

s-a micșorat gradul de manifestare a imflamației aseptice în ateroscleroză, poate avea loc întârzierea plăcii fibroase din cauza inhibării secreției metaloproteazelor, activitatea cărora destabilizează ateroscleroza și distruge colagenul capsulei fibroase [4]. Una dintre cele mai importante acțiuni ale Simvalimitului – activitatea antiinflamatorie, are efect dependent de doză: concentrația PC-R se micșorează cu 34% la doza de 10 mg/24 h, iar la 20 mg/24 h – cu 40% [5, 6].

Rezultatele studiului efectuat și datele din literatură servesc argumente în favoarea faptului că terapia hipolipidemiantă trebuie indicată din start, indiferent de sex, vârstă, tratament concomitent, în caz de niveluri mărite sau normale de LDL, tuturor pacienților cu un risc înalt și foarte înalt de dezvoltare a complicațiilor cardiovasculare, în următorii 10 ani după sistemul SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*), și anume:

- bolnavilor cu boală coronariană a cordului (BCC), indiferent de profilul factorilor de risc;
- pacienților cu patologii echivalente BCC – diabet zaharat, tipul 2, ateroscleroză periferică, boli cerebrovasculare, anevrism al aortei abdominale;
- bolnavilor fără simptome de BCC, dar cu  $\geq 2$  FR și SSS risc pe 10 ani  $\geq 5\%$ , în prezent sau proiectat pe 60 de ani;
- pacienților fără BCC, dar cu o majorare semnificativă a nivelului unui FR; de ex., CST  $\geq 8$  mmol/l sau LDL  $\geq 6$  mmol/l, sau TA  $\geq 180/100$  mm Hg;
- bolnavilor cu DZ, tipul 1 (DZ 1), cu vârstă  $>40$  de ani, în absența bolilor cardiovasculare și FR;
- pacienților cu DZ 1, cu vârsta cuprinsă între 18-39 de ani, fără boli cardiovasculare, dar cu FR: nefropatii, control prost al concentrației de glucoză, retinopatii, hipertensiune arterială, HCS, sindrom metabolic (SM) sau antecedente familiale de boli cardiovasculare.

### Concluzii

1. Incluziunea Simvalimitului în terapie complexă a bolnavilor, cu risc cardiovascular înalt, influențează favorabil

principalele verigi patogenetice ale cardiopatiei ischemice și contribuie la o diminuare veridică a celei mai agresive fracții aterogene – lipoproteine cu densitate joasă; restabilește echilibrul dinamic între procesele de oxidare peroxidică a lipidelor și activitatea sistemului de apărare antioxidantă.

2. Tratamentul cu Simvalimit, în doze terapeutice medii, suprimă procesele inflamatorii endogene și stresul oxidativ prin: activizarea sistemului de apărare antioxidantă a plasmei; diminuarea proceselor de oxidare a lipoproteinelor și micșorarea parțială a conținutului proteinei C-reactive și IL-6.

### Bibliografie

1. Stoll G., Bensch M. Inflammation and atherosclerosis; novel insights into plaque formation and destabilization. *Stroke*, 2006; 37: 1923-1932.
2. Ланкин В. З., Лисина А. О., Арзамасцева Н. Е. и др. Окислительный стресс при атеросклерозе и диабете. *Бюл. exper. биол.*, 2005; 7: 48-51.
3. Васюк Ю. А., Атрощенко Е. С., Ющук Е. Н. Плеотропные эффекты статинов, данные фундаментальных исследований. *Сердце*, 2006; 5: 228-237.
4. Nissen S. E., Nicbolls S. J., Sipabi J. et al. Effect of very high intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA*, 2006; 295: 1556-1565.
5. Crouse J. R., Raichien J. S., Evans G. W. et al. Effects of Rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis. The METEOR trial. *JAMA*, 2007; 297: 1344-1353.
6. Дриницина С. В., Торховская Т. И., Азизова О. А. и др. Взаимосвязь между окислительной устойчивостью и холестеринакцепторной способностью липопротеидов высокой плотности у больных ишемической болезнью сердца. *Кардиология*, 2004; 5: 36-39.
7. Шальнова С. А., Деев А. Д., Оганов Р. Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2005; 4(1): 4-9.
8. Шальнова С. Д., Деев А. Д. Уроки ОСКАР. «Эпидемиология и особенности терапии пациентов высокого риска в реальной клинической практике 2005-2006 г.». *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2007; 6: 47-53.

**Ion Butorov, dr. h., profesor**  
**Șef catedră Medicina Internă nr. 6**  
**USMF „Nicolae Testemițanu”**  
**Chișinău, str. Pușkin, 51**  
**Tel.: 244534**

**Recepționat 4.09.08**

## Optimizarea tratamentului protetic al edentației parțiale, asociate cu malrelațiile mandibulo-craniene

V. Oineagra

Catedra Protetică Dentară și Ortodonție, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Optimization of Prosthetic Treatment in Partial Edentation Associated with Mandibulo-Cranial Malrelation

We selected, examined and prosthetically treated 110 patients (25 m., 85 w.) between 21 and 67 years old with intercalated reduced breaches of the dental arch. We determined that these breaches can generate distability of intermaxilar correlations with mandibular deviation in an excentric mandibulo-cranial position. Articular disturbances and muscular functional changes are influenced by occlusal disharmonies in the area of dental arch which determine mandibular distability in statical and/or dinamical positions of occlusion and deviation of protrusion and right and left lateral movements.

**Key words:** reduced intercalated partial edentation, mandibulo-cranial correlation.

**Оптимизация ортопедического лечения частичной адентии, ассоциированной с нарушением челюстно-черепных соотношений**

Отобрано, комплексно обследовано и подвергнуто ортопедическому лечению 110 больных (25 мужчин и 85 женщин) в возрасте от 21 года до 67 лет, с включенными дефектами в боковых отделах зубных дуг. Эти дефекты могут обуславливать дестабилизацию межчелюстных соотношений, где нижняя челюсть занимает эксцентрическое челюстно-черепное расположение. Окклюзионные дисгармонии способствуют возникновению нарушений со стороны височнонижнечелюстного сустава и жевательных мышц; возникает дестабилизация нижней челюсти при перемещении её в сагитальной и фронтальной плоскостях.

**Ключевые слова:** адентия, челюстно-черепные соотношения, окклюзионные дисгармонии.

**Actualitatea temei**

Mandibula, os mobil, prin mișcările sale, poate realiza față de maxilă, os fix unit rigid cu oasele bazei craniului, un șir de poziții. Aceste poziții sunt caracterizate prin cei trei determinanți ai sistemului stomatognat: anterior, reprezentat de ocluzia dentară; mediu – mușchii mobilizatori ai mandibulei; posterior – articulația temporomandibulară [2, 6, 7]. După cum susține V. Burlui, din multitudinea de poziții mandibulocraniene, poziția de postură mandibulară (PPM), poziția de relație centrică (RC) și poziția de intercuspidadă maximă (PIM) reprezintă așa-numitele poziții fundamentale. Investigarea lor clinică și cea paraclinică reprezintă indicele de referință în evaluarea stării de normalitate, dar și a gradului de afectare a morfologiei și a funcției sistemului stomatognat. În afară de aceasta, ele pot fi înregistrate și transpuse în simula-toare. De altfel, acest concept este susținut de Școala națională de stomatologie și este confirmat prin experiența de activitate clinică pe parcursul a mai multor ani.

V. Burlui definește malrelația craniomandibulară drept entitate clinică caracterizată prin modificarea relației de postură și/sau a relației centrice și a relațiilor craniomandibulare dinamice având drept consecință alterarea reperelor normale și instalarea unor fenomene disfuncționale subiective și obiective la nivelul întregului sistem stomatognat. În afară de aceasta, autorul afirmă că malrelațiile craniomandibulare reprezintă una dintre tulburările cele mai grave și devastatoare asupra elementelor sistemului stomatognat. Mai mult decât atât, afectarea acestor relații reprezintă un indiciu ce confirmă faptul că întreg sistemul stomatognat se află într-o stare disfuncțională gravă, implicând afectarea determinantilor acestui sistem [2].

Stabilitatea PIM este asigurată de contactele ocluzale din zona laterală a arcadelor dentare. Reieșind din aceasta, este evident că, la prezența breșelor în această zonă, crește posibilitatea de dereglare a acestei poziții mandibulocraniene. Datele din literatura de specialitate referitoare la această problemă sunt scunde, insuficiente, deseori prezentate controversat. Toate acestea în ansamblu creează situații dificile pentru medicii practicieni în procesul de diagnosticare, în determinarea necesității și a volumului de pregătire proprotetică, în selectarea tacticii și a modului de reabilitare protetică. Așadar, în baza celor menționate putem afirma cu certitudine că problema pusă în discuție este actuală și necesită un studiu continuu.

**Scopul lucrării**

Optimizarea tratamentului protetic al edentației parțiale intercalate reduse din zona laterală a arcadelor dentare, asociate cu malrelații mandibulocraniene.

**Material și metode**

Pentru realizarea scopului trasat, au fost selectați, examinați complex și tratați protetic 110 (25 bărbați 85 femei) pacienți, cu vârsta cuprinsă între 21 și 67 de ani, cu edentații parțiale intercalate reduse în zona laterală a arcadelor dentare, uni- sau bilaterale, la unul sau la ambele maxilare. Pentru a asigura obținerea unor date reprezentative, pacienții cu maladii sistemice sau cu traumatisme ale sistemului stomatognat în anamneză nu au fost incluși în studiu.

Pacienții au fost examinați clinic-instrumental, radiologic (ortopantomografia, tomografia computerizată spiralată a articulației temporomandibulare), de asemenea, s-au efectuat ocluzografia, studiul modelelor de diagnostic, inclusiv și în paralelograf AF 350, la necesitate.

Evaluarea stării funcționale a mușchilor mobilizatori ai mandibulei s-a realizat în aspect clinic și în baza rezultatelor electromiografiei mușchilor maseteri și temporali în concordanță cu numărul de dinți lipsă și cu prezența dereglărilor morfologice la nivelul arcadelor dentare.

Examenul clinic-instrumental s-a efectuat cu completarea unei anchete elaborate de noi, prin care, în baza simptomelor subiective și obiective, s-a urmărit evaluarea stării de funcționalitate a sistemului stomatognat, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului protetic individualizat.

Examenul exobucal a urmărit nominalizarea lipsei sau a prezenței simetriei faciale pe verticală și pe orizontală, determinarea zonelor dureroase și a tonusului muscular la palparea comparativă superficială și profundă a mușchilor maseteri și temporali, caracteristica excursiilor condililor articulari, devierea mandibulei în deplasările sale, amplitudinea deschiderii cavității bucale etc.

Examenul endobucal s-a axat pe: nominalizarea aspectelor individuale ale relațiilor ocluzale; prezența modificărilor ocluzale; caracterul contactelor ocluzale în PIM; tipul și raportul de ocluzie; prezența și caracterul migrărilor dentare; prezența contactelor ocluzale premature în statică și în deplasările mandibulei; traiectoria și caracteristica contactelor ocluzale în laterotruzie și protruzie. În afară de aceasta, s-a evaluat caracterul și stabilitatea pozițiilor fundamentale mandibulocraniene. Prezența și forma malrelației mandibulocraniene a fost apreciată conform clasificării Burlui V. [4], iar gradul de manifestare s-a determinat în baza rezultatelor examenelor clinic și paraclinic. Pentru toți pacienții s-au realizat modele de diagnostic, care au contribuit la aprecierea obiectivă a dinților restanți, forma și starea arcadelor dentare, caracteristica morfologică a contactelor ocluzale, gradul de migrare a dinților restanți, forma și starea creștelor alveolare.

Examenul electromiografic a fost realizat în cabinetul funcțional al Centrului Științifico-Practic de Neurologie și Neurochirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”, cu utilizarea electromiografului *Keypoint* firma *Dantec*. Electromiogramele au fost obținute în poziția de decubit dorsal al pacienților pentru a evita influența antagonismului diferitelor grupuri de mușchi. S-a efectuat electromiografia globală la nivelul mușchilor maseteri și temporali. În acest scop au fost utilizați electrozi standard de suprafață, aplicați perpendicular pe fibrele mușchilor investigați în zona „suprafețelor motorii”, care reprezintă zona de excitație maximă a mușchiului dat. Analiza EMG s-a realizat în baza următorilor parametri: amplitudinea biopotențialelor la contactul maxim voluntar în PIM (mkv), amplitudinea maximă a biopotențialelor la funcția de masticație (mkv), amplitudinea maximă a biopotențialelor în repaus (mkv), frecvența contracțiilor musculare într-o secundă, perioada de activitate bioelectrică (sec), perioada de repaus bioelectric (sec).

Tomografia computerizată spiralată a ATM s-a efectuat în secția de tomografie computerizată spiralată și ultrasonografie a IMSP Institutul Oncologic, la aparatul tomograf computerizat spiralat *Somatom ARStar*, firma *Siemens*. Această metodă performantă de diagnostic imagistic a asigurat obținerea imaginilor pe secțiuni cu pasul tomografic 1-3 mm și reconstrucții sagitale și tridimensionale ale structurilor articulare, care permit reconstituirea ATM. Mai mult decât atât, această metodă permite studierea stării discului articular – considerat cel mai sensibil element al ATM la prezența dereglărilor ocluzale. Datele obținute au fost evaluate utilizând programele de calculator *eFilm* și *Alcualite*.

### Rezultate și discuții

În baza analizei rezultatelor examenelor clinic și para-clinic, la 2 pacienți s-a constatat dereglarea PIM în plan sagital (1 caz clinic) și în plan transversal (1 caz clinic). Dereglarea pozițiilor dinamice de ocluzie s-a constatat în 16 situații clinice, care s-au manifestat clinic prin dereglarea ghidajului deplasării mandibulei în pozițiile de ocluzie anterioară și de lateralitate dreaptă, stângă, cu consecințele respective.

Datele examenului anamnetic, la pacienții cu dereglări

ale pozițiilor statice mandibulocraniene, s-a constatat prezența acuzelor de oboseală musculară, îndeosebi după masticația alimentelor dure, dureri în articulația temporomandibulară, prezența zgomotelor în articulație la mișcările mandibulei. În cazul dereglărilor pozițiilor dinamice acuzele s-au limitat la prezența sunetelor în articulație, la deplasările mandibulei.

Examenul exobucal a confirmat dereglarea simetriei feței pe orizontală (1 caz clinic) și pe verticală (1 caz clinic), manifestat prin micșorarea DVO. La pacienții, care prezentau dereglări ale relațiilor intermaxilare dinamice, s-a constatat asimetria tonusului muscular la palparea comparativă a mușchilor mobilizatori din partea dreaptă și stângă, devierea mișcării de deschidere a cavității bucale, asimetria amplitudinii de deplasare a condililor articulari, prezența cracmentelor în ATM.

S-a constatat că într-un caz clinic devierea mandibulei spre distal cu dereglarea PIM s-a produs după prepararea dinților distal limitrofi breșelor cu dizocluzia lor, iar în alt caz clinic, cu dereglarea PIM în plan transversal, s-a constatat prezența punților dentare în toate cadranele zonei laterale și ale contactelor de ocluzie de tip labiodont, în zona frontală a arcadelor dentare. În cazul dereglărilor pozițiilor dinamice de ocluzie s-a constatat prezența dinților migrați cu blocarea deplasărilor de mandibulă în plan sagital sau în cel transversal, abraziunea patologică, îndeosebi a dinților frontali în cazul în care aceștia au pierdut protecția din partea dinților laterali (fig.1).

Analiza rezultatelor examenului electromiografic a constatat faptul că în cazul pacienților cu breșe intercalate reduse din zona laterală a arcadelor dentare, asociate cu malrelații mandibulocraniene, micșorarea cu 29%, în medie, a amplitudinii biopotențialelor electrice la contracția maximă voluntară a mușchilor maseteri și temporali, față de pacienții cu poziții mandibulocraniene stabile. De asemenea, s-a constatat micșorarea cu 14%, în medie, a amplitudinii contracției maxime a mușchilor respectivi în actul de masticație. În afară de aceasta, s-a confirmat creșterea perioadei de activitate bioelectrică până la  $0,30 \pm 0,02$  sec, a perioadei de relaxare bioelectrică până la  $0,50 \pm 0,01$  sec și a frecvenței contracției la masticație până la  $35 \pm 2$ . De altfel, aceste date sunt în concor-

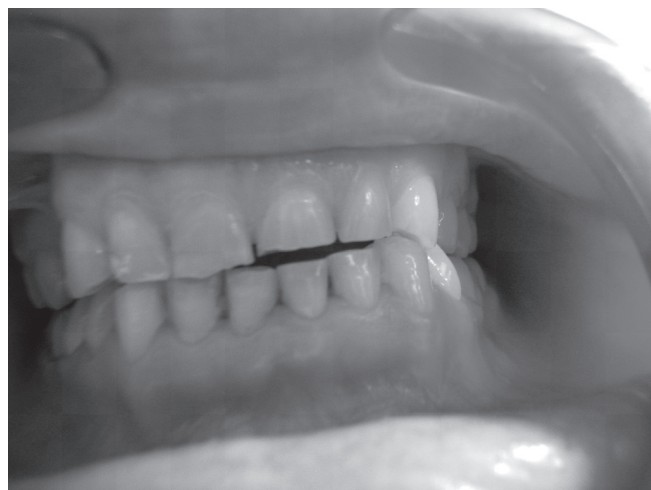


Fig. 1. Migrarea dintelui 44 a deviat mișcarea de protruzie cu abraziunea patologică a dinților 21, 22.



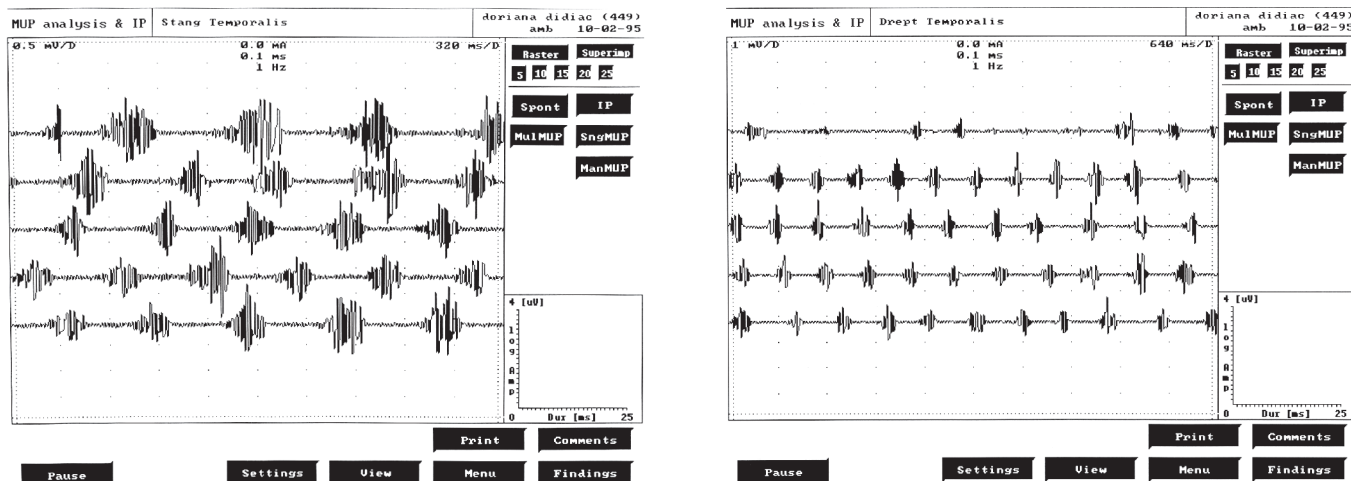


Fig. 2. Asimetria parametrilor EMG.

danță cu datele prezentate de alți autori [1, 3, 10]. Mai mult, pentru pacienții cu breșe intercalate reduse din zona laterală a arcadei dentare, asociate cu malrelații mandibulocraniene, am determinat o diferență dintre parametrii electromiogramelor înregistrate pentru partea dreaptă și, respectiv, stângă care, după părerea noastră, este relevantă pentru un astfel tip de patologie (fig. 2).

Analiza rezultatelor examenului paraclinic, tomografia computerizată spiralată a ATM, realizată la pacienții din lotul de studiu, au permis a confirma prezența modificărilor morfologice manifestate prin semne de scleroză a plăcuței corticale a condiliilor articulare care, după părerea noastră, nu are un caracter specific și nu prezintă o corelație directă cu oarecare modificări morfologice de la nivelul arcadei dentare, dar este influențată direct de funcționalitatea particulară a ATM de lungă durată și este condiționată de suprasolicitarea structurilor articulare. Însă la pacienții cu breșe intercalate reduse din zona laterală a arcadei dentare, asociate cu malrelații mandibulocraniene, s-a constatat prezența asimetriei amplitudinii deplasărilor condiliilor articulare la mișcarea de protruzie (fig. 3), dereglarea coraportului între elementele osoase ale ATM, confirmate de măsurările realizate după metoda „Ricketz-Burlui”, și sunt în concordanță cu datele prezentate de alți autori [4, 5, 8, 9]. În afară de aceasta, s-a

depistat prezența unor forme variate ale condiliilor articulare (fig. 4), fenomen explicat, după părerea noastră, prin procesele degenerative, influențate de schimbarea vectorului presiunilor asupra elementelor componente articulare, ca urmare a dizarmoniilor ocluzale de lungă durată, care generează modificarea funcțională a mușchilor mobilizatori. Mai mult decât atât, am stabilit că în situațiile clinice asociate cu malrelațiile mandibulocraniene, are loc compresiunea discului articular, cu strangularea și cu deformarea lui.

Tratamentul protetic a fost aplicat după o pregătire prealabilă a cavității bucale și a organismului în general, care a avut un caracter individual și a fost influențat de particularitățile tabloului clinic: schema de tratament protetic, vârsta și starea generală a pacientului. Deoarece colaborarea medic și pacient asigură în final un rezultat pozitiv al tratamentului protetic, în fiecare caz clinic, schema de tratament a fost coordonată cu pacientul, cu argumentarea necesității în realizarea măsurilor preconizate în vederea aplicării tratamentului gnatoprotetic.

Tratamentul preprotetic s-a axat pe asanarea cavității bucale prin tratamentul proceselor carioase, a afecțiunilor mucoasei și a parodonțiului marginal, prin retratarea endodontică, în caz de necesitate, a dinților limitrofi breșelor etc.

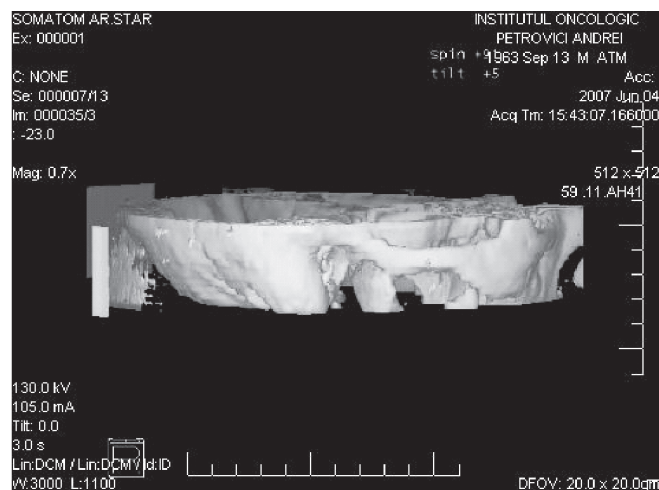
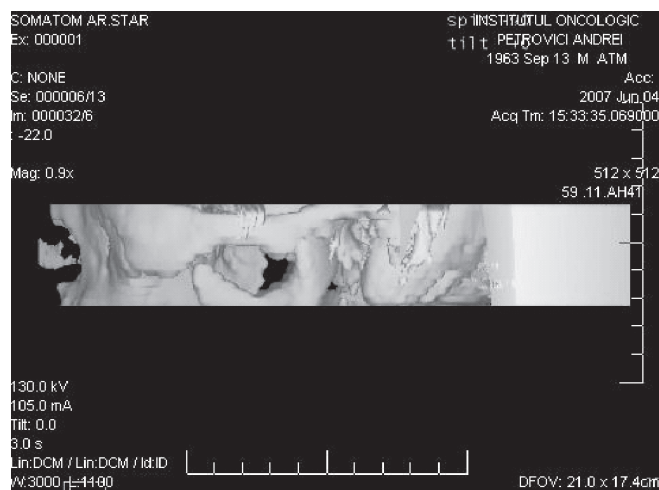


Fig. 3. Asimetria deplasării condiliilor articulare la mișcarea de protruzie.



Fig. 4. Forma diferită a condililor articulari.

Tratamentul preprotetic a avut ca scop crearea unor condiții specifice, determinate de particularitățile de construcție a viitoarei proteze dentare. În acest scop am utilizat remodelarea coronară în obținerea paralelismului dinților stâlpi, recuperarea chirurgicală a dinților și a rădăcinilor, devitalizarea dinților stâlpi.

Refacerea preventivă a direcției planului de ocluzie și a conturului curbilor de ocluzie a avut ca scop prevenirea apariției de contacte ocluzale premature, cu consecințele respective, și reprezintă, după părerea noastră, cheia tratamentului gnatoprotetic corect aplicat. În această ordine de idei, am determinat individual direcția planului de ocluzie, iar conturul curbilor de ocluzie sagitale și transversale s-a determinat în condițiile cavității bucale în corespundere cu prevederile contemporane ale ocluziei funcționale după L. Ene. În scopul de nivelare a planului de ocluzie, am utilizat metoda de șlefuire selectivă a țesuturilor dentare dure, redresarea ortodontică a dinților migrați și amputarea coronară a dinților migrați, cu acoperirea lor ulterioară cu coroane de înveliș.

În cazul pacienților cu edentații parțiale intercalate reduse din zona laterală a arcadelor dentare asociate cu malrelații mandibulocraniene, re poziționarea mandibulei cu recondiționarea neuromusculară reprezintă un aspect important, patogenetic, al tratamentului gnatoprotetic.

Tactica și metoda utilizată, într-o etapă sau în mai multe etape, de re poziționare a mandibulei, cu recondiționarea neuromusculară, a fost în funcție de gradul și de direcția de modificare a poziției mandibulocraniene, de manifestarea clinică și de complicațiile respective, în corespundere cu prevederile recomandate de M. Cojocaru [5]. În acest scop au fost utilizate proteze-gutiere mandibulare, cu plan înclinat în sens sagital sau transversal. În perioada de conținere (3-4 luni), s-au utilizat proteze parțial mobilizabile cu placă acrilică.

Conceperea tratamentului cu punți dentare, în cazul edentației parțiale intercalate reduse din zona laterală a arcadelor dentare, inclusiv a celor asociate cu malrelații mandibulocraniene, a avut ca obiectiv: asigurarea stabilității punților dentare, transmiterea forțelor funcționale în axul lung al dinților stâlpi; crearea condițiilor de stabilitate a mandibulei în cele trei planuri: sagital, transversal și vertical. Aceste

obiective au putut fi respectate prin alegerea corectă a tipului de elemente de sprijin și de fixare, amplasarea lor topografică rațională, realizarea corpului de punte în corespundere cu caracteristica crestei alveolare edentate și cu modelarea reliefului ocluzal în corespundere cu relațiile interocluale individuale.

În afară de aceasta, reieșind din particularitățile tabloului clinic, am propus un algoritm clinico-tehnic general de tratament protetic prin punți dentare pentru pacienții cu edentații parțiale, intercalate, reduse din zona laterală a arcadelor dentare. Astfel, în situațiile clinice în care dinții distali limitrofi breșelor erau ultimii dinți antagoniști, înregistrarea PIM s-a realizat până la prepararea acestor dinți cu dizocluzia lor. Mai mult, acești dinți erau acoperiți cu coroane acrilice provizorii efectuate prin metoda *Scutan*. Acest lucru a prevenit determinarea și înregistrarea unei PIM false și a asigurat stabilitatea mandibulei față de maxilă pe parcursul tratamentului protetic. Direcția planului de ocluzie, în cazurile de dereglare a lui, a fost determinată concomitent cu planul Frankfurt, iar conturul curbilor de ocluzie s-a determinat cu ajutorul șabloanelor cu bordură de ocluzie în condițiile cavității bucale, în corespundere cu particularitățile individuale de deplasare a mandibulei, în plan sagital și în cel transversal. Ulterior aceste șabloane erau transmise în laboratorul dentar și serveau drept reper în etapa de modelarea a machetei viitoarei proteze. Modelarea suprafețelor ocluzale a construcțiilor metalice și a celor metaloceramice s-a realizat în aspectul prevenirii dezechilibrului ocluzal, cu controlul morfologiei și al calității contactelor ocluzale în PIM.

Rezultatele examenelor clinic și paraclinic imediat după tratament și la distanță, 3-6 luni, 1-3 ani, au demonstrat că respectarea cu strictețe a algoritmului echilibrării ocluzale propus de noi a asigurat, în final, integrarea punților dentare și conservarea stării funcționale optime a sistemului stomatognat.

### Concluzii

1. Prezența breșelor intercalate reduse în zona laterală a arcadelor dentare poate genera destabilizarea relațiilor

intermaxilare, cu devierea mandibulei într-o poziție mandibulocraniană excentrică

2. Dereglările articulare și modificările funcționale musculare sunt influențate și determinate de dizarmoniile ocluzale din zona laterală a arcadelor dentare care, în anumite circumstanțe, perturbază stabilitatea mandibulei în PIM și influențează deplasările mandibulei cu contact dentodontar.

### Bibliografia

1. Brezuleanu C., Ifteni G., Popovici D. Activitatea electromiografică a mușchilor masticatori în funcție de situația ocluzală. *Medicina stomatologică*, vol. 5, nr. 2, 2001, p. 34 - 36.
2. Burlui V. Malrelațiile craniomandibulare. Editura „Apollonia”. Iași, 2002, 520 p.
3. Burlui V., Ifteni G., Bahrim D. Valoarea investigației paraclinice în diagnosticarea sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat. *Medicina Stomatologică*, vol. I, nr. 2, 1997, p. 33-36.
4. Cojocaru M. Tratamentul edentației parțiale asociate cu malrelații mandibulocraniene excentrice în plan sagital. *Anale științifice, USMF „Nicolae Testemițanu”*, vol. III, Ediția IV, Chișinău, 2005, p. 347-350.
5. Cojocaru M. Particularitățile tratamentului pro-protetic și protetic al disfuncțiilor sistemului stomatognatic cu dispozitive interocluzale. *Anale științifice, USMF „Nicolae Testemițanu”*, Vol. III B., Ediția VI, Chișinău, 2005, p. 496-499.

6. Ieremia L., Docu I. Funcția și disfuncția ocluzală, Editura Medicală, București, 1987.
7. Ionița S., Petre A. Ocluzia dentară. Editura Didactică și Pedagogică, R.A. București, 1997.
8. Postolachi A. Particularitățile manifestărilor clinice și ale tratamentului protetic în edentații parțiale clasa III Kennedy complicate cu disfuncția ocluzală. *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, vol. III, Ediția IV, Chișinău, 2003, p. 331-333.
9. Postolachi A., Postolachi I., Guțuțui V. Manifestări clinice ale disfuncției ocluzale în edentațiile parțiale reduse și tratamentul cu punți dentare. *Anale științifice, USMF „N. Testemițanu”*, Vol. III, Chișinău, 2002, p. 300-303.
10. Омаров О. Г., Персин Л. С., Омарова Х. О. Характеристика деятельности мышц челюстно-лицевой области у лиц с частичной утратой зубов в зависимости от протяженности дефекта зубного ряда. *Стоматология*, № 3, 1998, с. 44-45.

**Vasile Oineagra, asistent universitar**  
*Catedra Protetică Dentară și Ortodontie*  
*USMF „Nicolae Testemițanu”*  
*Chișinău, str. Toma Ciorbă, 42*  
*Tel.: 245224*  
*E-mail: oineagra-vasile@yahoo.com*

**Recepționat 15.09.2008**

## Afectarea pulmonară în cazul bolnavului cu leziune cerebrală acută

### S. Plămădeală

Catedra Anesteziologie-Reanimatologie nr.1, USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Impaired Pulmonary Function in Patients with Acute Brain Injuries

Respiratory failure is one of the most common complications in patients with acute brain injuries. Hypoxia during respiratory distress impairs the delivery of oxygen to the brain tissue and results in the conversion of aerobic metabolism from aerobic to anaerobic, which induces damage of neurocytes. Chest trauma, aspiration syndrome, and cranial fractures increase the overall risk of death. Impairment of the exchange of pulmonary gases in patients with acute cerebral injuries, appreciated by using PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (arterial partial pressure of oxygen/fractional inspired oxygen content) and arterio/alveolar gradient, starts in the first 24 hours. With an early diagnosis of respiratory failure, intubation and the start mechanical ventilation in the prehypoxic period can stop or prevent secondary cerebral damage.

**Key words:** hypoxia, acute cerebral injury, arterio/alveolar gradient, mechanical ventilation.

#### Дыхательная недостаточность у больных при острых повреждениях мозга

Дыхательная недостаточность одна из самых распространенных форм осложнений среди больных с острыми повреждениями мозга. Гипоксия, развивающаяся во время нарастания дыхательной недостаточности, ответственна за нарушение доставки кислорода к нервной ткани, что в свою очередь приводит к конверсии аэробного пути распада в анаэробный и нейроцитолузу. Травма грудной области, аспирационный синдром, множественные переломы костей в сочетании с черепно-мозговой травмой увеличивают риск смертельного исхода. Нарушения легочного газового обмена, отображенные при помощи PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (парциальное давление кислорода в артериальной крови/фракция кислорода во вдыхаемой смеси) и артерио/альвеолярного градиента, заметны уже в первые 24 часа. Ранняя диагностика дыхательной недостаточности, протезирование дыхательных путей и своевременная ИВЛ (искусственная вентиляция легких) в период, предшествующий гипоксии, могут остановить или предотвратить вторичные повреждения мозга.

**Ключевые слова:** гипоксия, острые повреждения мозга, дистресс синдром.

### Introducere

Respirația reprezintă asigurarea schimbului de gaze la nivel pulmonar, proces care este determinat de funcția ventilatorie, de perfuzia la nivelul circulației mici și de difuzia gazelor. În cazul pacienților cu leziuni cerebrale acute (traumatism

craniocerebral, accident cerebrovascular, leziune cerebrală hipoxică), incidența afectării uneia sau a îmbinării mai multor funcții este destul de frecventă. Printre pacienții cu leziuni cerebrale acute pot fi întâlnite toate formele de insuficiență respiratorie [1]. Hipotonia musculară și reflexele atenuate la