

# MANIFESTĂRI CLINICE ȘI REABILITAREA COMPLEXĂ A PACIENȚILOR CU EDENȚAȚII PARȚIALE TERMINALE ÎNTINSE ȘI DISFUNCȚIE MANDIBULO CRANIANĂ

## Rezumat

Au fost examinați și tratați complex 20 pacenți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană (DMC), confirmate prin examenul clinic instrumental și paraclinic. Manifestările clinice ale DMC sau dovedit a fi dependente de timpul ce sa scurs de la pierderea dinților, întinderea și topografia breșelor arcadelor dentare, tipul de ocluzie, numărul perechilor de dinți antagoniști etc. A fost elaborat concepul de tratament complex etapizat care include: administrarea analgeticilor și miorelaxantelor la indicații, a procedurilor fizioterapeutice (ultrasunet, miogimnastica), re poziționarea mandibulo craniană, tratamentul protetic.

**Cuvinte cheie:** edentație parțială terminală, disfuncție mandibulo craniană, tratament complex.

**Vitalie Pântea**  
asistent universitar

**Ilarion Postolachi**  
Prof. univ,  
Dr. hab. în medicină

*Catedra stomatologie  
ortopedică, chirurgie  
orală și implantologie*

## Summary

### CLINICAL MANIFESTATIONS AND COMPLEX REABILITATION OF PATIENTS WITH PARTIAL TERMINAL EDENTITIONS AND CRANIO MANDIBULAR DYSFUNCTION

20 patients (7m, 13w) with ages between 42-68, were examined and supported complex treatment, with terminal partial edentitions and cranio mandibular dysfunction (CMD), confirmed by the clinical instrumental and paraclinical examination. Clinical manifestations of CMD proved to be depending on the time passed from teeth loss, extension and topography of dental breaches, type of occlusion, the number of antagonists etc. A concept was developed about the complex staged treatment that includes the administration of analgetics and muscle relaxants when indicated, physiotherapy, mandibulo cranium reposition and prosthetic treatment.

**Key words:** terminal partial edentitions, cranio mandibular dysfunction, complex treatment.

## Actualitatea temei

Edentația parțială este considerată ca una din cele mai frecvente patologii a sistemului stomatognat, ce necesită tratament protetic.

Fiind influențată de diverși factori etiologici și nefiind tratată imediat sau în timp apropiat după instalare, ca regulă, ea se manifestă printr-o evoluție individuală cu tendința de lărgire și producerea diverselor complicații. Respectiv și tabloul clinic se va găsi în dependență de factorul etiologic, vârstă, numărul dinților lipsă, de localizarea breșelor și rolul dinților pe care l-au îndeplinit în arcada dentară, numărul perechilor de dinți antagoniști, starea țesuturilor dure și a paradontului dinților restanți, de tipul de ocluzie, timpul ce sa scurs de la pierderea dinților etc.

Studiul efectuat de [1,6,8,10,12,14] confirmă că edentația parțială alături de simptomatologia afectării sistemului dentar se caracterizează și prin apariția simptomelor caracteristice modificărilor în celelalte componente ale sistemului stomatognat și în special în articulația temporo mandibulară (ATM) și sistemul muscular.

Din multiplele varietăți clinice ale edentației parțiale cea terminală întinsă prezintă o formă clinică ce frecvent generează disfuncția mandibulo craniană (DMC). După cum menționează R. Pinkerst (1985) citat de [7] suprasolicitările ATM, determinate de lipsa dinților laterali duc la apariția cracmentelor, crepitațiilor la începutul, în timpul și la sfârșitul deschiderii gurii provocând dereglări structurale în cartilajul articular, capsula sinovială, micșorând și circulația lichidului sinovial.

La rând cu acestea se subliniază [7], că unul din momentele importante în etiologia zgomotelor articulare sunt schimbările relațiilor componentelor intra articulare ce apar ca rezultat al pierderii dinților laterali. În același timp se specifică [8] că din dereglările ocluzale nefavorabile pentru ATM un rol primordial îl au breșele arcadelor dentare, mai ales în zonele laterale ale arcadelor dentare, ceea ce duce la deplasarea distală a condilului articulari, îngustarea fisurii articulare în zona distală, schimbări în corelația condil articular disc articular. Tot aici [8] se menționează, că adepții teorii ocluzale consideră combinarea în majoritatea cazurilor a disfuncției ATM cu defectele arcadelor dentare și alte dereglări a ocluziei funcționale și acel fapt că înlăturarea acestor dereglări prin metode ortopedice de tratament duce la regresia simptomatologiei articulare.

Însă continuă să rămână insuficient studiate [6] influența pierderii dinților laterali la apariția stărilor și manifestările clinice a DMC, ce deseori influențează negativ conceperea și realizarea unui tratament adecvat normalizării rapoartelor mandibulo craniene.

Tabloul clinic și tratamentul DMC este complicat și necesită cunoștințe vaste despre anatomia și fiziologia ATM și a sistemului muscular, ce ne permite să ne orientăm în manifestările diverse clinico radiologice și să alcătuim un plan individual de tratament complex a pacienților cu așa patologii.

După cum menționează [2,7,10] alcătuind complexul de măsuri terapeutice la așa categorie de pacienți e necesar de a lua în considerație atât caracterul poli etiologic a DMC, cât și particularitățile patogeniei și ale tabloului clinic individual. Tot aici se indică că în majoritatea cazurilor simptomele DMC au o particularitate caracteristică instantaneu de a apărea și dispărea, astfel măsurile complexe de tratament trebuie să aibă, deci, caracter terapeutic asupra tuturor verigilor determinante ale patogeniei acestor disfuncții.

Se subliniază [2] că unul din scopurile majore ale tratamentului DMC îl constituie terapia de re poziționare corectă mandibulo craniană. Tratamentul de re poziționare mandibulară face parte integrantă din schema terapeutică generală a disfuncțiilor, neputându se separa de aceasta. Tot aici se specifică că există cazuri în care re poziționarea mandibulo craniană în poziție centrică se poate obține printr o terapie simplă de suprimare a durerii, de relaxare musculară sau șlefuire selectivă, iar în alte cazuri este necesară o terapie de re poziționare mandibulară aplicată treptat, concomitent sau după regularizarea planului de ocluzie și relaxarea musculară. Aceasta obținându se prin utilizarea gutierelor acrilice sau a aparatelor dispozitive ocluzale. La rândul său, în funcție de obiectivul terapeutic urmărit gutierele se împart în: de urgență, de relaxare, de re poziționare mandibulară și de stabilizare. Gutiera de urgență este indicată la prezența unui spasm muscular și sunt confecționate din rășini acrilice sau din materiale elastice, care sunt prefabricate. Gutiera de relaxare este indicată de asemenea în cazul unui spasm muscular și este netedă, fără inhibi-

tori de ocluzie. Gutiera de re poziționare mandibulară este indicată în tulburările articulare și plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Suprafața ei este indentată și obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. Este utilizată pentru a normaliza raportul elementelor articulare în stare fiziologică sau asimptomatică. Gutiera de stabilizare este indicată după chirurgia de re poziționare a meniscului sau după aplicarea unei gutiere de re poziționare. Suprafața ei este ușor indentată, permite multiple contacte în relația centrică și stabilizează mandibula.

Tot în acest context se specifică (Di Paolo, 1995) citat de [10] că complexul de măsuri terapeutice în caz de DMC constă din două etape. În prima etapă se folosesc metode de tratament ortopedice, fizioterapeutice și alte metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, crepitațiile, cracmentele articulare etc.) și normalizarea poziției mandibulei față de maxilă. Măsurile etapei a doua sunt îndreptate spre menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Astfel unul din scopurile tratamentului pacienților cu DMC este normalizarea poziției mandibulei față de maxilă, care se efectuează folosind gutiere dentoalveolare și aparate dispozitive ocluzale. Însă autorul nu indică situațiile clinice de care depinde alegerea dispozitivului respectiv.

După datele unor autori (Magnusson, Carlsson 1980) citat de [13] utilizarea gutierelor dentoalveolare în combinație cu tratament protetic ulterior a dat rezultate pozitive și a fost clinic efectivă în 70-90% de pacienți cu DMC.

De asemenea este accentuat (Goharian, Neff 1980) citat de [13] că utilizarea gutierelor dentoalveolare atenuează durerea în ATM și suprimă hiperactivitatea mușchilor masticatori, ce micșorează suprasolicitarea ATM.

Prin urmare mai multe aspecte ale manifestărilor clinice și de tratament a DMC generate de edentația parțială terminală întinsă rămân insuficient studiate.

### Scopul lucrării

Evaluarea manifestărilor clinice și elaborarea algoritmului de reabilitare complexă a pacienților cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană.

### Materiale și metode

Au fost examinați complex 20 pacienți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale întinse punând accent pe diagnosticarea prezenței disfuncției mandibulo craniene generate de deplasarea distală a mandibulei, de micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) sau de combinarea lor. Toți pacienții au fost devizați în două loturi în dependență de întinderea și localizarea breșelor. În primul lot au fost incluși 11 pacienți cu edentații terminale bilaterale la unul sau ambele maxilare sau îmbinarea celor bilaterale și unilaterale, în care breșele dentare

La rând cu acestea se subliniază [7], că unul din momentele importante în etiologia zgomotelor articulare sunt schimbările relațiilor componentelor intra articulare ce apar ca rezultat al pierderii dinților laterali. În același timp se specifică [8] că din dereglările ocluzale nefavorabile pentru ATM un rol primordial îl au breșele arcadelor dentare, mai ales în zonele laterale ale arcadelor dentare, ceea ce duce la deplasarea distală a condilului articulari, îngustarea fisurii articulare în zona distală, schimbări în corelația condil articular disc articular. Tot aici [8] se menționează, că adepții teorii ocluzale consideră combinarea în majoritatea cazurilor a disfuncției ATM cu defectele arcadelor dentare și alte dereglări a ocluziei funcționale și acel fapt că înlăturarea acestor dereglări prin metode ortopedice de tratament duce la regresia simptomatologiei articulare.

Însă continuă să rămână insuficient studiate [6] influența pierderii dinților laterali la apariția stărilor și manifestările clinice a DMC, ce deseori influențează negativ conceperea și realizarea unui tratament adecvat normalizării rapoartelor mandibulo craniene.

Tabloul clinic și tratamentul DMC este complicat și necesită cunoștințe vaste despre anatomia și fiziologia ATM și a sistemului muscular, ce ne permite să ne orientăm în manifestările diverse clinico radiologice și să alcătuim un plan individual de tratament complex a pacienților cu așa patologii.

După cum menționează [2,7,10] alcătuind complexul de măsuri terapeutice la așa categorie de pacienți e necesar de a lua în considerație atât caracterul poli etiologic a DMC, cât și particularitățile patogeniei și ale tabloului clinic individual. Tot aici se indică că în majoritatea cazurilor simptomele DMC au o particularitate caracteristică instantaneu de a apărea și dispărea, astfel măsurile complexe de tratament trebuie să aibă, deci, caracter terapeutic asupra tuturor verigilor determinante ale patogeniei acestor disfuncții.

Se subliniază [2] că unul din scopurile majore ale tratamentului DMC îl constituie terapia de re poziționare corectă mandibulo craniană. Tratamentul de re poziționare mandibulară face parte integrantă din schema terapeutică generală a disfuncțiilor, neputându se separa de aceasta. Tot aici se specifică că există cazuri în care re poziționarea mandibulo craniană în poziție centrică se poate obține printr o terapie simplă de suprimare a durerii, de relaxare musculară sau șlefuire selectivă, iar în alte cazuri este necesară o terapie de re poziționare mandibulară aplicată treptat, concomitent sau după regularizarea planului de ocluzie și relaxarea musculară. Aceasta obținându se prin utilizarea gutierelor acrilice sau a aparatelor dispozitive ocluzale. La rândul său, în funcție de obiectivul terapeutic urmărit gutierele se împart în: de urgență, de relaxare, de re poziționare mandibulară și de stabilizare. Gutiera de urgență este indicată la prezența unui spasm muscular și sunt confecționate din rășini acrilice sau din materiale elastice, care sunt prefabricate. Gutiera de relaxare este indicată de asemenea în cazul unui spasm muscular și este netedă, fără inhibi-

tori de ocluzie. Gutiera de re poziționare mandibulară este indicată în tulburările articulare și plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Suprafața ei este indentată și obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. Este utilizată pentru a normaliza raportul elementelor articulare în stare fiziologică sau asimptomatică. Gutiera de stabilizare este indicată după chirurgia de re poziționare a meniscului sau după aplicarea unei gutiere de re poziționare. Suprafața ei este ușor indentată, permite multiple contacte în relația centrică și stabilizează mandibula.

Tot în acest context se specifică (Di Paolo, 1995) citat de [10] că complexul de măsuri terapeutice în caz de DMC constă din două etape. În prima etapă se folosesc metode de tratament ortopedice, fizioterapeutice și alte metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, crepitațiile, cracmentele articulare etc.) și normalizarea poziției mandibulei față de maxilă. Măsurile etapei a doua sunt îndreptate spre menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

Astfel unul din scopurile tratamentului pacienților cu DMC este normalizarea poziției mandibulei față de maxilă, care se efectuează folosind gutiere dentoalveolare și aparate dispozitive ocluzale. Însă autorul nu indică situațiile clinice de care depinde alegerea dispozitivului respectiv.

După datele unor autori (Magnusson, Carlsson 1980) citat de [13] utilizarea gutierelor dentoalveolare în combinație cu tratament protetic ulterior a dat rezultate pozitive și a fost clinic efectivă în 70-90% de pacienți cu DMC.

De asemenea este accentuat (Goharian, Neff 1980) citat de [13] că utilizarea gutierelor dentoalveolare atenuează durerea în ATM și suprimă hiperactivitatea mușchilor masticatori, ce micșorează suprasolicitarea ATM.

Prin urmare mai multe aspecte ale manifestărilor clinice și de tratament a DMC generate de edentația parțială terminală întinsă rămân insuficient studiate.

### Scopul lucrării

Evaluarea manifestărilor clinice și elaborarea algoritmului de reabilitare complexă a pacienților cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo craniană.

### Materiale și metode

Au fost examinați complex 20 pacienți (7b, 13f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale întinse punând accent pe diagnosticarea prezenței disfuncției mandibulo craniene generate de deplasarea distală a mandibulei, de micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) sau de combinarea lor. Toți pacienții au fost devizați în două loturi în dependență de întinderea și localizarea breșelor. În primul lot au fost incluși 11 pacienți cu edentații terminale bilaterale la unul sau ambele maxilare sau îmbinarea celor bilaterale și unilaterale, în care breșele dentare

erau reprezentate de lipsa molarilor și a premolarilor unilateral și numai cu prezența unui prim premolar pe una din hemiarcadele opuse. În al doilea lot 9 pacienți cu breșe dentare reprezentate prin lipsa tuturor premolarilor și a molarilor. Examenul clinic instrumental s a efectuat conform unei scheme elaborată de noi în care s a urmărit depistarea semnelor clinice subiective și obiective ale DMC, având ca scop stabilirea unui diagnostic corect, determinarea planului de tratament, aplicarea tratamentului proprotetic și protetic reieșind din particularitățile individuale ale tabloului clinic. La rând cu examenul clinic s a efectuat studiul modelelor de diagnostic, ortopantomografia, tomografia computerizată ATM și electromiografia mușchilor maseterici (EMG).

Examenul ATM s a axat pe evaluarea stării generale a componentelor articulare prin metode clinice determinând prezența zonelor dolore, caracterul excursiilor condililor mandibulari, prezența crepitațiilor, cracmentelor și a salturilor articulare. La 10 pacienți a fost efectuată examinarea ATM prin tomografia computerizată spiralată, care a permis obținerea imaginilor pe secțiuni cu pasul tomografic 1 3 mm cu reconstrucții sagitale tridimensionale a structurilor articulare, care permit reconstituirea ATM și studierea stării discului articular. Rezultatele obținute au fost evaluate cu ajutorul programelor de calculator eFilm și Alcualete.

Mușchii mobilizatori au fost examinați prin metode clinice și paraclinice. Starea mușchilor sa evaluat prin palparea lor superficială și profundă determinând astfel tonusul muscular, prezența sau absența zonelor dureroase, caracterul cinematicii mandibulare. La 9 pacienți a fost efectuată EMG mușchilor maseterici și a fasciculelor anterioare ale mușchilor temporali, folosind electrozi standarde de suprafață amplasați în aceleași locuri pentru a asigura primirea unor date reprezentative, ce nea oferit aspecte caracteristice pentru diagnosticarea disfuncției neuromusculare, prin asimetriile traseelor în urma modificării amplitudinii și frecvenței, precum și a neconcordanței contracțiilor musculare. De asemenea sa determinat si alte criterii: perioada de activitate bioelectrică (sec), durata repausului bioelectric (sec), amplitudinea maximă a biopotențialelor în repaus (mkv), amplitudinea maximă a biopotențialelor la funcția de masticatie (mkv). Examenul electromiografic sa efectuat și in faza actului de deglutiție, cunoscând faptul că orice ocluzie dezechilibrată influențează negativ această funcție a sistemului stomatognat.

Pentru toți pacienții sau realizat modele de diagnostic cu ajutorul cărora sau apreciat starea arcadelor dentare și a dinților restanți. S a determinat forma arcadelor dentare, gradul de migrare a dinților restanți, forma și starea crestelor alveolare.

Lotul de control I au constituit 5 pacienți cu vârstă cuprinsă în aceleași limite, la care au fost diagnosticate edentații parțiale terminale bilaterale cu păstrarea premolarilor fără semne clinice de deplasare a mandibulei în sens distal.

## Rezultate și discuții

Rezultatele examenului clinic a permis de a evidenția unele particularități de generare și manifestare a DMC. Prin analiza datelor examenului subiectiv s a stabilit corelația dintre gradul dereglărilor morfologice ale arcadelor dentare, relațiilor interocluzale și caracterul semnelor clinice ale DMC. Astfel s a stabilit că acuze caracteristice disfuncției mandibulo cranice au prezentat 12 pacienți, 5 din primul lot și 7 din lotul doi, care erau: durerea articulară, de o intensitate variabilă, dureri acute, surde cu iradieri în urechi, limbă, zona temporală, uni sau bilateral, apărute mai rar în repaus și exacerbate la mișcările mandibulare de obicei dimineața, dispărând după câteva mișcări. La unii pacienți deseori acest simptom apărea și după prânz, după cum menționau pacienții, ca urmare a oboselii și solicitării articulației. De asemeni majoritatea pacienților prezentau cracmente articulare, din care 7 pacienți au indicat la cracmente unilaterale și 8 pacienți bilaterale. Mai frecvent cracmentele erau prezentate de un singur sunet la începutul deschiderii gurii. Prezența cracmentelor a fost depistată și prin examenul clinic la toți pacienții din ambele loturi, care nu au solicitat tatament protetic timp îndelungat(1,5 5 ani). De asemenea la 3 pacienți din lotul 2 s a depistat prezența saltului articular la deschiderea și închiderea gurii. Totodată trebuie de menționat că la ceilalți 8 pacienți, care nu au prezentat acuze caracteristice pentru DMC, pe parcursul examenului clinic au fost depistate mai multe simptoame specifice pentru această patologie, printre care dereglarea excursiilor condililor articulari ai mandibulei uni sau bilateral, crepitații articulare. Examenul exobucal prin inspecție a confirmat dereglarea simetriei faciale pe verticală manifestată prin micșorarea treimii inferioare a feții, pronunțarea plicilor nazolabiale, deplasarea distală a mandibulei manifestată vizual prin deplasarea în acest plan a mentonului, hipertonicitatea mușchilor orofaciali și efort excesiv în timpul actului de deglutiție. Examenul zonelor pretragiene prin palpate a permis de a confirma prezența senzațiilor dureroase preponderent în timpul mișcărilor mandibulare. Blocajul articular nesemnificativ a fost depistat la 5 pacienți din lotul doi. De menționat că la toți pacienții din lotul doi și 6 pacienți din primul lot a fost depistat fenomenul de deviere a mandibulei atât la deschiderea cât și la închiderea gurii. Traseul mandibulei era în formă de baionetă și mai frecvent în zigzag. De asemenea a fost determinată o sensibilitate nesemnificativă la presiune în zona ATM, printr o ușoară compresiune pe menton, pacientul stând cu gura ușor întredeschisă.

Din semnele clinice musculare la o parte din pacienți s a evidențiat o ușoară hipertonie și durere musculară la palpate preponderent în zona inserției musculare,cauzată de spasmele și oboseala musculară, manifestată spontan, dar și declanșată la tentativele de mobilizare a mandibulei. La fel sa determinat și micșorarea amplitudinii excursiilor cinematicii mandibulare, la 3 pacienți din primul lot și 4 pacienți din

lotul doi. Noi explicăm acest fenomen prin prezența hipertoniilor musculare, spasmului, oboselii și durerii musculare, care impuneau pacienții să evite mișcarea sau să aleagă anumite tipare de dinamică mandibulară, care și erau în formă de baionetă sau în formă de zig zag. La rând cu manifestările clinice indicate la pacienții investigați erau prezente și simptome parodontale, apărute ca consecință a suprasolicitării țesuturilor de susținere a dinților determinate de pozițiile mandibulo craniene și de disfuncțiile induse de aceste poziționări anormale statice și dinamice: disfuncție articulară, musculară, ocluzie traumatogenă. Simptomele parodontale se manifestau prin dureri, creșterea mobilității dentare însoțite de lărgirea spațiului periodontal, determinat radiologic. De asemenea la nivelul arcadei dentare, în urma examenului endobucal, la majoritatea pacienților din ambele loturi au fost depistate migrări dentare de diferit grad, preponderent, pe verticală și respectiv deformații ale arcadei dentare. La fel, ca urmare a pierderii dinților laterali, dinții frontali la acești pacienți sau asumat funcția și de triturare a alimentelor manifestată prin abraziune orizontală, iar solicitările dinților frontali superiori în unele cazuri au influențat migrarea lor. Pentru determinarea gradului de migrare verticală a dinților modelele de diagnostic sau studiate separat și în raport de ocluzie centrică, iar cu ajutorul șublerului sa determinat gradul de migrare. În cazul în care planul de ocluzie pe model a fost imposibil de determinat sa folosit norma individuală a înălțimii dentare ori dentoalveolare a pacienților, stabilită prin metria aceluiași dinți de pe partea opusă a maxilarului.

Modificarea rapoartelor dintre arcadele dentare a condus la micșorarea DVO în limitele de la 2 la 6 mm la 5 pacienți din primul lot și la 7 pacienți din lotul doi. Tot la examenul endobucal și la metria modelelor de diagnostic sa determinat gradul de deplasare a mandibulei distale, prin determinarea locului de articulare a marginii incisive a dinților frontali inferiori cu suprafața palatinală a celor superiori, iar la absența lor prin determinarea poziționării dinților inferiori față de cei superiori. Astfel la 8 pacienți din primul lotul marginea dinților inferiori contactau la nivelul coletului celor superiori și la 3 pacienți marginea incisivală a trecut de coletul dinților frontali superiori contactând cu mucoasa palatului dur. În lotul doi de pacienți la 2 din ei marginea incisivă a frontalilor inferiori contactau cu coletul celor superiori și la 6 pacienți cu mucoasa palatului dur, iar la un pacient, la care lipseau dinții antagoniști cei prezenți contactau cu procesul alveolar a maxilarului respectiv fiind absentă și dimensiunea verticală de ocluzie, prezentat în cazul clinic (Fig.1 7).

Analiza filmelor tomografiei computerizate a demonstrat că spațiul articular atât la pacienții din lotul întâi cât și la pacienții din lotul doi era mărit anterior (în limitele 1,34 2,15 mm) și îngustat posterior (în limitele 1,08 1,34 mm) în dependență de gradul de deplasare a mandibulei posterioare. De asemenea s au determinat modificări morfologice manifestate prin

semne de scleroză a plăcuței corticale a condililor articulari uneori cu deformarea lor, căpătând o formă aplatisată, care, după cum considerăm noi, este direct condiționată de suprasolicitarea structurilor articulare. Acest fenomen este elucidat și de [8,10,12,13]. La rând cu acestea acest studiu ne a permis să constatăm modificări cu caracter de deformație și a discului articular. Noi considerăm că modificările relațiilor suprafețelor articulare cu discul articular inițial conduce la apariția fenomenului de compresie lui, care ulterior declanșează și procese degenerative cu deformarea discului articular.

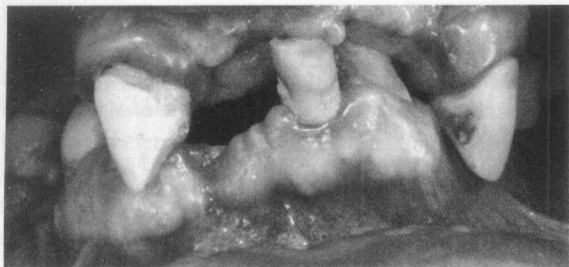
Rezultatele examenului electromiografic au depistat în funcționalitatea mușchilor maseterici și temporali micșorarea amplitudinii biopotențialelor electrice la contracția maximă voluntară a mușchilor maseterici și micșorarea amplitudinii contracției maxime a mușchilor respectivi în timpul funcției confirmând creșterea perioadei de activitate bioelectrică până la 0,35+0,02 sec. și a repausului bioelectric până la 0,45+0,02 sec, în comparație cu pacienții din lotul de control unde aceste date, ale activității bioelectrice în repaus, variază în limitele 0,08 0,26 sec. De asemenea la 4 pacienți din lotul doi sau evidențiat descărcări de biopotențial nesimultane în deglutiție.

Întocmirea planului de tratament s a bazat pe rezultatele examenului clinic și paraclinic, luând în considerație și gradul de micșorare a DVO și de deplasare a mandibulei distale. Astfel în cazurile de micșorare a DVO și deplasare distală a mandibulei re poziționarea s a efectuat în plan vertical și sagital.

Prin urmare la etapa inițială de tratament măsurile terapeutice de tratament au fost orientate spre normalizarea planului de ocluzie și a poziției mandibulei față de maxilă. În acest scop au fost utilizate gutiere dento alveolare și aparate dispozitive ocluzale care prin montarea dinților lipsă erau transformate în aparate proteze (Fig.5). Gutiera de re poziționare mandibulară plasează mandibula în poziție corectă față de craniu poziție terapeutică. Mecanismul de acțiune poate fi explicat prin faptul că suprafața ei fiind indentată obligă mandibula să adopte această poziție considerată terapeutică. În acest scop ea se poartă 24 ore din 24, chiar și în timpul meselor.

În situațiile clinice când pacienții au prezentat dureri în regiunea ATM, atât în stare de repaus cât și în timpul mișcărilor mandibulare tratamentul s a început cu înlăturarea senzațiilor de durere. Astfel pacienților sa administrat preparate analgetice după schemele cunoscute fiecărui preparat în parte, preparate sedative minore de tipul diazepamului câte 2 mg pe zi. Creșterea dozelor se poate face în dependență de toleranța pacientului și gravitatea cazului clinic. Pe lângă efectul său tranchilizant, aceste preparate medicamentoase au și proprietăți miorelaxante destul de accentuate, fapt pentru care și sunt efective în disfuncțiile sistemului stomatognat. La rând cu aceasta sa aplicat și un complex de măsuri de miorelaxare: masajul mușchilor maseterici și temporali, miogimnastica (după principiul bio feedback), care pacienții după instruc-

taj le au îndeplinit desinestătător și tratament fizioterapeutic, cum ar fi terapia cu ultrasunet efectuând 8-10 proceduri cu timp de 5-8 min în regimul de lucru cu intensitatea de 0,4 mA și impulsuri 4 ms, urmând ulterior poziționarea mandibulei față de maxilă apoi tratamentul protetic conform indicațiilor, cu destinația de restabilire a funcțiilor dereglate și menținere a poziției corecte mandibulare față de baza craniului.



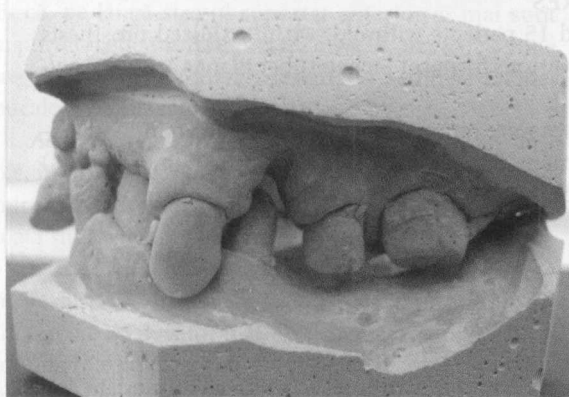
**Fig.1** Pacientul G, 42 ani Situația clinică până la tratament



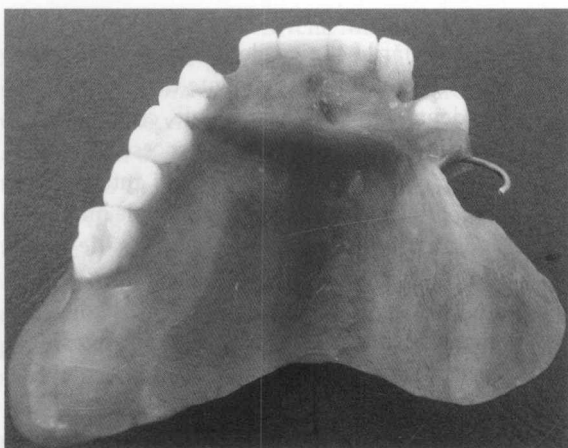
**Fig.2** Modele de diagnostic aspect frontal



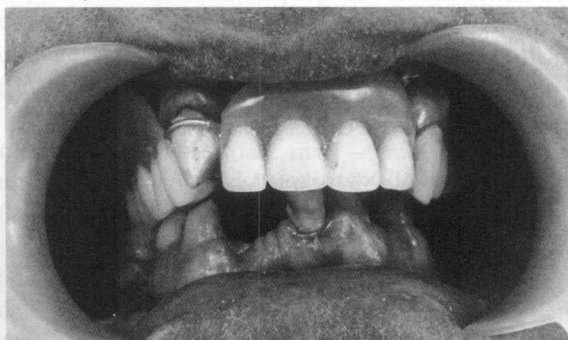
**Fig.3** Modele de diagnostic aspect lateral dreapta



**Fig.4** Modele de diagnostic aspect lateral stânga



**Fig.5** Dispozitivul pentru re poziționare mandibulo craniană prezentat de placă palatinală cu plan înclinat în zona retroincizivă, dinți artificiali și elemente de fixare.



**Fig.6** Dispozitivul pentru re poziționare în cavitatea bucală



**Fig.7** Lucrarea protetică finală

Astfel algoritmul tratamentului complex a constat din anumite etape consecutive. În prima etapă sau folosit metode îndreptate spre lichidarea semnelor clinice ale DMC (durerea articulară și musculară, limitarea mișcărilor mandibulare, crepitații etc.) prin administrarea preparatelor analgetice, sedative minore, proceduri fizioterapeutice, efectuarea măsurilor de miorelaxare prin masajul mușchilor maseterici și temporali, miogimnastica efectuată de pacienți după instructaj. Măsurile etapei a doua au constat în re poziționarea mandibulei față de maxilă utilizând gutiere de re poziționare și aparate dispozitive ocluzale, pe care pacienții le au purtat 3-6 luni, în dependență de gravitatea situației clinice. Măsurile ultimei etape de tratament complex au constat în menținerea rezultatelor re poziționării mandibulare prin realizarea protezelor fixe, prezentate prin punți dentare metalo ceramică și metalo acrilice și proteze parțial mobilizabile acrilice și scheletate conform indicațiilor clinice.

## Concluzie

1. Manifestările clinice ale disfuncției mandibulo craniene sunt dependente de forma clinică a edentației parțiale terminale, cronologia extracțiilor dentare, evoluția procesului patologic, numărul de perechi de dinți antagoniști și topografia sau absența lor, gradul de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie și de deplasare distală a mandibulei.
2. În baza manifestărilor clinice ale disfuncției mandibulo craniene a fost elaborat algoritmul de tratament complex etapizat care prevede: normalizarea poziției mandibulei față de maxilă și menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

## Bibliografie

1. Burlui V. Malrelațiile cranio mandibulare. Ed. Apollonia, Iași, 2002, 520 pag.
2. Burlui V. Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 2000, 566 pag.
3. Ioniță S., Petre Al. Ocluzia dentară. Editura didactică și pedagogică R.A. București 2003, 237 pag.
4. Ifteni G., Burlui V. Ghid practic de gnatologie. Ed. Apollonia, Iași, 1998, 176 pag.

5. Oineagra V., Postolachi I. Aspecte clinice ale relațiilor intermaxilare în tratamentul protetic cu punți dentare. Medicina stomatologică Nr. 1(10) Chișinău 2009. pag.32-35
6. Банух Б.Н. Клиника и лечение окклюзионно артикуляционного синдрома дисфункции височно нижнечелюстного сустава обусловленного утратой жевательных зубов. Автореферат дисс...канд. мед. наук Киев, 1986
7. Безруков В., Семкин В., Григорьянц Л., Рабухина Н. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Москва, 2002, 45 стр.
8. Ивасенко П., Мискевич М., Савченко Р., Симахов Р. Патология височно нижнечелюстного сустава: клиника диагностика и принципы лечения. Изд. Меди, Санкт Петербург, 2007, 80 стр
9. Клинеберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006
10. Пузин М., Вязьмин А. Болевая дисфункция височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 2002, 157 стр.
11. Смуклер Х. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. Перевод с английского под редакцией М. Антоника, Изд. Азбука, Москва, 2006, 136 стр.
12. Сёмкин В.А., Рабухина Н.А. Дисфункция височно нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). ЗАО Редакция журнала „Новое в стоматологии“ Москва 2000, 53 стр.
13. Хватова В. Заболевания височно нижнечелюстного сустава. Изд. Медицина, Москва, 1982, 158 стр.
14. Хватова В. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии. Изд. Медицинская книга, Москва, 2007, 293 стр.

## CORELAȚIA ÎNTRE LICHEN ROȘU PLAN, GALVANOZĂ ȘI PROTEZELE METALICE

Ana Eni

d.ș.m., catedra  
stomatologie terapeutică  
FECMF. USMF  
„N. Testemițanu”

Ștefan Vlas

șef secție stomatologie  
Nr.2 IMSP AMT  
„Râșcani” policlinica  
Nr.11

Haralambie Vlas

rezident an I  
stomatologie USMF  
„N. Testemițanu”

Mariana Dragoste

rezident an II  
stomatologie USMF  
„N. Testemițanu”

### Rezumat

Studiul a fost efectuat pe un lot de 15 pacienți purtători de proteze metalice vechi, uzate, oxidate, ce sufereau concomitent de diferite forme ale LRP și galvanoză (20-50  $\mu$ A).

Acestor pacienți li s-au înlăturat protezele vechi și s-a aplicat un tratament complex individualizat. Examinarea ulterioară la distanță (1-2 ani) a arătat dispariția sau diminuarea vădită a simptomelor galvanozei și ale LRP.

### Summary

CORRELATION BETWEEN LICHEN RUBER PLANUS, GALVANISM AND METAL DENTURES

There were examined 15 patients with old, worn, oxidized prosthesis that were suffering from various forms of Lichen ruber planus and Oral galvanism (20-50  $\mu$ A).

All those old prostheses were removed and were applied an individualized comprehensive treatment. Further subsequent examination (1-2 years) showed the disappearance or obvious decrease of the Galvanism and LRP symptoms.

### Actualitatea temei

Lichen Roșu Plan (LRP) reprezintă o afecțiune cutaneo — mucoasă, care se caracterizează prin apariția elementelor cheratinizate (cornificate), totodată această patologie poate afecta doar mucoasa orală.