – prezintă un remediu curativo-profilactic cu caracter protetic posibil de aplicat în anumite situații clinice constituită din elemente de agregare pe dinții ce limitează breșa, corpul de punte ce înlocuiește dinții lipsă și fixată prin cimentare la dinții stâlpi.

Proteză parțială mobilizabilă – prezintă un remediu curativo-profilactic cu caracter protetic posibil de aplicat în orice varietate a edentației parțiale, din ce considerente este denumită și soluție de tratament universală a edentației parțiale. Poate fi detașată și instalată pe câmpul protetic de pacient. Orice proteză parțială mobilizabilă este compusă din șeile protezei, conectorul principal, care împreună alcătuiesc baza protezei, dinți artificiali și elementele de ancorare, fixare și stabilizare a protezei.

Proteză parțială mobilizabilă cu sprijin muco-osos – prezintă un remediu curativ-profilactic protetic cu sprijin exclusive muco-osos utilizat în formele clinice când numărul dinților prezenți este mic (1–4

dinți) sau parodontul dinților restanți este insuficient de a suporta presiuni declanșate de sprijinul protezei.

Proteză parțială mobilizabilă cu sprijin mixt (gingivo-parodontal) – prezintă un remediu curativo-profilactic proetic cu sprijin mixt – gingival și dento-parodontal ce permit transmiterea forțelor funcționale simultan prin intermediul parodontului dinților de sprijin, fibromucoasei și substratului osos a câmpului protetic.

A.9. Informație epidemiologică

Conform datelor OMS edentația parțială în diferite zone ale globului este întâlnită până la 75% populația examinată. Копейкин В. Н. indică frecvența acestei patologii la 40–75% din populația ce se adresează la medicul stomatolog (Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993; Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология, «Медицина», Москва, 1988; и др.)

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare a specialistilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru determinarea diagnosticului după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
<p>Diagnosticul edentației parțiale:</p> <p>Forma nozologică: Adentie (edentație) parțială (hipodontia, oligodontia) KOO.OO</p> <p>Forme clinice: Adentie (edentație) parțială primară Adentie (edentație) parțială secundară Adentie (edentație) primară falsă</p>	<p>Sunt bazate pe rezultatele examenului clinic pentru a determina diagnosticul preventiv și indicațiile către tratamentul protetic.</p>	<p>1. Investigații obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamneza - inspecția - palpația - sondarea - percuția - termodiagnostica - electroodontometria - radiografia (dento-parodontală, ortopantomografia) - auscultația ATM - determinarea gradului de deschidere a gurii - parodontometria - determinarea mobilității patologice a dinților - determinarea tipului de ocluzie - determinarea realțiilor interocluzale - determinarea DVO <p>2. Investigații suplimentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modele de diagnostic - tomografia ATM - radioviziografia - consultația medicilor specialiști (terapeut, chirurg, ortodont)

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată a pacienților cu adentie (edentație) parțială se efectuează pe trepte conform nivelului de organizare a asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secție de protetică dentară raională → secție de protetică dentară orașenească (municipală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N.Testemițanu”), la îndreptarea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Electromiografia mușchilor maseterici și temporali.
2. Teste alergologice.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului

Pacientului i se recomandă:



Respectarea regulilor de igienă orală.



Imediat (în timpul apropiat) după apariția breșei (lor) pe una sau ambele arcade dentare a se adresa medicului stomatolog pentru asanarea și pregătirea proprotetică a cavității bucale către tratamentul protetic (la necesitate).



Imediat (în timpul apropiat) după pregătirea preprotetică și proprotetică (la necesitate) a cavității bucale către tratamentul protetic a se adresa la medicul stomatolog-protetician în scop protetic.



După tratamentul protetic a respecta regulile igienizare orală și de îngrijire a protezelor dentare realizate.



A vizita medicul stomatolog 1 dată la 6 luni pentru examenul cavității bucale și a protezelor în scop profilactic.

C.1.2. Algoritm de intervenții

Intervențiile stomatologice în scop protetic a adentiei (edentației) parțiale sunt etapizate:

- 1) Pregătirea pre- și proprotetică a cavității bucale.
- 2) Realizarea tratamentului protetic la indicații.

Caracterul și consecutivitatea intervențiilor sunt dependența de starea cavității bucale și tipul ales al protezei dentare (punte dentară fixă, mobilă, proteză parțială mobilizabilă), acordate cu pacientul și confirmate prin semnătura sa în fișa de observație.

Consecutivitatea intervențiilor după pregătirea pre-și proprotetică a cavității bucale



La prezența indicațiilor către tratamentul protetic cu punți dentare realizarea etapelor clinico-tehnice pe vizite în consecutivitate cu particularitățile piesei protetice materialului și tehnologiei alese.



La prezența indicațiilor către tratamentul protetic cu proteze parțial mobilizabile. Realizarea etapelor clinico-tehnice pe vizite în consecutivitate cu particularitățile protezei alese conform indicațiilor, materialul și tehnologii respective.



La prezența indicațiilor către tratamentul protetic cu o combinație a protezelor dentare fixe (microproteze, punți dentare) și proteze parțiale mobilizabile inițial se va urma realizarea tehnologiei confecționării protezelor parțiale mobilizabile în dependență de timpul ales și particularitățile de structură a protezei.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT PROTETIC A EDENTAȚIEI PARȚIALE CU PUNȚI DENTARE ȘI PROTEZE PARȚIALE MOBILIZABILE

C.2.1. Formele clinice ale edentației parțiale

Multitudinea varietăților de manifestare clinică a edentației parțiale au favorizat sistematizarea lor în forme clinice având la bază diferite criterii: topografia breșei, numărul de dinți lipsă într-o breșă, caracterul breșei (intercalată, terminală, mixtă), întinderea breșelor.

- **Formele clinice după topografia breșei:**
 - la nivelul arcadei dentare superioare sau inferioare;
 - pe o hemiarcadă sau pe ambele hemiarcade;
 - în zona frontală, laterală, fronto-laterală.
- **Formele clinice după numărul de dinți lipsă:**
 - redusă (1–2 dinți lipsă);
 - întinsă (3–4 dinți lipsă);

- extinsă (5–10 dinți lipsă);
 - subtotală (când pe o arcadă dentară sunt prezenți 1–4 dinți).
- **Formele clinice după caracterul breșei:**
 - edentații parțiale intercalate (spații edentate mărginite din ambele părți de dinți restanți), cunoscute și ca „arcade intrerupte”;
 - edentații parțiale terminale (spații edentate mărginite de dinți restanți numai mezial), cunoscute și ca arcade dentare scurtate;
 - edentații parțiale mixte (când pe o arcadă dentară sunt prezente breșe intercalate și terminale), cunoscute și ca „arcade dentare întrerupte și scurtate”.

Aceste forme clinice ale edentației parțiale au fost sistematizate de mai mulți autori în clasificări cu util practic (Kennedy, Applegate-Kennedy, Eigher, Costa, Гаврилов, Курляндский, Бетельман, etc.), însă nici una nu înglobează toate particularitățile manifestărilor clinice ale patologiei ce ar indica elaborarea soluției terapeutice posibile.

Din aceste considerente cea mai frecvent utilizată clasificare este clasificarea Kennedy, considerată universală.

C.2.2. Pregătirea cavității bucale către tratamentul protetic al edentației parțiale secundare

Pregătirea cavității bucale către tratamentul nemedicamentos – cu ajutorul protezelor dentare, prevede 2 etape:

- 1) Asanarea cavității bucale;
- 2) Pregătirea specială (proprotetică) a cavității bucale.

A doua etapă se efectuează la prezența complicațiilor locale și loco-regionale și include:

- nivelarea planului de ocluzie prin șlefuirea selectivă;
- intervenții pur ortodontice;
- ortopedice;
- ortodontice-chirurgicale.

La indicații se vor efectua intervenții chirurgicale pentru excizia mucoasei flotante, a cicatricilor, nivelarea neregularităților câmpului protetic edentat, modelarea crestei alveolare, aplicarea dispozitivelor ocluzale (în disfuncțiile articulare și musculare).

La prezența afecțiunilor parodontului și a maladiilor mucoasei cavității bucale este necesară terapia respectivă.

C.3. TRATAMENTUL PROTETIC AL EDENTAȚIEI PARȚIALE

- Terapia protetică a edentației parțiale se efectuează prin aplicarea implanturilor (la număr egală cu numărul de dinți lipsă) și confecționarea ulterioară a microprotezelor prezenate de coroane de înveliș, restabilind astfel integritatea arcadei dentare și a funcțiilor dereglate.
- Cu ajutorul punților dentare fixe.
- Cu ajutorul protezilor parțiale mobilizabile.

La indicații concomitent se vor confecționa diferite tipuri de microproteze având ca scop ameliorarea structurii morfologice a dinților utilizați ca elemente de sprijin și fixare a protezelor, reeșind din starea coronară a lor, a dinților supuși șlefuirii selective la nivelarea planului de ocluzie, etc.

Punțile dentare, ca regulă sunt indicate:

- lipsa nu mai mult decât 3 dinți pe o hemiarcadă dentară în zonele laterale și arcada dentară poate fi restabilită cu punți dentare cu sprigin din ambele părți a breșei;
- lipsa până la 4 incisivi, când funcția masticatorie se realizează de dinții restanți naturali sau de punțile dentare prezente;
- puntea dentară va servi pentru ameliorarea fixării protezei mobilizabile.

Prin urmare punțile dentare (cu excepția celor cu extenzie) se confecționează cu sprijin pe dinții naturali din ambele părți ale breșei.

Punțile dentare sunt contraindicate:

- la insuficiența parodontală a dinților stâlpi de a suporta forțele funcționale suplimentare, cât și la prezența maladiilor generale, care defavorabil influențează țesuturile parodontale.
- la prezența unui focar patologic în parodonțiului dintelui de suport, care nu poate fi recuperat.
- la prezența unui focar patologic în parodonțiul dintelui de suport, care nu poate fi recuperat.

C.3.1. Tratatamentul protetic ale edentației parțiale cu punți dentare

Punțile dentare prezintă una din soluțiile terapiei edentației parțiale cel mai frecvent utilizate. Orișice punte dentară este compusă din elementele de agregare, prezentate de microproteze și corpul de punte sau elementele de înlocuire a dinților lipsă.

Clasificarea punților dentare

La baza clasificării punților dentare au fost puse diferite criterii, însă noi ne vom referi numai la cele mai importante din punct de vedere a clinicii și tehnologiei confecționării.

- **După modul de fixare:**
 - punți cimentate;
 - punți mobilizabile;
 - punți demontabile.

- **După raportul corpului de punte cu procesul alveolar edentate:**
 - în șa;
 - în semișă;
 - tangent linear;
 - punctiform;
 - suspendat.

- **După relația cu dinții vecini:**
 - intercalată;
 - cu extense;
 - continuă (se întinde peste mai multe breșe).

- **După tehnologia confecționării:**
 - lipite sau sudate (din două bucăți);
 - turnate (dintr-o bucată);
 - confecționate prin polimerizarea acrilatului;
 - confecționate prin fotopolimerizarea compozitului;
 - confecționate prin tehnica arderii ceramicii.

C.3.1.1 Algoritmul confecționării punților dentare din două bucăți (lipite)

Tratamentul protetic al edentației parțiale cu punți dentare din două bucăți (lipite, sudate) necesită respectarea consecutivității etapelor clinico-tehnice de confecționare și a proceselor tehnologice prepararea dinților stâlpi, a amprentării, realizării modelului, modelarea formei anatomice a dinților în ocluzor sau articulator, prelucrarea termică a capelor din crom-nichel, etc. Realizarea tratamentului prevede câteva vizite ale pacientului la medic.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament cu primirea deciziei de devitalizare a dinților de suport sau păstrarea vitalității organului pulpar.

La păstrarea dinților vitali, înainte de a începe prepararea dinților stâlpi se obțin amprente pentru confecționarea coroanelor (capelor) provizorii din acrilat.

Prepararea dinților stâlpi vitali se efectuează sub anestezie locală. Pe parcursul preparării se ține cont de a obține paralelismul între dinții stâlpi.

Amprentarea este posibilă în această ședință la lipsa traumei parodontului marginal.

În acest scop sunt folosite materialele amprentare din grupul alginatelor cu utilizarea lingurilor amprentare standarde (perforate sau la absența lor cu cele întregi cu aplicare pe interiorul lingurii a unui material retentiv: leucoplast, adeziv special).

Pentru fixarea arcadelor dentare în relație de ocluzie centrică se va folosi cheia de ocluzie din ghips sau material siliconic. La necesitate în acest scop se confecționează șabloane cu borduri de ocluzie. În cazurile de confecționare a coroanelor (capelor) provizorii se efectuează proba, adaptarea lor și fixarea cu material de fixare provizorie.

Pentru o profilaxie a procesului inflamator a parodontului marginal se recomandă pacienților de a-și clăti gura cu infuzie de coajă de stejar, romaniță, salvie, iar la necesitate și a vitamino-terapiei (aplicații cu soluții ale vitaminei "A").

Vizita II

Proba coroanelor ștanțate pe dințele suport. La această etapă se atrage atenția la precizitatea contactului pereților coroanei cu țesuturile dentare în zona coletului, la raportul – margine coronară–sulcusul dento-gingival, admitând o pătrundere în această formațiune anatomică a marginii coroanei maximal 0,3–0,5 mm. La fel se verifică refacerea corectă a contactelor ocluzale cu dinții antagoniști și a celor interdentale cu dinții vecini. În continuare urmează amprentarea cu ghips sau primul strat a unui material siliconic utilizând linguri amprentare standarde, pentru confecționarea corpului de punte și lipirea pieselor respective. După aceasta din nou se vor determina relațiile interarcadiene de ocluzie centrică folosind cheia de ocluzie din ghips sau material siliconic.

Vizita III

Proba punții dentare din două bucăți. La această etapă se va determina axul de inserție și dezinserție a punții, verificarea corespunderii coroanelor de sprijin pe dinții stâlpi și corpului de punte cerințelor respective. La confecționarea coroanelor mixte (Belkin) ca elemente de suport dinții se vor prepara suplimentar pe suprafețele vestibulară, proximale și incisivală (ocluzală).

În continuare se va obține amprenta bontului preparat cu ceară turnată înăuntru coroanei metalice, perforate pe suprafața vestibulară pentru eliminarea surplusului de ceară topită, apoi se va realiza o supraamprentă de pe întreaga arcadă dentară. În final se va aprecia culoarea acrilatului.

Vizita IV

Proba definitivă și fixarea (cimentarea) punții dentare. La proba definitivă din nou se verifică corespunderea punții dentare cerințelor respective și în special a placajului pentru cele fețuite cu acrilat. La necesitate se efectuează corecția. După fixare se va atrage atenția la înlăturarea resturilor de ciment de sub corpul de punte și spațiile interdentare.

Pacientului se dau instrucțiuni despre regulile de folosire a punții dentare și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.3.1.2 Algoritmul confecționării punților dentare întreg turnate

Această varietate de punți dentare este indicată în zonele laterale ale arcadei dentare, când dinții limitrofi breșei au dimensiuni satisfăcătoare în volum și înălțime pentru a fi supuși unei preparări mult mai profunde decât pentru coroanele de înveliș metalice ștanțate utilizate în punțile dentare din două bucăți. Totodată trebuie de ținut cont de criteriul obținerii unui bont retentiv la finele preparării. Algoritmul confecționării acestor varietăți de punți dentare este determinat de procesul tehnologic de confecționare.

Vizita I

În procesul de investigație diagnostică se ține cont de faptul că punțile dentare întreg turnate sunt indicate numai în zonele laterale ale arcadei dentare. Aceste lucrări protetice sunt indicate la persoanele până la vârsta de 18 ani. Se primește decizia despre devitalizarea dinților stâlpi sau păstrarea lor vitală. La necesitate pentru determinarea stării organului pulpar se va folosi electroodontometria. În cazul necesității devitalizării dinților stâlpi, pacientul este îndreptat la medicul terapeut pentru realizarea acestei măsuri, sau această operațiune se efectuează de același medic (generalist) dacă dispune de licență în acest domeniu.

La decizia de a păstra dinții stâlpi vitali se obțin amprente pentru confecționarea coroanelor (capelor) provizorii.

Prepararea dinților stâlpi se efectuează în dependență de tipul coroanei de înveliș (totală, parțială). Prepararea dinților vitali se va realiza sub anestezia locală. Amprentarea în această vizită se va efectua numai dacă parodontul marginal și-a păstrat integritatea în timpul preparării.

Ampretele de bază (de lucru) duble, se obțin cu unul din materialele amprentare siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. La lipsa lor se folosesc cele neperforate cu aplicarea pe marginile lingurii a unei fâșii de leucoplast sau a adezivului de retenție a materialului amprentar. La folosirea retracției gingivale pentru amprentare se va lua în considerație starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardio-vasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) sunt contraindicate remediile chimice

de retracție gingivală, în același număr și firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului sau a primului strat a unui material siliconic de amprentare. La prezența situațiilor clinice cu ocluzie instabilă pentru determinarea relațiilor intermaxilare centrice se confecționează șabloanele cu bordurile de ocluzie.

Dacă pe dinții stâlpi au fost confecționate coroane provizorii (cape) ele se adaptează și se fixează cu cimenturi provizorii. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătitori cu infuzie de coajă de stejar, de romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare se administrează aplicații cu soluție de vitamina "A", sau alte remedii respective.

Dacă din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării în această vizită nu s-au obținut amprente, atunci pacientul, în acest scop, este invitat a doua zi, sau peste o zi, respectând criteriile nominalizate mai sus.

Vizita II

Proba punții dentare metalice întreg turnate. Inițial se determină axul de inserție și dezinserție a punții dentare. La proba punții dentare se atrage atenția la toate criteriile către coroanele de înveliș întreg turnate, la contactele proximale, ocluzale, raportului corpului de punte cu creasta alveolară, care trebuie să fie în formă de semișă. La necesitate se efectuează corecția.

După lustruire urmează fixarea punții dentare întreg turnate cu ciment de fixare permanentă. Dacă dinții stâlpi și-au păstrat vitalitatea se recomandă de a fixa puntea dentară se va fixa cu ciment provizoriu pe o perioadă de 2–3 săptămâni. Înainte de cimentarea permanentă se va efectua electroodontometria pentru a exclude prezența procesului inflamator în organul pulpar.

După fixarea definitivă minuțios se vor înlătura resturile cimentului, iar pacientul este instruit despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată în 6 luni.

C.3.1.3. Algoritmul confecționării punților dentare mixte – metaloceramice, metaloacrilice, metalocompozite

La determinarea indicațiilor către confecționarea punților dentare mixte se ține cont că coroanele mixte și fațetele la maxilă sunt indicate numai până la dintele 5 inclusiv, iar la mandibulă – până la dintele 4 inclusiv. Fețuirea suprafețelor ocluzale ale dinților laterali în principiu nu este indicată și se recomandă fețuirea numai a suprafețelor vestibulare a dinților respectivi. Aceste punți dentare sunt contraindicate la persoanele până la vârsta de 18 ani.

Vizita I

În procesul de investigație diagnostică se ține cont de faptul că punțile dentare întreg turnate mixte sunt indicate numai în zona frontală a arcadei dentare, iar în situațiile clinice, când punțile dentare au o extindere în zonele laterale ale arcadei dentare unitățile protetice respective se confecționează întreg turnate sau fiind și fețuite cu material fizionomic numai din partea vestibulară. Aceste lucrări protetice sunt contraindicate la persoanele până la vârsta de 18 ani. Se primește decizia despre devitalizarea dinților stâlpi sau păstrarea lor vitală. La necesitate pentru determinarea stării organului pulpar se va folosi electroodontometria. În cazul necesității devitalizării dinților stâlpi, pacientul este îndreptat la medicul terapeut pentru realizarea acestei măsuri, sau această operațiune se efectuează de același medic (generalist) dacă dispune de licență în acest domeniu.

La decizia de a păstra dinții stâlpi vitali se obțin amprente pentru confecționarea coroanelor (capelor) provizorii.

Prepararea dinților vitali se va efectua sub anestezie locală. Amprentarea se va efectua în această vizită numai dacă și-a păstrat integritatea în timpul preparării parodontul marginal. Ampretele de bază (de lucru) duble, se obțin cu unul din materialele amprentare siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. La lipsa lor se folosesc cele neperforate cu aplicarea pe marginile lingurii a unei fâșii de leucoplast sau a adezivului de retenție a materialului amprentar. La folosirea retracției gingivale pentru amprentare se va lua în considerație starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardiovasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) sunt

contraindicate remediile chimice de retracție gingivală, în același număr și firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului sau a primului strat a unui material siliconic de amprentare. La prezența situațiilor clinice cu ocluzie instabilă pentru determinarea relațiilor intermaxilare centrice se confecționează șabloanele cu bordurile de ocluzie.

Dacă au fost confecționate coroane provizorii (cape) ele se adaptează și se fixează cu cimenturi provizorii. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătitori cu infuzie de coajă de stejar, de romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare se administrează aplicații cu soluție de vitamina "A", sau alte remedii respective.

Dacă din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării în această vizită nu sa amprentat, atunci pacientul în acest scop este invitat a doua zi, sau peste o zi, respectând criteriile nominalizate mai sus.

Vizita II

Proba carcasului metalic (componentei metalice) a punții dentare mixte (metaloceramice, metaloacrilice, metalocomposite), determinarea culorii placajului.

La probă se verifică corespunderea cerințelor către fiecare unitate protetică, atrăgând atenția la prezența obligatorie a gulerașului din partea orală, la precizitatea ajustării coroanelor în zona cervicală a dinților stâlpi. La prezența în puntea dentară mixtă a coroanelor metalice întreg turnate se verifică corespunderea cerințelor. Cu atenție se verifică prezența spațiului necesar pentru materialul placajului. În procesul probei carcasului metalic (componentei metalice) la necesitate se efectuează corecția. Se finalizează această vizită cu alegerea culorii placajului, utilizând cheia de culori din setul respectiv (ceramică, acrilat, compozit).

Vizita III

Proba punții dentare mixte (metalo-ceramice, metalo-acrilice, metalo-composite). Se atrage atenție la corespunderea culorii placajului, restabilirea punctelor de contacte interdentare, ocluzale, raportului corpului de punte cu procesul alveolar. La necesitate se efectuează

corecția, iar după glazurarea celor metaloceramice sau lustruirea celor metaloacrilice și a suprafețelor metalice neacoperite cu placaj, urmează fixarea provizorie sau permanentă. Fixarea provizorie ca regulă este indicată la prezența dinților vitali pe o perioadă de 2–3 săptămâni. Minuțios la această etapă se vor curăța spațiile interdentare și de autocurățire a corpului de punte de rămășițele cimentului provizoriu.

Vizita IV

Fixarea definitivă (permanentă) pe ciment permanent a punților dentare mixte. Înainte de fixarea permanentă se verifică vitalitatea dinților stâlpi (electroodontometria) pentru a exclude prezența procesului inflamator a organului pulpar. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar se determină necesitatea devitalizării acestui dinte. După fixare se înlătură resturile cimentului din spațiile interdentare și de sub corpul punții dentare.

Pacientul este instruit despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.3.1.4. Algoritmul confecționării punților dentare fizionomice nemetalice

Din punțile dentare fizionomice nemetalice fac parte punțile dentare din porțelan, acrilate, composite fotopolimerizabile.

Punțile dentare fizionomice nemetalice sunt indicate numai în zona frontală a arcadelor dentare la lipsa unui dinte, prezența dinților limitrofi breșei cu coroane voluminoase, o înălțime satisfăcătoare stabilă și relații interarcadiene ce nu împiedică tratamentul protetic. La persoanele până la vârsta de 18 ani punțile dentare fizionomice nemetalice sunt contraindicate.

Vizita I

După investigațiile în scop diagnostic se determină necesitatea devitalizării dinților stâlpi utilizând și electroodontometria. Indiferent de starea organului pulpar a dinților stâlpi până la prepararea lor se obțin amprente pentru confecționarea coroanelor (capelor) provizorii. Prepararea dinților vitali se efectuează sub anestezia locală. În procesul preparării se atrage atenția la paralelismul dintre dinții stâlpi.

Amprentarea se va efectua în această vizită numai dacă și-a păstrat integritatea în timpul preparării parodontul marginal. Ampretele de bază (de lucru) duble, se obțin cu unul din materialele siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. La lipsa lor se folosesc cele neperforate cu aplicarea pe marginile lingurii a unei fâșii de leucoplast sau a adezivului de retenție a materialului amprentar. La folosirea retracției gingivale pentru amprentare se va lua în considerație starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardiovasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) sunt contraindicate remediile chimice de retracție gingivală, în același număr și firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului sau a primului strat a unui material siliconic de amprentare. La prezența situațiilor clinice cu ocluzie instabilă pentru determinarea relațiilor intermaxilare centrice se confecționează șabloanele cu bordurile de ocluzie.

Dacă au fost confecționate coroane provizorii (cape) ele se adaptează și se fixează cu cimenturi provizorii. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătitori cu infuzie de coajă de stejar, de romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare se administrează aplicații cu soluție de vitamina “A”, sau alte remedii respective.

Dacă din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării în această vizită nu sa amprentat, atunci pacientul în acest scop este invitat a doua zi, sau peste o zi, respectând criteriile nominalizate mai sus.

Se finisează această vizită cu determinarea culorii porțelanului, acrilatului, compositului.

Vizita II

Proba punții dentare nemetalice și fixarea provizorie sau permanentă. La proba punții dentare nemetalice se va determina corespunderea culorii dinților vecini, axul de inserției și dezinserție, contactele interdente, ocluzale, cât și raportul corpului de punte cu creasta alveolară. La necesitate se vor efectua retușurile respective. După glazurarea punților dentare din porțelan sau lustruirea celor din acrilat se va efectua fixarea provizorie sau permanentă.

Fixarea provizorie pe o perioadă de 2–3 săptămâni este indicată la prezența dinților vitali. La finele acestei etape minuțios se vor înlătura resturile cimentului provizoriu.

Fixarea definitivă (permanentă) pe ciment permanent. Înainte de fixarea permanentă se verifică vitalitatea dinților stâlpi (electroodontometria) pentru a exclude prezența procesului inflamator a organului pulpar. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar se determină necesitatea devitalizării acestui dinte. După fixare se înlătură resturile cimentului din spațiile interdentare și de sub corpul punții dentare.

Pacientul este instruit despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.3.1.5. Algoritmul și particularitățile confecționării dintelui unitar lipsă prin utilizarea implantului

Breșa unitară a arcadei dentare cu prezența dinților limitrofi breșei sănătoși este considerată ca o indicație argumentată pentru aplicarea implanturilor dentare. Această indicație este justificată prin prezența dinților limitrofi breșei sănătoși și dorința de a fi păstrați integri.

Alegerea implantului și coroanei de înveliș sunt dependente de particularitățile tabloului clinic și metodei de implantare. Decizia aplicării implantului va fi argumentată de lipsa contraindicațiilor, care se vor determina minuțios în baza investigațiilor clinice și paraclinice. Alegerea metodei de implantare și confecționare a suprastructurii protetice sunt dependente de sistema de implantare și construcția coroanei de înveliș, conform recomandărilor producătorilor de implante și materialele utilizate la confecționarea coroanei.

Aplicarea implanturilor necesită informarea obligatorie a pacientului despre metodele alternative de tratament, posibilele urmări, instruirea despre folosire, metodele igienei orale și necesitatea de a vizita medicul o dată în 6 luni.

C.3.1.6. Algoritmul și particularitățile confecționării punților dentare cu extenzie

Reieșind din biomecanica punților dentare cu extenzie se va ține cont de particularitățile constructive: extenziia nu va depăși 1/2 din elementul de suport, suprafața ocluzală – 1/2 din cea a elementului de

suport, care vor fi în număr de 2 dinți, iar puntea dentară se va confecționa întreg turnată sau mixtă (metalo-ceramică, metalo-acril, metalo-composit).

Aceste lucrări protetice sunt indicate la lipsa unui dintre în zonele frontale ale arcadei dentare, până la dinții 5 inclusiv cu prezența dinților limitrofi breșei sănătoși. La prezența breșelor arcadei dentare cl. I–II Kennedy punțile dentare cu extenzie sunt contraindicate. Ca excepție pot fi confecționate numai la prezența dinților antagoniști artificiali în proteza mobilizabilă, a stărilor alergice la acrilate sau particularități profesionale. La persoanele până la vârsta de 18 ani punțile dentare cu extenzie sunt contraindicate.

Vizita I

După investigațiile de diagnostic se întocmește planul de tratament și primește decizia despre devitalizarea dinților stâlpi sau păstrarea lor vitală. La necesitate pentru determinarea stării organului pulpar se va folosi electroodontometria. În cazul necesității devitalizării dinților stâlpi, pacientul este îndreptat la medicul terapeut pentru realizarea acestei măsuri, sau această operațiune se efectuează de același medic (generalist) dacă dispune de licență în acest domeniu.

La decizia de a păstra dinții stâlpi vitali se obțin amprente pentru confecționarea coroanelor (capelor) provizorii.

Prepararea dinților stâlpi se efectuează în dependență de tipul coroanei de înveliș (metalică, mixtă). Prepararea dinților vitali se va realiza sub anestezie locală.

Amprentarea se va efectua în această vizită numai dacă și-a păstrat integritatea în timpul preparării parodontul marginal. Ampretele de bază (de lucru) duble, se obțin cu unul din materialele siliconice, iar cele auxiliare – cu un material din grupul alginatelor. În acest scop sunt folosite lingurile amprentare perforate. La lipsa lor se folosesc cele neperforate cu aplicarea pe marginile lingurii a unei fâșii de leucoplast sau a adezivului de retenție a materialului amprentar. La folosirea retracției gingivale pentru amprentare se va lua în considerație starea generală a pacientului. Prezența în anamneză a maladiilor cardiovasculare (hipertensiune arterială, aritmie, stenocardie, etc.) sunt contraindicate remediile chimice de retracție gingivală, în același număr și firele îmbibate cu preparate chimice respective.

Pentru fixarea relațiilor de ocluzie centrică se folosește cheia de ocluzie cu utilizarea ghipsului sau a primului strat a unui material silionic de amprentare. La prezența situațiilor clinice cu ocluzie instabilă pentru determinarea relațiilor intermaxilare centrice se confecționează șabloanele cu bordurile de ocluzie.

Dacă au fost confecționate coroane provizorii (cape) ele se adaptează și se fixează cu cimenturi provizorii. În scopul prevenirii proceselor inflamatorii în țesuturile parodontului marginal, pacientului i se administrează clătături cu infuzie de coajă de stejar, de romaniță, pojarniță. La necesitatea terapiei regeneratoare se administrează aplicații cu soluție de vitamina "A", sau alte remedii respective.

Dacă din cauza traumei parodontului marginal în timpul preparării în această vizită nu sa amprentat, atunci pacientul în acest scop este invitat a doua zi, sau peste o zi, respectând criteriile nominalizate mai sus.

Vizita II

Proba punții dentare întreg turnate sau mixte cu extenzie. Inițial se determină axul de inserție și dezinserție a punții dentare. La proba punții dentare se atrage atenția la toate criteriile către coroanele de înveliș întreg turnate, la contactele aproximale, ocluzale, raportului corpului de punte cu creasta alveolară, care trebuie să fie în formă de semișă. La necesitate se efectuează corecția.

La confecționarea punții dentare mixte (metaloceramice, metaloacrilice, metalocomposite) se va atrage atenția la valorile spațiului pentru placaj din zonele respective și se determină culoarea. Puntea dentară metalică întreg turnată cu extenzie se va lustrui apoi va urma fixarea provizorie pe o perioadă de 2–3 săptămâni la prezența dinților vitali.

Fixarea definitivă (permanentă) pe ciment permanent. Înainte de fixarea permanentă se verifică vitalitatea dinților stâlpi (electroodontometria) pentru a exclude prezența procesului inflamator a organului pulpar. La prezența simptomelor de afectare a organului pulpar se determină necesitatea devitalizării acestui dinte. După fixare se înlătură resturile cimentului din spațiile interdentare și de sub corpul punții dentare.

Pacientul este instruit despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

Vizita III

Puntea dentară mixtă cu extenzie. Se atrage atenție la corespunderea culorii placajului, punctelor de contacte interdentare, ocluzale, raportului corpului de punte cu procesul alveolar. La necesitate se efectuează corecția, iar după glazurarea celor metaloceramice sau lustruirea celor metaloacrilice și a suprafețelor metalice neacoperite cu placaj, urmează fixarea provizorie sau permanentă. Fixarea provizorie este indicată la prezența dinților vitali pe o perioadă de 2–3 săptămâni. Minuțios la această etapă se vor curăța spațiile interdentare și de autocurățire a corpului de punte de rămășițele cimentului provizoriu.

Vizita IV

Fixarea permanentă (definitivă), pe ciment permanent a punții dentare mixte cu extenzie. Înainte de fixarea permanentă se verifică vitalitatea dinților stâlpi (electroodontometria) pentru a exclude prezența procesului inflamator a organului pulpar. La prezența simptoamelor de afectare a organului pulpar se determină necesitatea devitalizării acestui dinte. După fixare se înlătură resturile cimentului din spațiile interdentare și de sub corpul punții dentare.

Pacientul este instruit despre regulile de folosire și se indică necesitatea de a vizita medicul o dată la 6 luni.

C.4. TRATAMENTUL EDENTAȚIEI PARȚIALE CU PROTEZE PARȚIALE MOBILIZABILE

La prezența breșelor arcadelor dentare terminale unilaterale și bilaterale (cl. I–II Kennedy), cât și la prezența breșelor intercalate (cl. III–IV Kennedy), când sunt contraindicate punțile dentare fixe, tratamentul edentației parțiale se va realiza cu proteze parțiale mobilizabile, sau în combinație cu proteze dentare fixe. Alegerea construcției protezei mobilizabile este dependentă de topografia și mărimea breșelor, numărul și starea dinților restanți, statusul alergologic. La prezența breșelor terminale cu mărimea de 1–2 dinți indicații absolute către tratamentul protetic nu sunt. Tehnologia confecționării protezelor parțiale mobilizabile este la fel dependentă de tabloul clinic individual, care determină necesitatea amprentării

funcționale, izolarea formațiunilor țesutului osos (torusul palatinal, liniile oblice interne, externe, exostoaze).

C.4.1. Algoritmul tratamentului și particularitățile confecționării protezelor parțiale mobilizabile acrilice

În baza investigațiilor respective se determină indicațiile la acoperirea dinților de suport cu coroane de înveliș și se realizează acest tratament protetic, dacă este necesar.

Vizita I

În baza investigațiilor de diagnostic se primește decizia de a obține amprenta de lucru anatomică sau funcțională.

Amprenta anatomică se obține cu linguri amprentare standarde, perforate, utilizând unul din materialele amprentare din grupul alginatelor. La lipsa lingurilor amprentare standarde perforate se folosesc cele neperforate, însă marginile lor, în prealabil sunt îndiguite cu o fâșie de leucoplast sau se aplică un adeziv retentiv pentru menținerea materialului amprentar.

La necesitatea obținerii amprente funcționale (edentații parțiale subtotale, edentația cl. I–II Kennedy cu atrofia creștelor alveolare de gr. IV Lejoyeux) amprenta anatomică se folosește pentru confecționarea lingurii amprentare individuale cu ajutorul căreia se va obține amprenta funcțională în a doua vizită.

De pe maxilarul opus se obține amprentă auxiliară folosind linguri amprentare standard și material amprentar din grupul alginatelor.

În laboratorul de tehnică dentară după amprente obținute se confecționează modele de lucru și auxiliar.

Vizita II

Determinarea relațiilor de ocluzie centrică sau a relațiilor intermaxilare centrice. Această etapă se efectuează în dependență de situația clinică: ocluzie instabilă, lipsa ocluziei. În acest scop se folosesc șabloanele cu bordurile de ocluzie confecționate pe modelele de lucru în laboratorul de tehnică dentară. După adaptarea bordurilor de ocluzie se determină planul protetic, dimensiunea verticală de ocluzie și poziția neutră a mandibulei față de maxilă în cele trei planuri: vertical, sagital,

transversal. Dimensiunea verticală de ocluzie se determină după metoda anatomo-fiziologică.

Alegerea dimensiunii și culorii dinților se efectuează în conformitate cu dinții restanți și particularitățile individuale.

Vizita III

Proba machetei protezei parțiale mobilizabile acrilice pentru verificarea realizării corecte a etapelor clinice și de laborator precedente cu corectările respective la necesitate.

Vizita IV

Aplicarea protezei parțiale mobilizabile finale pe câmpul protetic. Inițial se apreciază calitatea bazei protezei (lipsa porilor, marginilor ascuțite, culoare, etc.). Grosimea conectorului principal la maxilă trebuie să fie nu mai mult de 1,0 mm. După instalarea protezei pe câmpul protetic se verifică pozițiile croșetelor, limitele bazei protezei, contactele ocluzale, lipsa basculării protezei. Rebazarea protezei la această etapă, indiferent de scop, nu este recomandată. Pacientul este învățat de a aplica și înlătura proteza de pe câmpul protetic, instruit despre folosirea protezei și respectarea igienei orale.

Vizita V

Pentru prima corectare pacientul este invitat în prima zi după aplicarea protezei, iar în continuare la necesitate. Perioada adaptării poate fi până la 1,5 luni.

La apariția durerilor în zona logei protezei, pacientului i se recomandă de a nu se folosi de proteză, iar cu 3 ore înainte de a vizita medicul, proteza se va aplica pe câmpul protetic. Sectoarele bazei protezei ce au provocat trauma țesuturilor moi sunt supuse șlefuirii, până la semnele de ușurare a durerii. Se verifică și se efectuează corecția contactelor ocluzale.

La necesitate se administrază terapia medicamentoasă antiinflamatoare și de stimulare a proceselor de regenerare a fibromucoasei traumatate. Numărul vizitelor ulterioare se determină la necesitate.

În cazurile clinice de prezență a anamnezei alergice sau de depistare a manifestărilor alergice, după aplicarea testelor alergologice,

care vor confirma intoleranța față de materialul respectiv, baza protezei se va realiza metalică sau din acrilat incolor.

C.4.2. Algoritmul tratamentului și particularitățile confecționării protezelor parțiale mobilizabile scheletate

În baza investigațiilor clinice și paraclinice se determină indicațiile către protezele parțiale mobilizabile scheletate. Inițial se obțin amprente cu un material amprentar din grupul alginatelor și se confecționează modelele de diagnostic pentru aprecierea prezenței spațiilor necesare instalării pintenilor ocluzali în fisurile respective. La lipsa acestor spații se notează locurile ce trebuie supuse șlefuirii. La indicații, pe dinții de suport se confecționează coroane de înveliș speciale pentru instalarea corectă a elementelor croșetului Ackers.

Vizita I

În baza investigațiilor de diagnostic se primește decizia de a obține amprenta de lucru anatomică sau funcțională.

Amprentarea anatomică se obține cu linguri amprentare standard, perforate, utilizând unul din materialele amprentare din grupul alginatelor. La lipsa lingurilor amprentare standard perforate se folosesc cele neperforate, însă marginile lor, în prealabil sunt îndiguite cu o fâșie de leucoplast sau se aplică un adeziv retentiv pentru menținerea materialului amprentar.

Amprentarea funcțională este indicată în edentațiile parțiale cl. I–II Kennedy cu atrofia creștelor alveolare de gr. III–IV Lejoyeux.

De pe maxilarul opus se obține amprentă auxiliară folosind linguri amprentare standard și material amprentar din grupul alginatelor.

În laboratorul de tehnică dentară se confecționează modelul de lucru din superghips, iar cel auxiliar din ghips medical.

Modelul de lucru din superghips este supus paralelometriei.

Vizita II

Proba carcasului metalic întreg turnat. Se atrage atenție la corespunderea componentelor lui cerințelor: să nu exercite presiune asupra fibromucoasei conectorul principal, să fie distanțați de la parodontul marginal conectorii secundari, poziția corectă a brațelor croșetelor, pintenilor ocluzali, lipsa basculării. Conectorul principal în

formă de bară, arc la mandibulă va avea o distanță de la fibromucoasă de 0,5–0,6 mm la marginea superioară și până la 1,0 mm – marginea inferioară. La maxilă acest element va fi distanțat de la fibromucoasa câmpului protetic cu 0,6–1,0 mm uniform pe toată întinderea.

Determinarea relațiilor de ocluzie centrică sau a relațiilor intermaxilare centrice se efectuează în dependență de situația clinică:

- ocluzie stabilă;
- instabilă;
- lipsa ocluziei.

În acest scop se folosesc șabloanele cu bordurile de ocluzie confecționate pe modelele de lucru în laboratorul de tehnică dentară. După adaptarea bordurilor de ocluzie se determină planul protetic, dimensiunea verticală de ocluzie și poziția neutră a mandibului față de maxilă în cele trei planuri: vertical, sagital, transversal. Dimensiunea verticală de ocluzie se determină după metoda anatomo-fiziologică.

Alegerea dimensiunii și culorii dinților se efectuează în conformitate cu dinții restanți și particularitățile individuale.

Vizita III

Proba machetei protezei parțiale mobilizabile scheletate. Se verifică corectitudinea realizării etapelor clinice și de laborator precedente și la necesitate se efectuează corectările respective.

Vizita IV

Aplicarea protezei parțiale mobilizabile scheletate pe câmpul protetic.

După evaluarea calității protezei (lipsa porilor, marginilor ascuțite, neregularități, etc.) ea se aplică pe câmpul protetic și se verifică criteriile corespunderii cerințelor: gradul de fixare, poziția elementelor de fixare a conectorilor principali, a conectorilor secundari, caracterul contactelor ocluzale, lipsa basculării. Pacientul este instruit despre metoda de înlăturare de pe câmpul protetic a protezei și instalarea din nou, respectarea igienei cavității orale.

Vizita V

Pentru prima corectare pacientul este invitat în prima zi după aplicarea protezei, iar în continuare la necesitate. Perioada adaptării poate fi până la 1,5 luni.

La apariția durerilor în zona logei protezei, pacientului i se recomandă de a nu se folosi de proteză, iar cu 3 ore înainte de a vizita medicul, proteza se va aplica pe câmpul protetic. Sectoarele bazei protezei ce au provocat trauma țesuturilor moi sunt supuse șlefuirii, până la semnele de ușurare a durerii.

La necesitatea corecției conectorului principal se admite o șlefuire ne semnificativă ținând cont de faptul că subțierea lui este periculoasă în planul fracturării și a micșorării rigidității. Se administrează terapia antiinflamatorie și de accelerare a proceselor de regenerare a fibromucoasei traumatate. Numărul vizitelor ulterioare se determină la necesitate.

La prezența anamnezei alergologice la acrilat după rezultatele testelor alergologice, baza protezei se va confecționa din acrilat incolor. La incompatibilitatea către aliajul din care este confecționat scheletul, confirmată prin teste alergologice se efectuează galvanoplastia carcasului cu aliajul aurului.

D. REZULTATE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În toate situațiile clinice ale edentației parțiale în urma tratamentului protetic restaurativ se va reuși de a restabili integritatea arcadelor dentare și parțial reface funcțiile dereglate ale sistemului stomatognat, de a micșora gradul de exprimare simptomatologică a patologiei, fără vindecare. Însă, după tratamentul protetic, imediat și la distanță este posibilă apariția complicațiilor, despre care pacientul este informat.

Complicații posibile precoce:

- hiperestezia dinților preparați sub diferite lucrări protetice;
- pulpite traumatice;
- periodontite traumatice;
- stomatite traumatice;
- stomatite toxico-alergice;
- incompatibilitatea către materialul utilizat;
- galvanoza cavității bucale;
- gingivite traumatice.

Complicații posibile tardive:

- caria dentară în zona coletului dinților stâlpi;
- pulpită acută;
- periodontită cronică;
- suprasolicitarea funcțională cu mobilitatea patologică a dinților;
- decubitus sub corpul de punte;
- desprinderea placajului (acrilat, ceramică, compozit);
- dezlipirea sau fracturarea corpului de punte;
- perforarea coroanelor de sprijin;
- discimentarea lucrărilor protetice fixe;
- fracturarea protezelor mobilizabile;
- parastezii ale țesuturilor și organelor cavității bucale;
- prozopalgii;
- balansarea protezei mobilizabile.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni
2. Asistente medicale
3. Tehnicienii dentari
4. Turnător (la necesitate)
5. Infirmiere
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.)

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare a medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;
- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient

Pacientul tratat protetic cu punți dentare și proteze parțiale mobilizabile trebuie să respecte următoarele obiective:

Cu punți dentare:

1. Ținând cont de faptul că punțile dentare după dimensiunile sale nu depășesc dimensiunile dinților absenți sunt acceptate de pacient ca un corp străin provocând incomodități, în special în situațiile clinice când din diverse motive modifică relațiile de ocluzie cu dinții antagoniști sau/și cu cei vecini dacă au fost dereglate. Din aceste considerente este necesar de o perioadă de timp de adaptare către punțile dentare confecționate. Durata acestei perioade este dependentă de întinderea punții sau mărimea breșei pe care o înlocuiește timpul ce s-a scurs, topografia, etc., și variază de la câteva zile până la 30 zile.
2. Îngrijirea igienică a punților dentare nu se deosebește de cea a dinților naturali, care prevede curățirea prin periaj dentar seara înainte de somn și dimineața.
3. La prezența punților dentare confecționate în zona frontală a arcadeilor dentare din materiale fragile (porțelan, acrilate, compozite) de a exclude din rațiunea alimentară produsele cu o duritate majoră (zahăr cubic, pesmeți, etc.), de a sparge nuci sau de a mușca oase medulare, etc., pentru a preveni fracturarea lor sau apariția fisurilor cu consecințe de refacere ulterioară a punților dentare.
4. Punțile dentare confecționate din acrilate sau compozite își pot schimba culoarea sub influența pigmentării de la cafea, ceai, tabagism, ect. În așa cazuri de a se adresa medicului pentru igienizare și o lustruire nouă a punților dentare.

Cu protezele parțial mobilizabile:

Protezele parțial mobilizabile în comparație cu punțile dentare după dimensiunile sale sunt mai voluminoase micșorând astfel volumul cavității orale din ce considerente provoacă incomodități, dereglări de fonație, salivare abundentă, modificarea cinematiei mandibulare, etc., în special în perioada de adaptare. Având un suport muco-osos sau mixt muco-osos-parodontal imediat după instalarea lor pe câmpul protetic, iar în unele cazuri și la distanță pot traumatiza unele sectoare ale câmpului protetic. Prin urmare după instalarea protezelor parțiale mobilizabile pe câmpul protetic pacientului se recomandă de a vizita medicul a doua zi pentru verificarea stării câmpului protetic și efectuarea corectării la necesitate. În continuare pacientul va fi invitat de câte ori va fi necesar. Aceste particularități influențează integrarea protezelor pe câmpul protetic și perioada de adaptare este dependentă de dimensiunile protezei și durează de la 2 săptămâni până la 30 zile și mai mult.

Îngrijirea igienică a protezelor parțiale mobilizabile este mai simplă decât la prezența punților dentare. Pacientului se recomandă clătiri după mese, iar înainte de somn și dimineața curățarea protezei cu aceleași remedii ca și a dinților naturali. Înainte de somn, dacă nu sunt alte motive este necesar de a detașa proteza din cavitatea bucală pentru a o păstra într-un vas special cu soluție dezinfectantă.

Pacientului i se recomandă să învețe să efectueze actul de masticație inițial dificil cu protezele mobilizabile, de a nu folosi alimente dure pentru evitarea fracturării protezelor. În caz de fracturarea protezei de a se adresa medicului. În scop profilactic de a se adresa medicului 1 dată în 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.

Subsemnatul (a) _____
care m-am prezentat pentru asistență medicală în _____,
(denumirea instituției)
sunt cunoscut cu programul de diagnostic și tratament, cu riscurile even-
tuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic,
cât și în cazul refuzului aplicării lui, de asemenea și cu variantele alter-
native existente, precum și costul asistenței medicale.

Medicul _____, identitatea căruia și perfor-
mațiunile îmi sunt cunoscute.

Semnăturile conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Bratu D., Nussbaum R. Bazele clinice și tehnice ale protezei fixe. Editura medicală. București, 2003.
3. Burlui V., Forma N., Ifteni G., Clinica și terapia edentației parțiale intercalate reduse. Editura “Apollonia”, Iași, 2001. – 670 p.
4. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol.I., Ed.III, Geneva, 1997.
5. Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
6. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
7. Жулев Е. Н. Несъемные протезы. Нижний Новгород, 1995. – 365 с.
8. Жулев Е. Н. Частичные съемные протезы. Нижний Новгород, 2000. – 425 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR. 5

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PARODONTITEI CRONICE

Abrevierile folosite în document:

O.T. – Ocluzie traumatică

IMSP – Instituție medico-sanitară publică

ATM – Aticulația temporo-mandibulară

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

Parodontitele marginale sunt cele mai răspândite afecțiuni ale parodontului. Conform datelor epidemiologice frecvența acestei maladii la populația de diferite vârste este de circa 80–100%. Etiologia parodontitelor marginale este pluricauzală și toți factorii sunt sistematizați în două grupe:

1) Factorii generali;

2) Factorii locali. Un deosebit rol în etiopatogenia parodontitelor marginale i se acordă ocluziei traumatice, ca factor local.

Tabloul clinic al parodontitelor marginale este variat și se manifestă prin afectarea tuturor componentelor parodontului cu prezența procesului inflamator.

După gravitatea procesului patologic parodontitele marginale pot fi de formă ușoară, medie și gravă, după caracterul procesului patologic – acută și cronică, iar după extinderea procesului – localizată și generalizată.

Ținând cont de etiopatogenia parodontitelor marginale și caracterul manifestărilor clinice concepția contemporană prevede tratamentul complex:

- terapeutic;
- chirurgical;
- fizioterapeutic;
- ortodontic;
- protetic.

Actualul protocol clinic include numai metodele ortopedo-protetice, care prevăd imobilizarea dinților mobili, dispovărarea celor suprasolicitați și repartizarea uniformă a forțelor funcționale asupra parodontului dinților restanți. Măsurile ortopedo-protetice sunt indicate

și se realizează atât la etapele de tratament terapeutic și chirurgical, cât și la finele tratamentului complex, ca etapă finală.

A.1. Diagnosticul: parodontita cronică marginală

Acestă patologie clinic se manifestă prin lezarea întregului complex de țesuturi parodontale, având caracter inflamator-distrofic.

Simptomele caracteristice:

- 1) gingivite;
- 2) prezența tartrului dentar;
- 3) hemoragii gingivale;
- 4) prezența pungilor dento-parodontale;
- 5) retracții gingivale;
- 6) prezența mobilității patologice a dinților;
- 7) schimbarea pozițiilor dinților lezați;
- 8) rezorbția osului alveolar;
- 9) prezența contactelor dentare premature (ocluziei traumatice), etc.

În scop diagnostic e necesar de a indica gravitatea procesului patologic (ușoară, medie, gravă), caracterul lui (acut, cronic, cronic exacerb) și extinderea sa (localizată, generalizată).

Exemple:

1. Parodontită cronică marginală generalizată, de grad mediu, ocluzie traumatică, mobilitatea patologică a dinților de gr. I–II, dereglări funcționale, ocluzie traumatică.
2. Parodontită cronică marginală localizată în zona d. 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, de grad ușor, mobilitatea patologică a dinților lezați de gr. I, dereglări funcționale, ocluzie traumatică.
3. Parodontită cronică marginală generalizată de grad grav, mobilitatea patologică a dinților de gr. I–III, complicată cu edentație parțială cl. III Kennedy la ambele maxilare, dereglări funcționale, ocluzie traumatică.

A.2. Codul bolii: CIM-10

Forma nozologică: Parodontită cronică: K05.3

Forma nozologică: Parodontită localizată: K05.30

Forma nozologică: Parodontită generalizată: K05.31

A.3. Utilizatorii

Instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.) indiferent de subordonare cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului

De a spori determinarea și unificarea diagnosticului, eficiența și nivelul tratamentului ortopedo-protetic în terapia complexă a parodontitelor cronice marginale prin:

- Unificarea proceselor de diagnostic și de determinare a indicațiilor către tratamentul ortopedo-protetic;
- Argumentarea alegerii metodei (șlefuire selectivă, ortodontic, imobilizare, protetic) și variantei optimale;
- Unificarea proceselor tehnologice de realizare a metodei alese.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Parodontită – maladie stomatologică ce înglobează noțiuni de lezare a țesuturilor parodontale de procese inflamatorii acute sau cronice cu atrofia țesutului osos alveolar.

Parodontită acută marginală localizată (generalizată) – maladie stomatologică cu afectarea de proces inflamator acut a țesuturilor parodontale a unui dinte, a unui grup de dinți (forma localizată) sau a

tuturor dinților de pe un maxilar sau ambele maxilare (generalizată). Clinic maladia se manifestă cu dureri spontane în zona dinților afectați, hemoragii gingivale, mobilitate patologică a dinților din această zonă, etc.

Parodontită cronică marginală localizată (generalizată) – maladie stomatologică cu prezența simptoamelor inflamatorii cronice a țesuturilor parodontale a unui dinte, a unui grup de dinți (localizată) sau a tuturor dinților (generalizată).

Parodontită cronică marginală exacerbată localizată (generalizată) – maladie stomatologică cu prezența simptoamelor de inflamație cronică a țesuturilor parodontale cu o exacerbare periodică a proceselor inflamatorii.

Ocluzia traumatică – prezintă un raport între arcadele dentare, în care contactele dentare premature conduc la suprasolicitarea funcțională a parodontului.

Ocluzia traumatică primară (O.T.) – prezintă așa un raport între arcadele dentare când parodontul este suprasolicitat nu din cauza că s-a marit forța, direcția, sensul sau timpul acțiunii ei, dar din cauza că forțele funcționale obișnuite nu pot fi tolerante din cauza prezenței proceselor patologice în parodont.

Ocluzia traumatică secundară – se caracterizează prin suprasolicitarea funcțională datorită schimbărilor patologice în țesuturile parodontale (resorbția țesutului osos, gingivită, formarea pungilor parodontale, retracția gingiei cu sporirea părții extraalveolare a dintelui, lărgirea spațiului periodontal, mobilitate patologică a dinților cu deplasarea lor). Toate aceste modificări generează dezechilibru morfofuncțional. Prin urmare, dinții sunt suprasolicitați funcțional nu din cauza creșterii forței funcționale, dar din cauza slăbirii parodontului datorită proceselor patologice, astfel forța funcțională normală devine anormală și duce la traumatizarea parodontului. Toate acestea sunt mecanisme patogenetice ale ocluziei traumatice secundare ce duc la apariția suprasolicitării funcționale a dinților.

Ocluzia traumatică mixtă – prezintă așa un raport între arcadele dentare când parodontul este suprasolicitat nu numai din cauza majorării forței funcționale, dar și din cauza insuficienței parodontului apărută ca consecință a proceselor patologice în aceste țesuturi (combinarea O.T. primare și secundare).

A.9. Informație epidemiologică

Cercetările epidemiologice efectuate de mai mulți savanți în domeniu au demonstrat răspândirea largă a parodontitelor cronice marginale, care afectează circa 98,7 % din populația examinată în vârstă de 45–49 ani (Иванов В. С. Заболевания пародонта. М. «Медицина», 1981, с. 20–26), iar suprasolicitarea funcțională a parodontului se întâlnește în 34–94,6% cazuri (Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001)

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare a specialistilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru determinarea diagnosticului după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
Diagnosticul : Forma nozologică: Parodontită cronică: K05.3	Sunt bazate pe rezultatele examenului clinic pentru a determina diagnosticul preventiv și indicațiile către	1. Investigații obligatorii: - anamneza - inspecția - palpația - sondarea - percuția

<p>Forma nozologică: Parodontită cronică marginală localizată: K05.30</p> <p>Forma nozologică: Parodontită cronică marginală generalizată: K05.31</p>	<p>tratatamentul ortopedico-protetic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - termodiagnostica - radiografia (dento-parodontală, ortopantomografia) - ocluziografia - indexul PMA - indicele igienii cavității bucale - analiza ocluziei funcționale - parodontometria - odontoparodontograma <p>2. Investigații suplimentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - electroodontometria - consultația medicului stomatolog-chirurg
---	--	--

B.2. Nivelul consultațiv specializat

Asistența consultativă specializată a pacienților cu afecțiunile parodontului se efectuează pe trepte conform nivelului de organizare a asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secția de protetică dentară raională, secție de protetică dentară orășănească (municipală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”), la îndreptarea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Tomografia ATM.
2. Elecromiografia mușchilor maseterici și temporali.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului

Pacientului se recomandă:



Respectarea regulilor de igienă orală



La apariția hemoragiilor gingivale, durerilor la actul de masticatie, mobilității patologice a dinților, a se adresa la medicul stomatolog în orice instituție stomatologică pentru consultație.



A vizita medicul stomatolog 1 dată la 6 luni pentru examenul cavității bucale în scop profilactic.

C.1.2. Algoritmul de intervenții

La prezența parodontitelor, indiferent de manifestări clinice, tratamentul se va efectua complex. Intervențiile ortopedo-protetice, la indicații se vor efectua la toate etapele de tratament terapeutic, fizioterapeutic, ortopedic și chirurgical. La finele tratamentului complex vor urma măsurile de imobilizare și protezare cu re poziționarea rațională a forțelor funcționale între dinții restanți, dispovărundu-i pe cei suprasolicitați.

Consecutivitatea intervențiilor

↓
Șlefuirea selectivă a dinților și imobilizarea lor provizorie la etapele tratamentului terapeutic și chirurgical (la indicații).

↓
După asanarea cavității bucale și tratamentul conservativ, chirurgical, ortodontic se vor efectua consecutiv următoarele metode de tratament ortopedo-protetic:

- 1) șlefuirea selectivă a dinților;
- 2) imobilizarea provizorie a dinților mobili;
- 3) protezarea imediată și șinare adinților restanți;
- 4) imobilizarea definitivă cu atele permanente și tratamentul protetic cu proteze dentare (la indicații).

↓
Realizarea tratamentului ortopedico-protetic etapizat.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESLOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT ORTPEDO-PROTETIC A PARODONTITELOR CRONICE MARGINALE

Din punct de vedere a evaluării clinice a proceselor patologice în țesuturile parodontale și în scopul conceperii tacticii de tratament prezența O.T. cu manifestări clinice.

C.2.1. Clasificarea clinică a parodontitelor cronice marginale

Parodontită cronică marginală complicată sau nu cu O.T.



Parodontită cronică marginală exacerbată complicată sau nu cu O.T.



După manifestările clinice:

- de grad ușor;
- de grad mediu;
- de grad grav;

După localizarea procesului patologic:

- localizată (de focar);
- generalizată (difuză).

C.2.2. Algoritmul tratamentului ortopedo-protetic al parodontitelor cronice marginale

În tratamentul complex al parodontitelor cronice marginale, în dependență de particularitățile tabloului clinic și manifestărilor O.T. se vor utiliza următoarele metode ortopedo-protetice:

- Șlefuirea selectivă a dinților (reabilitarea ocluzală);
- Redresarea ortodontică a ocluziei;
- Imobilizarea provizorie a dinților mobili;
- Protezarea imediată;
- Imobilizarea definitivă a dinților mobili și tratamentul protetic (la prezența în dicațiilor).

C.2.2.1. Reabilitarea ocluzală și metoda de șlefuire selectivă a dinților

Reabilitarea sau echilibrarea a cluzală prin șlefuirea selectivă prevede crearea unei armonii optimale între relieful ocluzal a dinților antagoniști ce ar debloca mișcările mandibulare și ar asigura transmiterea rațională a forțelor ocluzale între dinții restanți. Ea este indicată numai la prezența O.T. însă, în dependență de situația clinică reechilibrarea ocluzală înglobează și așa tehnici ca: rezecții coronare a dinților regresati, remodelarea reliefului ocluzal a dinților lezați, înlăturarea lucrărilor protetice defectuoase cu remodelarea reliefului ocluzal, tratament ortodontic, etc.

Lichidarea contactelor dentare se poate efectua după mai multe metode (Jankelson, Schuzler, Каламкаров, Burlui și al.). Însă important este faptul de a ține cont de localizarea contactelor dentare premature conform clasificării Jankelson.

Autorul deosebește tre tipuri de contacte premature:

clasa I – contactele premature sunt situate pe versantul vestibular a cuspizilor vestibulari ai premolarilor și molarilor inferiori;

clasa II – contactele premature sunt situate pe versantele vestibulare ale cuspizilor linguali a premolarilor și molarilor inferiori;

clasa III – contactele premature sunt situate pe versantele linguale ale cuspizilor vestibulari ai premolarilor și molarilor inferiori.

Fiecare clasă este completată cu varianta “A”, care denotă situarea contactelor dentare premature pe dinții antagoniști superiori în zonele respective. Contactele dentare pe versantul vestibular a marginilor incizale a dinților inferiori se asimilează clasei I. Diagnosticarea contactelor premature se efectuează prin studiul ocluziogramelor, iar șlefuirea selectivă se va efectua conform metodei alese pe ședințe.

În ședința I se vor supune șlefuirii contactelor dentare premature clasa I. În ședința a doua se vor verifica contactele șlefuite din clasa I cu corectarea lor la necesitate și se vor șlefui contactele clasa II.

În a treia ședință se vor diagnostica și se vor șlefui contactele dentare clasa III cu verificarea și șlefuirea la necesitate contactele dentare clasa II. În ședința a patra se vor verifica și se vor șlefui suplimentar contactele dentare clasa I, II, III. În scopul prevenirii hipersensibilității țesuturilor dentare în zonele șlefuite, după lustruire, ele se vor acoperi cu lac de protecție, de exemplu Gluma. De menționat că la alegerea metodei de șlefuire în ocluzia funcțională (Schuzler, Ramford, Burlui, Каламкаров și al.). În dependență de tabloul clinic ea se va realiza înainte sau concomitent cu tratamentul conservativ și chirurgical, la fel la prezența anomaliilor de ocluzie, deformațiilor arcadelor dentare, abraziunii intensive a țesuturilor dentare, absența abraziunii fiziologice.

C.2.2.2. Redresarea ortodontică a ocluziei

Redresarea ortodontică a ocluziei în complexul de măsuri curative în tratamentul parodontitelor este indicată în fazele inițiale ale maladiei, după lichidarea proceselor inflamatorii la adolescenți și tineri. La

vârstnici intervențiile ortodontice se efectuează cu o deosebită atenție utilizând aparate care exclud suprasolicitarea parodontului. În toate cazurile sunt aplicate forțe mici și medii, utilizând aparate ortodontice mobilizabile. La determinarea indicațiilor se va ține cont de gradul de atrofie a procesului alveolar, rapoartele interocluzale, gradul de migrare a dinților și de mobilitate, tipul de ocluzie. Această metodă de reabilitare ocluzală se recomandă în situațiile clinice cu prezența anomaliilor de ocluzie (ocluzie adâncă, progenia complicată cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie, protruzia dinților frontali superiori, etc.), cât și cazuri de deformații ale arcadei dentare (diasteme, treme, fenomenul Popov–Godon, etc.). Important de a lua în considerație că tratamentul ortodontic se recomandă în situații clinice când ulterior dinții deplasați vor fi posibili de imobilizat cu o percepere adecvată a forțelor funcționale. Durata tratamentului ortodontic este dependentă de varietate anomaliilor (deformației, gradul de manifestare, vârsta pacientului, etc.) și variază în mediu în limitele 3–6 luni.

C.2.2.3. Imobilizarea provizorie a dinților mobili

Acest procedeu are ca scop înlăturarea traumatismului parodontal provocat de mobilitatea patologică a dinților, pentru o perioadă de timp scurtă în vederea ameliorării tratamentului conservativ și chirurgical.

Cele mai simple și frecvent utilizate sunt șinele Novotny, Курляндский, Копейкин, etc. Ele pot servi ca remediu de imobilizare până la 3–6 luni.

C.2.2.4 Protezarea imediată

Protezarea imediată este indicată pentru a evita suprasolicitarea dinților restanți, ca urmare a extracțiilor dentare, cât și pentru perioada de tratament conservativ și protetic definitiv. Proteza imediată reface integritatea arcadei dentare cu funcțiile dereglate (fonetice, estetice, de masticatie), servește ca pansament a plăgii postextracționale, menține dimensiunea verticală de ocluzie. Protezele imediate pot fi fixe și mobilizabile, însă cea mai frecventă utilizată este proteza parțială mobilizabilă acrilică. Proteza imediată necesită respectarea consecutivă a etapelor clinico-tehnice de confecționare pe vizite.

Vizita I

Amprentarea câmpului protetic.

Amprentarea se efectuează cu linguri amprentare standard perforate. La lipsa lingurilor amprentare perforate se utilizează cele neperforate marginile cărora sunt căptușite cu leucoplastru sau pe suprafața lăuntrică este aplicat adeziv special, retentiv.

Ampretele se obțin cu material amprentar din grupul alginatelor. În dependență de situația clinică (ocluzie stabilă, ocluzie instabilă, absența ocluziei) se obține cheia de ocluzie folosind ghipsul sau primul strat al unui material amprentar siliconic, iar la necesitate în laboratorul de tehnică dentară se confecționează șabloanele cu bordurile de ocluzie după modelele obținute, iar în a doua ședință se determină relațiile de ocluzie centrică sau a relațiilor intermaxilare centrice. În laboratorul de tehnică dentară după retezarea modelului urmează retezarea dinților ce vor fi supuși extracției cu o răzuire a ghipsului din această zonă de 2–3 mm și confecționarea protezei parțiale mobilizabile.

Vizita II

Anestezierea, extracția dentară, aplicarea protezei parțiale mobilizabile imediate și corecția ei.

Vizita III

După prima corecție care se efectuează în prima zi după extracție atrăgând atenția la lichidarea posibilei traumatizări a țesuturilor moi. În această vizită se verifică starea țesuturilor lojei protezei efectuând corectările necesare.

Următoarele vizite se programează la necesitate.

C.2.2.5. Imobilizarea definitivă (permanentă) a dinților mobili

Această metodă urmărește obținerea unui complex rigid cu însușiri de imobilizare a dinților mobili, cu distribuirea forțelor funcționale pe toți dinții restanți.

Imobilizarea definitivă (permanentă) se realizează cu șini fixe și mobilizabile.

Particularitățile confecționării șinelor fixe

Din șinele fixe cele mai frecvent folosite sunt șinele: din coroane de înveliș total, din coroane ecuatoriale, din semicoroane, care pot fi metalice sau mixte.

Vizita I

După anestezierea și prepararea dinților de suport urmează amprentarea cu materiale amprentare siliconice, determinarea și fixarea relațiilor de ocluzie centrică sau a relațiilor intermaxilare centrice, protecția plăgii dentinare.

Vizita II

Proba elementelor de șinare (coroane totale, ecuatoriale, semicoroane) și amprentarea împreună cu aceste elemente pentru lipirea lor, dacă au fost confecționate prin tehnica ștanțării, sau proba șinei întreg turnate cu verificarea corespunderii cerințelor respective. Determinarea culorii placajului la confecționarea coroanelor mixte.

Vizita III

Proba definitivă și fixarea (cimentarea) șinei.

Particularitățile confecționării șinelor mobilizabile

Șinele mobilizabile, ca regulă nu necesită prepararea dinților restanți. Ele pot fi utilizate la prezența mobilității patologice a tuturor dinților de gradul II sunt igienice. Ele exercită funcția de imobilizare a tuturor dinților din arcada dentară, obținând astfel un bloc rigid integră cu însușiri de protecție a dinților restanți de trauma ocluzală.

Din șinele mobilizabile fac parte cele asemănătoare cu un schelet al protezei parțiale mobilizabile scheletizate, prezentat de două bare (una vestibulară și una orală) alcătuite din atâtea segmente, câți dinți restanți sunt prezenți, dotate cu croșetele tip Ney modificate și buiandruguri, care le unesc într-un integră total. Asemănătoare este și șina Elbrecht, care din motive estetice în zona frontală a arcadei dentare inferioare arcul metalic vestibular este întrerupt și este înlocuit cu câteva gheruțe incizivale, care pornesc de la arcul lingual. În așa situații clinice pe

marginile incizivale ale dinților în zonele de contacte, interdentare se prepară lăcașuri pentru gheruțele incizivale.

Vizita I

Amprentarea arcadelor dentare cu material siliconic. În acest scop sunt utilizate lingurile amprentare standarde, perforate, iar la lipsa lor se utilizează cele neperforate, care în prealabil sunt gofrate cu leucoplast, sau pe suprafețele lăuntrice ale lor sunt aplicate materiale adezive speciale, retentive.

În laboratorul de tehnică dentară se realizează modelul din superghips, care după paralelometrie este duplicat din material termorezistent tip „Silamin”. După modelarea machetei din ceară a viitoareii șini, care se va consulta cu medicul, urmează turnarea din aliajele cromo-cobalt sau a metalelor nobile.

Vizita II

Proba, corecția și aplicarea șinei mobilizabile. La proba șinei se va atrage atenția la plasarea tuturor componentelor, pentru a asigura imobilizarea dinților în plan orizontal și a exclude majorarea dimensiunii verticale de ocluzie sau blocarea mișcărilor mandibulare de elementele ocluzale ale șinei. La apariția necesității extracției unui dinte mobil de gradul III șina permite înlocuirea dintelui lipsă devenind astfel șină-proteză.

Particularitățile confecționării lucrărilor protetice în tratamentul complex al parodontitelor cronice marginale

În situațiile clinice, când parodontitele cronice marginale sunt complicate cu edentații parțiale, tratamentul ortopedo-protetic va urmări două scopuri:

- a) de imobilizare a dinților restanți;
- b) de înlocuire a dinților lipsă.

La prezența acestor situații clinice, în dependență de gradul de mobilitate a dinților restanți, mărimea și topografia breșelor arcadelor dentare (intercalate, terminale, unilaterale, bilaterale, mixte) medicul la indicație va alege varianta tratamentului:

- a) cu punți dentare-șini;

- b) cu punți dentare-șini și șinarea separată a dinților ce n-au fost incluși în puntea dentară;
- c) proteze parțiale mobilizabile scheletizate sau acrilice cu elemente de imobilizare a dinților restanți (proteze parțiale mobilizabile scheletizate tip Elbrecht);
- d) proteze parțiale mobilizabile scheletizate sau acrilice cu imobilizarea anterioară a dinților restanți cu punți dentare fixe sau șini fixe.

Etapele clinico-tehnice de confecționare și numărul vizitelor pacienților se vor determina în fiecare caz particular, în dependență de particularitățile tabloului clinic și a tehnicilor de confecționare a pieselor protetice alese.

Imobilizarea definitivă a dinților mobili prin metode directe

Datorită succeselor în perfecționarea însușirilor chimice și mecanice a fotopolimerilor și adezivelor către țesuturile dentare dure au fost elaborate metode de imobilizare provizorie și permanentă a dinților mobili, actualmente în tratamentul complex al parodontitelor cronice marginale. În acest scop sunt utilizate diferite tipuri de fotopolimeri cât și fără ramforsarea cu fibre de sticlă tip “Connect”, “Ribbond”, bare metalice, arcuri, etc.

Esența metodelor existente constă în crearea unui șanț transversal pe suprafețele orale a dinților devitalizați frontali sau pe suprafețele ocluzale a celor laterali în direcție mezio-distală cu o adâncime de 1,5–2,0 mm în care se instalează elementul de ramforsare fiind ulterior acoperit de un strat de fotopolimer.

D. REZULTATE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În baza tratamentului efectuat se va obține ameliorarea stării țesuturilor parodontale de stabilizare a procesului patologic și restabilire parțială a funcțiilor dereglate.

Complicații posibile precoce:

- acutizarea procesului patologic cronic;
- apariția ocluziei traumatice;
- hiperestezia dinților preparați;

- pulpite acute;
- periodontite traumatice.

Complicații posibile tardive:

- suprasolicitarea funcțională a dinților incluși în șini;
- apariția mobilității patologice a dinților;
- acutizarea proceselor inflamatorii în parodont;
- complicații influențate de șini sau șini-proteze utilizate.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.)

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare a medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;
- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient

Pacientul cu parodontită cronică marginală, tratat ortopedo-protetic complex trebuie să respecte următoarele obiective:

1. La prezența arcașelor dentare integrale, când dinții mobili sunt imobilizați cu șini fixe, indiferent de metoda confecționării – directă, cu utilizarea fibrelor de sticlă „Connect” sau a altor dispozitive, cât și a celor confecționate prin metoda indirectă (prin tehnica de laborator) prezentate de diferite tipuri de microproteze cu fixare extracoronară sau extraintracoronară și intracoronară sau alte varietăți (bare, arcuri, etc.) se recomandă respectarea strictă a igienei cavității bucale.

2. La prezența punților dentare fixe fiziologice cât și a protezelor parțiale mobilizabile cu elemente de imobilizare a dinților restanți la rând cu respectarea igienei dentare, de a exclude din rațiunea alimentară produsele cu o duritate majoră (zahăr cubic, pesmeți, etc.), de a sparge nuci sau de a mușca oase medulare, etc., pentru a preveni fracturarea lor sau apariția fisurilor cu consecințe de refacere ulterioară a protezelor.

3. În scop profilactic de a se adresa medicului 1 dată la 6 luni.

Anexa 2.
Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.

Subsemnatul (a) _____
care m-am prezentat pentru asistență medicală în _____,
(denumirea instituției)
sunt cunoscut cu programul de diagnostic și tratament, cu riscurile even-
tuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic,
cât și în cazul refuzului aplicării lui, de asemenea și cu variantele alter-
native existente, precum și costul asistenței medicale.

Medicul _____, identitatea căruia și perfor-
mațiunile îmi sunt cunoscute.

Semnăturile conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol.I., Ed.III, Geneva, 1997.
3. Postolachi I. și a. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
4. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
5. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001.– 301с.
6. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. Москва, «Медицина», 1988. – 512 с.
7. Иванов В. С. Заболевания пародонта. М. «Медицина», 1981. – 255 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR. 6.

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SINDROMULUI DISFUNCTIEI DUREROASE A ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE (SINDROMUL COSTEN)

Abrevierile folosite în document

ATM – Articulația temporo-mandibulară;
DVO – Dimensiunea verticală de ocluzie;
IMSP – Instituția medico-sanitară publică.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Articulația temporo-mandibulară (ATM) împreună cu sistemul muscular, asigură cinematica mandibulară și realizarea funcțiilor de bază ale sistemului stomatognat și în special a actului de masticatie. Realizarea acestei funcții se datorește funcționalității sincronizate prin influența reciprocă a tuturor componentelor sistemului stomatognat și în primul rând a: maxilarelor, arcadelor dentare, a parodontului dinților, a articulației temporo-mandibulare (ATM), a mușchilor masticatori și mimici, limbii, glandelor salivare, etc. Din aceste considerente dereglările morfofuncționale într-o oarecare verigă a acestui sistem influențează negativ și ATM.

Acest obiectiv ne explică acel fapt că în instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic, cât și în cele private deseori se adresează pacienți cu maladii ATM. Din aceste considerente și ținând cont de particularitățile de structură a ATM, această categorie de pacienți necesită un examen minuțios clinic și paraclinic în scopul realizării diagnosticului diferențiat.

Dupa cum subliniază Иорданишвили А. К. (2001) din multitudinea clasificărilor maladiilor ATM cea mai rațională din punct de vedere practic este considerată clasificarea Иванов А. С. (1984). Autorul deosebește două grupe de afecțiuni ale ATM:

- 1) Afecțiunile țesuturilor moi din afara ATM
- 2) Maladiile ATM: artritele și artrozele.

În clinica de protetică dentară mai frecvent se adresează pacienții cu disfuncții sau artroze. Una din variantele disfuncției ATM îl prezintă sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen). Acest sindrom clinic se manifestă prin prezența a mai multor simptome, printre care, cele mai frecvent întâlnite sunt: dureri în ATM, crepitații, cracmente, saltul articular, cefalgii, xerostomia, etc.

Se consideră că factorul principal în geneza acestei maladii este patologia arcadelor dentare și a ocluziei.

Însă, în procesul de diagnostic diferențiat se va apela și la consultația neuropatologului, reumatologului, otorinolaringologului, chirurgului oro-maxilo-facial.

A.1. Diagnosticul: sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen)

După cum menționează Иорданишвили А. К. (2001), conform cercetărilor multor savanți (Петросова Ю. А., 1985; Сергеевой Т. А. 1997; Вязьмина А. Я., 1999; etc.) la circa 70–89 % din pacienți sindromul dureros a ATM nu este influențat de procesele inflamatoare și prezintă disfuncția articulației condiționată de modificările în menisc, a aparatului ligamento-capsular, a componentelor osoase, etc.

Aceste disfuncții rareori sunt condiționate numai de dereglările funcționale ale complexului neuromuscular. Ele ca regulă sunt produse de dereglările ocluzale.

În acest context Петросова Ю. А., (1985) deosebește 2 forme de disfuncții ale ATM:

- 1) sindromul disfuncțional neuromuscular;
- 2) sindromul disfuncțional ocluzio-articular.

Prin urmare în scop diagnostic diferențiat a disfuncției ATM și a altor maladii obligatoriu este necesar de a folosi modelele de diagnostic, ocluziografia, tomografia ATM și alte teste diagnostice.

Exemple:

1. Sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen) manifestat prin disfuncție neuromusculară, ca urmare a masticației unilaterale îndelungate.

2. Sindromul disfuncțional dureros a ATM (sindromul Costen) manifestat prin disfuncție ocluzio-articulară ca urmare a edentației parțiale cl. I Kennedy la ambele maxilare.
3. Sindromul disfuncțional dureros a ATM (sindromul Costen) manifestat prin disfuncție ocluzio-articulară ca urmare a edentației parțiale cl. III Kennedy la ambele maxilare, migrărilor dd. 1.6, 2.5, 3.7, 4.4, deformația arcadelor dentare.

A.2. Codul bolii: (CIM-10)

- **Forma nozologică:**

Sindromul disfuncției dureroase a articulației temporo-mandibulare (sindromul Costen): K07.60

A.3. Utilizatorii

Instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.) indiferent de subordonare cât și cele private.

A.4. Scopurile protocolului

De a spori determinarea și unificarea diagnosticului conform clasificării internaționale a maladiilor (CIM), cât și a eficienței tratamentului complex prin:

- 1) Administrarea și respectarea de către pacient a regimului de protecție a ATM de suprasolicitare funcțională.
- 2) Administrarea miogimnasticii pentru mușchii mobilizatori ai mandibulei.
- 3) Reabilitarea ocluzală.
- 4) Tratament protetic rațional cu restabilirea corectă a dimensiunii verticale de ocluzie, poziționării mandibulei în plan orizontal (anterior-posterior și lateral: stânga, dreapta) în raport cu centrul estetic.
- 5) Tratament medicamentos și fizioterapeutic – la indicații.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizei: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și alte persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului:

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Sindrom – totalitatea de simptome sau un complex de simptome cu caractere patogenetice comune ce caracterizează un anumit proces patologic al organismului uman.

Disfuncție – dereglarea funcției fiziologice a unui organ sau sistem al organismului uman.

Sindromul disfuncției dureroase a ATM – stare patologică a ATM cu prezența complexului de simptome caracteristice dereglărilor funcționale și însoțite de durere.

A.9. Informație epidemiologică

Frecvența disfuncției ATM este relativ înaltă variind în limitele 27–76% din pacienți ce se adresează la medicul stomatolog (Хватова В. А.; 1993); conform cercetărilor efectuate de Рабухина Н. А. și colab. (1995), la 14–20% copii și adolescenți din numărul total supuși examenului au fost depestate dereglări din partea ATM (Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001, стр. 223).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare a specialistilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Varietățile de lucrări protetice, materializarea

calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru determinarea diagnosticului după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
Diagnosticul : Forma nozologică: Sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen): K07.60.	Sunt bazate pe rezultatele examenului clinic pentru a determina diagnosticul preventiv și indicațiile către tratamentul complex .	1. Investigații obligatorii: anamneza; inspecția; palpația; sondarea; percuția; auscultația ATM; radiografia (ortopantomografia, dento-parodontală); tomografia ATM; modele de diagnostic; analiza ocluziei funcționale; teste funcționale; analiza generală a urinei; analiza mișcărilor mandibulare; determinarea DVO; ocluziografia. 2. Investigații suplimentare: tomografia computerizată; rezonanța magnetică; tomografică a ATM; studiul modelelor de diagnostic în articulator; termometria cutană a feței; consultația neuropatologului; consultația reumatologului; consultația ORL; consultația chirurgului OMF.

B.2. Nivelul consultativ specializat

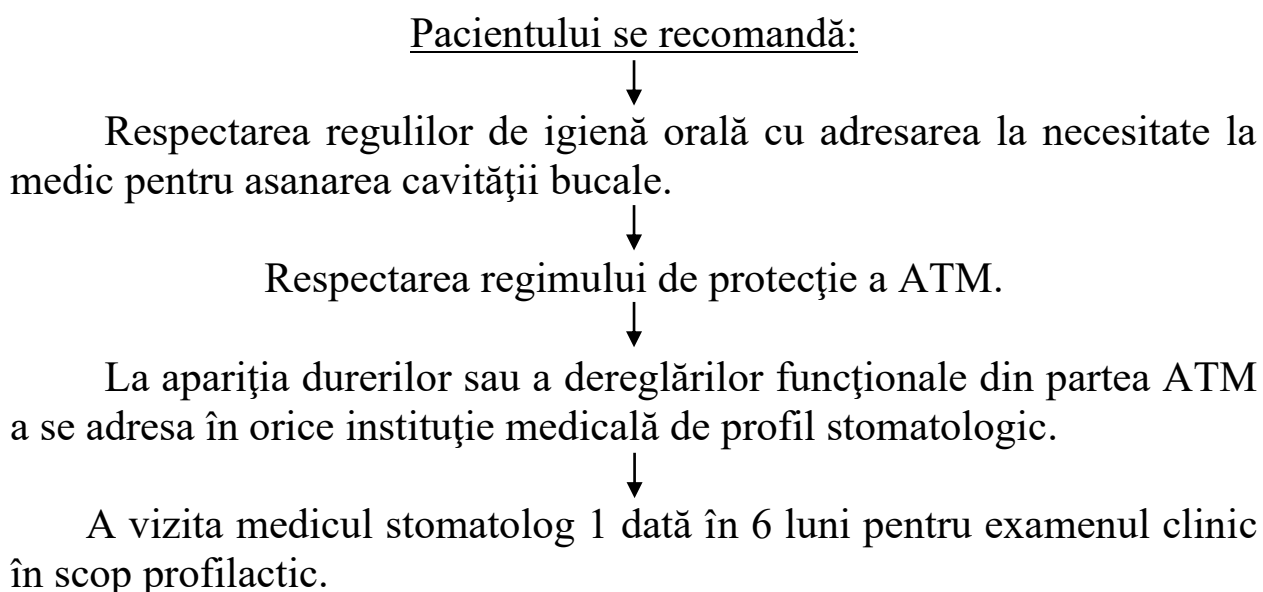
Asistența consultativă specializată a pacienților cu sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen) se efectuează pe trepte conform nivelului de organizare a asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secția de protetică dentară raională, secție de protetică dentară orășănească (municipală) → republicană → catedra

Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”), la îndepărtarea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):
Electromiografia mm. maseterici și temporali.

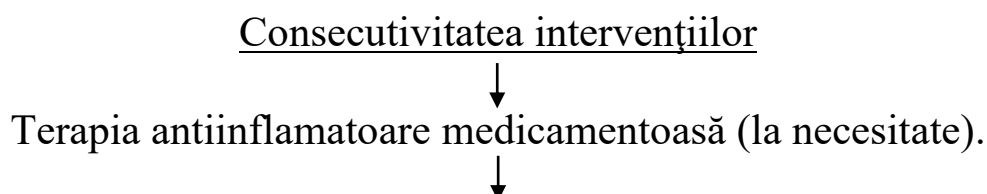
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului



C.1.2. Algoritmul de intervenții

Intervențiile ortopedo-protetice în scopul tratamentului complex al sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen) prevăd etapizarea tratamentului în dependență de tabloul clinic și starea arcadelor dentare.



Asanarea cavității bucale și respectarea recomandărilor de protecție a ATM (limitarea gradului de deschidere a gurii, excluderea produselor alimentare dure, etc.).



Reechilibrarea ocluzală.



Miogimnastica mușchilor mobilizatori ai mandibulei, proceduri fizioterapeutice.



Tratament protetic rațional cu restabilirea DVO și poziționarea mandibulei față de maxilă.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PRINCIPIILOR DE TERAPIE COMPLEXĂ ETAPIZATĂ

C.2.1. Clasificarea clinică a sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen)

Петрочов Ю. А. (1985) deosebește două forme clinice de manifestare a sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen):

- Sindromul disfuncțional al ATM neuromuscular
- Sindromul ocluzio-articular disfuncțional al ATM.

C.2.2. Algoritmul tratamentului ortopedo-protetic al sindromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen)

În baza examenului complex (clinic și paraclinic) și a diagnosticului diferențiat, strategia tratamentului ortopedo-protetic este orientată spre lichidarea factorului etiologic, reechilibrarea ocluzo-articulară, musculară și re poziționarea mandibulei față de baza craniului. Planul tratamentului va fi individualizat, în dependență de particularitățile tabloului clinic și va include: terapia antiinflamatoare medicamentoasă, proceduri fizioterapeutice, kinetoterapia, tratament ortopedic și protetic. Tratamentul va fi etapizat și totdeauna va începe cu lichidarea durerilor și echilibrarea psihică a pacientului.

Etapa I

În prima ședință (vizită) după stabilirea diagnosticului diferențiat se va întocmi planul de tratament, care va include:

1. Măsurile de echilibrarea psihică prin psihoterapie sau psihoterapie și terapie medicală, care sunt consultate și administrate de medicul psihiatru.
2. Lichidarea durerilor: Analgin 0,5 x 2 ori/zi; Baralgin 1 pastilă x 2 ori/zi.
3. Terapia antiinflamatoare: Indometacin 0,25, 1 pastilă x 3 ori/zi; Ibuprofen 0,2, 2 pastile x 4 ori/zi; Aspirină 0,5, 1 pastilă x 3 ori/zi.
4. Tratamentul fizioterapeutic: electroforeză cu 2,0% Lidocaină; Electroforeză cu KJ; Ultrasunet; Fototerapia prin raze ultraviolete.
5. Chinetoterapia prin exerciții cunoscute ca miogimnastică (prescrierea unor mișcări mandibulare de deschidere și închidere a gurii, mișcări de lateralitate, etc.).
6. Masajul zonei periarticulare: se efectuează fără aplicarea forței prin netezire, fricție și vibrație ușoară.
7. Măsurile de reechilibrare a ocluziei:
 - lichidarea supracontactelor (ocluzia traumatică) prin șlefuirea selectivă a dinților;
 - nivelarea planului de ocluzie prin rezecții coronare și asigurarea alunecării line a arcadei dentare inferioare pe cea superioară.
8. Durata măsurilor selectate va fi determinată individual cu aplicarea unor proceduri până la 2–3 săptămâni.

În această ședință se va efectua și amprentarea arcadei dentare pentru confecționarea dispozitivelor cu caracter curativ-diagnostic: gutiere dentare, gutiere dento-gingivale, dispozitive cu plan înclinat sau ocluzal, proteze dentare mobilizabile cu pini ocluzali.

Amprentarea se va realiza cu linguri amprentare standard, perforate sau neperforate cu gofrarea marginelor cu leucoplast sau adeziv special. Ca material amprentar se vor utiliza materiale din grupul alginatelor.

Etapa II

Aplicarea interceptoarelor sau a dispozitivelor cu caracter curativ-diagnostic

Confecționarea și aplicarea interceptoarelor sau a dispozitivelor cu caracter curativ-diagnostic au ca scop normalizarea relațiilor intermaxilare și a elementelor ATM. Pe parcursul a 7–10 zile după aplicarea dispozitivului se efectuează corecția respectivă până la obținerea unui confort satisfăcător din partea ATM și a sistemului muscular. Durata acestei perioade de tratament este de 4–6 luni. Pacientul pe parcurs este invitat, pentru verificarea mersului tratamentului, la necesitate.

Etapa III

Tratamentul protetic

Scopul tratamentului protetic este refacerea integrității arcadei dentare, cu reabilitarea ocluzală și menținerea corectă a mandibulei re poziționate față de baza craniului în plan vertical, transversal și sagital. Planul tratamentului, alegerea și realizarea lucrărilor protetice reiese din particularitățile tabloului clinic individual (proteze fixe, mobilizabile, tratament protetic mixt). La confecționarea protezelor dentare se va atrage atenția la caracterul reliefului ocluzal în concordanță cu principiile de intercuspidadă maximă a arcadei dentare, factor important pentru asigurarea stabilității mandibulei față de maxilă în timpul funcției.

D. REZULTATE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În baza examenului complex se va determina diagnosticul și se va realiza tratamentul etapizat obținând ameliorarea stării funcționale a ATM.

Complicațiile posibile precoce:

- Acutizarea maladiei ca urmare a intervențiilor neadecvate la etapa diagnosticului diferențiat între: artrită, artroză și sin-

dromului disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen), pentru care este caracteristică durerea mușchilor masticatori și pocnet în ATM;

- Acutizarea maladii în procesul de normalizare etapizată a DVO;

Complicații posibile tardive:

Apariția simptomelor caracteristice pentru artroză ca urmare a majorării DVO, blocajului mișcărilor mandibulare de relief ocluzal incorect, suprasolicitării ATM;

Dezvoltarea ocluziei traumatice ca urmare a majorării DVO într-un timp mai mult de 4–6 mm.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare a medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;

- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F.ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacientului

Pacientul cu sindromul disfuncției dureroase a ATM (sindromul Costen) tratat ortopedo-protetic complex trebuie să respecte următoarele obiective:

1. A întocmi un regim alimentar protector pentru articulația temporo-mandibulară cu excluderea produselor alimentare de o duritate majoră (de exemplu – pesmeți, etc.).
2. Limitarea gradului de deschidere a gurii.
3. Excluderea factorilor ce contribuie la apariția parafuncțiilor musculare (stresul, obiceiuri vicioase, etc.).
4. Respectarea igienei cavității bucale.
5. La prezența lucrărilor protetice, indiferent de tipul lor, ca și la lipsa lor de a respecta regulile de igienă a cavității bucale și protecției protezelor dentare fizionomice (acrilate, ceramică, mobilizabile) de fracturări.
6. În scop profilactic de a se adresa medicului 1 dată la 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.

Subsemnatul (a) _____
care m-am prezentat pentru asistență medicală în _____,
(denumirea instituției)
sunt cunoscut cu programul de diagnostic și tratament, cu riscurile even-
tuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic,
cât și în cazul refuzului aplicării lui, de asemenea și cu variantele alter-
native existente, precum și costul asistenței medicale.

Medicul _____, identitatea căruia și perfor-
mațiunile îmi sunt cunoscute.

Semnăturile conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Burlui V. și a. Protetica dentară. Iași, 1998. – 848 p.
3. Burlui V., Morarașu C. Gnatologie. Editura Apollonia, Iași, 2000. – 566 p.
4. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol.I., Ed.III, Geneva, 1997.
5. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
6. Гаврилов Е. И., Щербаков А. Ортопедическая стоматология. М., Медицина, 1984. – 576 с.
7. Postolachi I. Protetică dentară. Chișinău, “Știința”, 1993. – 446 p.
8. Хватова В. А. Заболевания нижнечелюстного сустава. М., “Медицина”, 1982. – 159 с.
9. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001. – 301 с.

PROTOCOLUL CLINIC NR.7

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL LUXAȚIEI ȘI SUBLUXAȚIEI RECIDIVANTE A ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Abrevierile folosite în document:

ATM – Articulația temporo-mandibulară;
IMSP – Instituția medico-sanitară publică.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Luxațiile și subluxațiile recidivante a articulației temporo-mandibulare (ATM) apar la pacienții bolnavi de reumatism, podagră, epilepsie, în urma repunerii traumatice a luxației acute, fixării insuficiente de durată a mandibulei. Luxația condililor articulari are loc fără nici o forță din afară, în timpul deschiderii gurii, a masticației, din cauza extensiunii ligamentelor articulare. Un rol important în etiologia acestor patologii articulare se acordă factorilor constituționali și ereditari (insuficiența aparatului ligamentar, înălțimei insuficiente a tuberculului articular).

Manifestările clinice ale luxației și subluxației recidivante ale ATM se deosebesc de luxațiile acute prin faptul că ele pot apărea de repetate ori pe parcursul zilei. De regulă pacienții de sinestătător ușor re poziționează mandibula în poziția corectă față de maxilă, însă acest proces patologic negativ influențează psihica pacientului.

Luxațiile și subluxațiile recidivante pot fi unilaterale și bilaterale. Pentru așa stări patologice ale ATM sunt caracteristice excursiile excesive ale condililor articulari, ce ușor se determină prin palparea lor în ductul auditiv extern. Condilii articulari depășind vârful tuberculilor articulari favorizează extensia capsulei și a aparatului ligamento-muscular provocând dureri, care se intensifică în timpul actului de masticație. Durerea poate iradia în tâmplă, ureche, gât sau zona occipitală. Însă în majoritatea cazurilor durerea este absentă. La deschiderea și închiderea gurii pot apărea pocnituri de la atenuarea ligamentelor capsulare cu condilii articulari. Acest fenomen contribuie și la dereglarea cinematicii mandibulare cu deplasarea mandibulei.

Luxațiile și subluxațiile ATM frecvent sunt asociate cu artroze deformatate.

În scop diagnostic o deosebită importanță se acordă palpației ATM, studiului cinematicii mandibulare, cât și a metodelor radiografice (tomografia, artrografia, zonografia).

A.1. Diagnosticul: Luxație (subluxație) recidivantă a articulației temporo-mandibulare

Această patologie include toate variantele clinice de manifestare a fenomenului de luxație și subluxație a ATM. Caracteristic pentru luxațiile ATM este fenomenul că condilii articulari iese complet din fosele glenoidale și pierd contactul cu tuberculii articulari, pe când în caz de subluxație condilii articulari își păstrează contactul cu versantul anterior al tuberculului articular.

Exemple:

1. Luxație recidivantă a articulației temporo-mandibulare ca urmare a deschiderii largi a gurii;
2. Subluxația recidivantă a articulației temporo-mandibulare ca urmare a deschiderii gurii în timpul intervenției stomatologice.

A.2. Codul bolii: (CIM-10)

Forma nozologică : Luxația recidivantă a ATM: K07.62

Forma nozologică : Subluxația recidivantă a ATM: K07.62

A.3. Utilizatorii

Instituțiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secții sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.) indiferent de subordonare cât și cele private.

A.4. Scopul protocolului

De a spori și ameliora diagnosticul diferențiat, elaborarea planului de tratament și majorarea eficienței tratamentului cu micșorarea riscului de recidivă prin:

- a) Unificarea proceselor de diagnostic stabilite în scopul depistării factorilor etiopatogenici ai patologiei.

- b) Argumentarea planului complex de tratament.
- c) Unificarea algoritmului de tratament.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizii: Ianuarie, 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului:

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară și ortodonție, USMF “Nicolae Testemițanu”.

Informații de contact: mun. Chișinău, str. Toma Ciorbă 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Luxațiile și subluxațiile recidivante a articulației temporo-mandibulare – prezintă maladii a articulației cu simptome de deplasări a condililor articulari ai mandibulei din limita mobilității funcționale în fosele articulare provocând dereglarea funcției articulare.

Luxația articulației temporo-mandibulare – prezintă așa o patologie a articulației, când condilii articulari ai mandibulei iese în totalitate din fosa articulară pierzând contactul cu suprafața tuberculului articular. Luxațiile ATM pot fi:

- unilaterale;
- bilaterale;
- acute și recidivante.

Subluxația articulației temporo-mandibulare – prezintă așa o patologie a articulației, când condilii articulari ai mandibulei în timpul funcției iese în totalitate din fosa articulară însă își păstrează contactul cu panta tuberculului articular în zona vârfului.

Subluxațiile ATM pot fi:

- unilaterale;
- bilaterale;
- acute și recidivante.

A.9. Informație epidemiologică

Хватова В. А. (1982) consideră luxațiile și subluxațiile recidivante a ATM și a meniscului ca complicații a maladiilor ATM (artrite, artroze, disfuncții mioarticulare, etc.), care se întâlnesc la 20% din toți pacienții ce se adresează la medicul stomatolog (Хватова В. А. «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава». М. «Медицина», 1982. – 28 с.).

Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. indică că la 70 % din populație este prezentă subluxația fiziologică, când la deschiderea maximă a gurii cu panta tuberculului articular își pastrează contactul numai 1/3 din suprafața distală a condilului articular.

Autorii menționează ca la pacienții cu edentații parțiale subluxațiile recidivante ating indicele de 50% (Рабухина Н. А., Аржанцев А. П. „Рентгенодиагностика в стоматологии”. М., МИА., 1999, с. 381–401).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală în domeniul proteticii dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare a specialistilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private.

Varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru determinarea diagnosticului după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
<p>Diagnosticul luxației și subluxației recidivante a ATM: Forma nozologică: Luxația și subluxația recidivantă a ATM: K07.62</p>	<p>Sunt axate pe rezultatele examenului clinic pentru a determina diagnosticul preventiv și indicațiile către tratamentul ortopedo-protetic</p>	<p>1. Investigații obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamneza - inspecția - palpația ATM - palpația mușchilor mobilizatori ai mandibulei - examenul cinematicii mandibulare - gradul de deschidere a gurii - analiza zgomotelor articulare - determinarea tipului de ocluzie și a contactelor interarcadiene - ortopantomografia - tomografia ATM - analiza ocluziei funcționale - teste funcționale <p>2. Investigații suplimentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - studiul modelelor de diagnostic în articulator - electromiografia - consultația reumatologului - consultația chirurgului oro-maxilo-facial

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată a pacienților cu luxații și subluxații recidivante a ATM se efectuează pe trepte conform nivelului de organizare a asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secția de protetică dentară raională, secție de protetică dentară orășanească (municipală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”), la îndepărtarea specialistului respectiv.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Tomografia computerizată a ATM;
2. Rezonanță magnetică nucleară cu tomografia ATM;
3. Artrografia.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului

Pacientului se recomandă:



Respectarea regimului protector a ATM (deschiderea limitată a gurii, se interzice de a folosi produse alimentare dure, excluderea deplasărilor exagerate a mandibulei în timpul actului de masticatie, recomandări referitoare la realizarea actului de masticatie pe hemiarcadele respective, etc.).



Asanarea cavității bucale.



Respectarea regulilor de igienă orală.



La apariția luxației sau semnelor de subluxație a ATM a se adresa imediat medicului în orice IMSP.



A vizita medicul stomatolog 1 dată la 6 luni pentru a determina starea cavității bucale și a ATM în scop profilactic.

C.1.2. Algoritm de intervenții

Intervențiile stomatologice în scopul tratamentului ortopedic al luxației și subluxației recidivante a ATM sunt dependente de factorii etiologici ai patologiei, dacă au fost depistați și starea sistemului dentar: arcade dentare întrerupte, denivelarea planului de ocluzie, migrări dentare, anomalii de ocluzie, insuficiența parodontală, abraziunea patologică a dinților, subdeminsionarea DVO, etc.

Intervențiile terapeutice se vor realiza concomitent cu terapia maladiei de bază. Caracterul și consecutivitatea etapelor de tratament sunt dependente de particularitățile tabloului clinic, aparatului ortopedic

ales, tipul de proteze dentare, dacă sunt indicate și tratamentul fizioterapeutic. Algoritmul tratamentului individualizat va fi acordat cu pacientul și confirmat prin semnătura sa în fișa de observație.

Consecutivitatea intervențiilor după pregătirea
pre- și proprotetică a cavității bucale



Imediat după readucerea condililor articulari în fosele articulare pentru asigurarea repaosului relativ mandibulei se va utiliza fronda mentonieră, care totodată permite mandibulei executarea mișcărilor cu o amplitudă redusă. În continuare va urma realizarea etapelor clinice de tratament protetic pe vizite conform indicațiilor, tipului de proteză dentară și tehnologiei confecționării. Concomitent se vor da recomandări practice de prevenire a luxație sau subluxației ATM (limitarea deschiderii gurii, excluderea alimentelor dure din rațiunul alimentar, etc.) și se vor administra proceduri fizioterapeutice la indicații (masajul mm. maseterici, electroforeză cu preparate anestezice, antiinflamatorii, galvanoterapia).



Realizarea etapelor clinice de confecționare a aparatelor fixe sau mobilizabile de limitare a deschiderii gurii în dependență de aparatul ales.

C.2. DESCRIEREA METODELOR ȘI PROCESELOR TEHNOLOGICE DE TRATAMENT AL LUXAȚIEI ȘI SUBLUXAȚIEI RECIDIVANTE A ATM

C.2.1. Algoritmul de tratament ortopedic al luxației și subluxației recidivante a ATM

Tratamentul ortopedic al luxațiilor și subluxațiilor recidivante a ATM constă în poziționarea condililor articulari ai mandibulei în fosele articulare cu crearea obstacolului de deschidere largă a gurii. Acest obiectiv se obține cu ajutorul aparatelor fixe și mobilizabile. Din aparatele mobilizabile fac parte: aparatul Schroder, Pomeranțeva-Urbanskaia, Iadrova, care prezintă plăci palatinale sau gutiere cu pelot și sprigin pe ramura mandibulară ascendentă împiedicând deschiderea largă a gurii.

Din aparatele fixe cel mai rațional este aparatul Petrosov, alcătuit din elementul de fixare și de limitare a deschiderii gurii.

Termenul tratamentului în mediu este de 3–6 luni. La apariția recidivei tratamentul se repetă.

Tratamentul ortopedic al luxației și subluxației recidivante a ATM este o completare cu terapia maladiei de bază, înlăturarea anomaliilor de ocluzie, nivelarea planului de ocluzie, tratament protetic și fizioterapeutic.

Durata confecționării aparatelor ortopedice și numărul de vizite ale pacientului sunt determinate de tipul și particularitățile de structură ale aparatului.

Vizita I

Normalizarea relațiilor interocluzale între arcadele dentare și a elementelor ATM prin repoziționarea condililor articulari ai mandibulei în fosele articulare.

În această vizită se realizează amprentarea arcadelor dentare pentru confecționarea aparatului ortopedic ales. Ampretele se obțin cu linguri amprentare perforate standard sau neperforate, cu cofrarea marginilor cu emplastru sau aplicarea unui adeziv, pentru menținerea materialului amprentar. În acest scop se utilizează materiale amprentare elastice din grupul alginatelor.

Până la confecționarea aparatului pacientul este instruit de a fi atent să nu deschidă gura larg.

Vizita II

În dependență de varietatea aparatului ales, se va efectua proba machetei din ceară a aparatului mobilizabil sau a elementelor de fixare a aparatului fix (Petrosov) cu ulterioara amprentare pentru confecționarea limitatorului de deschidere a gurii.

Vizita III

Aplicarea aparatului mobilizabil sau instalarea și cimentarea aparatului fix cu instrucțiunea pacientului de folosire a acestor aparate cu limitatoare de deschidere largă a gurii.

Vizita IV

Pentru verificarea funcționalității aparatului și corecția la necesitate, pacientul este invitat în prima zi după aplicarea și fixarea aparatului.

În continuare pacientul este invitat periodic pentru verificări curente. Numărul vizitelor se determină la necesitate.

D. REZULTATE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Diagnosticul și tratamentul imediat constituie evitarea complicațiilor, care pot fi precoce și tardive.

Complicații posibile precoce:

- trauma suplimentară a ATM în timpul repoziției condililor articulari în fosele articulare;
- lezarea capsulei articulare;
- extinderea capsulei și a ligamentelor articulare;
- lezarea vaselor sangvine și a nervilor.

Complicațiile tardive:

- recidiva luxației și subluxației ATM.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.

4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare a medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;
- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului

Pacientul cu luxații și subluxații recidivante a ATM tratate complex trebuie să respecte următoarele obiective:

1. La prezența maladiilor generale considerate ca factor etiologic al acestor afecțiuni ale ATM (reumatismul, podagra, epilepsia și al.) de a respecta recomandările specialiștilor respectivi și regulat de a urma periodic tratamentul administrat.

2. De a utiliza aparatul de limitare a gradului de deschidere a gurii conform recomandărilor medicului.

3. La absența aparatului de limitare a gradului de deschidere a gurii, categoric se interzice de a deschide larg gura, de exemplu pentru a mușca mărul, etc.

4. Nu se recomandă folosirea alimentelor dure.

5. O dată la 6 luni de a vizita medicul stomatolog pentru examenul stării sistemului dentar și a ATM cu efectuarea măsurilor respective de asanare complexă a cavității bucale sau/și administrarea tratamentului dereglărilor din partea ATM (la necesitate).

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.

Subsemnatul (a) _____
care m-am prezentat pentru asistență medicală în _____,
(denumirea instituției)
sunt cunoscut cu programul de diagnostic și tratament, cu riscurile even-
tuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic,
cât și în cazul refuzului aplicării lui, de asemenea și cu variantele alter-
native existente, precum și costul asistenței medicale.

Medicul _____, identitatea căruia
și performanțele îmi sunt cunoscute.

Semnăturile conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol.I., Ed.III, Geneva. – 1997.
3. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
4. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. М., «Медицина», 1984. – 576 с.
5. Postolachi I. și colab. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
6. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. М., «Медицина», 1982. – 159 с.

PROTOCOLUL CLINIC № 8

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ARTROZEI, OSTEOARTROZEI ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Abrevierile folosite în document

ATM – Articulația temporo-mandibulară;

DVO – Dimensiunea verticală de ocluzie;

IMSP – Instituția medico-sanitară publică.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Artroza (osteoartroza) prezintă o maladie a articulației temporo-mandibulare (ATM) frecvent întâlnită, cu un tablou clinic polimorf și variat. Această maladie apare ca urmare a proceselor distrofice și degenerative în discul articular și terenul cartilaginos, însoțite de deformația suprafețelor articulare. Ulterior aceste procese afectează terenul osos articular cu deformarea condililor articulari care obțin forme asemănătoare unei ciuperci, cârlig, gămălie de ac. Se consideră că aceste dereglări morfologice în ATM sunt generate de dezechilibrul dintre suprasolicitarea articulației și rezistența fiziologică a țesuturilor articulare. Datorită suprasolicitării funcționale a ATM de lungă durată are loc agravarea circulației sangvine care conduce la accelerarea proceselor distrofice în țesutul cartilaginos cu toate consecințele. Un rol deosebit în geneza artrozei (osteoartrozei) ATM se acordă macro și microtraumelor, proceselor inflamatorii, dereglărilor endocrine și de metabolism, însă pe prim loc se găsesc acele dereglări în sistemul stomatognat, care conduc la disfuncția mușchilor masticatori și a activității sincrone a ambelor articulații (stânga, dreapta). La așa dereglări cel mai frecvent contribuie: edentația parțială (lipsa dinților laterali), migrările dentare, abraziunea intensivă a țesuturilor dure a dinților, ocluzie adâncă, ocluzie redusă cu deplasarea mandibulei distal, deformațiile arcadelor dentare (planului de ocluzie), blocajul mișcărilor mandibulare cu generarea contactelor dentare premature, tratament restaurativ nerațional, etc.

Manifestarea clinică a artrozei (osteoartrozei) ATM începe cu apariția în articulație a crepitațiilor, saltului articular, limitarea gradului de deschidere a gurii (3,0 cm și mai puțin), mișcări mandibulare stângherite, ca regulă după somn, dimineața sau în timpul actului de masticatie. Durerile pot fi lipsi sau apărea după răceală, în timpul masticatiei alimentelor dure, iar ulterior devin permanente, surde și pot fi unilaterale și bilaterale. În anul 1936, savantul american Costen a descris un complex de simptome caracteristice pentru artroză, cunoscut ca sindromul Costen. Cele mai frecvente simptome caracteristice pentru acest sindrom sunt: cefalei, glosalgii, dureri faciale, parastezii ale mucoasei cavității bucale, ale zonelor periarticulare, dureri în urechi, scăderea auzului, etc.

Radiologic în fazele incipiente ale artrozei se depistează sclerozarea corticalei condililor articulari, din care considerente această forma clinică a fost numită artroză sclerotizantă. În fazele avansate se depistează micșorarea dimensiunilor colului condililor articulari, deformarea lor, formarea exofitelor, iar ca urmare a osteoporozei pe suprafețele condililor pot apărea și sectoare corodate. Această formă clinică este cunoscută ca artroză deformantă. Prin urmare tabloul clinic al artrozei ATM este complicat și necesită un examen minuțios. Întârzierea acordării ajutorului necesar conform Protocolului duce la agravarea proceselor patologice în ATM cu disfuncții articulare grave.

A.1. Diagnosticul: Artroză (osteoartroză) a articulației temporo-mandibulare

Artroza (osteoartroza) ATM se manifestă ca cauză a proceselor distrofice în țesuturile articulare, care apar în urma dezechilibrului dintre particularitățile fiziologice de rezistență tisulară și solicitarea funcțională. Conform clasificării CIM-10 prezintă o formă nozologică a maladiilor ATM.

Exemple:

1. Artroză deformantă a ATM, abraziune dentară generalizată gr. III decompensată cu micșorarea DVO.
2. Artroză deformantă a ATM, edentație parțială cl. I Kennedy, migrări dentare, deformația arcadei dentare restante, abraziunea

generalizată a ţesuturilor dure a dinţilor restanţi gr. II, forma decompensată.

3. Artroză deformantă a ATM, parodontită cronică marginală generalizată, edentaţie parţială cl. III Kennedy la mandibulă, migrări dentare.

A.2. Codul bolii:(CIM-10)

Forma nozologică: Artroză (osteoartroză) a ATM: M 19.OX

A.3. Utilizatorii

Instituţiile medico-sanitare publice de profil stomatologic (policlinici, secţii sau cabinete în policlinici, ambulatorii, spitale, etc.) indiferent de subordonare cât şi cele private.

A.4. Scopul protocolului

De a spori procesul de diagnosticare şi de majorare a nivelului terapiei dificile prin:

a) Atenţionarea în timpul examenului pacientului la necesitatea investigaţiilor radiologice speciale (tomografia, tomografia computerizată a ATM, rezonanţa magnetică nucleară);

b) Argumentarea diagnosticului diferenţiat şi determinarea formei clinice a artrozei ATM;

c) Întocmirea planului individual de tratament complex a artrozei ATM.

A.5. Data elaborării protocolului: Ianuarie, 2009

A.6. Data următoarei revizii: Ianuarie, 2014

A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor ce au participat la elaborarea proiectului

Ilarion Postolachi, doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar, Om emerit, catedra Protetică dentară şi ortodonţie, USMF “N. Testemiţanu”. Informaţii de contact: mun. Chişinău, str. Toma Ciorbă, 42, tel. 205220.

A.8. Definițiile folosite în document

Artroză (osteoartroză) ATM – maladie cronică, manifestată prin prezența proceselor distrofice și degenerative în toate țesuturile articulare cu simptome de inflamație aseptică.

Artroză (osteoartroză) sclerotizantă – formă clinică în fazele incipiente ale artrozei ATM manifestate prin sclerozarea corticalei condililor articulari și micșorarea fisurii articulare determinate prin examenul radiologic.

Artroză (osteoartroză) deformantă – forma clinică avansată a artrozei ATM manifestată prin deformarea condililor articulari, aplatizarea lor și a fosei articulare, cu posibila prezență a exofiților.

A.9. Informație epidemiologică

Artroza (osteoartroză) ATM este considerată o maladie a ATM frecvent întâlnită, din cauza că de rând cu mulți factori etiologici pe primul loc se plasează patologiile sistemului dentar și a ocluziei (Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. М., «Медицина», 1982, с. 58; Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001, с. 232).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală în domeniul protetice dentare

Specificul asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare este determinat de nivelul de calificare a specialiștilor în domeniu și posibilitățile tehnico-materiale ale fiecărei instituții medico-sanitare publice sau private. Varietățile de lucrări protetice, materializarea calităților respective ale acestor lucrări dependente de procesele tehnologice de care dispune instituția, cât și volumul de acordare a asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare poate fi realizat în toate instituțiile medico-sanitare publice și private de profil stomatologic cu licența respectivă eliberată de Consiliul Național de Acreditare și Evaluare.

Prin urmare nivelul de asistență medicală la etapa primară în toate instituțiile medico-sanitare publice și private prevede examenul clinic și paraclinic al pacientului pentru determinarea diagnosticului după cum urmează:

Descriere	Motivele	Pașii (măsurile)
<p>Diagnosticul : Forma nozologică: Artroză (osteoartroză) a ATM: M 19.OX</p>	<p>Sunt axate pe rezultatele examenului clinic pentru a determina diagnosticul preventiv și indicațiile către tratamentul complex</p>	<p>1. Investigații obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamneza - inspecția - palpația ATM - palpația mușchilor - auscultația - determinarea DVO <p>examenul endobucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspecția • Percuția • Electroodontometria • Examenul ocluziei <ul style="list-style-type: none"> - modele de diagnostic - radiografia (ortopantomografia) - tomografia ATM - analiza cinematicii mandibulare - ocluziografia <p>2. Investigații suplimentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analiza generală a sângelui - analiza generală a urinei - determinarea microcurenților în cavitatea bucală - consultația medicului ORL - consultația medicului stomatolog-chirurg - consultația reumatologului.

B.2. Nivelul consultativ specializat

Asistența consultativă specializată a pacienților cu artroză (osteoartroză) se efectuează pe trepte conform nivelului de organizare a asistenței stomatologice (cabinet stomatologic → cabinet sau secția de protetică dentară raională, secție de protetică dentară orășănească (munici-

pală) → republicană → catedra Protetică Dentară și Ortodonție USMF “N. Testemițanu”), la îndepărtarea specialistului respective.

Recomandări suplimentare la examenul pacientului (la necesitate):

1. Analiza biochimică a sângelui.
2. Electromiografia m. maseterici și temporali.
3. Rezonanța magnetică nucleară.

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului.

Pacientului se recomandă:



Respectarea următoarelor sfaturi: limitarea deschiderii gurii, excluderea mișcărilor manibulare de lateralitate de o mare amplitudă, de a nu folosi alimente dure, masajul ușor a zonei periarticulare, deschiderea gurii cu traseul corect al mandibulei, efectuarea actului de masticatie bilateral, convorbire referitoare la parafuncțiile musculare.



Vizita la medic pentru asanarea cavității bucale, corecția protezelor, evidențierea contactelor dentare premature și nefuncționale cu hârtie de articulație Bauch și șlefuirea selectivă a dinților, explicarea necesității aplicării aparatelor curative, provizorii de normalizare a DVO și realizării contactelor ocluzale între dinții laterali în timpul funcției. Termenul de folosire a aparatelor circa 4–6 luni.



Vizita la medic pentru a determina succesele tratamentului și de a decide necesitatea administrării procedurilor fizioterapeutice (ultrasunet, miogimnastica, etc.).



Vizita la medic pentru a determina indicațiile către tratamentul ortodontic și a celui protetic rațional cu proteze dentare fixe, mobilizabile sau a tratamentului mixt.

C.1.2. Algoritmul de intervenții

Intervențiile stomatologice în scopul tratamentului artrozei (osteoartrozei) ATM se vor efectua numai după stabilirea diagnosticului diferențiat pe etape:

Etapa I – asanarea cavității bucale, șlefuirea selectivă a dinților în ocluzia funcțională (la indicații), corecția protezelor dentare (la necesitate), masaj ușor a zonelor periarticulare;

Etapa II – aplicarea aparatelor-protezelor curativo-profilactice (interceptoarelor ocluzale și a gutierilor) care ulterior se înlocuiesc cu proteze dentare definitive (la indicații). Interceptoarele ocluzale, gutierele, plăcile palatinale cu plan ocluzal sau plan înclinat proteze mobilizabile de refacere a DVO și re poziționării mandibulei care sunt folosite pe parcursul a 4–6 luni.

Etapa III – fizioterapia (masajul mușchilor maseterici, a zonei periarticulare, ultrasunet, miogimnastică), iar la indicații și alte proceduri fizioterapeutice (electroterapia, fizioterapia, fototerapia, etc.)

Consecutivitatea intervențiilor

↓
Recomandări referitoare la limitarea mișcărilor mandibulare de lateralitate, de deschidere largă a gurii, folosirea alimentelor moi.

↓
Intervențiile prevăzute la etapa I a algoritmului de intervenții.

↓
Intervențiile prevăzute la etapa II a algoritmului de intervenții.

↓
Intervențiile prevăzute la etapa III a algoritmului de intervenții.

C.2. DESCRIEREA ETAPELOR DE TRATAMENT AL ARTROZEI (OSTEOARTROZEI) ATM

Conform examenului clinico-radiologic, în manifestarea clinică a artrozei (osteoartrozei) ATM e rațional de a deosebi 4 faze:

I – faza incipientă, care se caracterizează cu o amplitudă majoră a mișcărilor condililor mandibulari, cu îngustarea neuniformă a fisurii articulare;

II – faza manifestării simptoamelor clinice de disfuncție articulară cu modificări ale formei condililor articulari, sclerozarea suprafețelor articulare, prezența exofiților;

III – faza tardivă, manifestată cu simptome grave de disfuncție articulară și de dereglări a formei elementelor articulare cu aplatizarea fosei articulare;

IV – faza avansată, instalată ca urmare a neefectuării tratamentului la timp cu semne de anchiloză fibroasă.

C.2.1. Algoritmul de tratament al artrozei (osteoartrozei) ATM

Etapa I

Această etapă coincide, cu prima vizită după determinarea diagnosticului diferențiat și întocmirea planului de tratament în dependență de starea cavității bucale, se va efectua asanarea, șlefuirea selectivă a dinților în ocluzia funcțională, corecția protezelor dentare la necesitate.

La prezența durerilor articulare sau/și a schimbării poziției condililor articulari se confecționează interceptoare și gutiere cu caracter curativ-diagnostic. În acest scop are loc amprentarea arcadelor dentare cu linguri amprentare standard, perforate. La absența acestor linguri amprentare se utilizează cele neperforate, care în prealabil sunt cofrate pe marginal cu emplastru sau este aplicat un adeziv special pentru retenția materialului amprentar.

Ca material amprentar sunt folosite materiale elastice din grupul alginatelor. În continuare se va determina gradul de majorare a dimensiunii verticale de ocluzie, care se va fixa cu cheia de ocluzie, folosind primul strat a unui material amprentar siliconic.

Etapa II

Etapa a doua coincide cu a doua vizită a pacientului și prevede aplicarea aparatului curativ-diagnostic. După aplicarea aparatului urmează verificarea dimensiunii verticale de ocluzie și a contactelor ocluzale cu utilizarea ocluziogramelor, instrucțiunea pacientului despre modul de folosire a aparatului și igiena cavității bucale.

Etapa III

Etapa a treia coincide cu a treia vizită și prevede verificarea funcționalității aparatului cu corecția respectivă la necesitate. Durata de folosire a aparatului curativ-diagnostic este de 4–6 luni. Numărul vizitelor pe parcursul acestei etape este determinat individual, la necesitate. La indicații este administrat și tratamentul fizioterapeutic.

Etapa IV

Peste 4–6 luni de la începerea tratamentului, după lichidarea durerilor, normalizarea poziției condililor articulari în fosele articulare, a funcționalității articulare și sistemului muscular se va realiza tratamentul protetic rațional. Această etapă finală va include utilizarea protezelor dentare fixe, mobilizabile, combinarea acestor tipuri de proteze dentare sau a interceptoarelor permanente.

D. REZULTATELE AȘTEPTATE LA ETAPELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

În baza examenului complex se va determina diagnosticul diferențial, iar la etapa de normalizare a poziției condililor articulari ai mandibulei în fosele articulare pot fi complicații caracteristice pentru procesul de acutizare a maladii. După tratamentul rațional se va obține o ameliorare a stării funcționale a ATM.

Complicații posibile precoce:

- acutizarea procesului patologic manifestat prin dureri în ATM;
- dureri (oboseală) musculară;
- suprasolicitarea dinților de aparate de diagnostic (gutiere, interceptoare ocluzale);
- stomatite traumatice provocate de aparate de diagnostic.

Complicațiile posibile tardive:

- retragerea posterioară a mandibulei ca urmare a tratamentului protetic incorect cu agravarea procesului patologic;
- micșorarea DVO în urma abraziunii dentare ca urmare a alegerii incorecte a materialelor dentare utilizate la confecționarea protezelor.

E. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Resursele umane și materialele necesare, indiferent de instituția de profil stomatologic (de stat, privată, departamentală, cabinet, secție, rațională, municipală, republicană) sunt în dependență de statele preconizate pentru asistența stomatologică în domeniul proteticii dentare prevăzute de Regulamentul instituției date și obligatoriu include:

Resurse umane:

1. Medici stomatologi proteticieni.
2. Asistente medicale.
3. Tehnicienii dentari.
4. Turnător (la necesitate).
5. Infirmiere.
6. Folosirea celorlalte servicii din instituție prevăzute de regulament (registrator, cabinet radiologic, contabil, casier, etc.).

Materiale:

Gama de materiale este dependentă de nivelul de calificare a medicilor stomatologi, tehnicienilor dentari, asigurarea tehnică și de posibilitățile tehnologice ale instituției respective și obligatoriu va include:

- materiale utilizate la etapele clinice de tratament protetic;
- materiale utilizate în laboratorul de tehnică dentară la etapele tehnice de confecționare a protezelor dentare.

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient

Pacientul cu artroză (osteoartroză) ATM tratat ortopedo-protetic trebuie să respecte următoarele obiective:

1. A fi atent pentru a nu deschide larg gura.
2. De a nu folosi alimente foarte dure.
3. La primele semne clinice de agravare a maladiei (dureri, oboseală musculară, crepitații, etc.) de a se adresa medicului.
4. În scop profilactic a se adresa medicului o dată în 6 luni.

Anexa 2.

Formular pentru obținerea consimțământului pacientului.

Subsemnatul (a) _____
care m-am prezentat pentru asistență medicală în _____,
(denumirea instituției)
sunt cunoscut cu programul de diagnostic și tratament, cu riscurile eventuale atât în cazul aplicării tratamentului și procedeele de diagnostic, cât și în cazul refuzului aplicării lui, de asemenea și cu variantele alternative existente, precum și costul asistenței medicale.

Medicul _____, identitatea căruia și performanțele îmi sunt cunoscute.

Semnăturile conform numărului de vizite:

Pacientul _____

Medicul _____

Data _____

Pacientul _____

Medicul _____

Bibliografie:

1. Bârsa Gh., Postolachi I. Tehnici de confecționare a protezelor dentare. Chișinău, „Știința”, 1994. – 398 p.
2. Postolachi I. și a. Protetica dentară. Chișinău, „Știința”, 1993. – 446 p.
3. Clasificarea internațională a maladiilor (C.I.M.) revizia a 10-a a O.M.S., Vol.I., Ed.III, Geneva, 1997.
4. Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология. Москва, 2003. – 496 с.
5. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. М., «Медицина», 1984. – 576 с.
6. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. М., «Медицина», 1982. – 159 с.
7. Трезубов В. Н., Щербаков А. С., Мишнев Л. М. Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, „СпецЛит”, 2003. – 480 с.
8. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. Москва, «Медицина», 1988. – 507 с.
9. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001. – 301с.

RECENZII OFICIALE

Recenzie

la protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate ca Protocoale Clinice Naționale în domeniul Stomatologiei Ortopedice.

Elaborarea metodelor noi de diagnostic și tratament ortopedo-protetic care continuă permanent să fie implementate în asistența stomatologică populației prezintă un suport de perfecționare continuă acestei asistențe medicale. Actualmente datorită implementării în practica medicală a asistenței medicale prin asigurare – gratuită la compartimentul a mai multor varietăți de asistență medicală (medicina internă, specializările chirurgicale, asistența de urgență în domeniul stomatologiei) a apărut necesitatea de un nomenclator standartizat și în domeniul stomatologiei ortopedice. Acest ghid întocmit ca Protocoale Clinice va servi ca un suport de respectare a consecutivității utilizării tehnologiilor tratamentului protetic în dependență de maladia diagnosticată.

Protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” sunt întocmite în conformitate cu succesele din domeniul acestei specializări, recomandările Ministerului Sănătății la acest capitol. La întocmirea acestui document s-a ținut cont și de Protocoalele clinice din domeniul Proteticii Dentare din alte țări. Important de subliniat că protocoalele prezentate reflectă conținutul Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM 10). Publicarea acestor materiale va servi ca sursă metodologică la acordarea asistenței populației în domeniul Proteticii Dentare.

Concluzie: cele expuse mai sus servesc ca bază de a recomanda către publicare Protocoalele clinice prezentate la asistența stomatologică ortopedo-protetică populației.

Decanul facultății Stomatologie,
șef catedră Protetică Dentară și Ortodonție
a USMF „Nicolae Testemițanu”
Doctor habilitat în medicină, profesor universitar



P. Godoroja

Recenzie

la protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate ca Protocoale Clinice Naționale în domeniul Stomatologiei Ortopedice.

Problemele perfecționării asistenței medicale populației, la fel și în domeniul stomatologiei, tot timpul au fost în atenția specialiștilor. Aceasta se explică prin implementarea permanentă a noilor metode de diagnostic și tratament în activitatea cotidiană a instituțiilor de profil stomatologic. Însă posibilitățile utilizării în practică a tehnologiilor moderne de tratament sunt dependente de dotarea materialo-tehnică a instituției, cât și de nivelul de calificare a personalului medical. Prin urmare medicii practicieni au nevoie de un ghid întocmit instituțional, în dependență de statutul instituției și prevederile sarcinilor trasate. Așa dar, este necesitatea de o standartizare a proceselor de diagnostic și tratament ortopedo-protetic la nivelul țării, care ar servi drept bază pentru elaborarea standardului instituțional.

Protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” sunt întocmite în premieră conform recomandărilor Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM 10). Ele elucidează aspecte clinice generale, probleme de bază în diagnosticul și metodele de tratament ortopedo-protetic a pacienților stomatologi. La etapa actuală Protocoalele clinice prezentate vor contribui la majorarea nivelului calității asistenței medicale stomatologice populației din țară.

Concluzie: sistematizarea și conținutul Protocoalelor clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” sunt întocmite conform recomandărilor Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și se recomandă spre publicare.

Șef catedrei Chirurgie Oro-Maxilo.Facială
și Stomatologie Ortopedică a FPM a USMF
„Nicolae Testemițanu”,

Doctor habilitat în medicină, Profesor universitar



V. Topalo

Recenzie

la protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate ca Protocoale Clinice Naționale în domeniul Stomatologiei Ortopedice.

Stomatologia ortopedică ca specializare în stomatologie este prezentată prin calificarea de medic stomatolog protetician acordată de M.S. al R.M. Conform strategiei și managementului de asistență stomatologică populației din R.M. Această asistență se acordă în IMPS, indiferent de subordonarea departamentală, cât și cele private ce dispun de licență respectivă, începând cu cele plasate în localitățile satești, apoi raionale, orășanești și de IMSP a MS – Policlinica Stomatologică Republicană, considerată ca Centrul Republican Consultativ-Metodic în domeniul stomatologiei.

Ținând cont de elaborarea și implementarea tehnologiilor noi în tratamentul protetic al maladiilor stomatologice a apărut necesitatea de a dispune de un algoritm standartizat de intervenții la realizarea acestui tratament specific. Necătând la obiectivitatea că actualmente această asistență medicală nu este inclusă în pachetul de asistență medicală asigurată protocoalele clinice vor servi ca suport metodologic în procesul de perfecționare a asisnteței stomatologice protetice.

Protocoalele clinice prezentate în număr de 8 sunt întocmite conform formelor nozologice ale maladiilor stomatologice prevăzute de CIM 10 și recomandărilor M.S. al R.M.

Familiarizarea cu conținutul Protocoalelor Clinice ne mărturisește ca fiecare compartiment include informație suficientă despre toate aspectele maladii cu elucidarea varietăților de tratament pe vizite. Protocoalele Clinice prezentate includ aceeași strategie ca și Protocoalele Clinice la acest capitol din alte țări (Belarus, Rusia ș.a.) cu specificul R.M.

CONCLUZIE: Protocoalele Clinice prezentate se recomandă catre publicare.

Specialistul principal în domeniul stomatologiei
a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova,
șeful catedrei Pedodonție și Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
Pediatică a USMF „Nicolae Testemițanu”,
Doctor habilitat în medicină, conferențiar



I.Lupan

Recenzie

la protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate ca Protocoale Clinice Naționale în domeniul Stomatologiei Ortopedice.

Protetica dentară este un compartiment al asistenței stomatologice populației și este acordată atât de instituțiile medico-sanitare publice cât și de cele private. Problemele de organizare a acestei asistenți și implementarea în practică a metodelor noi de diagnostic și tratament este în atenția specialiștilor. Însă pînă în prezent instituțiile de profil stomatologic nu dispun de elemente de standartizare ce ar influența pozitiv unificarea proceselor tehnologice de tratament protetic.

Etapele de diagnostic, conceperea și realizarea tratamentului protetic prevede implementarea în activitatea cotidiană a metodelor moderne cu utilizarea aparatajului, instrumentariului și materialelor contemporane ameliorînd astfel nivelul asistenței stomatologice populației. Din aceste considerente elaborarea unui compendiu prezentat în cazul dat în formă de protocoale clinice este actual. Necesitatea acestor protocoale este argumentată pentru o unificare a operațiunilor pe parcursul examenului clinic, paraclinic și a tratamentului protetic.

Studiul protocoalelor clinice la protetica dentară ne confirmă expunerea consecutivă a etapelor de diagnostic și tratament conform formelor nozologice a maladiilor stomatologice ce necesită un tratament protetic indicate în clasificarea internațională a maladiilor (CIM 10). De subliniat importanța faptului că fiecare protocol clinic include mai multe tehnici de realizare a tratamentului protetic.

Concluzie: protocoalele prezentate sunt întocmite conform formelor nozologice a maladiilor și reflectă procesele de diagnostic indicații și alegerea metodelor de realizare a tratamentului protetic. Aceste obiective ne permit de a recomanda aceste Protocoale clinice către publicare.

Medic-șef
a Clinicii Stomatologice
USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. în medicină, conferențiar



P. Gnatiuc

Recenzie

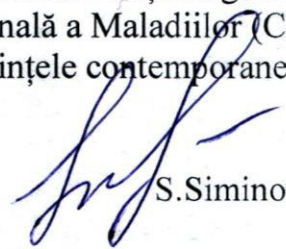
la protocoalele clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate ca Protocoale Clinice Naționale în domeniul Stomatologiei Ortopedice.

Asistența stomatologică populației din R. Moldova se acordă atât de instituțiile medico-sanitare publice de diferit nivel și subordonare, cât și de instituțiile private. Specificul procesului de diagnosticare și tratament stomatologic protetic impune aplicarea diferitor metode de diagnostic și tehnologii de realizare a tratamentului preconizat. Însă în instituțiile stomatologic de acest profil particularitățile indicate sunt influențate de mai mulți factori, printre care vom sublinia nivelul instituției ce dispune de licență în acest domeniu. Necăținând la faptul că tratamentul stomatologic protetic nu este inclus în pachetul de asistență medicală prin asigurări, necesitatea unui îndrumar orientat spre unificarea proceselor de diagnostic și tratament este indiscutabilă.

În multe țări există standardele de asistență medicală și în domeniul Proteticii Dentară, de ceea ce nu dispun instituțiile de profil stomatologic din țară. Prin urmare elaborarea protocoalelor clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” este o cerință a etapei actuale de organizare și acordare a asistenței medicale populației. Așa elaborări vor contribui la unificarea multor tehnologii de tratament ce va spori și majorarea calității asistenței stomatologice în domeniul proteticii dentare. Elaborarea unui astfel de document va servi ca prototip pentru elaborarea protocoalelor instituționale.

Concluzie: analiza Protocoalelor clinice „Diagnosticul și tratamentul ortopedo-protetic a pacienților stomatologi” prezentate elucidează noțiuni generale despre fiecare maladie prevăzută de Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM 10), etape de diagnostic și tratament în conformitate cu cerințele contemporane ce permit de a le recomanda către publicare.

Medic șef al Policlinicii Stomatologice Republicane



S. Siminovici

ILARION POSTOLACHI
“FONDATOR AL ȘCOLII ȘTIINȚIFICE
DE STOMATOLOGIE ORTOPEDICĂ”

Acest titlu onorific conferit de Academia de Științe Naturale din Rusia denotă aprecierea înaltă și rezonanța europeană a realizărilor ilustrului savant basarabean Ilarion Postolachi. În această ordine de idei, revista internațională de cercetări aplicative și fundamentale „Biotetica” accentuează că metodele de tratament stomatologic ortopedic propuse de regretatul stomatolog în anii 70-80, secolul XX, ce se bazează pe argumente științifico-practice și experimentale, rămân actuale și sunt de real folos pentru specialiștii în domeniu.

De notat că în 1984 Catedra Stomatologie Ortopedică, condusă de profesorul Ilarion Postolachi s-a situat pe primul loc în concursul unional pentru cea mai bună lucrare științifică între studenți. De regulă, la catedră se implementau cele mai noi realizări ale științei și metode înaintate în serviciul stomatologic. Cu succes și randament deplin aplica în activitatea clinică complexul de măsuri curative și profilactice în intervențiile ortopedice, complex acceptat și peste hotarele republicii sub formula de Conceptul de protecție a dinților în timpul preparării sub coroane de înveliș. Cu o deosebită pricepere și tact deontologic organiza Consiliile consultative ale pacienților, la care participau colaboratorii catedrei, medicii secției, rezidenții și studenții.

Să-i parcurgem imaginar cele mai importante etape biografice: s-a născut Ilarion Postolachi la 20 octombrie 1936 într-o familie de țărani din satul Cureșnița Nouă, județul Soroca. A crescut și s-a educat în spiritul dragostei de muncă, de pământul natal, natură, de tradițiile naționale, limba maternă. După absolvirea în 1954 școlii medii nr.1 din Soroca urmează studiile la Institutul de Stat de Medicină și Stomatologie din Harcov. Așa au fost circumstanțele că activitatea profesională să-și desfășoare pe diferite meridiane: ca medic-stomatolog militar al Flotei Oceanului Pacific, or. Vladivostok, apoi a fost transferat în Spitalul militar din golful De-Kastri, ținutul Habarovsk, iar în 1961 – în Groznâi. Următoarele trepte ale devenirii sale ca pedagog și savant sunt: secundariatul clinic la Catedra stomatologie ortopedică a Institutului de Stat de Medicină „A. Bogomoletș” din Kiev; ulterior activează ca asistent la Catedra similară a Institutului de Stat de Medicină din

Chișinău; susținerea tezelor de doctor și doctor habilitat în științe medicale, conferirea titlurilor științifico-didactice de conferențiar și profesor universitar; șef Catedră stomatologie ortopedică (38 de ani), decan al Facultății stomatologie (20 de ani). Timp de două decenii a fost stomatolog principal la Ministerul Sănătății și președinte al Comisiei de atestare a medicilor stomatologi din Republica Moldova. Mulți ani a fost locțiitor al președintelui Societății științifice a stomatologilor din R.M., membru al Consorțiului decanilor din România și Bulgaria; membru al colegiului revistei „Medicina Stomatologică”.

A publicat peste 200 de lucrări științifice în ziare și reviste naționale și internaționale, atât și manuale, monografii, inovații și invenții, numeroase recomandări metodice. A pregătit 10 doctori și 2 doctori habilitați în științe medicale. Împreună cu profesorii universitari Sofia Sîrbu și Arsenie Guțan au pus fundamentul Facultății stomatologie, precum și a Școlii naționale de stomatologie, izvor de cunoștințe și lumină pentru medicii stomatologi. Pentru activitate îndelungată și fructuoasă a fost distins cu titlul onorific „Om Emerit al Republicii Moldova”, medalia „Meritul Civic”, alte decorații guvernamentale. Cea mai importantă distincție rămâne totuși recunoștința și amintirea vie ca Om – între oameni, Medic – între pacienți, Pedagog – între discipoli. Continuă să-l trăiască ideile, cuvântul și fapta, toate luminând ca o flacără sfântă calea în profesie și destin a multor generații de absolvenți. Cel de Sus, din păcate, l-a luat prea devreme în împărăția sa (la 14 decembrie 2011). Amintirea regretatului profesor Ilarion Postolachi încălzește și astăzi inimile celor aflați cândva în preajmă.

Reflecții de Maria Cernei-Cenușă, colegă de școală.

Am avut onoarea să-l cunosc încă la vârsta adolescentină, când era elev în școala nr.1 din Soroca. Era disciplinat, ascultător, vesel, modest și foarte capabil, asalta insistent cetatea cunoștințelor. În funcția de profesor universitar Ilarion Postolachi a fost un dascăl de excepție, înzestrat cu talent și har pedagogic. Datorită disciplinei sale lăuntrice, exemplului propriu, exigenței, reușea să-i mobilizeze pe studenți și doctoranzi spre a se avânta în descifrarea misterului stomatologiei. Ei îi sunt recunoscători și pronunță cu evlavie numele celui care le-a deschis calea în cariera profesională. Corectitudinea, tenacitatea, erudiția, cumsecădenia, verticalitatea au fost atuurile ce i-au determinat reușita în toate aspectele vieții, în ultimă instanță conturându-se o personalitate notorie, care s-a bucurat de mare respect în mijlocul comunității medicale din republică și nu numai. Înalt au fost apreciate comunicările sale prezentate la cele mai

prestigioase congrese și simpozioane științifice, în multe țări ale lumii. În favoarea acestui gând vorbește și faptul că a fost declarat de SUA "Omul anului 2006", într-un fel, confirmând afirmația cronicarului Miron Costin "Nasc și la Moldova Oameni". Profesorul Ilarion Postolachi, care a avut un rol de primă vioară în dezvoltarea științei stomatologice și modernizarea învățământului medical superior, este un vrednic reprezentant al cohorții de medici-savanți iluștri, care au scris și scriu noi capitole în analele medicinei.

Marele gânditor Nicolae Iorga spunea "Un învățat are două datorii: să învețe el neconținut și să-i învețe neconținut pe alții". Sunt cuvinte ce se potrivesc lui Ilarion Postolachi, care mereu a savurat din nectarul lecturii cărților, în activitatea sa didactică utilizând metode eficiente de suscitare a interesului discipolilor pentru studierea cât mai profundă a materialului prevăzut de program. Prin calitățile sale deosebite el a fost mândria facultății, Alma Mater, școlii, a baștinei, toate aceste trăsături, metaforic vorbind, formează o frumoasă floare a recunoștinței ce nu se va ofili niciodată.

Dragostea față de profesie a altoit-o și apropiaților săi, astfel, formându-se dinastia de stomatologi Postolachi – feciorii și nepoții îi urmează calea. Tot ce a făcut, rămâne etern, valoros și actual, înălțându-l spre nemurire, precum îi este veșnică amintirea.

În numele Asociației republicane a pensionarilor "Bunătațe", ținem să aducem mulțumiri Catedrei de stomatologie ortopedică, Senatului Universității, rectorului Ion Ababii, pentru susținerea ideii de a conferi catedrei numele „Ilarion Postolachi”.

*Alexandru Postolachi,
fecior, discipol*

*Maria Cernei-Cenușă,
vicepreședinte al ABP „Bunătațe”*

*Ziarul „MEDICUS” Nr. 9-10 (876-877)
noembrie - decembrie, 2014*