

## SINDROMUL DISFUNȚIONAL AL SISTEMULUI STOMATOGNAT

Ansamblul de organe și țesuturi din regiunea maxilofacială pe parcursul dezvoltării în filogeneză și ontogeneză fiind influențate, în primul rând, de factorul funcțional, și-au asigurat o strânsă legătură morfofuncțională, transformându-se într-un sistem unic, numit stomatognat. Prin urmare, pentru sistemul stomatognat ca și pentru orice alt sistem va fi caracteristică legitatea influenței dereglării morfofuncționale a unui organ asupra altor verigi și chiar a întregului sistem. Una dintre cele mai importante verigi, dereglările căreia stau la baza dezvoltării sindromului disfuncțional, este articulația temporomandibulară. În literatura de specialitate disfuncțiile acestei articulații pot fi întâlnite sub diferiți termeni. În raport cu opinia autorului, obiectul de studiu al căruia a fost și această problemă, au fost propuse așa denumiri ca: sindromul Costen, sindromul disfuncțional al articulației temporomandibulare, sindromul disfuncțional al aparatului dentomaxilar, sindromul disfuncțional al complexului ocluzie — mușchi-articulație temporomandibulară, sindrom algodisfuncțional, maladiile articulației temporomandibulare, sindrom disfuncțional al aparatului mobilizator, artroze-artrite ale articulației temporomandibulare, sindromul mioartropatiei dureroase, sindromul disfuncțional ocluzo-articular, sindromul algofuncțional al aparatului masticator, sindromul disfuncțional al sistemului stomatognat.

Această gamă de terminologie ne oglindăște varietatea multiplă a tabloului clinic indicând implicarea în procesul patologic a diferitelor formațiuni ale sistemului stomatognat. Prin urmare, termenul sindrom disfuncțional al sistemului stomatognat este mai exact, deoarece cuprinde toate verigile sistemului ce pot fi implicate în proces.

### 13.1. Etiopatogenia sindromului disfuncțional stomatognat

Datele științifice și observările clinice ne dovedesc că etiopatogenia sindromului disfuncțional stomatognat este multiplă și variată, avînd un mecanism complicat. Pentru prima dată acest sindrom a fost descris de Costen (1934) definind etiopatogenia acestui sindrom ca o traumă a elementelor articulației temporo-

mandibulare provocată de distalizarea condililor articulari ai mandibulei ca urmare a pierderii dinților. Autorul considera că datorită acestui fenomen apar tulburări articulare, dureri, nevralgii, dereglări ale auzului, trismul muscular etc.

Pe parcursul studiului complex Ackermann a constatat că printre cei mai frecvenți și importanți factori ce duc la dezvoltarea sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat sînt edentațiile parțiale, totale și abrazia dentară patologică. Datorită micșorării dimensiunii verticale de ocluzie și a etajului inferior al feței are loc distalizarea condililor articulari ai mandibulei în fosele articulare, provocînd nu numai compresiunea elementelor articulare, dar și distonii musculare care agravează tabloul clinic. Anume îmbinarea acestor două mecanisme stă la baza dezvoltării sindromului disfuncțional.

Conform opiniei a numeroși autori (H. Kalamkarov, Iu. Petrosov, V. Kopeikin, V. Hvatova, I. Postolachi și V. Banuh, M. Cojocaru, Karoly și Peter etc.) în dezvoltarea acestei patologii un aport direct îl are ocluzia traumatică, care poate apărea sub influența factorilor direcți și indirecti. Dintre factorii direcți fac parte diverse patologii dentare cum ar fi migrările dentare în edentațiile parțiale, anomaliiile dentomaxilare, pierderea dinților posteriori și deplasarea posterioară a mandibulei, abraziunea dentară cu dereglarea stopurilor centrice și de ghidaj ș. a. Aceste situații clinice duc la blocajul alunecării lente a arcadei dentare inferioare pe cea superioară provocînd suprasolicatarea funcțională a elementelor articulare și microtraumatizarea lor dezvoltînd tulburări funcționale ale sistemului stomatognat.

Același mecanism de dezvoltare a patologiei o au și acțiunea factorilor indirecti printre care pot fi menționați afecțiunile parodontale și migrările dentare provocate de ele, disfuncțiile musculare de diversă proveniență (hiperfuncție, parafuncție, bruxism, ticuri), obiceiuri vicioase (degluțiția infantilă, scrișnitul dinților, mușcarea buzelor, a limbii etc.), tratamentul incorect în terapia odontală și protetică dentară (obturații și proteze dentare incorecte ce duc la un dezechilibru ocluzal). În acest context vom menționa că această concepție a fost dezvoltată în teoria dentomusculară a disfuncțiilor sistemului stomatognat care prevede că ocluzia traumatică nu influențează direct asupra articulației, dar prin intermediul sistemului muscular. O acțiune indirectă asupra articulației temporomandibulare o are traumatismul, la fel și intervențiile chirurgicale din această zonă efectuate în diferit scop. Alți grupă de factori indirecti o constituie maladiile sistemului nervos și a glandelor endocrine care pot provoca dereglări articulare prin intermediul sistemului muscular.

Dezvoltînd concepția influenței musculare asupra apariției sindromului disfuncțional stomatognat Schwartz în anul 1955 susține că tulburările funcționale ale sistemului muscular pot fi considerate nu secundare, dar primare. Reieșind din existența fiziologică a unui echilibru funcțional dintre toți mușchii sistemului sto-

matognat, autorul argumentează apariția dezechilibrului prin creșterea tonusului unor mușchi provocată de diferiți factori endogeni și exogeni (dereglări ale sistemului nervos, obiceiuri vicioase, obstacole de alunecare dintre arcadele dentare etc.). Această concepție este susținută de Hoffer care socotea că în majoritatea cazurilor tulburările disfuncționale ale articulației temporomandibulare sînt de natură musculară.

La rîndul său dezechilibrul muscular duce la o suprasolicitare și traumatizare a elementelor articulației temporomandibulare dezvoltînd treptat disfuncții articulare. Tot în acest context prezintă un interes practic teoria psihofiziologică elaborată de Laskin în a. 1969, conform căreia geneza disfuncțională a sistemului stomatognat poate fi generată de tensiuni psihoemoționale în sistemul muscular ca urmare a stării psihosomatice generale.

V. Burlui (1988), reieșind din unitatea sistemului stomatognat, subliniază că afectarea unui element poate provoca disfuncția întregului sistem. Prin urmare, conform teoriei homeostatice sindromul disfuncțional al sistemului stomatognat poate fi considerat ca o discordanță a homeostatice manifestată prin dezechilibrul de reglare a acestui complex morfofuncțional. În același timp vom menționa că homeostatica sistemului stomatognat este dirijată de suprasistemul neurohumoral. În așa mod teoria homeostatică nu negă concepțiile etiopatogenice sindromului disfuncțional indicate anterior, dar, dimpotrivă, le unește. Fiind deci o concepție de sintetizare a teoriilor de etiopatogenie a sistemului disfuncțional stomatognat, teoria homeostatică prevede două grupe de factori etiopatogenici: suprasistemici și intrasistemici.

În sfîrșit ținem să menționăm că articulația temporomandibulară poate fi afectată și de diferite maladii specifice, procese inflamatorii, degenerative ș. a., care la fel pot genera sindromul disfuncțional. Cele expuse ne dau dovadă că etiopatogenia sindromului stomatognat este variată și complexă.

### **13.2. Tabloul clinic al sindromului de disfuncție stomatognat**

După cum a fost menționat anterior, sistemul stomatognat are o structură compusă, iar componentele lui se găsesc într-o corelație morfofuncțională reciprocă. Prin urmare, afectarea unui component neapărat provoacă dereglări în alte verigi ale sistemului stomatognat sau chiar a întregului sistem. Deci și tabloul clinic va fi complicat, variind nu numai în dependență de factorul etiopatogenetic, dar și de componentul lezat, de rolul lui în sistem, localizarea, profunzimea și întinderea procesului, de vechime, prezența complicațiilor, vîrstă etc. În raport de acești factori diferă și simptomele clinice care, avînd un caracter individualizat, pot fi depistate numai printr-un examen clinic și paraclinic minuțios.

*Simptomele clinice articulare.* Articulația temporomandibulară ca un component de bază al sistemului stomatognat asigură dinamica mandibulară în realizarea mișcărilor de deschidere, închidere, laterale, anteroposterior și diferite combinații în timpul funcției acceptând în așa mod presiuni de diferit caracter. Modificările de presiune după mărime și direcție provoacă traumatizarea elementelor articulare. Totodată este dovedit că ocluzia dinților laterali este un element de menținere a raportului corect dintre componentele articulare cu rol de protecție. Pierderea dinților laterali, ca și diferite modificări de poziție mandibulocraniană, blocarea alunecării arcadei dentare inferioare pe cea superioară etc., provoacă un simptomocomplex disfuncțional compus.

a) *Durerea articulară.* Acest simptom clinic este foarte frecvent și se caracterizează prin diverse manifestări. După localizare durerea articulară poate fi unilaterală și bilaterală. După caracter și intensitate ea poate fi permanentă, cu repaus, surdă, acută, cu excitații la mișcările mandibulare și cu referință în alte zone. Durerea poate apărea dimineața, când deseori pacienții observă și o limitare a dinamicii mandibulare, în timpul actului de masticatie, după prinz, ca urmare a unei oboseli, la începutul deschiderii cavității bucale, pe parcursul acestei mișcări, la închidere etc. În raport de mecanismul dezvoltării, după Freese și Schemann (cit. după V. Burlui), ea poate fi locală, referită și psihogenă.

La durerea locală procesul patologic este localizat în articulație și poate fi de diferită origine: trauma acută, cronică, procese inflamatorii, degenerative și diverse maladii ale acestui organ (infecții, tumori etc.). Tabloul clinic se va complica în cazul iradierii durerii în alte zone ale regiunii maxilofaciale (ureche, arcul zigomatic, unghiul mandibulei, planșeul bucal etc.).

Pentru durerea articulară referită este specific că procesul patologic nu este localizat în articulație, dar este reflectat din alte zone (urechi, mușchi, glanda parotidă etc.), iar pentru durerea psihogenă este caracteristică absența focarelor concrete și este generată de starea psihică și neurogenă a individului.

b) *Cracmentele și crepetațiile.* Aceste simptome prezintă apariția zgomotului în articulație și sînt diferențiate prin aceea că pentru cracmente este specific apariția unui zgomot unitar și destul de puternic, iar crepetația se caracterizează prin zgomote multiple de diferită intensitate și durată. Ele se vor manifesta printr-o intensitate individualizată, pot fi uniarticulare, biarticulare și vor apărea la inițierea deschiderii gurii, la mijlocul spațiului de deschidere, la sfîrșit sau pe parcursul traiectoriei de închidere în aceleași puncte. Dacă cracmentele mai rar apar pe tot parcursul mișcărilor mandibulare, atunci crepetațiile pot însoți toate mișcările mandibulare. Uneori ele pot fi atât de pronunțate că genează pacientul acționînd nociv asupra sistemului nervos și a întregului organism.

Cercetările efectuate de mulți autori la stabilirea cauzei acestor fenomene au dovedit că ele sînt generate de hiperlaxitatea ligamentelor și a capsulei articulare, de procesele degenerative ale menis-

cului și ale dezechilibrului muscular, în special ale mușchilor pterigoidieni externi care cu fibrele fasciculului superior inseră pe menisc și capsula articulară.

c) *Saltul articular*. Acest simptom apare la deschiderea sau închiderea gurii și este manifestat printr-o mișcare mandibulară atipică, în salt, adică în două trepte și poate fi unilateral sau bilateral. Ca regulă el este însoțit de devierea mandibulei, fapt la care este necesar de atras atenția. În timpul mișcărilor verticale mandibula va descrie diverse traiectorii: în formă de zigzag, sinusoidală, în arc spre stînga sau dreapta, ondulată, fiind în același timp o mișcare de caracter brusc sau lent.

d) *Subluxația condililor articulari*. Este un simptom mai rar manifestat care apare, ca regulă, la mișcările de deschidere a gurii și lateralitate maximală a mandibulei. Subluxațiile condilare pot fi unilaterale și bilaterale, sînt ușor reductibile, însă apariția lor este însoțită de dureri, salturi și cracmente, din care cauză pacienții solicită asistență medicală. Acest fenomen poate fi generat de mai mulți factori însă, în primul rînd, de un spasm muscular al mușchilor pterigoidieni externi, de laxitatea ligamentară și capsulară a articulației. Pe parcurs, dacă nu este utilizat tratamentul necesar, subluxațiile se pot transforma în luxații recidivante. Caracteristic pentru luxațiile recidivante este că mandibula luxată poate fi repusă deseori și de către pacient.

e) *Gradul de deschidere a gurii și blocajul articular*. Deschiderea limitată a gurii deseori apare dimineața și mai rar pe parcursul zilei. Ea apare ca urmare a durerii, proceselor degenerative din articulație sau a spasmului muscular, iar blocajul articular este determinat nu numai de spasmul muscular, dar și de deformarea suprafețelor articulare a condililor articulari, datorită apariției osteofitelor sau chiar fracturarea lor la o mișcare mandibulară intensă. O altă cauză poate fi deformarea esențială a meniscului și subluxația lui împiedicînd dinamica mandibulară.

*Simptome clinice musculare*. Mușchii sistemului stomatognat determină dinamica mandibulară și sînt implicați în sindromul disfuncțional prin referința afecțiunilor altor componente ai sistemului, sau disfuncția lor provoacă dereglări în alte verigi. Prin urmare, tabloul clinic al sindromului disfuncțional va fi determinat și de anumite simptome clinice musculare.

a) *Durerea musculară*. Clinic acest simptom se manifestă printr-o diversă localizare și intensitate, însă uneori pacientul nu poate concretiza locul durerii, deoarece ea deseori capătă un caracter de nevralgii iradiind în diferite zone (temporală, orbită, ureche, frunte, anterior sau posterior de articulație, ceafă, maxilare, limbă). Ea poate fi provocată de orice mișcare mandibulară, însă mai frecvent apare în timpul actului de masticăție. Durerea musculară la fel poate fi evidențiată în timpul palpării mușchilor și numai rareori apare spontan.

b) *Spasmul, hipertonusul și hipertrofia musculară*. Spasmul muscular se caracterizează printr-o contracție musculară bine pronunțată.

tă și însoțită de durere, limitînd dinamica mandibulară. La palpare observăm o consistență avansat crescută a mușchiului în cauză și exacerbarea durerii. Spasmul muscular esențial influențează funcțiile sistemului stomatognat.

Spre deosebire de spasm, hipertonusul muscular se manifestă doar printr-o majorare a tonusului fiind considerat un reflex miotatic ca urmare a acțiunii factorilor endogeni și exogeni. Acest simptom mai rar este însoțit de durere și poate fi evidențiat la palparea simetrică a mușchilor.

Hipertrofia musculară este observată prin inspecția vizuală și depistată prin palpare prezentînd o dezvoltare mai pronunțată a anumitor grupe de mușchi ca urmare a unei hiperfuncții. Hipertrofia musculară poate fi unilaterală și bilaterală.

c) *Oboseala musculară.* Ca simptom disfuncțional este frecvent acuzată de pacienți, fiind determinată de mai mulți factori printre care cel mai important este dezechilibrul funcțional al mușchilor.

d) *Limitarea mișcărilor mandibulare și modificările traiectoriale.* Disfuncțiile musculare (spasmul, hipertonusul muscular) duc la o limitare a mișcărilor mandibulare stereotipice necesare la realizarea funcțiilor de bază (masticăție, fonație) sau a altor mișcări. Datorită dezechilibrului muscular cînd contracția unor mușchi este majorată sau cînd a altor mușchi este limitată, la deschiderea gurii apar devieri mandibulare. Clinic direcția și gradul de deviere a mandibulei va fi apreciat prin gradul de abatere a unui punct notat la nivelul unghiurilor mediane ale incisivilor centrali inferiori de la linia mediană a feței. Luînd în considerație că modificările traiectoriilor dinamicii mandibulare pot fi determinate și de starea articulației temporomandibulare, este necesar de a aprecia cauza și gradul mișcării mandibulare incorecte care pot fi condiționate de disfuncția musculară sau articulația temporomandibulară.

*Simptome clinice odontoparodontale.* Tabloul clinic al sindromului disfuncțional stomatognat poate fi manifestat și prin simptome odontoparodontale determinate, în fond, de trauma ocluzală. La rîndul său trauma ocluzală deseori este influențată de disfuncțiile articulare și musculare. În așa mod apare suprasolicitarea funcțională care treptat generează următoarele simptome:

a) durerea dentară, cînd practic alte cauze ce o pot provoca, nu pot fi depistate (în raport de trauma ocluzală ea poate avea diferită localizare și intensitate, uneori cu iradieri);

b) abraziunea dentară provocată de o hiperfuncție musculară sau dezechilibru funcțional muscular, bruxizm, scrișnetul dentar;

c) durerea parodontală generată, ca și durerea dentară, de o suprasolicitare funcțională ocluzală care depășește rezistența substratului de substituție; ea la fel poate fi localizată în diferite zone avînd o intensitate variabilă;

d) inflamația parodontală, care apare ca o complicație a traumei ocluzale secundare, accelerînd procesele degenerative în parodont și creînd condiții favorabile de dezvoltare a proceselor inflamatorii;

e) recesiunea parodontală prezentată prin îngroșarea festonului gingival la nivelul dinților implicați în ocluzia traumatică;

j) mobilitatea patologică a dinților și migrările dentare, care apar datorită proceselor de resorbție a substratului osos din zona alveolară, lărgirii spațiului periodontal și a altor procese degenerative provocate de forțele ocluzale majorate nu numai după mărime, dar și modificate ca direcție. Mobilitatea dinților și migrările dentare influențează apariția simptomului de dezechilibru secundar a arcadei dentare, spre deosebire de cel primar (anomaliile dentomaxilare) care tot poate provoca dereglări funcționale;

i) tulburări de ocluzie statică și dinamică condiționate de migrări dentare, abraziunea cuspizilor de sprijin, pierderea stopurilor ocluzale, apariția contactelor ocluzale premature, blocarea alunecării line a arcadei dentare inferioare pe cea superioară.

*Simptome de dereglări mandibulocraniene.* Devierile de relații mandibulo-craniene prezintă repere importante în diagnosticul sindromului disfuncțional stomatognat. Ele sînt condiționate de dinamica mandibulară influențată la rîndul său de articulația temporo-mandibulară, sistemul muscular și raporturile de ocluzie. Prin urmare, modificările de relații mandibulocraniene vor fi variate în raport de gradul de disfuncție al acestor componente, căpătînd un caracter anormal. Relațiile mandibulocraniene anormale au fost sistematizate de mai mulți autori (Morris și Shore, Barrelle, Burlui).

Clasificarea malrelațiilor mandibulocraniene după Morris și Shore (expusă după V. Burlui, 1988):

Clasa I. Relații mandibulocraniene protruzive;

Clasa a II-a. Relații mandibulocraniene retruzive;

Clasa a III-a. Relații manifestate prin creșterea dimensiunii verticale.

Clasa a IV-a. Relații mandibulocraniene caracteristice pentru ocluzia încrucișată.

Clasa a V-a. Relații manifestate prin reducerea dimensiunii verticale.

Barrelle, reîșind din tabloul clinic, a depistat următoarele varietăți de relații mandibulocraniene:

Clasa I. Relații mandibulocraniene anterioare sau anterolaterale (stînga sau dreapta);

Clasa a II-a. Relații mandibulocraniene posterioare sau posteriolaterale (stînga sau dreapta);

Clasa a III-a. Relații mandibulocraniene manifestate prin creșterea spațiului interocluzal;

Clasa a IV-a. Relații mandibulocraniene manifestate prin micșorarea spațiului interocluzal.

Ținem să menționăm că aceste clasificări nu încadrează întreaga varietate a malrelațiilor mandibulocraniene, ce deseori pune medicul în condiții dificile. Reieșind din cele expuse, V. Burlui a elaborat o clasificare mult mai completă.

Clasificarea malrelațiilor mandibulocraniene după V. Burlui (1988):

Clasa I. Malrelații mandibulocraniene extraposturale:

A. Prin rotație: 1) în plan sagital (prin ridicarea sau coborârea mandibulei);

2) în plan orizontal (prin deviere dreaptă sau stângă).

B. Prin translație (anterioară sau posterioară).

C. Mixte.

Clasa a II-a. Malrelații mandibulocraniene excentrice:

A. Prin rotație: 1) în plan sagital (prin ridicarea sau coborârea mandibulei);

2) în plan orizontal (prin devierea dreaptă sau stângă).

B. Prin translație (anterioară sau posterioară);

C. Prin basculare (anteroposterioară, transversală, oblică).

D. Mixte.

Clasa a III-a. Malrelații mandibulocraniene complexe (extrapostural-excentrice).

Depistarea malrelațiilor mandibulocraniene are un rol important la diagnosticul diferențiat al sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat și necesită un examen clinic și paraclinic minuțios. Ele pot fi evidențiate corect numai la aplicarea testelor speciale și analizei particularităților dinamicii mandibulare, ocluzale, articulației temporomandibulare și sistemului muscular.

Printre alte simptome caracteristice pentru tabloul clinic al sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat vom menționa prezența dereglării principalelor funcții: masticția, deglutiția, fonetica. Gradul de manifestare al acestor funcții se va găsi în raport proporțional de caracterul lezării sistemului stomatognat.

Se va atrage atenția și la manifestările parafuncționale, care complică tabloul clinic: bruxismul, obiceiuri vicioase (mușcarea buzelor, limbii, obrazilor, scrișnetul dinților, ticuri), parafuncții musculare de origine endogenică (boli psihico-neurologice) sau provocate de dezechilibrul ocluzal.

Luând în considerație strânsa legătură dintre componentele sistemului stomatognat, este necesar de a depista și dereglările funcției glandelor salivare (hipersalivație, hiposalivație), a limbii (glosalgii, dereglări gustative), apariția unor simptome otice (otalgii, dereglările auditive ș. a.) și rinofaringiene (dureri, hipersenzația ș. a.).

Tabloul clinic variază și leziunile frecvente ale articulației temporomandibulare cu implicarea în proces a mușchilor mobilizatori ai mandibulei au fost puse la baza sistematizării formelor clinice de manifestare a sindromului disfuncțional stomatognat.

V. Hvatova (1982) în acest sens a propus următoarea clasificare de forme clinice.

1. Artrite (acute, cronice).

2. Artroze: sclerotizate, cu deformații a componentelor osoase articulare (cronice, exacerbate).



3. Disfuncții articulomusculare.

4. Anchiloze, tumori.

Simptomele neurologice ce deseori însoțesc formele clinice indicate, ca și subluxațiile condililor articulari și ale meniscului articular V. Hvatova le consideră ca complicații ale tabloului clinic.

H. Kalamkarov, Iu. Petrosov (1982), reieșind din mecanismul patogenetic și simptomele clinice ale patologiei, au sistematizat toate dereglările funcționale și lezările articulației temporomandibulare în 5 grupe:

1. Sindromul disfuncțional: a) sindromul neuromuscular; b) sindromul ocluzio-articular; c) subluxațiile obișnuite (mandibulare, ale meniscului).

2. Artrite: a) acute infecțioase (specifice, nespecifice) și alergice; b) acute traumatiche; c) cronice de sistem (reumatice, reumatoide) și infecțio-alergice.

3. Artrozele: a) postinfecțioase (neoartrite); b) posttraumatice (cu deformații ale substraturilor osoase, osteoartroze); c) osteoartrozele miogenice; d) artroze metabolice; e) anchiloze (de fibroză, osteoanchiloze).

4. Forme mixte.

5. Afecțiuni tumorale (benigne, maligne) și displaziile.

Această clasificare, în comparație cu altele, oglindește mai amplu disfuncțiile articulare provocate de spasmul muscular, discordanța de coordonare a dinamicii mandibulare, hiperlaxitatea ligamentară, dereglările ocluzale, relațiile mandibulo-craniene ș. a. Pentru depistarea acestor forme clinice, de care vor depinde și metodele de tratament propuse este necesar un examen multilateral al pacientului.

### 13.3 Examenul clinic, paraclinic și diagnosticul sindromului disfuncțional al sistemului stomatognat

În practica de asistență stomatologică examenul pacientului constituie cel mai important compartiment, deoarece stă la baza determinării unui diagnostic corect și deci și a realizării unui tratament rațional. Particularitățile examenului clinic și paraclinic al pacienților cu afecțiuni disfuncționale ale sistemului stomatognat reies din tabloul clinic. Aici vom menționa că un examen corect și complet cere aplicarea consecutivă a metodelor tradiționale clinice și executarea celor paraclinice reieșind din specificul manifestărilor morfofuncționale. O deosebită atenție se va atrage examenului articulației temporomandibulare, mușchilor, ocluziei și dinamicii mandibulare, depistând malrelațiile mandibulo-craniene. Metodele de examinare se vor executa conform principiilor descrise în capitolul 2.

Analiza rezultatelor unui examen complet ne va argumenta aprecierea și formularea diagnosticului care în cadrul sindromului dis-

funcțional al sistemului stomatognat deseori este dificilă ca urmare a tabloului clinic complicat. Prin urmare, este necesar un diagnostic diferențiat, sintetizat prin analiza simptomelor diagnostice care ne vor da posibilitate să determinăm consecutiv localizarea procesului patologic, factorul etiologic, manifestările morfologice și funcționale și forma clinică a afecțiunii.

#### 13.4. Tratamentul afecțiunilor disfuncționale ale sistemului stomatognat

Terapia afecțiunilor disfuncționale ale sistemului stomatognat va purta un caracter etiopatogenetic și complex în raport de diagnosticul stabilit și componentele sistemului implicate în proces, incluzând măsuri generale și locale. În caz de dezechilibru psihic sau leziuni ale sistemului nervos acest tratament specializat va fi efectuat de specialiștii respectivi.

Scopul tratamentului ortopedo-protetic este orientat spre lichidarea factorului etiologic, reechilibrarea ocluzoarticulară, musculară și re poziționarea mandibulocraniană. Deseori sînt aplicate și metodele fizioterapeutice, medicamentoase și nemedicamentoase, protetice, iar în unele cazuri și chirurgicale. Luînd în considerație tabloul clinic complicat, în fiecare caz particular medicul trebuie să-și întocmească schema intervențiilor care deseori prevede mai multe etape, despre ce trebuie să fie informat și pacientul. De menționat că metode universale de tratament ca și o schemă unică nu există și în fiecare caz particular ele vor fi individualizate. În același timp observațiile clinice (I. Postolachi, V. Banuh, M. Cojocaru), cît și datele altor autori (V. Burlui, M. Gross) ne dovedesc că terapia afecțiunilor disfuncționale ale sistemului stomatognat totdeauna trebuie începută cu lichidarea durerilor și reechilibrarea psihică a pacientului. Aceasta este necesar, deoarece pacienții deseori sînt alarmați de senzațiile ce survin din această zonă, fapt ce duce deseori la dezechilibrul psihic. Din aceste considerente medicul trebuie să manifeste față de pacient o atenție deosebită creînd o situație favorabilă pentru tratament.

*Măsurile de reechilibrare psihică.* Determinînd starea emoțională a pacientului, se vor aprecia căile de reechilibrare psihică — psihoterapie sau psihoterapie și terapie medicamentoasă. Analizînd atent datele anamnestice, trebuie depistat factorul iritant, recomandînd cele mai raționale metode de tratament, apelînd uneori și la asistența medicului psihiatru. Dacă dezechilibrul psihic este avansat, tratamentul se completează cu prescripția preparatelor sedative, a tranchilizantelor de tipul barbituricelor, meprobamatului ș. a. Așa preparate tranchilizante ca fenozepam, elenium, seduxen, izoprotan au o acțiune nu numai calmantă, dar și miorelaxantă. Fenozepamul, de exemplu, se prescrie cîte 1 tabl. cu 1 oră înainte de somn pe parcursul a 2—3 săptămîni; meprobamatul se prescrie cîte 1 tabl. de 3 ori pe zi.

*Lichidarea durerii.* Măsurile de lichidare a durerii sînt întreprinse o dată cu măsurile de reechilibrare psihică și au o importanță deosebită la etapa incipientă de tratament. Durerea denotă prezența unor modificări esențiale în articulație sau mușchi, parodont, dinte, ocluzie și ca regulă necesită un tratament simptomatic, însă trebuie luată în considerație și influența proceselor inflamatorii care deseori și generează durerea. În acest scop pe parcursul primelor 2—3 săptămîni sînt prescriși analgetici de tipul: amidopirină, reopirină, brufen, butadion, acid acetilsalicilic, indometacină, ș. a. Prescrierea preparatelor analgetice depinde de natura și localizarea durerilor. În caz de mialgii, artralgiei sau nevralgiei mai efektiv este brufenul care se recomandă cîte 0,2 gr. de 4—6 ori în zi, indometacinul cîte 1 capsulă de 2—3 ori pe zi. Amidopirina și acidul acetilsalicilic se prescrie cîte 0,25 gr. de 3 ori pe zi, iar butadionul cîte 0,15 gr de 2—4 ori pe zi.

În raport de tabloul clinic deseori este necesară o îmbinare a preparatelor analgetice și miorelaxante, în caz de nereușită se recomandă administrarea preparatelor de tipul aminazinei, haloperidolului, metherazinei, droperidolului, aethaperazinei, tiserchinului etc. preparate care blochează formația reticulară și alte segmente ale encefalului, lichidează încordarea musculară și majorează potenția analgetică a preparatelor respective. Aminazina se prescrie cîte 0,025 gr. (1 tabl. de 1—3 ori pe zi), majorînd doza, în caz de necesitate pînă la 0,03—0,6 gr.

În caz de dureri acute unii autori recomandă administrarea anesteticilor prin injectare, mai ales dacă au avut loc traume acute articulare (Sol. novocaini 2,0%), deseori în combinație cu antibiotice (penicilină) și hidrocortizonă sau lidază. Lidaza poate fi administrată și prin metoda electroforezei. Acest tratament poate fi îmbinat cu administrarea compreselor cu ronidază (15 seansuri). Prezența durerilor de tipul nevralgiilor este o indicație la aplicarea blocadei *n. trigeminus*. În ultimul timp cu succes în acest scop este utilizată acupunctura (electroacupunctura, tapotajul, prespunctura).

*Tratamentul fizioterapeutic.* Procedurile fizioterapeutice sînt auxiliare și efective la lichidarea durerilor și a proceselor inflamatorii, mai ales în afecțiunile articulației temporomandibulare. Aceste proceduri sînt indicate în raport de caracterul procesului patologic. În caz de artrite acute cu succes sînt utilizate electroforeza, curenții de frecvență joasă, medie și înaltă, curentul continuu (galvanic). Pentru electroforeză sînt utilizate preparatele analgetice (Sol. novocaini 2,0% etc.). Curenții de frecvență joasă (0—1000 Hz) sau diadinamici au un efect analgetic și sînt indicați la prezența durerii, la fel și pentru o stimulare a proceselor trofice. În acest scop este utilizat aparatul SNIM-1. Pentru un ciclu de tratament sînt prescrise 5—6 proceduri, zilnic. În același scop sînt utilizați curenții de frecvență medie (1000—300 000 Hz), doza terapeutică fiind de 100 Hz, timp de 5—10 min. Curenții de înaltă frecvență (peste

300 000 Hz) sau oscilații electromagnetice au o acțiune manifestată prin căldura reflectată asupra țesuturilor profunde. În acest scop este utilizat aparatul «Luci-2» cu o capacitate de 2—4V. Ultrasunetele, fiind de aceeași natură (curenți de înaltă frecvență, de peste 20 000 Hz) reprezintă o formă de mecanoterapie realizată de un masaj vibrator. Un ciclu de tratament prevede 10—12 ședințe a câte 5 minute cu o tensiune de 0,5 W/cm<sup>2</sup>.

Curentul continuu (galvanic) este utilizat pentru galvanizarea cu substanțe anestetice de tipul novocainei, xilocainei etc. Durata procedurii este de 15 min, iar numărul total de ședințe — 10—12.

La tratamentul artritelor traumatice este recomandată fototerapia prin raze ultraviolete. În acest scop sînt utilizate aparatele UVC-4, UVC-30, UVC-66. Asemenea proceduri fizioterapeutice se aplică timp de 10 min., pe parcursul a 5—10 ședințe. Fototerapia mai poate fi utilizată și prin aplicarea razelor infraroșii, folosind lămpi cu incandescență, tuburi cu neon sau radiatoare cu fir electric.

Cu succes este utilizat tratamentul fizioterapeutic al disfuncțiilor articulare care include hidrottermoterapia, aplicîndu-se comprese cu apă simplă de diferite temperaturi, apă minerală (balneoterapia); fangoterapia (tratament cu nămol) sau aplicații de parafină. De regulă, în scop curativ temperatura acestor substanțe este de circa 52—55°C. Nămolul sau parafina sînt aplicate în zona articulației temporomandibulare sau a mușchilor maseterici cu un strat de 2—2,5 cm, pe un timp de 40—50 minute.

*Masajul și gimnastica.* Fiind proceduri fizioterapeutice, masajul și gimnastica suprimă contracția (hipertonusul) musculară, intensifică metabolismul tisular și normalizează funcția articulo-musculară.

Masajul se efectuează fără aplicarea forței prin netezire, fricție și vibrație ușoară. În raport de tabloul clinic se efectuează masajul mușchilor temporali, maseterici, milohioidieni interni și a coborîtorilor mandibulei. Aceste proceduri sînt recomandate înainte de gimnastică și după fizioterapie. Durata masajului într-un loc nu trebuie să depășească 3—5 min. fiind efectuat zilnic pe parcursul a 10—20 ședințe.

Gimnastica mușchilor mobilizatori (miogimnastica sau chinoterapia) este orientată spre normalizarea dinamicii mandibulare și antrenamentul anumitor grupe de mușchi. Alegerea complexului de exerciții reiese din topografia grupelor de mușchi care trebuie să fie antrenați pentru normalizarea funcțiilor mandibulo-musculare. Exercițiile pot fi executate prin mișcări simple mandibulare și prin aplicarea unui obstacol în calea mișcării (mîna medicului, a pacientului). În acest scop au fost elaborate și diferite aparate. De menționat că exercițiile se vor efectua fără a depune forță majoră, iar amplituda mișcărilor trebuie să fie optimală. În timpul exercițiilor ne vom conduce de anumite repere dentare (linia interincisivală ș. a.) necesare de a orienta pacientul la realizarea mișcărilor mandibulare corecte.

*Măsurile de reechilibrare a ocluziei.* Tulburările de ocluzie influențează considerabil dezvoltarea sindromului disfuncțional stomatognat. Prin urmare, reechilibrarea ocluzală constituie un principiu cardinal de normalizare a funcției articulomandibulo-musculare. Reechilibrarea ocluzală ne va da un efect curativ pozitiv numai în cazurile când discordanța ocluzală a fost factorul principal ce a declanșat dezvoltarea sindromului disfuncțional.

Reechilibrarea ocluziei prevede crearea unui relief ocluzal armonios lichidând nu numai suprasolicitarea funcțională a anumitor grupe de dinți (ocluzia traumatică), dar și asigurarea unei alunecări line a arcadei dentare inferioare pe cea superioară, repartizarea uniformă a presiunilor masticatoare, refacerea morfologică a arcadei dentare, distribuirea uniformă a punctelor de contact în relațiile de ocluzie statică și dinamică prin realizarea intercuspidală maximă în relațiile intermaxilare centrice. Realizarea acestor sarcini se va efectua prin diferite metode, în raport de tabloul clinic: șlefuirea selectivă a dinților, nivelarea planului de ocluzie (rezeccții coronare, înfundarea dinților deplasați în plan vertical și alte redresări ortodontice, extracții), tratament protetic, re poziționarea mandibulei.

*Aparatele cu caracter curativo-diagnostic.* Din această categorie de aparate fac parte diferite dispozitive sau inhibitori ai ocluziei cu relief ocluzal artificial (gutiere, dispozitive cu plan înclinat sau ocluzal, proteze dentare mobilizabile cu pinteni ocluzali etc.). Scopul utilizării acestor aparate este crearea unui contact interdental maximal, mărirea dimensiunii verticale de ocluzie, dirijarea dinamicii mandibulare, lichidarea parafuncțiilor, suprimarea obiceiurilor vicioase și repartizarea uniformă a presiunilor ocluzale. Importanța lor diagnostică constă în stabilirea dependenței dintre tulburările ocluzale și disfuncția articulației temporomandibulare. Dacă această legătură există, după utilizarea aparatelor se micșorează intensitatea durerilor, dispare hipertonusul și oboseala musculară, treptat se normalizează dinamica mandibulară. Construcția aparatului este determinată de particularitățile tabloului clinic, fiind un dispozitiv individualizat. Termenii de aplicare la fel vor fi diferiți, de la 3 la 4 luni. Pe parcursul acestei perioade are loc suspendarea reflexelor patologice de poziționare mandibulo-craniană incorectă, normalizând rapoartele dintre componentele articulației temporomandibulare.

*Tratamentul protetic.* Scopul tratamentului protetic este refacerea morfofuncțională a dinților și arcadei dentare printr-o reabilitare de reechilibrare ocluzală corectă. Planul tratamentului protetic, alegerea și realizarea lucrărilor protetice reies din tabloul clinic individual și scopul urmărit. În acest caz trebuie de ținut cont de dimensiunile verticale de ocluzie ce au fost determinate pe parcursul aplicării aparatelor cu caracter curativo-diagnostic, de raporturile dintre arcadele dentare și particularitățile individuale ale reliefului ocluzal. Reieșind din aceste considerente, se va atrage o deosebită atenție la realizarea reliefului ocluzal artificial conform

principiilor de intercuspidare maximală a arcadelor dentare în ocluzie centrică. Dacă vom neglija acest principiu, realizarea tratamentului protetic nu-și va atinge scopul în ce privește reabilitarea ocluzală și pe parcurs se va dezvolta un dezechilibru, manifestările cărui se vor deosebi de manifestările dezechilibrului supus tratamentului. În acest scop au fost elaborate mai multe metode de reabilitare ocluzală prin utilizarea protezelor dentare fixe și a celor mobilizabile.

*Metoda adiției de ceară după P. Thomes.* Această metodă de refacere artificială a reliefului ocluzal al protezelor dentare fixe este una din cele mai complexe metode, deoarece reclamă aplicarea unor aparate speciale (un arc facial de transfer, articulador individual adaptabil și pantomograful) și deci necesită executarea unor operațiuni complexe pentru obținerea reperelor principale necesare la modelarea reliefului ocluzal. Totodată metoda indicată permite realizarea unui relief ocluzal artificial corespunzător relației centrice intercuspidiene individuale. În laborator după ghipsarea modelelor în articuladorul individual adaptabil tehnica adiției cerii la dinții preparați constă în modelarea reliefului ocluzal ce se efectuează prin sculptură, adică ceara se depune consecutiv: inițial pe vîrfurile cuspizilor dinților preparați, apoi pe suprafața ocluzală, întâi la maxilă, apoi la mandibulă. După ce ceara aderează, se modelează crestele marginale ale cuspizilor, apoi crestele triunghiulare și oblice. În locul unirii creștelor triunghiulare și oblice se modelează șanțurile principale și secundare intercuspidiene. Pentru evidențierea calității executării procesului de modelare, care se efectuează în articuladorul individual adaptabil, autorul recomandă utilizarea cerii de diferite culori pentru fiecare etapă consecutivă.

*Metoda modelării după Dawson.* A fost propusă în același scop, însă autorul reiese din principiul realizării ghidajului anterior al ocluziei ca factor de bază al creării unei ocluzii optime. Conform acestui criteriu modelarea începe totdeauna cu grupul dinților preparați din zona frontală. Pentru refacerea morfofuncțională a reliefului ocluzal artificial autorul se conduce de principiul modelării prin metoda «din doi în doi». Conform acestei metode în prima ședință dinții sînt preparați în așa mod că unul se prepară, iar al dilea nu. În timpul modelării tehnicianul dentar se conduce de particularitățile ghidajului dinților nepreparați, creînd curba ocluzală transversală după acest reper. În a doua ședință se supun preparării ceilalți dinți, se efectuează din nou o amprentare totală, iar după realizarea modelului, machetele din ceară, modelate anterior, se transferă pe modelul secundar și sînt servite ca reper pentru modelarea corectă a dinților preparați în a doua ședință. Autorul consideră că refacerea suprafețelor ocluzale artificiale după așa metodă asigură o reabilitare a ocluziei cu ghidaj anterior conform poziționării mandibulei în relație centrică individuală, necesară la reechilibrarea ocluzală.

*Metoda modelării după F.G.P. (Funcțional Generation Path).* Fiind numită metoda «căii generate funcțional», are la bază princi-

piul modelării funcționale a reliefului ocluzal, care inițial este realizată la maxilă, apoi la mandibulă. În acest scop modelele confecționate înainte de prepararea dinților sînt montate în simulator (articulator) individual adaptabil în care sînt aplicate teste de mișcare a unui model față de altul. Metoda respectivă necesită ca modelele fixate în articulator să fie detașabile.

Ulterior în prima sau a doua ședință pe toată suprafața ocluzală a arcadei dentare, peste bonturile dinților preparați și nepreparați este aplicată o placă de ceară roz care, fiind ramolită, este așezată și pe suprafețele vestibuloorale ale dinților ce ne va servi ca suport pentru modelarea funcțională. Acest substrat de suport poate fi confecționat și din acrilat autopolimerizabil. În continuare în zona ocluzală a bonturilor preparate se va aplica ceară pentru modelare și pacientului i se recomandă să efectueze diferite mișcări funcționale (propulsie, retruzie, lateralitate) modelînd astfel prin intermediul funcției relieful ocluzal. În așa mod cuspizii dinților antagoniști vor lăsa imprimările de valoare în ceara aplicată pe arcada dentară inferioară. După aceasta imprimările funcționale se vor izola cu ulei de vaselină și pe întreaga arcadă dentară se va aplica un strat de ghips cuprinzînd numai suprafețele vestibulo-orale, căpătînd astfel amprenta suprafețelor ocluzale modelate. În laborator după confecționarea modelelor se va continua modelarea soclului în așa mod ca el să fie instalat în locul modelului detașabil primar pe rama inferioară a articulatorului. Modelarea se va termina conducîndu-ne de principiile morfologice de structură a dinților și imprimările funcționale indicate de dinții antagoniști.

*Metoda morfostatică.* Este cea mai simplă și frecvent utilizată în practică metodă, avînd la bază refacerea suprafeței ocluzale a arcadelor dentare după reperele înregistrării relațiilor de ocluzie centrică. Modelarea suprafeței ocluzale artificiale a protezelor se efectuează în raport cu dinții antagoniști ținînd cont numai de mișcările verticale realizate de ocluzor.