

## TRATAMENTUL PROTETIC AL AFECȚIUNILOR PARODONTULUI

### 10.1. Aspecte caracteristice de structură anatomo-funcțională ale parodontului

Parodontul este reprezentat de un complex de țesuturi, cu o origine genetică și funcțională comună, care înconjoară dintele și asigură menținerea lui în structurile maxilare (gingia, apofiza alveolară, periodonțiul iar unii autori susțin că și cementul radicular).

Din punct de vedere topografic, distingem un parodont de înveliș și parodont de susținere. Cel de înveliș este prezentat de fibromucoasa gingivală, care acoperă apofiza alveolară și înconjoară coletul dintelui, realizându-și funcția sa prin intermediul ligamentelor supraalveolare pe care le conține. Gingia formează papilele interdentare, iar la nivelul coletului participă la formarea sulcusului dentogingival. Această formațiune înconjoară fiecare dinte și este limitată de smalțul dentar și epiteliul de inserare. Parodontul de susținere este format din cementul radicular, periodonțiu și apofiza alveolară.

Cementul este un țesut mezenhimal calcificat care acoperă suprafața rădăcinii dentare. Grosimea stratului de cement radicular crește o dată cu vârsta; el conține fibre de colagen dispuse paralel cu suprafața rădăcinii, precum și fibrele lui Sharpay, calcificate în zonele profunde și care continuă în stratul periodontal cu fibrele de colagen ce formează ligamentele alveolodentare.

Apofiza alveolară este alcătuită din două plăci osoase compacte (substanța corticală) între care este situat stratul de substanță spongioasă destinată pentru implantarea dinților și suportul fibromucoasei.

Periodonțiul este țesutul conjunctiv cu o structură diferențiată ce ocupă spațiul periodontal și este format din fibre ligamentare principale și secundare, țesut conjunctiv lax, în care găsim celule conjunctive și epiteliale, vase sangvine și limfatice, nervi. Fibrele ligamentare sînt de natură colagenă și realizează legătura între rădăcina dintelui și apofiza alveolară. Ele sînt dispuse în fascicule și în stare de repaus sînt ondulate, au direcție variată și se prezintă în grupuri orizontale, oblice și apicale.

Ligamentele alveolo-dentare îndeplinesc următoarele funcții: fixează dintele de apofiza alveolară, mențin țesutul gingival strîns aplicat în jurul coletului dintelui, transformă forțele de presiune în forțe de tracțiune, dispersîndu-le pe toată suprafața substanței cor-

ticaie, amortizează presiunile ocluzale și protejează vasele și nervii de strivire. Aceste structuri permit ca dintele supus presiunii să nu pătrundă în alveolă decât lent.

Din cele relatate mai sus reiese că parodontul are o valoare morfofuncțională bine definită, iar patologia acestui complex întregă dinamică evolutivă a tuturor componentelor respective.

## 10.2. Generalități despre afecțiunile parodontului

Bolile parodontale includ afecțiunile unui țesut sau ale tuturor țesuturilor cu caracter inflamator, distrofic și tumoral.

Afecțiunile țesuturilor parodontale erau cunoscute din cele mai vechi timpuri sub diferiți termeni. P. Fouchard (sec. al XVIII-lea) a numit bolile manifestate prin inflamația gingiei și mobilitatea dentară — *scorbut fals*. Weski în 1936 grupează patologia parodontului după caracterul proceselor (inflamație, distrofie) și propune termenii de *parodontită*, *parodontoză* și *parodontom*. Ulterior au fost elaborate diferite clasificări ale bolilor parodontale. În continuare noi ne vom referi la cea mai utilă și frecvent folosită clasificare. Conform acestei clasificări aprobate în a. 1983 în Rusia, toate bolile parodontale se împart:

I. Gingivite. Inflamația gingiei inițiată de acțiunea factorilor nocivi locali și generali. Evoluează fără alterarea integrității ligamentului alveolodentar, fără formarea pungilor profunde dentogingivale și fără leziuni osoase confirmate radiologic.

Forme clinice: catarală, hipertrofică, ulceroasă.

Forme de manifestare: ușoară, medie și gravă.

Forme de evoluție: acută, cronică și agravată (exacerbată).

Grad de extindere: gingivită localizată și gingivită generalizată.

II. Parodontita. Inflamația țesuturilor parodontului, caracterizată prin distrucția progresivă a parodontului și a apofizelor alveolare.

Forme clinice: localizată, generalizată.

Forme de manifestare: ușoară, medie și gravă.

Forme de evoluție: acută, cronică, exacerbată, abces și remisiune.

III. Parodontoza. Afecțiunea parodontului de origine distrofică.

Forme clinice: generalizată.

Forme de manifestare: ușoară, medie și gravă.

Forme de evoluție: cronică, remisiune.

IV. Bolile ideopatice cu distrucția progresivă a țesuturilor parodontului (sindromul Papillon—Lefevre, histocitoza X, acatalazie, neutropenia, gama-globulinemia etc.).

V. Parodontoma. Tumefacții și afecțiuni tumefiante (epulis, fibromatoza etc.).

În acest compartiment ne vom referi numai la frecvența răspîndirii parodontitelor și a parodontozei, ca cele mai des întîlnite forme nozologice.

Conform datelor prezentate de O.M.S. bolile parodontului sînt larg răspîndite la populația de pe întreg globul pămîntesc. Manifestările timpurii ale bolii cu caracter inflamator se întîlnesc mai des la vîrsta de la 10 pînă la 20 de ani, pe cînd modificările distructive ale parodontului, cu afectarea țesutului osos se manifestă cu pregnanță la persoanele în vîrstă de peste 40 de ani. Conform datelor epidemiologice răspîndirea schimbărilor distructiv-inflamatorii ale parodontului la populația de diferite vîrste este de circa 80—100%, pe cînd cele distrofice — de 4%.

### **10.3. Unele aspecte de etiologie și patogeneză ale afecțiunilor parodontului**

Una din cele mai importante sarcini ale stomatologiei contemporane o constituie cunoașterea cauzelor apariției bolilor parodontului. Diversitatea și complexitatea acestor afecțiuni este pe larg expusă în manualul de stomatologie terapeutică, noi însă vom elucida rolul anumitor factori, evidențiind importanța lor în patogeneza manifestărilor patologice în parodont.

Factorii cauzali, ce au un rol determinant în etiologia proceselor inflamatorii ale parodontului, au fost grupați în factori generali și factori locali, cu o strînsă legătură între ei. Conform datelor O.M.S. cauza primară a gingivitei o constituie placa microbiană. Drept factori etiologici ce duc la îmbolnăviri inflamatorii a parodontului sînt considerați cei mecanici (diverse sisteme protetice defectuos concepute, aplicate sau executate), factorii chimico-toxici (tartrul dentar, diabet, stări uremice, sărurile mercurice, bismutul), fizici (ocluzia traumatică și suprasolicitarea funcțională, anomalii dentare și de ocluzie, autocurățirea insuficientă și ignorarea regulilor de igienă bucală).

Dintre factorii generali care creează premise pentru generarea unor afecțiuni ale parodontului sînt afecțiunile endocrine (diabet zaharat), afecțiuni somatice ale sistemelor nervos, cardiovascular, dereglări metabolice etc. O verigă importantă în patogeneza afecțiunilor inflamatorii ale parodontului o constituie acțiunea corelativă a funcției dinamice masticatoare și circulației sangvine în țesuturile parodontale.

Să analizăm pe scurt acțiunea unor factori nocivi și interdependența lor în generarea afecțiunilor parodontale.

Adeseori există o suprapunere între diferiți factori cu aceleași consecințe nefavorabile, de provocare a unei stări inflamatorii cronice la nivelul parodontului marginal de înveliș.

Uneori în cadrul aplicării coroanelor de înveliș, de diferite tipuri, pe bonturile dentare preparate se stabilesc contacte incorecte

între marginea coroanei și gingie și ca rezultat marginea liberă a acestor coroane adeseori groasă, lezează prin comprimare parodontul marginal. Modelarea incorectă a zonelor de lipire, cât și raportul între corpul de punte și elementele de agregare duc la comprimarea papilei interdentare și produc iritația parodontului marginal și dăunează igienei bucale cu consecințele respective. La factorii descriși mai sus adeseori se asociază acțiunea iritantă a mai multor factori, printre care amintim: placa dentară microbiană, caria suprafețelor proximale și în zona cervicală, unele obturații cervicale și proximale defectuos executate, periajul dentar incorect. Din cele câteva aspecte enumerate reiese că în vederea respectării terapiei profilactice este deosebit de importantă evitarea acțiunii factorilor iritanți locali direcți.

Asupra parodontului pot acționa nociv și factori indirecți, care își declanșează acțiunea în cazul nerespectării unor principii de ordin biomecanic la executarea lucrărilor protetice fixe și mobilizabile. Nerespectarea principiilor biomecanice la confecționarea protezelor fixe sau mobilizabile adeseori provoacă nu numai iritații la nivelul mucoasei, ci și suprasolicitarea unităților odontoparodontale. Acest efect nociv, însoțit de alterarea troficității parodontale, se datorează unor factori cum ar fi: 1) neindividualizarea reliefului ocluzal al punții dentare, ce provoacă apariția unui plan protetic patogen, care la rândul său va suprasolicita dinții-stilpi și antagoniștii; 2) nerealizarea corpului de punte în linie dreaptă la nivelul zonei laterale (premolare-molare); 3) neefectuarea imobilizării în bloc a dinților cu parodontul afectat.

*Rolul ocluziei traumatice în etiopatogenia afecțiunilor parodontului.* Este cunoscut că legătura dintre factorii morfologici și sollicitarea funcțiilor sistemului stomatognat joacă un rol important în fiziopatologia parodontului. Modificările morfologice se reflectă asupra funcțiilor sistemului stomatognat, iar aceste modificări morfologice sumate, în condițiile unei capacități reduse de adaptare și rezistență a parodontului contribuie la apariția afecțiunilor parodontale. Modificările morfologice pot fi variate: leziuni odontale coronare, dereglări de continuitate ale arcadei dentare etc.

În evoluția proceselor patologice ale parodontului o importanță mare o au contactele anormale de ocluzie în urma cărora unul sau mai mulți dinți sînt expuși unor suprasolicitări, capabile să provoace leziuni ale aparatului de susținere a dintelui, atunci cînd rezistența țesuturilor parodontale este redusă. Aceste contacte duc la suprasolicitarea funcțională a dinților, care provoacă tulburări de circulație sangvină și nutriție, la distrugerii ligamentare ale periodonțiului și lărgirea spațiului periodontal. Prin urmare, datorită contactelor ocluzale anormale, dintele este microtraumat, acest fenomen primind denumirea de ocluzie traumatică. Slăbirea rezistenței țesuturilor parodontale în continuare provoacă mobilitatea dinților, substituirea fibrelor parodontului cu țesut de granulație, apare migrația dentară.

Goldmann definește ocluzia traumatică drept o disfuncție în care mișcările mandibulei generează modificări patologice în parodont.

Manley și Vradley consideră că trauma ocluzală acționează în special în timpul deglutiției și în cazul parafuncțiilor, fiind mai puțin nocivă în timpul masticației, când forțele sînt amortizate de bolul alimentar.

Noi considerăm că ocluzia traumatică este un sindrom disfuncțional, caracterizat prin solicitări nefiziologice ale unuia sau mai mulți dinți capabili să genereze lezări parodontale apreciabile clinic și radiografic. Gravitatea alterărilor tisulare va fi proporțională cu intensitatea, durata, frecvența și sensul solicitărilor. În mod normal, complexul parodont—dinte—os se adaptează și se restructurează permanent la solicitările ocluzale statice și dinamice, atunci cînd substratul biologic, condițiile locale și generale sînt favorabile.

După Știllman și Box, în funcție de cauzele care au determinat dezechilibrul ocluzal, deosebim ocluzie traumatică primară, secundară și mixtă.

În literatură de specialitate întîlnim așa termeni ca: articulare traumatică, traumatism funcțional, ocluzie patologică, suprasolicitare funcțională traumatică ce prezintă sinonime care denotă unul și același proces — ocluzia traumatică.

Ocluzia traumatică primară se caracterizează prin solicitări nefiziologice ale dinților cu structura parodontală neafectată (parafuncții, anomalii dentomaxilare, lucrări protetice incorecte cu mărirea dimensiunii verticale de ocluzie, reducerea cantitativă a parodontului în cadrul edentației parțiale etc.). Conform datelor obținute de H. Kalamkarov, la copiii și adolescenții cu anomalii dentomaxilare patologia parodontului marginal se înregistrează de 2 ori mai frecvent decît la cei cu ocluzia ortognatică. Karoly și Peter afirmă că apariția ocluziei traumatice primare presupune existența a două grupe de factori: direcți și indirecti.

Factorii direcți sînt legați de structura dentară: leziuni odontale coronare, ce duc la pierderea punctului de contact a stopurilor centrice, abraziunea cuspizilor de ghidaj, a cuspizilor de suport, anomalii dentomaxilare primare, abrazii excesive și edentații, care provoacă migrarea dinților vecini către spațiul edentat, extruzii, rotații. Factorii indirecti reies din starea patologică a parodontului, care produce migrarea dinților datorită fenomenelor osteolitice ce re poziționează dinții, unele obiceiuri vicioase: mușcarea limbii, a buzelor, deglutiția infantilă, parafuncțiile musculare. Ultimele sînt deosebit de nocive pentru parodont și au în majoritatea cazurilor o proveniență nervoasă. Tratamentele protetice și conservative incorecte pot genera solicitări traumatogene în sens vertical, orizontal sau prin torsiune. Obturațiile și incrustațiile înalte pot declanșa resorbții ale țesutului osos. Protezele fixe acționează identic în cazul cînd majorează dimensiunea verticală de ocluzie sau au suprafața ocluzală supradimensionată sau pot genera solicitări nocive orizontale, dacă sînt hipercuspitate. Protezele confecționate din

aliaje dure nu se abraziază uniform, expunând dinții-stilpi la ocluzia traumatică. Protezele parțiale mobilizabile acrilice pot trauma direct parodontul dinților restanți, iar croșetele incorect aplicate pot genera solicitări nocive orizontale.

Toate cauzele amintite pot duce la instalarea ocluziei traumatice, denivelând planul de ocluzie și având drept rezultat blocarea mecanică a mișcărilor de glisare mandibulară.

Așadar ocluzia traumatică primară poate apare în urma suprasolicitării funcționale a dinților și depinde de intensitate și durata forței în cadrul parafuncției musculare, anomaliilor dentomaxilare, edentațiilor parțiale sau tratamentului protetic incorect.

Ocluzia traumatică secundară se caracterizează prin suprasolicitarea funcțională datorită schimbărilor patologice în țesuturile parodontale (resorbția țesutului osos, gingivită, formarea pungilor parodontale, rețracția gingiei cu sporirea părții extraalveolare a dintelui, lărgirea spațiului periodontal, mobilitatea patologică a dinților cu depășirea lor). Toate aceste modificări generează dezechilibru morfofuncțional. Prin urmare, dinții sînt suprasolicitați funcțional nu din cauza creșterii forței funcționale, dar din cauza slăbirii parodontului datorită proceselor patologice. Iată de ce forța funcțională normală devine anormală și duce la traumatizarea parodontului. Aceste două fenomene duc la re poziționarea dinților restanți cu pierderea contactelor interdente, iar arcada dentară își pierde integritatea. Din acest moment dinții recepționează forțele ocluzale izolat, iar arcadele dentare încetează de a mai acționa ca un sistem unic. Toate acestea sînt mecanisme patogenetice ale ocluziei traumatice secundare ce duc la apariția suprasolicitării funcționale a dinților.

Ocluzia traumatică mixtă este o îmbinare a ocluziei traumatice primare și secundare ce se caracterizează prin solicitări nefiziologice ale dinților cu structuri parodontale alterate.

Ocluzia traumatică secundară apărută în cadrul parodontitelor și parodontozei trebuie diferențiată de suprasolicitarea funcțională primară a parodontului, deoarece și tratamentul va fi diferit. Dacă în cadrul ocluziei traumatice primare sînt suficiente intervențiile ortopedo-protetice, apoi ocluzia traumatică secundară necesită un tratament complex conservativ (local și general), chirurgical și ortopedo-protetic.

Din cele relatate putem conchide că la baza leziunilor parodontale se află trei mecanisme: modificarea forțelor ocluzale, modificarea capacității funcționale a parodontului, asocierea ambelor mecanisme.

Diagnosticul diferențial al ocluziei traumatice primare și secundare:

1. Schimbările patologice sînt reversibile în cazul ocluziei traumatice primare. La înlăturarea cauzei ocluziei traumatice primare au loc procese reparative, cu restabilirea țesuturilor parodontale.

2. Pentru ocluzia traumatică primară este caracteristic localizarea în focar a modificărilor patologice în zona unui sau a mai

multor dinți ce suportă o suprasolicitare funcțională (anomalii, înălțarea ocluziei, edentații, deformații secundare ale arcadelor dentare etc.). În cadrul ocluziei traumatice secundare frecvent este afectat parodontul tuturor dinților.

3. La bolnavii suferinzi de parodontită cu ocluzie traumatică secundară, de regulă, se observă absența abraziei cuspidilor dentari, iar ocluzia traumatică primară este însoțită de o abrazie avansată.

4. Mobilitatea patologică a dinților, prezența pungilor parodontale și lărgirea spațiului periodontal legate cu ocluzia traumatică primară se înregistrează exclusiv în zona dinților suprasolicitați funcțional, iar în cadrul parodontitei cu ocluzie traumatică secundară — pe întreaga arcadă dentară.

5. Radiografic în cadrul ocluziei traumatice primare se observă resorbția țesutului osos în zona dinților suprasolicitați având un caracter de sistem în cadrul parodontitelor.

Mult mai complicat este diagnosticul diferențiat în cadrul ocluziei traumatice mixte. O sarcină primordială în aceste cazuri este elucidarea factorilor suprasolicitanți, care acționează pe fondul parodontului lezat și stabilirea planului complex de tratament.

*Concepții privind ocluzia traumatică.* Prima etapă a acțiunii nocive produsă de ocluzia traumatică asupra țesuturilor dentoparodontale o reprezintă receptarea, dispersarea și transmiterea forței și a presiunii anormale ca sens, durată, intensitate. A doua etapă este legată de efectul forțelor anormale generate în cadrul primei etape asupra metabolismului parodontal și asupra țesuturilor dure dentare. Acest efect se caracterizează printr-o reacție individuală a tuturor țesuturilor odontoparodontale.

La ocluzia traumatică se înregistrează depuneri excesive de cement care tind să înglobeze mai multe fibre periodontale, ameliorându-se astfel stabilitatea dintelui, favorizând o mărire a suprafeței de inserție.

Apoftiza alveolară poate reacționa prin depunerea și îngroșarea porțiunii fasciculate a laminei dure în zonele de tracțiune și prin resorbție pînă la dispariție completă în zonele de presiune.

Asupra țesutului parodontal efectul forței de ocluzie se manifestă printr-o reacție de adaptare exprimată prin îngroșarea ligamentelor și o contrapunere corespunzătoare a acestora pentru a rezista. Dacă forța nocivă acționează timp îndelungat sau are intensitate mărită, capacitatea de adaptare a țesuturilor parodontale cedează. Forța ocluzală excesivă duce la ruperea ligamentelor periodontale, la ruperea membranelor celulare și a sacilor lizozomali. Astfel enzimele intracelulare sînt revărsate în spațiul extracelular.

Conform concepției lui Beerstecher și Bell enzimele eliminate în spațiul periodontal realizează o creștere a permeabilității capilare cu extravazare și edem. Edemul spațiului periodontal se manifestă clinic prin extruzia dintelui.

Enzimele proteolitice duc la dereglări în circulația capilară, provocînd isemia, anoxia cu tulburări ale metabolismului osos local

și decalcifierea țesutului osos. Enzimele ce activează colageneza prin liza fibrelor de colagen duc la mobilitatea dentară. Dacă trauma nu se repetă, țesutul periodontal se reface prin apariția fibroblastelor și a cicatrizării, ceea ce avem la îndepărtarea acțiunii factorului nociv în cadrul ocluziei traumatice primare.

Studiul ocluziei reclamă nu numai cunoașterea profundă a morfologiei și funcției sistemului stomatognat, ci și aspecte de ordin profilactic și terapeutic. Unul dintre cei mai importanți factori în studiul ocluziei îl reprezintă mișcările funcționale ale mandibulei. În procesul masticației sau în mișcările de contact ocluzal voluntar, mandibula creează continuu noi poziții de contact între arcadele dentare. Ocluzia dinamică fiziologică este echilibrată când se îndeplinesc cel puțin două condiții: 1) existența maximumului de puncte de contact între cele două arcade dentare în toate pozițiile de ocluzie; 2) alunecarea liberă, în toate direcțiile a arcadei dentare inferioare pe cea superioară menținând dinții în contact.

Pentru a putea considera starea de echilibru ocluzal aceste două condiții mai sus enumerate, trebuie îndeplinite simultan. Clinic semnele echilibrului ocluzal sînt evidente când parodontul și celelalte elemente ale sistemului stomatognat nu prezintă modificări patologice (există echilibru între presiunea exercitată asupra dinților și contrapresiunea din partea țesuturilor parodontale și articulației temporomandibulare).

Dezechilibrul ocluzal se definește ca pierdere a relației de reciprocitate morfofuncțională dintre dinte și parodont. Orice modificări ale ocluziei antrenează în mod secundar perturbări funcționale parodontale și invers, datorită interdependenței tuturor elementelor sistemului stomatognat orice perturbări funcționale ale complexului dinte—parodont antrenează modificări de ocluzie.

#### 10.4. Tabloul clinic al afecțiunilor parodontului

*Gingivita.* Această formă nozologică de patologie a parodontului prezintă afecțiunile inflamatorii ale gingiei, determinate de influența defavorabilă a factorilor locali și generali și care evoluează fără dereglarea integrității joncțiunii dentogingivale.

Gingivita apărută în urma factorilor cauzali direcți și indirecti evoluează acut sau cronic, inflamația avînd mai frecvent un caracter cataral. Gingivitele apărute în urma microtraumatismelor provocate de folosirea diverselor sisteme protetice defectuos executate, ca regulă, sînt însoțite de o inflamație proliferativă, hipertrofică. În procesul de examinare se observă deformări ale marginii gingivale, papilele interdentare crescute acoperă o parte din coroa-nele dinților, observîndu-se așa-numitele pungi parodontale false, gingia sîngerează la periajul odontal, la masticație, cît și în cazul unui sondaj ușor. Se constată o hiperemie pronunțată a gingiei



marginale, inclusiv a papilei interdentare, țesuturile fiind edemate.

Leziunile gingivoalveolare provocate prin traumatismul protetic funcțional sînt localizate în zona dinților-stîlpi și a corpului protezei, corespunzînd cîmpului protetic. La pacienții cu proteze parțiale mobilizabile, aparate ortodontice, în caz de nerespectare regulată a igienei bucale frecvent apar gingivite și stomatite. Leziunile gingivale sînt mai pronunțate în zonele acțiunii traumatice ale elementelor protetice.

În cazul acutizării procesului cronic apar dureri, sîngerări accentuate, gingia este roșie, edematiată, tumefiată. Dacă se introduce o sondă dentară specială în sulcusul dentogingival, se constată lipsa pungii dentogingivale, iar examenul radiografic nu înregistrează distrucții osoase.

Starea generală a pacienților nu este alterată decît în gingivite catarală și ulceroasă, acută și exacerbată, cînd se constată o stare toxică de grad diferit în funcție de forma de evoluție și extindere a procesului.

*Parodontita.* Se caracterizează prin extinderea procesului inflamator gingival asupra altor țesuturi ale parodontului cu distrucția progresivă a periodonțiului și țesutului osos. Această afecțiune se caracterizează prin următoarele simptome: 1) manifestări inflamatorii care interesează gingia, periodonțiul și septurile interdentare însoțite de proliferarea epiteliului gingival de-a lungul cementului radicular cu formarea pungii parodontale; 2) sîngerări ale gingiei; 3) prezența unor depuneri moi, a tartrului dentar; 4) modificări distructive ale țesutului osos, în special al septului interdentar apreciate radiografic; 5) rețracția gingiei; 6) mobilitatea patologică a dinților cu migrarea lor și pierderea contactelor interdentare; 7) apariția tremelor diastemelor și inclinațiilor dentare cu instalarea dezechilibrului ocluzal; 8) manifestarea unor semne clinice generale: creșterea temperaturii, oboseală, modificări în sîngele periferic, în cadrul parodontitei cronice. Afecțiunea se manifestă cu precădere la persoanele în vîrstă de peste 40 ani.

Caracterul și gradul de manifestare al acestor schimbări patologice sînt determinate de: factorii etiopatogeni, starea arcadelor dentare și tipul de ocluzie, durata afecțiunii, starea proceselor compensatorii ale organismului și sistemului stomatognat.

În funcție de gravitatea manifestărilor clinice deosebim forme ușoară, medie și gravă, care determină alegerea corectă a tratamentului complex: conservativ, chirurgical și ortopedoprotetic. Pentru precizarea gradului de manifestare a afecțiunii este necesar de a completa datele tabloului clinic cu cele radiografice.

Forma ușoară a parodontitei se manifestă prin prezența pungii parodontale cu o adîncime de pînă la 3,5 mm cu precădere în zona spațiului interdentar. Datele radiografice ne vor prezenta o distrucție a țesutului osos al septului interdentar pînă la 1/3 (gradul 1), o lărgire a spațiului periodontal, în temei, în zona cervicală. Dinții sînt stabili și nu se observă migrări.

Forma medie se caracterizează prin evoluția progresivă a modificărilor patologice: adâncimea pungii parodontale atinge 5 mm, mobilitatea patologică a dinților este, de regulă, de gradele I—II; este posibilă migrarea dinților cu apariția spațiilor interdentare, instalarea ocluziei traumatice. Radiografic se evidențiază distrucția țesutului osos de gradul II cu scăderea înălțimii țesutului osos interdentar pînă la 1/2 și se observă focare de osteoporoză.

Forma gravă se manifestă prin prezența pungii parodontale cu o adâncime de peste 5—6 mm, mobilitatea dentară fiind de gradele II și III; dinții sînt deplasați, înclinați, dispar contactele interdentare însoțite de apariția tremelor, diastemelor, survine ocluzia traumatică. Dinții migrați blochează parțial mișcările mandibulei, fiind suprasolicitați și suprasolicitînd la rîndul lor antagoniștii. Toate modificările de mai sus generează dezechilibrul morfofuncțional. Dinții frontali superiori în aceste condiții au o înclinare vestibulară.

Radiografic se evidențiază o distrucție a țesutului osos al septului interdentar cu peste 1/2 din înălțime sau chiar în întregime, cu alungirea coroanei clinice a dinților, proces care, mărind brațul de pîrghie extraalveolar, agravează condițiile de suprasolicitare verticală și, mai ales, orizontală, care va accelera resorbția țesutului osos.

Toate manifestările descrise caracterizează parodontitele în evoluție activă și în mare măsură depind de caracterul schimbărilor clinico-morfologice care survin în țesuturile parodontului.

Parodontita acută se întâlnește relativ rar și ca regulă este localizată, prezentînd o afecțiune de focar. Parodontita acută evoluează în urma unor iritări mecanice ale țesuturilor parodontale de către coroanele de înveliș, rezultat al tratamentelor ortodontice active, al obturațiilor incorecte și se manifestă prin afectarea gingiei și a periodonțiului, ruperea ligamentului circular. În cazul parodontitei acute pacientul acuză dureri acute spontane, gingivoragii. În cadrul examinării se constată o hiperemie gingivală pronunțată. La sondare se apreciază punga parodontală, gingia este edemațiată.

Parodontita cronică, fiind mai frecvent întâlnită, are manifestări clinico-morfologice în concordanță cu forma și gradul de gravitate. Schimbările se manifestă, de obicei, neuniform în zona diferitelor grupuri de dinți. Examenul clinic și radiografic corespund formelor descrise mai sus.

Gradul diferit de manifestare a procesului inflamator parodontal, gravitatea evoluției clinice și forma de manifestare sînt confirmate de datele examenului biochimic de laborator, a probelor funcționale ce caracterizează evoluția procesului inflamator de la gingivită la parodontită gravă.

*Parodontoza.* Afecțiune cronică generalizată a țesuturilor parodontului cu caracter distrofic. Se caracterizează prin următoarele simptome principale: culoarea palidă a gingiei și absența semnelor de inflamație; retracția gingiei cu dezgolirea ulterioară a cole-

tului și rădăcinii dentare; pungile parodontale lipsesc; dinții sînt stabili, chiar în cadrul atrofiei septurilor interdentare de gradele II—III cu o retracție considerabilă a gingiei; lipsa semnelor de inflamație și de depuneri moi și dure dentare; radiografic se evidențiază reducerea înălțimii septurilor interdentare fără focare de osteoporoză și semne de destrucție a țesutului osos; morfopatologic modificările țesutului osos se asociază cu modificări pronunțate ale vaselor sangvine, ale măduvei osoase; sînt posibile schimbări în structura altor oase ale scheletului, afecțiuni ale sistemului cardiovascular, ale glandelor endocrine și dereglări metabolice.

În funcție de gravitatea manifestărilor clinice și radiografice deosebim formele ușoară, medie și gravă. Simptomele subiective și obiective avansează de la forma ușoară la cea gravă cu reducerea înălțimii septurilor interdentare de la  $\frac{1}{3}$  pînă la  $\frac{1}{2}$ , chiar depășind acest indice, cu dezgolirea rădăcinilor dentare, manifestîndu-se foarte accentuat defecțiunea estetică. Reoparodontografic se reliefează dereglări însemnate ale microcirculației sangvine. Gingia este palidă, nu singerează, la sondare punga parodontală lipsește, apare hiperestezia țesuturilor dentare la factorii termici și chimici.

*Afecțiunile idiopatice și parodontoamele.* Aceste afecțiuni nu se încadrează în formele nozologice descrise mai sus; găsindu-și oglindirea în stomatologia terapeutică și chirurgicală. Cunoașterea manifestărilor clinice ale acestor forme nozologice ale patologiei parodontului este necesară pentru stabilirea diagnosticului diferențiat și a tratamentului patogenetic.

*Diagnosticul.* Datele obținute în urma examenului medical cu aplicarea metodelor clinice și complementare se vor înregistra în foaia de observație. Diagnosticul afecțiunilor parodontului se face pe baza simptomelor clinice, confirmate cu datele radiografice și ale examenului paraclinic. La stabilirea diagnosticului trebuie să se precizeze dacă afecțiunea este localizată sau generalizată. O mare importanță pronostică și terapeutică are precizarea stadiului evolutiv, componența etiopatogenetică și profunzimea leziunilor sistemului dento-parodontal.

O deosebită atenție se acordă mobilității dentare patologice, iar datele culese se notează într-o fișă specială — parodontogramă, propusă de V. Kurleandski, care propune înregistrarea valorilor forțelor de rezervă a parodontului în dreptul dintelui respectiv.

Conform datelor analizei după V. Kulajenko, bazate pe determinarea rezistenței capilarelor la vacuum, se apreciază gradul de manifestare a procesului inflamator.

Pentru depistarea modificărilor ce nu se manifestă clinic, se efectuează probe funcționale, imunologice, biochimice etc.

La baza diagnosticului diferențiat stau simptomele clinice, rezultatele examenelor paraclinic și, în special, radiografic.

## 10.5. Tratamentul afecțiunilor parodontului

Terapia afecțiunilor parodontului este complexă depinzând de multiplicitatea factorilor etiopatogenici, de varietatea clinică și simptomatologică, care presupun diverse intervenții terapeutice. Ultimele prevăd metode terapeutice de ordin conservativ, chirurgical, ortopedo-protetic etc. care, aplicate în mod oportun și asociate în diverse forme, oferă posibilitatea de a executa un tratament eficient, capabil să oprească sau să frâneze evoluția procesului morbid. Prin urmare tratamentul afecțiunilor parodontului poartă un caracter complex.

Terapia afecțiunilor inflamatorii ale parodontului cuprinde terapia etiologică și patogenetică cu utilizarea metodelor și mijloacelor de acțiune asupra diferitor verigi ale procesului inflamator-destructiv. Terapia locală urmărește înlăturarea factorilor iritativi, suprimarea pungilor parodontale și refacerea echilibrului ocluzal funcțional prin măsuri ortopedo-protetice. Efectuarea tratamentului începe cu terapia preliminară conservativă, continuă cu terapia chirurgicală și se încheie cu reechilibrarea morfofuncțională ortopedo-protetică. Însă deseori intervențiile ortopedo-protetice se vor începe înaintea tratamentului conservativ sau paralel cu el (șlefuirea selectivă a dinților, șinarea provizorie a dinților mobili, protezele provizorii imediate etc.).

Sarcinile tratamentului ortopedo-protetic:

- repartizarea forțelor masticatoare proporțional asupra parodontului dinților restanți și reechilibrarea forțelor ocluzale de pe parodontul dinților afectați pe contul dinților cu parodontul sănătos;

- restabilirea integrității sistemului dentar prin lichidarea spațiilor interdentare;

- protecția dinților de influența forțelor masticatoare orizontale ce au un caracter traumatic;

- în cadrul edentației parțiale de efectuat restabilirea morfofuncțională a arcadelor dentare prin intermediul construcțiilor protetice eficiente.

Realizarea acestor sarcini practic se efectuează prin următoarele metode ortopedo-protetice: șlefuirea selectivă a dinților; redresarea ortodontică a ocluziei, cât și poziția anumitor dinți; imobilizarea provizorie a dinților mobili; protezarea imediată; imobilizarea definitivă a dinților; șinarea și restabilirea integrității arcadelor dentare.

### 10.5.1. Șlefuirea selectivă

La descrierea etiopatogenezei afecțiunilor parodontului deja s-a menționat importanța ocluziei traumatice în geneza și evoluția schimbărilor patologice în parodont. Prin urmare, lichidarea ocluziei traumatice este o sarcină de prim ordin. Înlăturarea contactelor premature dentodentare se va face menajând punctele și supra-

fețele de contact, menite să păstreze dimensiunea verticală de ocluzie în ocluzia centrică.

Scopul șlefuirii selective constă în echilibrarea ocluzală, repartizarea presiunilor funcționale pe totalitatea dinților sau pe un număr cât mai mare, creînd condiții optime de funcționare a sistemului stomatognat.

Șlefuirea selectivă este o operațiune de mare răspundere care solicită o experiență bogată și o cunoaștere profundă a mecanismului echilibrării ocluzale. Această intervenție prezintă unele inconveniențe de ordin fizionomic, provoacă sensibilizare dentinară și de aceea trebuie ca pacientul să cunoască în prealabil necesitatea intervenției.

Șlefuirea selectivă se poate face după tehnici diverse în funcție de conceptul ocluziologic aprobat de diverși autori (Jankelson, Schuyler, Ramfjord, Burlui, Zbarj, Kalamkarov etc.). Scopul însă este același — înlăturarea traumei parodontale provocată de ocluzia traumatică, factor local de cea mai mare importanță în etiopatogeneza afecțiunilor parodontale.

Metoda propusă de B. Jankelson pornește de la concepția că asupra echilibrării forțelor funcționale o semnificație deosebită au numai contactele premature în ocluzie centrică, ce asigură echilibrul între dinte-parodont, musculatura și articulația temporomandibulară.

Sînt situații clinice cînd echilibrarea forțelor funcționale este suficientă pentru a crea condiții optime de funcționare a sistemului stomatognat, pe cînd la formele mai grave echilibrarea forțelor funcționale este obligator să fie urmată de alte măsuri terapeutice (imobilizarea dinților).

Cel mai important factor la redresarea dezechilibrului ocluzal îl reprezintă mișcările funcționale ale mandibulei și diversitatea tipului de ocluzie cu stereotipul respectiv de masticație.

Reieșind din cele menționate, pacienții cu patologia parodontului condițional pot fi divizați în două grupe. 1) Pacienți cu tipul de ocluzie fiziologică, la care tipul de masticație este frecător. Șlefuirea selectivă la ei va fi efectuată în ocluzia distală, centrică, de propulsie și lateralitate. 2) Pacienții cu tipul de ocluzie patologică, la care tipul de masticație este tocător. La ei șlefuirea selectivă se va efectua în ocluziile distală, centrică și de propulsie.

Înlăturarea contactelor premature cu echilibrarea funcțională ocluzală urmărește scopul de a obține un contact multipunctiform ocluzal cu stabilizarea dinților și a poziției mandibulei la exercitarea masticației și deglutiției.

*Diagnosticul contactelor premature.* Tratamentul dezechilibrului ocluzal trebuie precedat de o atentă și minuțioasă analiză a ocluziei statice și dinamice în cadrul examenului complex prin investigații clinice și complementare. În afară de metodele clinice obișnuite se mai aplică metode speciale, așa cum ar fi: analiza ocluzogramelor, analiza modelelor de studiu, marcajul contactelor pre-

ture cu ajutorul hîrtiei de articulație. Pacientului i se explică necesitatea și importanța șlefuirii selective.

La examenul clinic se va evidenția lipsa coraportului dintre abraziunea fiziologică a dinților și vîrsta pacientului; senzația tactilă de mobilitate a dinților la palparea coroanei în contacte ocluzale; migrarea dinților în direcție vestibulo-orală.

În vederea detectării contactelor premature se folosește hîrtia de articulație sau bandolete de ceară ramolită, obținînd ocluzograma care constituie amprenta de relief a suprafeței ocluzale a arcadei dentare. Totalitatea punctelor de contact înregistrate prin aceste mijloace formează caracterul raportului ocluzal.

Pentru înregistrarea contactelor premature I. Șeptelici și I. Postolachi au propus obținerea ocluzogramei, utilizînd două plăcuțe de ceară, despărțite cu o folie de aluminiu cu grosimea de 0,1 mm, decupate după forma arcadei dentare cu ajutorul unui dispozitiv special propus de autori. Cu ajutorul acestei metode, spre deosebire de cele cunoscute, se înregistrează relațiile intercuspidiene concomitent pe ambele arcade dentare. Această metodă este mai exactă și mai economicoasă.

Depistarea contactelor premature se mai poate efectua pe modele de studiu ghipsate în articulador cu ajutorul hîrtiei de articulație mișcînd modelul superior în toate direcțiile.

*Indicații.* Timpul efectuării șlefuirii selective depinde în mare măsură de forma și tabloul clinic al afecțiunii. La pacienții cu o ocluzie traumatică secundară și proces inflamator pronunțat acut șlefuirea selectivă se aplică numai după lichidarea procesului inflamator. Dacă în tabloul clinic predomină simptomatica de distrofie cu apariția pungilor parodontale provocate în mare măsură de suprasolicitarea funcțională, șlefuirea se efectuează pînă la sau în timpul intervenției chirurgicale (chiuretajul adnc). În caz cînd avem o mobilitate pronunțată a dinților, cauzată îndeosebi de ocluzia traumatică, șlefuirea se efectuează înainte sau concomitent cu tratamentul antiinflamator.

Tactica tratamentului se schimbă la pacienții cu raport ocluzal patologic, cu deformări ale arcadei dentare, edentație parțială — lichidînd inițial patologia respectivă.

*Clasificarea contactelor premature și metodele de șlefuire selectivă.* Jankelson (1951) unul dintre primii a clasificat contactele premature dentodentare și a elaborat metoda de înlăturare a lor prin șlefuirea selectivă. El deosebește trei tipuri de contacte premature: clasa I — contactele sînt situate pe versantul vestibular al cuspizilor vestibulari ai molarilor și premolarilor mandibulari; clasa a II-a — contactele sînt situate pe versantele vestibulare ale cuspizilor linguali mandibulari; clasa a III-a — contactele premature sînt situate pe versantele linguale ale cuspizilor vestibulari mandibulari (fig. 143).

*Metoda Jankelson.* După detectarea contactelor premature cu ajutorul ocluziogramei șlefuirea se etapizează în patru ședințe. În

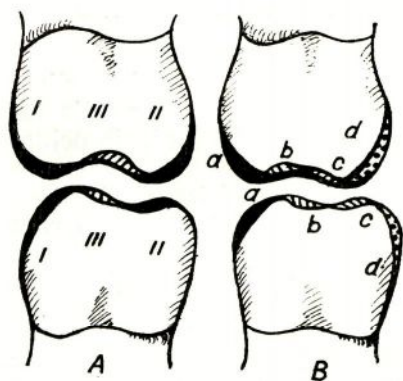


Fig. 143. Clasele (A) și localizarea contactelor premature pe suprafața ocluzală a dinților după Jankelson (B): I, II, III — clasele contactelor premature; a — versantul vestibular al cuspidului bucal; b — versantul oral al cuspidului bucal; c — versantul vestibular al cuspidului lingual; d — versantul oral al cuspidului lingual

prima ședință se șlefuiesc contactele de clasa I, în a doua ședință se verifică contactele de clasa I și se șlefuiesc contactele de clasa a II-a, în a treia ședință se verifică contactele de clasa a II-a și se șlefuiesc contactele de clasa a III-a, iar în ședința a IV-a se verifică și se suprimă contactele premolare din toate clasele.

*Metoda Ramfjord.* Principiile acestei metode constau în șlefuirea selectivă a fosetelor, deblocând astfel mandibula din intercuspitudine maximă spre o alunecare lină spre ocluzia centrică și invers, apoi din ocluzia centrică spre pozițiile de lateralitate și poziția anterioară. Tehnica Ramfjord este asemănătoare cu tehnica Schuyler — se respectă integritatea stopurilor centrice și a cuspi-

zilor de sprijin conform diagnosticului contactelor premature. La sfârșitul șlefuirii Ramfjord realizează remodelarea coronară, efectuează finisarea, lustruirea și impregnarea suprafețelor șlefuite.

*Metoda V. Burlui.* În prima etapă se efectuează analiza clinică a ocluziei, iar în a doua — pe model, concretizând localizarea punctelor premature de contact în poziție centrică sau excentrică. Contactele dentodentare înscrise pe model prin ocluzogramă sau pe o folie de ceară se păstrează pentru a verifica efectele ulterioare ale șlefuirii selective. În cazuri clinice complicate autorul recomandă montarea modelelor în articulator. După diagnosticul contactelor premature se efectuează șlefuirea selectivă pe ședințe.

În prima ședință șlefuirea selectivă se efectuează în sens vestibulo-oral și vertical. Vestibulo-oral se șlefuiesc punctele premature ale dinților care depășesc dimensiunile normale, corectându-i la limita vestibulară a arcadei dentare. Șlefuirea în sens vertical are ca scop restabilirea curbilor ocluzale sagitale și transversale și se nivelează planul de ocluzie prin reducerea dinților ce se găsesc în extruzie. La sfârșitul fiecărei ședințe zonele șlefuite se lustruiesc și se impregnează.

În a doua ședință se realizează șlefuirea contactelor premature evidențiate în ocluzia dinamică la mișcarea mandibulei din ocluzia terminală de închidere în ocluzie centrică și în intercuspitudine maximă. În următoarea ședință se apreciază calitatea șlefuirii realizată în ședința precedentă și se evidențiază contactele premature pe traiectoria de intercuspitudine maximă — ocluzie centrică.

Conform ocluzogramei contactele premature se șlefuiesc, apoi dinții sînt lustruiți și impregnați.

În a treia ședință cu ajutorul ocluzogramei se găsesc contactele premature la mișcările de lateralitate a mandibulei (dreaptă și stîngă). Esențial este că se șlefuiesc inițial contactele premature de partea inactivă a arcadei dentare, apoi contactele premature ce împiedică alunecarea mandibulei în poziția de ocluzie centrică.

În a patra ședință se verifică contactele în mișcarea mandibulei de protruzie, șlefuind mai întii contactele premature din zona distală, apoi din zona anterioară care împiedică ghidajul anterior.

Autorul recomandă verificarea rezultatelor șlefuirii selective la o săptămîină după ultima ședință atrăgînd atenția la echilibrul ocluzal obținut.

*Metoda Schuyler.* Această metodă prevede o șlefuire a contactelor premature ce apar în pozițiile de ocluzie centrică și intercuspitate maximă, precum și în ocluzia dinamică la mișcările mandibulei de propulsie și lateralitate.

Șchuyler recomandă șlefuirea pantelor cuspidiene și lărgirea fosetelor în scopul asigurării unei instalări centrice ușoare a mandibulei păstrînd înălțimea cuspidilor de sprijin și menținînd stabilitatea ocluziei.

Obiectivele șlefuirii selective după Șchuyler sînt: distribuirea uniformă a forțelor ocluzale; obținerea unei treceri libere de la relațiile centrice la relațiile intermaxilare; menținerea dimensiunii verticale de ocluzie.

*Consecutivitatea șlefuirii selective după Șchuyler cu unele modificări după Kalamkarov.* Studiul ocluziei dinamice a demonstrat că la actul de deglutiție mandibula totdeauna ocupă o poziție de ocluzie distalizată care la prezența contactelor dentodentare premature va duce la o suprasolicitare funcțională a parodontului dinților respectivi (Kalamkarov 1983). Reieșind din aceasta mai rațional va fi începerea examenului și a șlefuirii selective de la ocluzia distală. În prima ședință se va efectua examenul clinic, radiografic și analiza ocluziei pe modelele de studiu cu determinarea contactelor premature. Din punct de vedere al depistării contactelor premature și al relațiilor intercuspidiene, analiza în articulatur prezintă avantaje deosebite, deoarece în timp ce în cavitatea bucală mișcările se pot adapta în mod reflex la dizacorduri ocluzale existente prin ocolirea contactelor premature, în condițiile articulației această ocolire nu va fi posibilă.

*Șlefuirea selectivă a contactelor premature în ocluzie distală.* Prima ședință este consacrată stabilirii ocluziei distale și relațiilor de ocluzie centrică urmate de lichidarea contactelor premature.

Ocluzia distală este poziția stabilă a mandibulei în cadrul deglutiției și se caracterizează printr-un contact multiplu și concomitent între arcadele dentare. Totodată în cadrul afecțiunilor parodontului contactele premature localizate pe versantele vestibulare ale cuspidilor palatinali ai molarilor și premolarilor superiori (clasa a III-a după Jankelson) creează condiții de dezechilibru cu ghida-



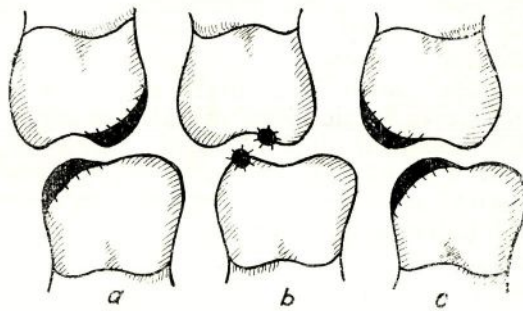


Fig. 144. Localizarea contactelor premature pe suprafețele ocluzale ale dinților: *a* — în relație centrică; *b* — la ghidajul mandibulei spre vestibular; *c* — la alunecarea mandibulei spre lingual

jul sagital al mandibulei în ocluzia centrică. Contactele premature sînt depistate cu ajutorul ocluzogramelor. Pentru aceasta pacientului i se dă o poziție verticală în fotoliu, propunîndu-i-se să exercite mișcări de deglutiție, obținînd astfel și marcînd contactele premature în ocluzia posteroară. După efectuarea marcajului se începe șlefuirea selectivă ținînd cont de următoarele considerente: se șlefuiesc contactele premature pe versantele vestibulare ale cuspidilor palatinali superiori și pantele distale de pe versantele orale ale cuspidilor linguali inferiori, deci acele suprafețe cuspidiene ce blochează mișcările mandibulare din ocluzia distală spre relații de ocluzie centrică; dinții mobili se fixează cu degetele pentru a aprecia corect localizarea supracontactelor.

Șlefuirea selectivă în ocluzia distală este considerată finalizată, dacă obținem un contact bilateral multipunctual și traiectoria mandibulei din ocluzia distală spre cea centrală se efectuează lent.

*Șlefuirea selectivă în poziția de ocluzie centrică.* Scopul șlefuirii în ocluzia centrică este obținerea unui ghidaj optimal la mișcările mandibulei din ocluzie centrică în relații de intercuspitudine maximă. Contactele premature și forțele orizontale apărute la așa mișcare a mandibulei prezintă un mare pericol pentru parodont, de aceea mai întii apreciem poziția de ocluzie centrică, propunîndu-i pacientului să închidă arcadele dentare folosind diferite probe funcționale. Depistarea contactelor premature se face cu ajutorul ocluzogramelor ori a hîrtiei de articulație. Contactele premature mai frecvent se localizează pe suprafața cuspidului palatinal la nivelul primului premolar superior și a cuspidilor vestibulari inferiori. Se șlefuieste versantul oral, panta mezială ale cuspidului palatinal superior neatingînd vîrfurile de sprijin. Dacă șlefuirea este insuficientă, se reduce din versantul oral distal al cuspidului vestibular al dintelui inferior (fig. 144 a).

La ghidajul mandibulei spre vestibular din ocluzie centrică contactele premature se localizează pe versantele orale ale cuspidilor

vestibulari inferiori și pe versantele interne ale cuspizilor palatinali superiori (fig. 144 b). Șlefuirea se efectuează pe versantele interne ale cuspizilor palatinali.

La alunecarea mandibulei lingual contactele premature se înregistrează pe suprafața cuspizilor vestibulari inferiori și a versanțelor interne ale cuspizilor vestibulari superiori. Se șlefuiesc versantele interne ale cuspizilor vestibulari maxilari și versantele vestibulare ale cuspizilor vestibulari mandibulari. Corectarea ocluziei are drept scop fie o șlefuire la nivelul cuspidului, fie adâncirea fosei antagoniste (fig. 144 c).

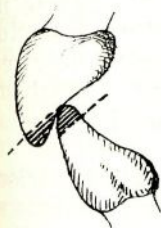
Pe parcursul șlefuirii selective în ocluzia centrică este deosebit de important de ținut cont de funcția vîrfurilor de sprijin ale cuspizilor vestibulari ai premolarilor și molarilor inferiori în menținerea dimensiunii verticale de ocluzie.

Șlefuirea selectivă se consideră terminată atunci cînd se obține maximum de contacte punctiforme, iar pacientul simte o intensitate de forțe egală pe ambele părți laterale ale arcadelor dentare în momentul intercuspidării. Pentru a respecta relieful morfologic al suprafeței dentare se utilizează pietre mici diamantate sferice sau în formă de flacăra. La finele etapei șlefuirii selective în ocluzia centrică suprafețele dentare șlefuite sînt minuțios lustruite și acoperite cu lac de fluor.

*Șlefuirea selectivă în ocluzia de propulsie.* Această operațiune are ca scop asigurarea unei mișcări libere a mandibulei de la poziția de ocluzie centrică la cea de propulsie extremă. După o săptămîină de la șlefuirea precedentă se verifică din nou contactele în ocluzie centrică, deoarece trebuie să obținem maximum de puncte de sprijin ocluzal, menite să asigure stabilitatea ocluzală după ce trecem la restabilirea relațiilor corecte între incisivi în scopul ghidajului anterior.

Pacientului i se propune să execute mișcarea de propulsie din ocluzia centrică pînă la poziția cap-la-cap a dinților frontali. Mișcarea de propulsie trebuie să se desfășoare lent în plan sagital median, fiind însoțită de inocluzia dinților laterali. Pe tot parcursul traiectoriei incisivii inferiori trebuie să rămînă în contact cu incisivii superiori și să stabilească o poziție cap-la-cap.

La ghidajul anterior se pot pune în evidență contactele premature prin intermediul hîrtiei de articulație localizată pe suprafețele palatinale ale frontalilor superiori și incizale ale frontalilor inferiori. Contactele premature marcate pe suprafețele indicate se înlătură prin șlefuire (fig. 145).



După șlefuire se face o nouă înregistrare a contactelor dentodentare și, dacă este nevoie, se efectuează o nouă șlefuire pentru a lichida toate contactele premature. Șlefuirea se consideră terminată, dacă mandibula parcurge traiectoria sagitală de

Fig. 145. Localizarea contactelor premature în ocluzia de propulsie la dinții frontali

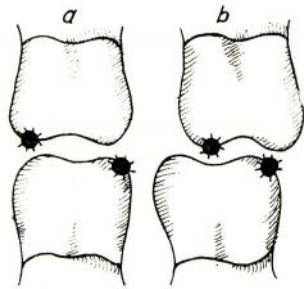


Fig. 146. Localizarea contactelor premature la mișcările de lateralitate a mandibulei: a — partea activă; b — partea inactivă

mișcare fără obstacole, obținându-se un contact uniform între dinții frontali în poziția cap—la—cap. În acest caz aria ocluzală asigură o repartizare optimă a presiunilor masticatoare între toți dinții. Ținem să menționăm că atât înghesuirea dinților frontali, cât și supraacoperirea frontală accentuată sau anomaliile de poziție a dinților din această zonă nu întotdeauna permit de a obține poziția cap-la-cap. La finele acestei etape suprafețele șlefuite la fel sînt minuțios lustruite și impregnate cu lac de fluor.

*Șlefuirea selectivă în ocluzie laterală.* La un interval de încă o săptămînă se verifică din nou contactele în ocluzie

centrică și traiectoria spre intercuspidare maximă. O deosebită importanță are mișcarea mandibulei de lateralitate care reprezintă traiectoria pe care o efectuează mandibula atunci cînd dinții inferiori alunecă lateral pe suprafețele interne ale cuspizilor vestibulari ai dinților maxilari și, mai ales, pe suprafața palatinală a caninului superior. Prezența supracontactelor în mișcările mandibulare de lateralitate, mai ales pe partea nelucrătoare (inactivă), constituie un mare pericol pentru parodontul dinților supuși suprasolicitării funcționale (fig. 146 a, b).

De aceea șlefuirea selectivă în cadrul mișcărilor mandibulare de lateralitate începe cu lichidarea contactelor premature din partea nelucrătoare. Depistarea și marcarea contactelor premature în mișcările de lateralitate se detectează prin mijloacele deja cunoscute (ocluzograme, hîrtie de articulație).

Pacientului i se propune să execute mișcări mandibulare laterale de alunecare sub controlul minuțios al medicului pînă cînd cuspidii vestibulari ai dinților de pe partea lucrătoare (activă) ajung în poziția cap-la-cap. Contactele premature se poziționează pe versantele interne ale cuspizilor palatinali și vestibulari ai dinților inferiori laterali. Se șlefuiesc versantele vestibulare ale dinților maxilari și versantele linguale ale dinților mandibulari de pe partea nelucrătoare a molarilor, premolarilor și caninilor.

Corectarea obstacolelor de pe partea nelucrătoare trebuie uneori reînnoită după ce se execută cea a părții lucrătoare, deoarece obstacolele depistate pe partea nelucrătoare au o semnificație aparte în evoluția proceselor patologice ale parodontului. Repetînd traiectoria pe care o efectuează mandibula, lateral se execută șlefuirea contactelor premature, localizate pe cuspidii vestibulari superiori sau linguali inferiori ale părții lucrătoare a molarilor și premolarilor.

Înălțimea cuspizilor vestibulari inferiori și palatinali superiori nu va fi supusă reducerii prin șlefuire, spre a nu micșora dimensiunea verticală de ocluzie. După șlefuire se face o nouă înregistra-

re a contactelor dentodentare plasînd hîrtia de articulație între arcadele dentare sau obținînd o nouă ocluziogramă, pe care o comparăm cu cea inițială. Șlefuirea se consideră efectuată corect, dacă la finele ei se asigură mandibulei o poziție centrică, suspendîndu-se simptomatologia ocluziei traumatice. Ultima ședință este consacrată verificării contactelor ocluzale în propulsie și lateralitate. Ocluzia astfel obținută trebuie să fie consolidată contribuindu-se la o coordonare armonioasă între diferitele componente ale sistemului stomatognat.

De menționat că în timpul șlefuirii selective este necesar de a realiza următoarele obiective: repartizarea forțelor masticatoare pe grupuri cît mai mari de dinți pentru a realiza contacte dentodentare multiple; micșorarea suprafețelor masticatoare pentru a reduce suprasolicitarea funcțională a parodontului; respectarea reliefului ocluzal spre a nu reduce valoarea funcțională a dinților; evitarea transformării suprafețelor ocluzale ale premolarilor și molarilor în suprafețe plane; menținerea dimensiunii verticale de ocluzie spre a evita perturbările funcționale la nivelul articulației temporomandibulare.

*Tehnica șlefuirii selective.* Pentru punerea în evidență a contactelor premature se utilizează hîrtie de articulație și bandolette de ceară cu o grosime de 0,2 mm. Acolo unde există contacte premature ceara va fi perforată sau împinsă spre periferia cuspizilor. Contactele premature depistate sînt marcate cu un creion chimic, dermatograf ori hîrtie de articulație (indigo). Pe parcursul șlefuirii selective este necesar de respectat relieful morfologic al dintelui, de aceea se recomandă utilizarea abrazivelor de carborund și diamantate de o mărime mică și diferite forme: sferice, în formă de flacăra, cilindrice, conice, con invers etc. După fiecare etapă a corecției ocluzale, suprafețele șlefuite sînt minuțios lustruite și acoperite cu lac de fluor. Unul din obiectivele șlefuirii selective este menținerea dimensiunii verticale de ocluzie din care cauză metoda respectivă prevede șlefuirea unei cantități minime de țesut dentar. Ședințele de tratament în număr de patru trebuie să fie de scurtă durată (30—40 minute) și neobositoare pentru pacient. Ele se repetă la un interval de o săptămîină, pentru a da posibilitate dinților să se redreseze în raport cu dinamica mandibulară.

Pacienților li se recomandă periajul dentar cu paste cu un conținut sporit de fluor «Fluorodent» etc. E posibilă fluorizarea prin intermediul electroforezei cu fluocaril, fluorid de sodiu ș. a. Pacienții cu afecțiuni ale parodontului sînt dispenserizați și de 2 ori pe an sînt supuși unui examen profilactic.

De specificat că în afecțiunile parodontale la faza incipientă sau în afecțiunile mai puțin avansate, șlefuirea selectivă poate da rezultate pozitive, uneori chiar fără a utiliza și alte măsuri de terapie ortopedo-protetică. În cazul afecțiunilor de grad avansat șlefuirea selectivă reprezintă doar o fază preliminară a tratamentului care

trebuie urmată în mod necesar de măsuri de imobilizare a dinților existenți și înlocuirea dinților lipsă.

În faza incipientă a afecțiunii parodontului tratamentul ortopedo-protetic urmărește scopul de a asigura lichidarea suprasolicitării funcționale provocate de contactele premature ale dinților. În fazele mai avansate ale afecțiunii însoțite de mobilitatea dinților se impune imobilizarea dinților menită să întrerupă cercul vicios al traumatizării alveolare.

#### **10.5.2. Redresările ortodontice în tratamentul complex al afecțiunilor parodontului**

După cum s-a menționat în etiologia și patogeniza afecțiunilor parodontului un rol aparte îl au anomaliile dentomaxilare. Deformațiile arcadei dentare pot apărea când arcada dentară este integră sau edentată parțial. În ultimul caz deformațiile sînt mai frecvente și au o evoluție mai complicată din cauza apariției forțelor orizontale și a suprasolicitării funcționale a dinților restanți. Dacă afecțiunile parodontului apar pe fondul anomaliilor dentomaxilare, atunci deformațiile sînt mai frecvente și caracterul lor este determinat de felul anomaliilor; anume din această cauză redresărilor ortodontice li se acordă o deosebită atenție la pacienții cu anomalii dentomaxilare asociate, cu schimbări patologice în parodont. Însă unii autori (E. Gavrilov) consideră că aplicarea măsurilor ortodontice la pacienții cu afecțiuni ale parodontului sînt nedorite. Pe baza cercetărilor experimentale și clinico-morfologice H. Kalamkarov a conchis că tratamentul ortodontic al anomaliilor și deformațiilor sistemului stomatognat are o importanță vădită în profilaxia și terapia afecțiunilor parodontului la faza incipientă. De aceea măsurile ortodontice se efectuează îndeosebi la copii, adolescenți și tineri. La vîrstnici măsurile ortodontice se efectuează cu o deosebită atenție, și se aplică doar în fazele inițiale ale afecțiunii, utilizînd aparate care exclud suprasolicitarea funcțională a parodontului.

Scopul tratamentului ortodontic constă în corectarea tulburărilor morfofuncționale cu suprimarea ocluziei traumatice primare, ceea ce constituie un tratament patogenetic cu repercusiuni terapeutice eficiente.

Tratamentul ortodontic al afecțiunilor parodontului este indicat cînd este necesară: redresarea migrărilor dentare și lichidarea tremelor; majorarea dimensiunii verticale de ocluzie; corectarea protruziei cu lichidarea diastemelor; corectarea ocluziei inverse (progeniei).

Redresările ortodontice se efectuează la faza inițială a afecțiunii, după lichidarea proceselor inflamatorii, utilizîndu-se aparate ortodontice mobilizabile, care mai puțin irită parodontul marginal. În cazul migrărilor dentare orizontale (înclinări orale, vestibulare), mai ales a dinților frontali, însoțite de apariția tremelor și diaste-

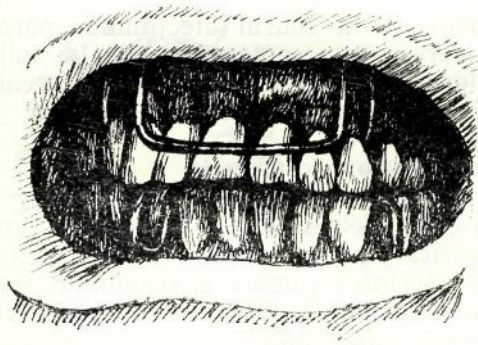


Fig. 147. Redresarea poziției dinților frontali prin utilizarea plăcilor mobilizabile cu arc de refracțiune

melor se utilizează dispozitive ortodontice mobile cu plan retroincisiv sau arcuri vestibulare etc. La redresarea unuia sau mai multor dinți înclinați, fără deplasarea apexurilor, în scopul redistribuirii solicitărilor fiziologice în ax se vor aplica dispozitive ortodontice, care constau fie din legături cu ațe sau sîrmă, fie din inele de cauciuc în asocieră cu placa palatinală cu arc vestibular. În cazul vestibularizării frontalilor supe-

riori, cînd este redusă dimensiunea verticală de ocluzie, se va acționa printr-o placă palatinală cu platou ocluzal în zonele laterale și tracțiuni cu inele și arcuri asupra dinților frontali. Acest aparat se fixează cu ajutorul croșetelor de tip Adams.

În ultimul timp tot mai frecvent survin așa situații cînd paralel cu șlefuirea selectivă este necesară și înălțarea ocluziei prin coroane sau gutiere la nivelul premolarilor sau prin plăci palatinale cu plan ocluzal la nivelul dinților frontali superiori. Obținînd inocluzia de 2—3 mm la nivelul molarilor sau a premolarilor și molarilor după 4—6 luni, dinții laterali vor egresa și vor lua contacte ocluzale realizînd înălțarea ocluziei. Limita ridicării ocluziei este atinsă atunci cînd mișcările mandibulei, după îndepărtarea dispozitivului ortodontic, nu creează contacte premature la nivelul dinților anteriori. Activarea elementelor funcționale ale aparatelor ortodontice se efectuează o dată pe săptămîină ori o dată în două săptămîni. Înainte de a activa arcul vestibular este necesar de a elibera spațiul pentru dinții ce se supun deplasării prin șlefuirea plăcii din zona orală a coletului dinților respectivi. După corijarea poziției frontalilor superiori se efectuează șinarea și protezarea, menținîndu-se la același nivel rezultatele obținute.

În caz de mobilitate a dinților frontali inferiori (gradul II) cu resorbția țesutului osos alveolar mai mult de 1/2 și arcadele dentare edentate în sectorul lateral, aplicarea plăcii palatinale cu platou ocluzal este inadmisibilă, deoarece aceasta se va solda cu pierderea dinților frontali inferiori și acutizarea procesului patologic. În asemenea situații clinice redresarea dinților se efectuează cu ajutorul unei plăci cu arc de refracțiune (fig. 147) restabilind dimensiunea verticală de ocluzie cu o gutieră acrilică. Normalizarea poziției mandibulei și a dimensiunii verticale de ocluzie se finalizează cu șinarea și protezarea eficientă.

Prin urmare, măsurile ortodontice în cadrul afecțiunilor parodontului nu trebuie evitate, deoarece în complex cu celelalte mijloace (conservative, chirurgicale și protetice), contribuie la reechilibrarea morfofuncțională a structurilor parodontale.

### 10.5.3. Tratamentul ortopedo-protetic

Tratamentul ortopedo-protetic al afecțiunilor parodontului are un caracter de terapie patogenetică, întrucât suprimă mobilitatea dinților și reechilibrează starea morfofuncțională a sistemului stomatognat. Alegerea justă a dispozitivelor ortopedice și protetice va influența într-o mare măsură evoluția afecțiunii.

În stadiile avansate ale afecțiunii, când procesul de resorbție a țesutului osos este pronunțat și susținut de ocluzia traumatică, brațul de pîrghie (porțiunea extraalveolară) a dintelui este mărit, condiționînd apariția sau mărirea mobilității dinților, cu apariția spațiilor între ei, adică a migrării dentare, fenomen ce susține dezechilibrul ocluzal.

Parodontul dinților ca susținător direct al ocluziei reprezintă unul din elementele importante ale sistemului stomatognat, a cărui structură este specializată de a rezista suprasolicităților funcționale exercitate în direcția axelor longitudinale ale dinților. Componentele laterale ale forțelor masticatoare sînt nocive parodontului, care prin structurile sale nu este capabil să reziste forțelor laterale traumatiche. Apare un cerc vicios, care atestă legătura cauzală, ce există între suprasolicitarea funcțională a dinților, resorbția țesutului osos alveolar și mobilitatea dinților. În cadrul examenului clinic, uneori chiar cu ochiul liber se observă mobilitatea dinților în momentul în care se realizează contactul precoce cu dinții antagoniști. Cu timpul marginea gingivală se retrage, apar pungi parodontale. Treptat brațul de forță al dintelui crește în defavoarea brațului de rezistență. În acest stadiu, chiar forțele de intensitate fiziologică vor avea repercusiuni negative asupra parodontului dinților determinînd sporirea mobilității dinților din ce în ce mai accentuată, traumatizînd în mod direct parodontul. Acesta la rîndul său duce la o și mai mare slăbire a rezistenței țesuturilor parodontale mărind mobilitatea dinților care are ca deznodămînt pierderea dinților.

Mobilitatea patologică a dinților necesită măsuri terapeutice ortopedo-protetice alături de terapia conservativă și chirurgicală. Tratamentul ortopedo-protetic se împune deci atît în fazele incipiente ale afectării parodontului, pentru a asigura înlăturarea suprasolicitării funcționale, cît și în fazele mai avansate, cînd se împune imobilizarea dinților, menită să întrerupă cercul vicios.

Tratamentul ortopedo-protetic are un caracter curativ-profilactic oprind sau încetinind evoluția procesului patologic. Fără aportul tratamentului ortopedo-protetic tratamentul conservativ și chirurgical nu ne va da rezultate satisfăcătoare.

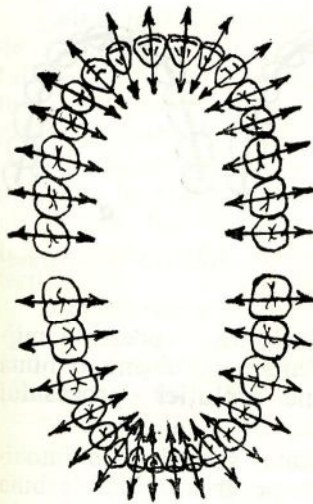


Fig. 148. Reprezentarea grafică a direcției forțelor orizontale care acționează pe diverse grupuri de dinți la maxilă și mandibulă

Imobilizarea dinților are un rol de prim plan. Scopul imobilizării este de a obține un complex rigid, capabil să asigure în mod eficace funcția și distribuția proporțională a presiunii masticatoare, anulând forțele transversale și oblice, care au o influență negativă asupra aparatului de susținere a parodontului.

Dinții se imobilizează cu ajutorul șinelor, care permit crearea unei angrenări reciproce între dinți și grupuri de dinți în măsură să se opună solicitărilor tangențiale și să majoreze funcția scăzută a parodontului.

Ținând seama de topografia elementelor dentare pe arcada dentară în virtutea formei anatomice a rădăcinilor și a situării fiecărui dinte este de înțeles că grupul de incisivi poate să fie mobilizat de forțe care acționează în timpul masticației numai în plan sagital, iar grupul premolarilor și molarilor de fiecare parte poate să fie mobilizat numai în sens transversal, adică conform unui plan perpendicular pe cel precedent, iar caninii tind să se mobilizeze conform unui plan, care formează cu cele două anterioare un unghi de  $45^\circ$  (fig. 148).

Acest principiu are valoare pentru o arcadă dentară completă.

Este evident că dacă unim dinții din două sau trei grupuri între ei cu un dispozitiv rigid, mișcările unui grup vor fi împiedicate sau anulate de rezistența opusă de celălalt grup, care va fi, la rândul său, imobilizat de grupul anterior.

Imobilizarea va fi cu atât mai eficace și mai completă, cu cât va fi mai extins dispozitivul rigid pe fiecare arcadă dentară.

Elaborarea planului de tratament se face după un examen minuțios clinic și radiografic cu determinarea formei de atrofie și examinarea modelelor de studiu, aprecierea relațiilor ocluzale. Obligatoriu se efectuează parodontometria — măsurarea adâncimii pungilor parodontale. În ceea ce privește atitudinea față de dinții mobili trebuie știut că extracțiile se indică după o prealabilă documentare clinică și radiografică: dinții cu mobilitate de gradul III, determinată fie de o atrofie orizontală ajunsă la treimea apicală a rădăcinii, fie de o atrofie verticală profundă; dinții cu anomalii de poziție foarte accentuate care nu se pot ameliora sau redresa prin mijloace ortodontice și care nu pot fi folosiți în scop protetic; dinții cu procese periapicale incurabile, care pot compromite lucrările protetice.

*Imobilizarea dinților.* În cadrul tratamentului afecțiunilor parodontului imobilizarea



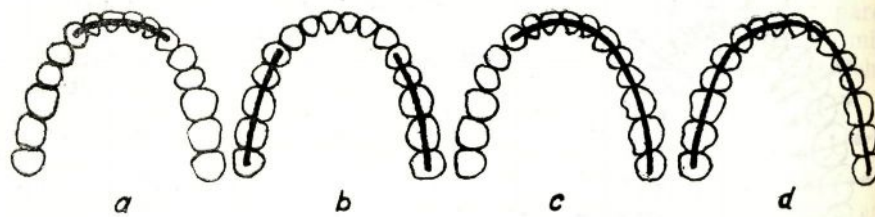


Fig. 149. Varietățile de imobilizare a dinților mobili: a — frontală; b — parasagitală; c — frontosagitală; d — circulară

Este evident că imobilizarea mecanică și rigidă reprezintă mijlocul terapeutic cel mai sigur și eficace pentru a obține o bună restabilire funcțională și pentru a se opune evoluției procesului distrofic alveolar.

O fixare corectă trebuie să atingă nu numai scopul de a imobiliza rigid toți sau numai o parte din dinții de pe arcadă, dar trebuie să ne permită să ajungem la cea mai bună reechilibrare ocluzală care, în majoritatea cazurilor, se prezintă mai mult sau mai puțin alterată în urma devierilor, migrărilor și mobilității dentare.

*Varietățile de stabilizare dentară.* Pentru grupul de dinți frontali cea mai eficientă imobilizare se obține când aparatul de imobilizare constituie un bloc integru unind incizivii și caninii. Așa tip de imobilizare este numită stabilizare frontală. Ea este eficientă, în primul rând, fiindcă parodontul caninilor este mai masiv și, ca regulă, mai puțin alterat și e capabil de a opune rezistență forțelor masticatoare reechilibrând presiunea ce le revine incisivilor. În al doilea rând, se restabilesc capacitățile funcționale ale dinților cu aceeași funcție. În al treilea rând, incizivii și caninii sînt situați pe arcadă conform unei linii arcuite în legătură cu ce șina devine mult mai rigidă.

Imobilizarea în cadrul căreia șina se plasează în direcția disto-mezială, adică în plan sagital, este numită stabilizare laterală (sagitală), adică stabilizarea premolarilor și molarilor poate fi uni- și bilaterală (parasagitală). Imobilizarea laterală permite obținerea unei blocări rigide a forțelor verticale, transversale și sagitale. Este evident că atât imobilizarea sagitală, cât și cea parasagitală reprezintă un mijloc terapeutic sigur, care permite de a rezista suprasolicitării funcționale și care întrerupe evoluția proceselor patologice.

Pe arcadele dentare cu breșe mărginite din ambele părți imobilizarea va fi cu atât mai eficace, cu cât va fi mai extinsă șina, imobilizînd întreaga arcadă și acordîndu-i astfel o stabilizare circulară (fig. 149). Șina extinsă pe o arcadă întreagă oferă garanții maxime împotriva forțelor transversale și reprezintă mijlocul terapeutic cel mai sigur. Însă realizarea unui aparat de imobilizare monolit pe întreaga arcadă prezintă unele dificultăți legate de absența paralelismului dintre dinții aceleiași arcade dentare.

Cele mai eficace varietăți de stabilizare: pentru dinții frontali — fronto-sagitală sau arcuată; pentru cei laterali — parasagitală sau arcuată.

*Clasificarea șinelor.* Șinele utilizate în tratamentul complex al afecțiunilor parodontului pot fi clasificate după mai multe criterii.

După varietatea șinării deosebim șini provizorii și definitive (permanente). În dependență de modul de fixare ele se împart în șini fixe, mobile și mixte, iar după materialul din care se confecționează — metalice, acrilice, ceramice, mixte.

În dependență de caracterul repartizării presiunilor ocluzale deosebim șini care acoperă complet suprafețele ocluzale, parțial și care nu sînt plasate pe aceste zone.

Orice șină trebuie să corespundă următoarelor cerințe: să asigure imobilizarea dinților în toate direcțiile creînd un bloc rigid; să repartizeze uniform presiunile masticatoare pe cîmpul protetic descărcînd dinții afectați; să nu excite parodontul marginal; să nu împiedice tratamentul conservativ și chirurgical; să nu ducă la blocajul mișcărilor mandibulare; ușor să se supună prelucrărilor igienice; să se fixeze bine; să nu deregleze funcțiile sistemului stomatognat și aspectul fizionomic; să aibă o tehnologie simplă de confecționare.

*Imobilizarea provizorie (temporară).* Acest procedeu are ca scop înlăturarea traumatismului parodontal provocat de mobilitatea patologică a dinților, pentru o perioadă de timp scurtă, în care se vor realiza unele intervenții pregătitoare în vederea imobilizării definitive, și anume: detartrajul și chiuretajul pungilor gingivale, gingivotomia, extracții dentare, tratament ortodontic sau consolidarea rezultatelor căpătate după intervențiile ortodontice. Imobilizarea provizorie restabilește ori potențiază capacitatea funcțională a dinților restanți și se realizează prin legături simple cu fire de mătase, nailon, metal (legătură în opt) care se fixează cu un nod în fiecare spațiu interdental (fig. 150).

Totodată este necesar de evitat pătrunderea firelor de legătură în sulcusul dentogingival pentru a nu irita festonul gingival. Cînd se aplică fire de sîrmă, diametrul lor trebuie să fie de circa 0,2—0,5 mm.

În parodontita generalizată șina va cuprinde întreaga arcadă dentară, opunîndu-se forțelor transversale, iar în parodontita localizată ea se va extinde nu numai asupra dinților cu parodontul afectat, dar cuprinzînd neapărat și dinții cu parodontul sănătos.

Cele mai simple și frecvent utilizate sînt șinele propuse de Cieszynski, Mamloc-Grunberg, Novotny, Marei, Glickman, Kopeikin, Kurleandski ș. a.

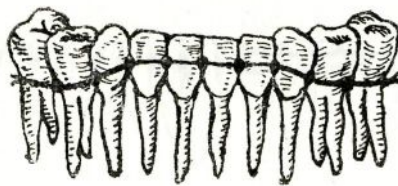


Fig. 150. Ligatură opt-continuu cu înnodare interdentală

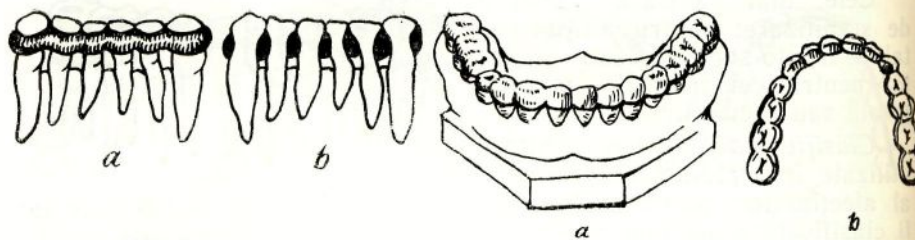


Fig. 151. Șină după Novotny: a — din partea linguală; b — din partea vestibulară

Fig. 152. Șină-gutieră: a — pe model; b — în afara modelului

Ceiszynski a propus șinarea dinților mobili prin legătura lor cu sîrmă de bronz cu diametrul de 0,5 mm sau oțel inoxidabil — 0,3—0,4 mm. Șinarea se începe de la dinții-stîlpi stabili, atrăgînd atenția ca sîrma să nu traumatizeze gingia. Nodurile din sîrmă periodic se strîng, deoarece legătura se slăbește.

Șina Mamloc-Grunberg este alcătuită din două inele aplicate pe dinții-stîlpi (premolari ori molari) din partea vestibulară a cărora este adaptat și sudat un arc de care este legat fiecare dinte mobil.

Șina după Novotny este confecționată din acrilat autopolimerizabil, avînd formă de fișie cu o grosime de 1 mm, ea acoperă 1/3 din suprafețele orale ale dinților frontali inferiori. Din partea vestibulară se observă numai unele puncte ale șinei situate în spațiile interdentare (fig. 151).

Marei, Glikman și alți autori au propus diferite modificări de șinare provizorie care constau în legarea prealabilă a dinților mobili între ei cu sîrmă de bronz, oțel inoxidabil, nailon, capron etc., după ce pe suprafața vestibulară este aplicat un strat de acrilat autopolimerizabil care consolidează poziția dinților mobili.

Kopeikin a propus o șină asemănătoare cu șina Novotny, dar confecționată din acrilat autopolimerizabil pe model și fixată în cavitatea bucală cu un clei cianacrilic de tip MK-6, MK-9.

Kurleandski a propus șina gutieră care este fixată în cavitatea bucală prin cementare sau cu unul din materialele amprentare de tip «Repin», «Dentol» sau cu ajutorul dentinei (fig. 152).

Utilizarea acestei șine duce și la o ușoară redimensionare a ocluziei în caz de necesitate. Dacă această redimensionare a ocluziei nu este de dorit, se aplică alte șini.

Mai pot fi aplicate șinele metalice turnate, care sînt compuse din două arcuri: vestibular și lingual — aplicate exact pe conturul dinților și reunite printr-un număr variabil de bare transversale situate interdentar la nivelul suprafețelor ocluzale.

Imobilizarea provizorie se menține de la 2—3 săptămîni pînă la 3—4 luni, cînd se încheie tratamentul conservativ și chirurgical după ce se aplică imobilizarea definitivă a dinților.

*Imobilizarea definitivă.* Imobilizarea definitivă (permanentă) urmărește obținerea unui complex rigid capabil să asigure în mod

eficient funcția sistemului stomatognat, distribuirea forțelor funcționale pe toți dinții incluși în sistemul de imobilizare, neutralizându-se forțele orizontale periculoase pentru parodont. Imobilizarea reprezintă metoda terapeutică cea mai sigură și mai eficientă ce duce la stabilizarea proceselor patologice din parodont.

Din punct de vedere clinic imobilizarea definitivă este cu atât mai eficace, cu cât se realizează mai precoce, când procesul de resorbție a țesutului osos încă nu este avansat.

Imobilizarea permanentă se efectuează în cazurile când prin alte mijloace nu este posibilă repartizarea uniformă a presiunilor masticatoare.

La baza imobilizării definitive a dinților alterați stă principiul creării unei stabilizări suficiente în raport de sectorul arcadei dentare ce se supune șinării. Dacă se vor șina dinții din același grup, imobilizarea va fi imperfectă, fiindcă grupul de dinți șinați se va deplasa în același sens. Iată de ce imobilizarea corect concepută trebuie să cuprindă într-un bloc rigid dinți din 2 sau 3 grupe funcționale diferite pentru a se opune eficient atât forțelor verticale, cât și celor orizontale.

Imobilizarea definitivă se realizează cu ajutorul șinelor mobile, fixe sau mixte.

*Șinele mobile.* Aceste construcții se fixează pe cîmpul protetic prin adaptarea lor intimă la suprafețele dinților restanți. Ele au acel avantaj față de șinele fixe, că pot fi aplicate în cazurile mobilității de gradul II a tuturor dinților restanți. Șinele mobile, ca regulă, nu necesită prepararea dinților, se confecționează mai ușor atât din punct de vedere clinic, cât și tehnic. Fiind mobile, aceste șine se consideră mai igienice, ușor se supun reparațiilor și sînt mai fiziomice.

Concomitent cu avantajele menționate șinele mobile prezintă și unele dificultăți mai ales în ceea ce privește acțiunea lor asupra țesuturilor parodontale: rigiditatea lor este mai redusă decît în cazul șinelor fixe, nu neutralizează forțele transmise axial, gradul de imobilizare este insuficient, forțele masticatoare nu sînt distribuite uniform pe toți dinții restanți și au un efect traumatizant asupra dinților.

Una dintre cele mai răspîndite șine mobile este șina Elbrecht, de diferit tip, compusă din două arcuri, unul lingual și altul vestibular, turnate din aur platinat sau din aliaje inobile (crom-cobalt). Acest tip de șine se plasează perfect pe coroanele dinților între suprafața ocluzală și marginea gingivală. Cele două arcuri sînt reunite prin intermediul unor bare transversale care trec prin nișele masticatoare sau prin șanțuri pregătite între canini și primii premolari și înaintea ultimilor molari.

Din considerente fiziomice și pentru a ușura dezinsertia și insertia șinei la nivelul dinților frontali, arcul vestibular se întreprinde și este înlocuit cu cîteva gheruțe incizale (fig. 153).

Șinele Elbrecht sînt utilizate mai frecvent pentru imobilizarea dinților arcadei dentare inferioare. Ele pot fi ușor confecționate din

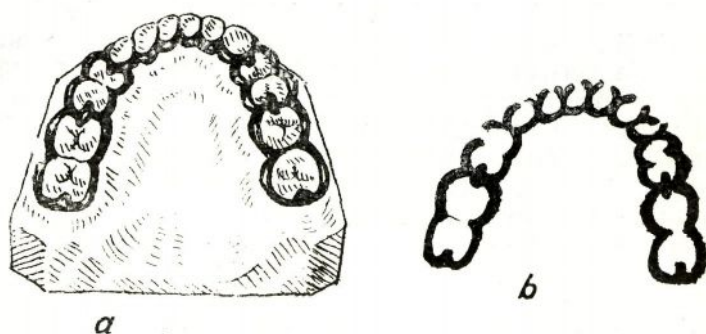


Fig. 153. Şina Elbrecht: a — pe model; b — în afara modelului

punct de vedere clinic, necesită sacrificiu minim de ţesuturi dentare, se pot detaşa cu destulă uşurinţă, permit înlocuirea unor dinţi care se extrag, devenind astfel proteză-şină.

Una dintre cele mai eficiente şine mobile contemporane este şina de tipul scheletului protezelor scheletate care în dependenţă de particularităţile constructive ale sistemului croşetar permite repartizarea uniformă a forţelor transversale şi parasagitale pe întreaga arcadă dentară.

Specificul utilizării acestor şine se bazează pe imobilizarea întregii arcade dentare, avînd în componenţa sa sistemul croşetar Ney modificat pentru protejarea parodontului fiecărui dinte aparte de către factorii traumatogeni ai forţelor masticatoare. Modificînd numărul croşetelor şi particularităţile lor constructive precum şi poziţia pe dinţi a elementelor croşetare, obţinem un bloc rigid întregu al dinţilor atît cu parodontul mai puţin alterat, cît şi a dinţilor cu parodontul funcţional decompensat (fig. 154).

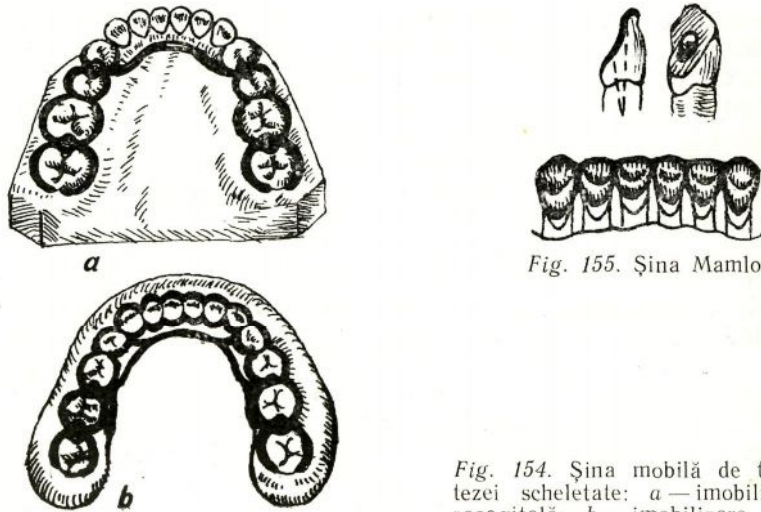


Fig. 155. Şina Mamloc

Fig. 154. Şina mobilă de tipul protezei scheletate: a — imobilizare parasagitală; b — imobilizare circulară

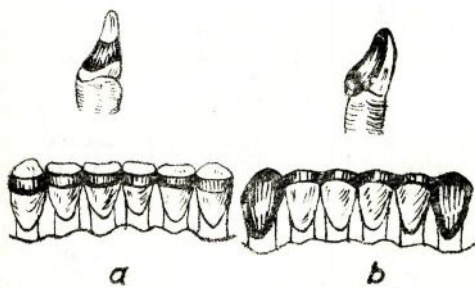


Fig. 156. Șină pentru dinți frontali: a — din inele; b — din căpăcele

*Șinele fixe.* Imobilizarea dinților cu ajutorul șinelor fixe are efecte pozitive asupra stării țesuturilor paradontale, deoarece incluzând dinții într-un sistem rigid, forțele masticatorie se vor repartiza pe toți dinții uniform. Aceste dispozitive nu provoacă dereglări esențiale de fonație și pacienții ușor se adaptează la ele.

În vederea utilizării șinelor fixe este necesar un paralelism între dinți cu un sacrificiu considerabil al țesuturilor dentare, care deseori nu se poate obține fără o depulpare preventivă. Principiile de realizare a șinelor fixe sînt în funcție de aplicarea lor pe dinții frontali sau laterali, vitali sau depulpați. Se ține cont de tipul de ocluzie, prezența sau absența unor dinți pe arcadele dentare, de gradul de mobilitate a dinților etc.

Șinele fixe sînt alcătuite din coroane de înveliș totale, coroane ecuatoriale confecționate prin metode de turnare sau ștanțare și sudate din incrustații cu pivoturi radiculare sau parapulpare, din căpăcele cementate pe dinții mobili asigurînd prin imobilizare stabilizarea necesară: frontală, fronto-sagitală, parasagitală sau circulară.

*Șine pentru imobilizarea dinților frontali.*

*Șina Mamloc* este compusă dintr-o serie de incrustații cu pivoturi intraradiculare, aplicată pe dinții frontali superiori și inferiori (fig. 155). Pentru o imobilizare perfectă această șină necesită un paralelism al pivoturilor. Adeseori dinții au înclinații de la axul lor în urma migrației, ceea ce limitează aplicarea acestei șine.

*Șina din căpăcele* reprezintă un bloc de căpăcele lipite (sudate) între ele, care acoperă părțile incizivale, proximale și linguale ale dinților pînă la ecuator. Suprafața vestibulară a coroanei este acoperită cu 2—3 mm și mai rar pînă la ecuator. Pentru o stabilizare mai eficientă șina este consolidată cu coroane metalice de înveliș aplicate pe canini ori canini și premolari. Șina din căpăcele este prevăzută pentru dinții inferiori. Prepararea dinților constă în șlefuirea părților incizivale, a suprafeței vestibulare cu 2—3 mm mai jos de marginea incizivală sau pînă la ecuator și separarea suprafețelor de contact cu crearea de prag. Mai frecvent vor fi utilizate construcțiile turnate (fig. 156 b).

*Șina din inele* constă dintr-un bloc de inele lipite (sudate) care acoperă dinții frontali vestibular pînă la ecuator, iar lingual depășind tuberculul dentar, partea incizivală a dinților rămînînd neacoperită. Această șină, neacoperind părțile incizivale ale dinților,



Fig. 157. Șină din coroane ecuatoriale

le permite mișcări în axul vertical, ceea ce duce la detașarea șinei fiind totodată nefizionomică (fig. 156 a).

*Șina din coroane 3/4*, dacă este bine executată, asigură o bună imobilizare a dinților. Prepararea dinților necesită un paralelism strict între dinți și șanțuri, ceea ce complică utilizarea acestui dispozitiv.

În cadrul tratamentului complex pe larg se utilizează șine din coroane acrilice, metaloacrilice și metaloceramice, capabile să asigure în mod eficace distribuirea forțelor masticatoare proporțional pe toți dinții imobilizați, îndeplinind totodată și condițiile necesare fizionomice.

*Șine pentru imobilizarea dinților laterali.* La imobilizarea dinților mobili din zonele laterale ale arcadelor dentare, afară de șinele din coroane de înveliș metalice, metaloacrilice și metaloceramice pe larg se aplică șinele din coroane ecuatoriale (fig. 157). Acest dispozitiv, asigurând o imobilizare perfectă, lasă liber spațiile interdentare și zona cervicală pentru intervenții terapeutice și chirurgicale.

La șinarea dinților laterali mai pot fi aplicate șinele din incrustații, din bare pivotate sau bare instalate în cavitatea preparată de-a lungul fisurilor sagitale intercuspidiene a suprafețelor ocluzale ale premolarilor și molarilor, unite cu coroane de înveliș metalice pe dinții-stâlpi (V. Kurleandski). În caz de proces patologic generalizat, mai eficace este crearea unui sistem rigid arcuat (circular) care este prezentat de un dispozitiv-șină alcătuit, ca regulă, din 2—3 segmente unite între ele cu sisteme croșetare.

**Tratamentul ortopedo-protetic al afecțiunilor parodontului complicate de edentație parțială.** Sarcinile tratamentului ortopedo-protetic în asemenea situații clinice sînt orientate la echilibrarea morfofuncțională a sistemului stomatognat și stoparea proceselor patologice ce au loc în parodontul dinților restanți.

Scopul și principiile imobilizării dinților restanți și înlocuirea celor lipsă constau în repartizarea uniformă și micșorarea forțelor funcționale, pentru a proteja parodontul dinților afectați și neutraliza componentii orizontali ai forței masticatoare. Reechilibrarea funcțională în așa situații clinice necesită o completare a lipsurilor dentare prin construcții protetice adecvate.

Indicații de șinare a dinților restanți prin construcții conjuncte, cu sprijin dentoparodontal sau adjuncte cu sprijin dentomucozal este dictată de topografia și întinderea edentației, de valoarea funcțională a dinților restanți, cât și a celor antagoniști, și depinde de următorii factori: profunzimea pungilor parodontale; exprimarea apofizei alveolare (raportul dintre părțile extra- și intraalveolare a dinților); gradul de mobilitate a dinților.

La stadiul incipient al patologiei, cînd resorbția țesutului osos nu depășește gradul I, punțile dentare sînt inegalabile la restabili-

rea morfofuncțională a edentațiilor intercalate. Astfel de proteze-șine restabilesc atât echilibrul morfofuncțional al arcadei dentare, cât și imobilizează dinții restanți. Confecționarea punților dentare au unele particularități, reieșind din dublul lor rol, acel de înlocuire a dinților lipsă, cât și acel de imobilizare a dinților restanți.

La confecționarea acestor șine-proteze este necesar de a realiza o ocluzie corectă în raport cu antagoniștii. Pentru a nu da naștere la forțe horizontale nocive cuspizii corpului de punte vor fi realizați fără pante accentuate; corpul de punte în zonele laterale ale arcadelor dentare va fi modelat pe cât este posibil în linie dreaptă pentru a evita declanșarea basculării; pentru a exclude suprasolicitarea funcțională a parodontului dinților-stâlpi și pentru a scurta fazele de triturare a alimentelor se va reduce suprafața ocluzală; la modelarea corpului de punte trebuie de ținut cont de posibilitatea asigurării curățirii și autocurățirii, condiții deosebit de importante în cazul afecțiunilor parodontale; elementele de agregare să aibă un raport optim cu parodontul marginal.

Din punct de vedere clinic și biomecanic punțile dentare trebuie să fie cât mai rezistente, să poată fi aplicate pe dinți din diferite grupe funcționale, respectându-se și cerințele fizionomice. Pentru a asigura echilibrarea punții, numărul dinților-stâlpi va fi mărit, iar materialele de confecționare — rezistente. Cerințelor enumerate corespund aliajele din crom-cobalt utilizate la confecționarea punților întreg turnate. Pentru a asigura paralelismul dinților la confecționarea acestor punți recurgem la paralelografie și dacă este necesar la depulparea dinților-stâlpi, conform indicațiilor. De menționat că la tratamentul complex al afecțiunilor parodontale complicate cu edentații intercalate șinarea dinților cu ajutorul punților dentare asigură o imobilizare perfectă și transmiterea uniformă a forțelor masticatoare pe dinții incluși în șina-proteză.

Alegerea sistemului de imobilizare și de înlocuire a dinților lipsă urmează să se facă de la caz la caz, depinzând de examenul clinic, radiografic și funcțional.

Cînd topografia edentației exclude protezarea conjunctă, se va executa protezarea adjunctă.

În cadrul afecțiunilor parodontale de caracter generalizat, complicate de edentație parțială cu gradul II de mobilitate a dinților restanți, imobilizarea lor în blocuri aparte este neefectivă. Numai solidarizarea tuturor dinților restanți într-un bloc unic permite de a dispersa uniform presiunile masticatoare. Cel mai eficient mijloc de imobilizare în așa situații clinice îl constituie proteza modernă scheletată, care prin sistemul său de stabilizare și ancorare completat cu conector dentar asociat cu gheruțe incizale, este capabilă de a nivela toți factorii ce duc la suprasolicitare funcțională a dinților restanți (fig. 158). La șinarea arcadelor dentare cu edentații terminale este necesar de inclus în șină o conexiune mai elastică — amortizatoare (întrerupători de forță) care se plasează între sistemul croșetar și șeile protezei și are funcția de a dispersa forțele masticatoare transmise de la șa la parodontul dinților restanți.



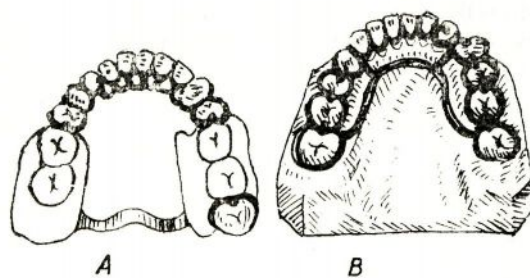


Fig. 158. Șine mobile: A — șină-proteză scheletată cu croșete în formă de T; B — șină scheletată cu gheruțe incizale

În cazurile cînd aplicarea șinelor-proteze scheletate nu este posibilă, cea mai eficace construcție este considerată șina-proteză cu placă metalică turnată, în care sistemul croșetar este unit cu baza protezei labil. Aceste aparate au o mare valoare curativă, asigurînd repartizarea forțelor masticatoare asupra ambelor suprafețe de sprijin — dento-parodontal și mucoos — evitînd solicitarea dinților cu parodontul decompensat.

Prin urmare, tratamentul ortopedo-protetic joacă un rol important în terapia funcțională a afecțiunilor parodontului și are scopul de a asigura condiția de echilibru a rapoartelor intermaxilare și interdentare, să substituie lipsurile dentare și să imobilizeze eficient dinții restanți.

*Mecanismul acțiunii terapeutice ale aparatelor șinante.* Pentru a determina particularitățile constructive ale aparatelor șinante în corelație cu tabloul clinic este necesar de a cunoaște principiile biomecanice ale șinării și acțiunea diverselor elemente ale șinelor fixe și mobilizabile asupra complexului de țesuturi ale parodontului.

Conform datelor obținute de V. Kopeikin șinarea a doi dinți megieși cu parodontul sănătos prin intermediul incrustațiilor, coranelor, croșetelor duble turnate etc. predispune la micșorarea deformației țesuturilor parodontale și osos, la suprasolicitarea fiecăruia din dinții șinați. Astfel de șinare permite de a diminua deformația țesuturilor dinților de sprijin la diverse forțe masticatoare, ceea ce a făcut posibilă șinarea a doi dinți plasați alături, cînd pe unul din ei se sprijină croșeta protezei mobilizabile.

La șinarea a doi dinți mobili cu un grad diferit de resorbție a țesutului osos repartizarea și caracterul forței masticatoare pe parodontul acestora va fi diferită. În această situație orice remediu de șinare va micșora mobilitatea dinților și acțiunea traumatică a forțelor ocluzale.

Șinarea într-un tot întreg prin intermediul punții dentare a unui dinte cu parodontul lezat și a unuia cu parodontul integru duce la micșorarea mobilității, însă nu este posibilă stabilizarea procesului patologic al dinților alterați. Cu cît este mai mare depărtarea

dintre elementele de agregare a punții, cu atât este mai mare deformarea în parodontul dinților-stâlpi. Sporirea numărului elementelor de agregare în punte va fi efectivă, dacă ele se vor afla alături de dintele afectat mai tare. Dacă din cauza situației clinice realizarea acestui principiu este imposibilă, procedăm în felul următor: brațul dinților de sprijin cu parodontul nelezat trebuie să fie mai mare decât corpul protezei și dintele mobil. Conform acestor date la alegerea particularităților constructive ale aparatelor șinante este necesară aplicarea unor asemenea construcții care sînt capabile de a lichida mobilitatea orizontală. Și dacă în cadrul procesului localizat persistă dinți cu parodontul sănătos, apoi în cadrul celui generalizat nu există nici un dinte cu parodontul neafectat, ceea ce înseamnă că proprietățile adaptive ale parodontului sînt limitate și pentru echilibrarea funcțională este necesară imobilizarea tuturor dinților într-un bloc unitar.

Aceste particularități constructive sînt caracteristice numai protezelor șinante scheletate cu un sistem croșetar contemporan, care asigură repartizarea forțelor ocluzale transversale și parasagitale pe întreaga arcadă dentară.

#### **10.6. Protezarea imediată în tratamentul complex al afecțiunilor parodontului**

După cum s-a menționat, ocluzia traumatică este un factor cu rol determinant în apariția afecțiunilor parodontului, accelerînd resorbția țesutului osos și respectiv mobilitatea dinților. La începutul tratamentului dinții cu o mobilitate de gradul III vor fi supuși extracției, din care cauză cei restanți și mai mult vor fi supuși suprasolicitării funcționale. Pentru a evita suprasolicitarea dinților restanți, cît și pentru perioada de tratament conservativ și protetic definitiv se aplică proteza imediată.

Protezarea imediată este o metodă provizorie constituită din imbinarea de tratament protetic, chirurgical și medicamentos cu restabilirea echilibrului morfofuncțional, fizionomic și fonetic. Protezarea imediată are indicații vaste și practic poate fi aplicată în multiple situații clinice. Ea se include în planul de tratament complex, ținîndu-se cont de particularitățile morfoclinice ale cîmpului protetic.

Protezele imediate prezintă următoarele avantaje: 1) datorită restaurării imediate a integrității arcaadelor dentare cu lichidarea deficiențelor fizionomice și fonetice, permit pacientului să-și continue activitatea (lectori, pedagogi, artiști), ceea ce creează o stare psihică pozitivă; 2) inserarea imediată a protezelor direct pe plăgile postextractionale este ca un pansament care le protejează de traumatizări, contribuind la oprirea hemoragiei și stimulează vindecarea definitivă cu crearea unei apofize alveolare cu volum și formă necesară pentru confecționarea protezelor definitive; 3) evită

suprasolicitarea funcțională a dinților restanți și micșorarea ulterioară a dimensiunii verticale de ocluzie; 4) mențin raportul intermaxilar și echilibrul morfofuncțional al sistemului stomatognat.

Protezele imediate pot fi fixe și mobile. După examinarea pacientului se stabilesc indicațiile, numărul dinților supuși extracției, metoda și varietatea de protezare imediată.

De menționat că cea mai solicitată construcție în calitate de proteză imediată este proteza parțial mobilizabilă acrilică cu sistemul croșetar de menținere și sprijin. După amprentare se realizează modelele, apoi modelele obținute se fixează în ocluzor, iar în caz de necesitate, preventiv se determină ocluzia centrică. În funcție de situația clinică toate variantele de pregătire a modelului de lucru în cadrul confecționării protezei imediate pot fi grupate în 3 metode.

*Metoda I.* Conform acestei metode dinții care urmează să fie extrași, sînt retezați la nivelul coletului cu răzuirea unui strat de ghips (2—3 mm) de pe apofiza alveolară redîndu-i o formă rotundă (G. Sosnin, A. Kotlear, E. Gavrilov etc.). În sectoarele adiacente, către coletul dinților naturali restanți la o distanță de 3—4 mm, ghipsul trebuie să rămînă neatins. Stratul de ghips răzuit poate fi mărit, dacă gradul de atrofie a țesutului osos alveolar depășește 2/3 din înălțimea alveolei și este asociat cu un edem pronunțat al țesuturilor moi. După pregătirea modelului se efectuează modelarea machetei și transformarea ei în proteză acrilică cu gingie artificială după procedeele tehnice de laborator cunoscute. Apoi se realizează extracția dinților urmată imediat de inserția protezei pe cîmpul protetic. Proteza este prelucrată într-o soluție antiseptică, apoi cu etanol și tinctură iodurată de 3%. Se atrage atenția ca brațele croșetelor să fie adaptate corect pe suprafețele dinților-stilpi în zona cu retenție favorabilă. Pacientul trebuie să se prezinte la medic a doua zi după aplicarea protezei. La prezența semnelor de presiuni considerabile a protezei asupra anumitor zone ale cîmpului protetic se va efectua retușarea și adaptarea suprafeței ocluzale. În cazurile cînd se constată o evoluție favorabilă urmată de vindecare, se recomandă ca pacientul să fie revăzut după 7 zile de la efectuarea extracțiilor, prezentîndu-se ulterior periodic la examinare. În timpul primelor 2—3 luni de la aplicare proteza imediată poate să-și piardă contactul intim cu țesuturile subiacente din cauza resorbției țesutului osos al cîmpului protetic. Toate aceste deficiențe se pot remedia prin căptușirea sau rebazarea protezei.

*Metoda a II-a.* Caracteristic pentru această metodă este că proteza imediată se confecționează în două etape (I. Oksman, M. Șitova). În prima etapă este confecționată baza viitoare proteze după o amprentă preextracțională. După adaptarea bazei în cavitatea bucală se obține amprenta împreună cu baza confecționată urmată de realizarea și montarea modelelor în ocluzor, apoi este pregătită apofiza alveolară. Conform acestei metode dinții, care urmează să fie extrași, sînt retezați de pe model în așa fel ca bontul secționat să se plaseze deasupra apofizei alveolare cu 1 mm, apoi urmează

etapele de confecționare a protezei. Proteza confecționată după această metodă la fel este cu gingie artificială și este aplicată pe câmpul protetic fără dificultăți, deoarece baza a fost adaptată la câmpul protetic. Prezența spațiului între câmpul protetic și baza protezei din zona dinților extrași prezintă unele avantaje: exclude traumatizarea țesuturilor moi subiacente tumefiate, reduce modificările țesutului osos.

*Metoda a III-a.* Conform acestei metode (O. Kumeiskaia) după retezarea dinților ce vor fi supuși extracției de pe modelul de ghips în zona frontală, apofizei alveolare i se dă o formă ovală, iar în zona dinților laterali — trapezoidală. Stratul de ghips răzuit de pe model este de 2—3 mm. În sectorul frontal la maxilă stratul de ghips se răzuiește de pe suprafața vestibulară, neatingînd pe cea palatinală. La mandibulă acest procedeu se efectuează uniform din ambele părți ale apofizei alveolare. În zona dinților laterali de pe model se răzuiește un strat de ghips la nivelul marginii alveolare, cu rotunjirea lor. Această metodă prevede montarea dinților fără gingie artificială (punctiform). Metodele de pregătire a modelului de ghips descrise mai sus sînt impuse de particularitățile tabloului clinic influențat de gradul de afectare a parodontului. Clinic este constatat că schimbarea formei apofizei alveolare se produce mai repede în primele săptămîni după extracție.

Cînd situația clinică dictează confecționarea protezelor imediate fixe (punți dentare), îndeosebi la extracția a 1—2 dinți frontali, se utilizează metode de pregătire a modelului deja cunoscute. Aplicarea protezelor fixe imediate se bazează pe avantajele lor fizionomice și de fonație și, ca regulă, sînt confecționate din acrilat și, mai rar, mixte. Înainte de extracție se realizează prepararea dinților-stilpi, se amprentează, se determină ocluzia centrică și se confecționează proteza conform proceselor tehnologice, după ce dinții se extrag și proteza se fixează temporar.

Aplicarea protezelor imediate fixe și mobile în tratamentul complex al afecțiunilor parodontului contribuie, în mare măsură, la vindecarea plăgilor postextractionale cu menținerea formei necesare a apofizei alveolare, restabilind integritatea arcadelor dentare, funcțiile fizionomică și masticatoare, evitînd suprasolicitarea și migrările dentare.