

# REABILITAREA COMPLEXĂ MORFOFUNCȚIONALĂ A PACIENȚILOR CU EDENȚAȚII PARȚIALE TERMINALE BILATERALE ȘI DISFUNCȚII MANDIBULO-CRANIENE

## Rezumat

Au fost examinați și tratați complex 30 pacenți (12b,18f) în vârstă de 42-68 ani cu edentații parțiale terminale și disfuncții mandibulo-craniene (DMC), confirmate prin examenul clinic-instrumental și paraclinic (tomografia computerizată, electromiografia, condilografia, tehnica wax-up). Manifestările clinice ale DMC sau dovedit a fi dependente de timpul apariției breșelor arcadei dentare și topografia lor, tipul de ocluzie, numărul perechilor de dinți antagoniști etc. A fost elaborat conceptul de rehabilitare complexă care include: terapia analgetică și miorelaxantă la indicații, a procedurilor fizioterapeutice, re poziționarea mandibulo-craniană și tratamentul protetic individualizat.

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

## Summary

### THE COMPLEX MORPHOFUNCTIONAL REHABILITATION OF THE TERMINAL BILATERAL PARTIAL EDENTULOUS PATIENT AND CRANIOMANDIBULAR DYSFUNCTION

There were 30 patients being examined and treated completely (12 Males and 18 Females), aged between 42-68, with a partial edentulous and craniomandibular dysfunction (CMD), confirmed by the clinical and paraclinical examination (CT, electromyographic and condylographic examination, wax-up technique). The clinical manifestation of CMD has been proven to be dependent of the period that passed from the toothloss, the area and localization of the dental arcade breach, occlusion type and the number of the antagonists tooth. Therefore, the concept of the complex rehabilitation was elaborated, which includes the analgesic and miorelaxant therapy when it was indicated, physiotherapy procedures, craniomandibular reposition and individual prosthetic treatment.

**Key words:** *terminal partial edentulous, craniomandibular 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 [1,8,10,12,] 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.

Evoluția și complicațiile edentației parțiale vizează fiecare element component al suportului muco-osos și odonto-parodontal, astfel aceste modificări se manifestă în acord cu tipul de edentație [5].

Din multiplele varietăți clinice ale edentației parțiale cea terminală întinsă prezintă o formă clinică ce frecvent generează disfuncția mandibulo-craniană (DMC).

**Vitalie Pântea,**  
*asistent universitar*  
Catedra stomatologie  
ortopedică „Ilarion  
Postolachi“

**Valeriu Fala,**  
*conf. univ.*  
Catedra stomatologie  
terapeutică FEMCF a  
USMF „N. Testemițanu“

**Vitalie Gribenco,**  
*asistent univ.*  
Catedra stomatologie  
ortopedică „Ilarion  
Postolachi“

**Lilian Nistor,**  
*doctorand*  
Catedra stomatologie  
terapeutică FECMF a  
USMF „N. Testemițanu“

După cum se menționează [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.

Tot aici [7] se subliniază, 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. La rând cu acestea [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 faptul, că înlăturarea acestor dereglări prin metode ortopedice de tratament duce la regresia simptomatologiei articulare.

Tot în acest context se menționează [5], că dishomeostazia sistemului stomatognat ca o complicație a edentației întinse se înscrie ca o etapă decompensată a evoluției acestei maladii complexe, preexistente sau declanșată de dezordinea homeostazică instalată prin dispariția mai mult sau mai puțin a arcadelor dentare. Capacitatea compensatorie a sistemului homeostazic de autoreglare fiind substanțial depășită, sindromul disfuncțional se instalează definitiv, având loc și modificări ireversibile. Ele interesează ATM, mușchii manducatori și relațiile fundamentale mandibulo-craniene, care se modifică datorită absenței arcadelor dentare.

De asemenea este menționat [5], că la nivel de ATM apar fenomene de uzură, de atrofie a tuberculului articular și condilului mandibular, de degenerescență a elementelor articulare cu uzarea meniscului și chiar perforarea acestuia sau a osului timpanic datorate unei compresiuni posterioare date de condil. Aceste cazuri de edentație posterioare bilaterale sunt relativ frecvente și deosebit de dificil de rezolvat, în special pe mandibulă, unde se înregistrează cel mai mare procentaj de eșecuri, deoarece servește și ca punct de plecare în sindromul disfuncțional al sistemului stomatognat.

În același context se menționează [6], că în situații când are loc modificarea ocluziei sistemul neuromuscular reacționează imediat, printr-o hiperactivitate, ce poate duce la o disfuncție musculară. Mecanismul adaptării poate duce la modificarea ocluziei primare într-o nouă ocluzie secundară. În rezultat schimbările ocluzale pot fi atât de accentuate încât și provoacă dereglări funcționale.

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 polietologic 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 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 în dependență de situația clinică individuală, 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.

Tot în acest context se specifică [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 reabilitarea poziției mandibulei față de maxilă. Măsurile etapei a doua sunt îndreptate spre menținerea rezultatelor re poziționării mandibulei prin diferite construcții protetice permanente.

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

### **Scopul lucrării**

Elaborarea algoritmului de reabilitare complexă a pacienților cu edentații parțiale terminale și disfuncție mandibulo-craniană cu obținerea parametrilor ocluzali pentru realizarea unui tratament strict individual.

### **Materiale și metode**

Au fost examinați complex 30 pacienți (12b, 18f) 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 18 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- 12 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 în articulatorul adaptabil, ortopantomografia, tomografia computerizată ATM, electromiografia mușchilor maseterici (EMG), condilografia, tehnica de modelare wax-up.

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 15 pacienți a fost efectuată examinarea ATM prin tomografia computerizată cu rază conică, care a permis obținerea imaginilor pe secțiuni cu reconstrucții sagittale tridimensionale a structurilor articulare și studierea stării discului articular.

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 13 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 l-au constituit 10 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-craniene au prezentat 28 pacienți, 20 din primul lot și 18 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 20 pacienți au indicat la cracmente unilaterale și 17 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 tament protetic timp îndelungat (1,5-5 ani). De asemenea la 10 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 articulare 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 8 pacienți din lotul doi. De menționat că la toți pacienții din lotul doi și 11 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 9 pacienți din primul lot și la 7 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 arcadelor 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 arcadelor 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 studiat 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 acelorași dinți de pe partea opusă a maxilarului.

La examenul endobucal și la metria modelelor de diagnostic sa determinat gradul de deplasare a mandibulei distal, 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 în articulatorul adaptabil și cu ajutorul arcului facial și registratului în poziție de relație centrică și deasemeni prin datele condilografiei la condilograful Cadiax „Gama-dental“. Datele condilografiei ne-au oferit informații privind localizarea automatizată a axei balama, o analiză tridimensională mai sigură a mișcărilor mandibulare, o determinare imediată a unghiului Bennett și a pantei condiliene, o vizualizare dinamică prin efectul video.

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 posterior. 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 aplatizată, care, după cum considerăm noi, este direct condiționată de suprasolicitarea structurilor articulare. La rând cu acestea acest studiu ne-a permis să constatăm modificări cu caracter de deformare și

a discului articular. Noi considerăm că modificările relațiilor suprafețelor articulare cu discul articular inițial conduce la apariția fenomenului de compresie a 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.

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 distal. 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. Gutiera de adaptare 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, timp de 4-6 săptămâni, 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 dolore. Astfel pacienților sa administrat preparate analgetice și sedative minore după schemele cunoscute fiecărui preparat în parte. 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 (dupa principiul bio-feedback), care pacienții după instructaj le-au îndeplinit desinestător, 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.

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 gra-vitatea situației clinice. Măsurile ultimei etape de tra-tament complex au constat în menținerea rezultatelor

re-poziționării mandibulare prin realizarea protezelor fixe, prezentate prin punți dentare metalo-ceramice și metalo-acrilice și proteze parțial mobilizabile acrilice și scheletate conform indicațiilor clinice.

**Caz clinic:**

Etapa finală a tratamentului complex, ce constă în menținerea rezultatelor re-poziționării mandibulare, prin proteze fixe metaloceramice cu sprijin implantar



**Fig. 1-3** Poziționarea conformatoarelor gingivale după 5-7 luni după inserarea implantelor



**Fig. 4-6** Prepararea dinților stâlpi, rețracția gingivală, poziționarea dispozitivelor de transfer



**Fig. 7-9** Obținerea amprentelor



**Fig. 10-12** Poziționarea modelelor în articulaturul adaptabil Reference (Gamma dental) conform registratului



**Fig. 13-16** Ajustarea parametrilor ocluzali în poziția posterioară de contact: a,b — poziția liberă unde unghiul Bennett este zero și c,d — deplasată anterior cu 1 mm cu ajutorul arcului facial anatomic



**Fig. 17-19** Ajustarea carcasului metalic pe model



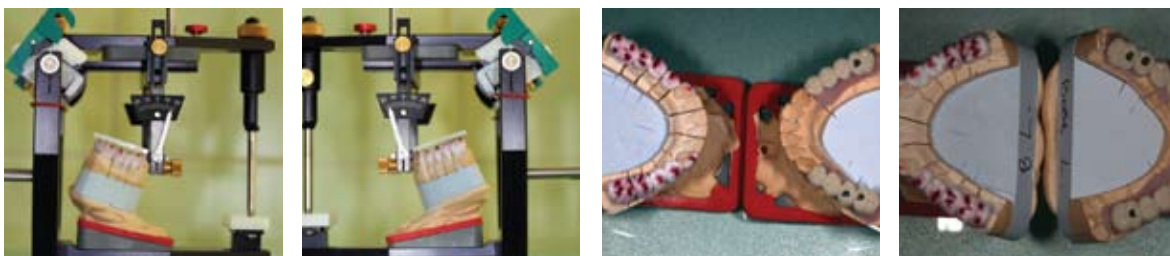
**Fig. 20-23** Ajustarea în cavitatea bucală



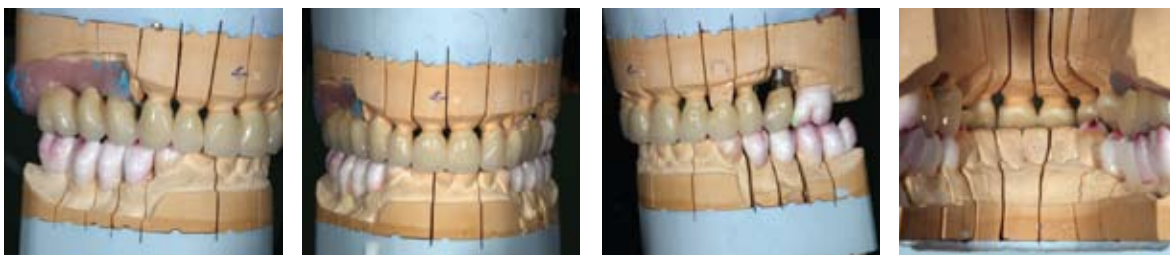
**Fig. 24-27** Condiilografia (arcul facial cinetic) cu determinarea axei balama terminale individuale și gipsarea modelelor de lucru în articulatorul reglabil Reference (Gamma dental) cu ajutorul stativului inclus în componența condiilografului



**Fig. 28-30** Proba componentei metalice și carcasului din zirconiu pe model. Controlul raportului incizival conform arcului facial cinetic cu deplasarea anterioară de 1 mm



**Fig. 31-34** Determinarea gradului planului de ocluzie. Modelul dublat a arcadei inferioare



**Fig. 35-38** Ajustarea construcției protetice pe model



Fig. 39-42 Controlul ocluziei funcționale în articulatorul adaptabil Reference



Fig. 43-46 Ajustarea construcțiilor protetice în cavitatea bucala. Aspect final

### Concluzii

1. În baza manifestărilor clinice ale disfuncției mandibulo-craniene a fost elaborat algoritmul de reabilitare complexă care prevede: reabilitarea poziției mandibulei față de maxilă și menținerea rezultatelor repoziționării mandibulei prin diferite construcții protetice.
2. Determinarea mișcărilor mandibulare și înregistrarea grafică a poziției și traiectoriei condililor articulari ne oferă posibilitatea obținerii parametrilor ocluzali individuali și realizarea unui tratament strict individualizat.

### 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. Forna Norina Consuela. Tratat de protetică. Clinica și terapia edentației parțial întinse. Ed.Gr.T.Popa, Iași, 2008, 390 pag.
6. Slavicek Rudolf. The masticatory organ: Functions and Dysfunctions. Gamma Med.-wiss. Fortbildung-AG, 2002, 543 pg.
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. Оклюзия 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.

Data prezentării: 08.08.2013.

Recenzent: Ion Lupan

## TRATAMENTUL RESTAURATIV DIRECȚIONAT LA PACIENȚI CU DIZARMONII OCLUZALE

### Rezumat

Au fost selectați și examinați complex 20 pacienți (8b; 12f) cu dizarmonii ocluzale acute și cronice. Pacienții au fost divizați în două loturi: I-ul lot — 6 pacienți cu dizarmonii ocluzale, ce au prezentat semne de disfuncții temporo-mandibulare; al II-lea lot — 14 pacienți cu dizarmonii ocluzale fără semne de disfuncții temporo-mandibulare.

Examenul clinic al ocluziei dentare ne-a oferit unele date orientative de dereglări a morfologiei ocluzale. În acest context în cadrul reabilitărilor ocluzale sunt necesare informații suplimentare a statusului ocluzal, care pot fi obținute în urma unor investigații paraclinice. Îmbinarea unor investigații contemporane (studiul modelului în articulator, condilografia; teleradiografia; tomografia computerizată; cefalometria, etc.) au îmbunătățit esențial atât diagnosticul de disfuncții ocluzale, cât și posibilitățile de reabilitare.

**Lilian Nistor, doctorand**  
**Valeriu Fala, conf. univ.**  
Catedra stomatologie  
terapeutică FEMCF a  
USMF „N. Testemițanu“  
Catedra stomatologie  
terapeutică FEMCF a  
USMF „N. Testemițanu“

**Vitalie Gribenco, asist. univ.**  
**Vitalie Pânteaa, asist. univ.**  
Catedra stomatologie  
ortopedică „Ilarion  
Postolachi“