

TRATAMENTUL PROTETIC POSTTRAUMATIC AL SISTEMULUI STOMATOGNAT

14.1. Etiologia și tabloul clinic ale leziunilor substratului osos și țesuturilor moi ale sistemului stomatognat

Etiologia leziunilor substratului osos și țesuturilor moi ale sistemului stomatognat este multiplă în raport de acțiunea factorilor externi, traumatogeni sau îmbinarea lor. Ele mai frecvent apar datorită aplicării unei forțe, care poate apărea ca rezultat al unei lovituri, a combustiiilor, degerăturilor sau a acțiunii armei de foc. Această forță poate apare și din partea mușchilor, ca urmare a slăbirii rezistenței substratului osos din cauza unui proces patologic (osteomielită, actinomicoză, tumori). Diverse leziuni apar și ca urmare a intervențiilor chirurgicale în caz de extirpare a tumorilor benigne și maligne, a proceselor inflamatorii, după traume etc.

Tabloul clinic în fiecare caz va fi variat și va depinde de mai mulți factori: etiologia leziunii, zona lezată (maxila, mandibula, ambele maxilare), de caracterul lezării (cu traumarea țesuturilor moi, osos sau mixte), de prezența și starea dinților pe arcadele dentare, de tipul de ocluzie, vîrstă ș. a. Simptomele leziunilor traumatogenice ale maxilarelor condițional pot fi împărțite în două grupe: 1) simptome care indică condiții favorabile de tratament și 2) simptome nefavorabile. Simptomele favorabile: prezența dinților pe toate fragmentele maxilarului traumatat, care au o înălțime a coroanelor satisfăcătoare, un parodont sănătos, normal funcționează articulația temporomandibulară, lipsesc cicatrice. Simptome nefavorabile: absența dinților pe unul sau două fragmente, prezența dinților cu parodontul lezat, prezența microstomiei, a cicatricelor, lezarea articulației temporomandibulare și alți factori nefavorabili. În așa cazuri e necesar un tratament complex, în primul rînd, însoțit de intervenții chirurgicale. O importanță deosebită o au de asemenea simptomele, care ne dau posibilitatea să determinăm tipul de ocluzie. Despre particularitățile tipului de ocluzie judecăm după caracterul fațetelor dinților restanți, fiind în dependență de caracterul rapoartelor intermaxilare.

În caz de leziuni ca urmări ale intervențiilor chirurgicale tabloul clinic va depinde de localizarea procesului patologic, zonă, țesut și întinderea lezării, prezența și starea dinților. Tabloul clinic se completează și de starea altor organe ale sistemului stomatognat (buzele, nasul etc.), care pot fi lezate, provocînd dereglări funcționale considerabile (respirația, masticăția, deglutiția, fonația, fiziionomia)

14.2. Tratamentul protetic după consolidarea incorectă a fracturilor maxilarelor

În caz de fracturi ale maxilarelor, cînd asistența medicală specializată n-a fost acordată la timp, incorect sau cînd dispozitivul de imobilizare nu fixează suficient fragmentele osoase, ele pot să concrească incorect. Uneori aceste cauze pot duce la formarea unor cicatrice grosolane, care limitează mișcările mandibulare, ale buzelor sau ale limbii. Rareori poate apărea chiar și microstomia sau contracturi mandibulare. Toate acestea provoacă dereglări fizionomice și de ocluzie ce se manifestă prin diverse disfuncții ale sistemului stomatognat. În așa cazuri metodele de tratament pot fi chirurgicale, protetice sau mixte. Caracterul terapiei va fi individualizat și va depinde de tabloul clinic, de gradul tulburărilor morfologice, funcționale și fizionomice. În cazurile cînd consolidarea incorectă a fragmentelor mandibulare a dus la apariția unei inocluzii pe hemiarcadă sau pe un sector din ea, de circa 0,5—1,5 mm în plan vertical, și dacă cealaltă arcadă dentară este integră, pentru crearea unui contract maxim interdentar se va efectua șlefuirea selectivă a dinților restanți pînă la un contact maximal interdentar. La prezența unei inocluzii mai mari, restabilirea contactului interdentar din această zonă se va face în raport de tabloul clinic prin confecționarea protezelor dentare fixe sau mobilizabile (coroane de înveliș, punți dentare, proteze mobilizabile parțiale cu placă acrilică sau scheletate). Dacă consolidarea incorectă a fragmentelor a dus la o inocluzie considerabilă nu numai în plan vertical, dar și în plan transversal, restabilirea rapoartelor interdentare poate fi realizată prin intermediul dispozitivelor sau a protezelor mobilizabile (gutieri dentare, dentogingivale, proteze mobilizabile parțiale cu placă în care dinții artificiali se modelează sau se montează în raport cu antagoniștii). Cînd tabloul clinic nu ne dă posibilitate să creăm un așa raport, sînt indicate dispozitive sau proteze mobilizabile parțiale cu două rînduri de dinți (fig. 191). Asemenea dispozitive condițional au fost numite aparate-proteze cu două rînduri de dinți, deși ele au numai o singură arcadă dentară artificială sau hemiarcadă care restabilește raportul cu dinții antagoniști. Al doilea rînd de dinți îl prezintă arcada dentară naturală, la care suprafețele ocluzale ale dinților sînt libere.

Prin urmare, confecționarea acestor tipuri de proteze impune respectarea aceluiași etape clinico-tehnice ca și la confecționarea protezelor parțiale mobilizabile acrilice. După amprentarea ambelor maxilare și realizarea modelelor, se determină ocluzia centrică, modelele sînt fixate în ocluzor și se efectuează montarea dinților artificiali. Pe hemiarcada unde dinții nu au contact cu antagoniștii, cei artificiali sînt montați în



Fig. 191. Proteză mobilă cu două rînduri de dinți

poziție de contact, realizînd în așa mod al doilea rînd de dinți. Pentru prevenirea lezării dinților restanți pacientului i se recomandă respectarea ideală a igienei cavității bucale sau acești dinți se acoperă cu coroane de înveliș.

14.3. Tratamentul protetic în prezența pseudoarticulațiilor mandibulare

Pseudoarticulația apare ca urmare a in consolidării fragmentelor mandibulare după fracturi din mai multe cauze, fie locale sau generale. Din cauzele locale fac parte: imobilizarea insuficientă, tardivă sau incorectă a fragmentelor, re poziționarea lor incorectă, prezența lezărilor profunde ale țesutului osos, alegerea incorectă a aparatului de șinare, detașarea înainte de timp a șinei. Din factorii generali fac parte infecțiile specifice, distrofiile, avitaminozele, maladiile glandelor endocrine, dereglări ale sistemului nervos, cardiovascular etc.

Tratamentul protetic în caz de o pseudoarticulație mandibulară va depinde de prezența sau lipsa dinților și starea lor pe ambele fragmente, gradul lor de mobilitate și de starea generală a pacientului. Lichidarea mobilității în pseudoarticulație poate fi realizată prin utilizarea protezelor dentare fixe numai în caz de o mobilitate mică și prezența dinților cu parodontul sănătos pe ambele fragmente. În toate celelalte cazuri e necesară intervenția chirurgicală. Cînd intervenția chirurgicală este contraindicată sau cere o amînare și se impune un tratament protetic, atunci protezele dentare nu trebuie să împiedice mișcările în pseudoarticulație. Dacă mobilitatea este neînsemnată și sînt prezenți dinți cu parodontul sănătos din ambele părți ale pseudoarticulației, pot fi confecționate punți dentare cu numărul dinților de agregare mărit, care vor contribui la lichidarea mobilității în această zonă. În caz de neglijare a acestui principiu numărul mic al dinților de sprijin va fi supus supra-solicitării și pe parcurs vor deveni mobili. În celelalte cazuri, dacă este necesar un tratament protetic, se confecționează proteze cu bălămăli sau alte dispozitive ce nu vor împiedica mișcările în pseudoarticulație. În dependență de numărul de dinți prezenți și de mărimea breșei osoase, protezele pot fi uni- sau biarticulare. Dacă lipsa țesutului osos este de pînă la 1,5 cm și sînt prezenți dinți, protezele pot fi confecționate uniarticulare. În asemenea cazuri șarnierul articulează numai de o parte a pseudoarticulației fiind fixat imobil în celălalt segment al protezei. La acest tip de proteze ca regulă este articulat segmentul mic al protezei. În toate celelalte cazuri protezele se confecționează biarticulare (din ambele părți ale pseudoarticulației dispozitivul este mobil) și cu cît e mai mare breșa, cu atît e mai mare brațul tijei articulare din proteză. În zona frontală șarnierele se fixează oral, în vederea respectării principiului fizionomic, iar în zona dinților laterali — din ambele părți ale hemiarcadei (fig. 192).

14.4. Tratamentul protetic în caz de microstomie

Această complicație survine ca o urmare a leziunilor din zona orificiului bucal (răniri, combustii, traume etc.) sau a intervențiilor chirurgicale. Clinic microstomia se manifestă prin îngustarea orificiului bucal cu un grad divers de manifestare, ceea ce duce la mari dificultăți în planul amprentării și construirii protezelor dentare. Tabloul clinic depinde de factorii etiologici. Dereglările de funcție se manifestă prin tulburări ale actului de alimentație, fonatie, de fizionomie.

Tratamentul microstomiei, ca regulă, se efectuează chirurgical, deoarece în caz de o microstomie pronunțată, mecanoterapia este insuficientă. Dacă așa pacienți necesită și un tratament protetic, atunci protezele fixe (coroane, punți dentare) se confecționează ca de obicei, iar cele mobilizabile nu vor putea fi introduse în cavitatea bucală, din care cauză se confecționează proteze pliante sau demontabile (fig. 193).

Etapele de confecționare a acestor tipuri de proteze au particularități deosebite. Linguri amprentare speciale pentru așa categorie de pacienți nu se fabrică, iar cele standarde nu pot fi aplicate. În așa scop lingurile standarde se secționează în jumătate sau se confecționează linguri individuale. Ampretele din ghips se înlătură prin fracturare. Ca regulă amprentarea se efectuează în două etape. La prima etapă se prepară o porțiune de material amprentar care se introduce în cavitatea bucală întâi pe o hemiarcadă în așa fel ca să treacă puțin peste linia medie, formînd marginea amprenteii după metoda obișnuită. După ce materialul s-a întărit, se prepară a doua porțiune de material amprentar care este aplicată pe a doua hemiarcadă în așa mod ca să acopere puțin marginea primei amprente și din nou se formează marginea amprenteii. După ce a avut loc întărirea materialului, amprenta este detașată segmentar, se suprapun segmentele și se realizează modelul. Oclu-

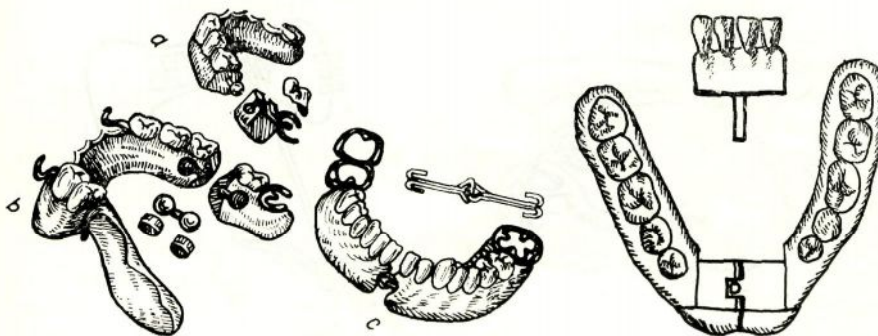


Fig. 192. Proteze mobilizabile cu șarniere: *a* — uniarticulat; *b* — biarticulat după Oksman; *c* — șarnier tip Gavrilov
Fig. 193. Proteză mobilă demontabilă

zia centrică sau relațiile intermaxilare se determină prin intermediul blocurilor din ghips. După realizarea modelelor în laborator tehnicianul dentar confecționează proteze pliante sau demontabile. La realizarea lor sînt aplicate diferite lacăte sau culise. În unele cazuri se pot confecționa proteze cu șarniere ca să poată fi introduse în cavitatea bucală și instalate pe cîmpul protetic conform particularităților individuale.

14.5. Contracturile mandibulare

Această patologie constituie o urmare a leziunilor traumatiche ale țesuturilor moi și ale substratului osos ale sistemului stomatognat, avînd o etiologie multiplă. Cele mai frecvente cauze sînt acordarea tardivă a asistenței medicale, re poziția incorectă a fracturilor, tracțiunea intermaxilară de lungă durată, formarea cicatricelor masive etc.

Tabloul clinic al contracturilor se caracterizează prin limitarea mobilității mandibulei și dereglările de funcție cum ar fi actul de masticăție, fonația. După gradul de deschidere a cavității bucale deosebim: a) contracturi grave (deschidere pîna la 1 cm); b) de grad mediu (1,5—2 cm); c) ușoare (3 cm și mai mult).

În scop profilactic sînt utilizate diverse proceduri fizioterapeutice, masaj, exerciții, mecanoterapia.

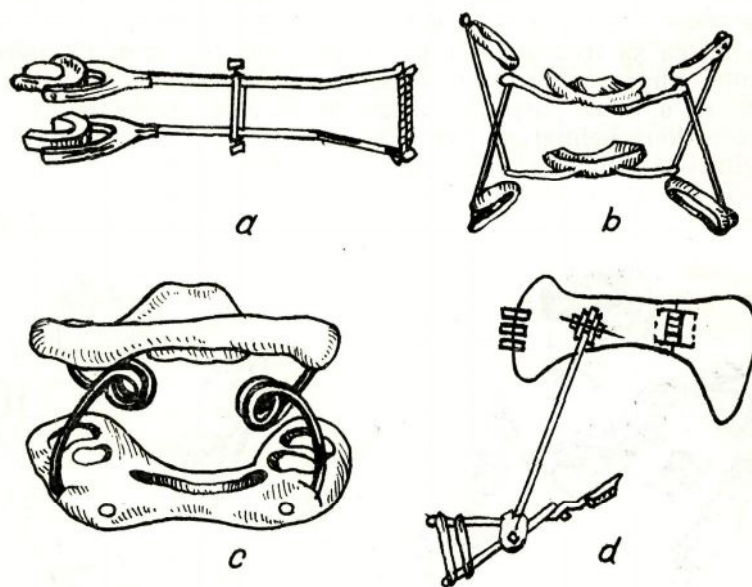


Fig. 194. Aparate pentru mecanoterapia contracturilor mandibulare: a — tip Limberg; b — tip Oksman; c, d — tip Petrosov (după A. Șcerbakov)

Mecanoterapia. Această varietate de tratament se reduce la utilizarea aparatelor care lent duc la întinderea cicatricelor ce împiedică deschiderea gurii sau a elementelor articulare. Toate aparatele folosite în acest scop se împart în două grupe: aparate care acționează pe întreaga arcadă dentară; aparate care acționează numai pe un segment al arcadei dentare.

Din prima grupă fac parte aparatele Darkissac, Iadrova, Ocsman, Limberg, Matesis (fig. 194). Dintre cele ce acționează numai asupra unui segment al arcadelor dentare, sînt cîrligele de prins rufe, distanțiere din lemn, cauciuc etc. S-a constatat că în caz de o contracură mandibulară cu ajutorul aparatelor de mecanoterapie în timp de două-trei luni se poate de majorat gradul de deschidere a cavității bucale pînă la suficient.

14.6. Tratamentul protetic al leziunilor palatinale

Breșele palatinale la adulți pot fi congenitale, dacă ele n-au fost lichidate la timp prin intervenții chirurgicale, sau dobîndite, ca urmare a traumelor, maladiilor specifice (lues), a proceselor inflamatorii, intervenții chirurgicale.

Breșele palatinale congenitale deseori sînt însoțite de lezări ale buzei superioare și deformări ale nasului. Ca urmare a acestora la adulți apare deformarea maxilei prezentată printr-o comprimare în plan transversal, scurtări și deformări ale arcadei dentare superioare. Dinții frontali ca regulă nu ocupă locul lor, sînt înghesuiți, iar mulți din ei sînt rotați în jurul axului; în multe cazuri are loc retenția dinților.

Deformația maxilei în așa cazuri progresează o dată cu creșterea și dezvoltarea scheletului maxilofacial, a mușchilor mimici și masticatori. Dacă breșele congenitale au o localizare tipică (în zona suturii palatinale mediane) și fibromucoasa marginală este lipsită de cicatrice, atunci cele dobîndite pot fi localizate în orice zonă a palatului dur și pe marginea lor sînt prezente cicatrice ale fibromucoasei.

Indiferent de etiologia breșei în sistemul stomatognat au loc dereglări funcționale esențiale: sînt prezente tulburări de alimentație, masticatie, fonație, respirație. În timpul alimentației alimentele pătrund în cavitatea nazală, provocînd procese inflamatorii ale mucoasei.

Scopul tratamentului protetic este izolarea cavității bucale de cea nazală prin intermediul diferitelor dispozitive protetice. Tratamentul acestor patologii la copii este realizat prin confecționarea obturatoarelor. La adulți tratamentul protetic va fi efectuat în raport de localizarea breșei, numărul dinților prezenți pe maxilă și starea lor. În dependență de acești factori, V. Kurleandski toate breșele palatinale le-a sistematizat în 4 grupe.

Grupa I. Breșe ale palatului dur cu prezența dinților pe ambele hemiarcade ale maxilei:

- a) breșă mediană a palatului dur;
- b) breșă laterală a palatului dur;
- c) breșă frontală a palatului dur;

Grupa a II-a. Breșe ale palatului dur cu prezența dinților numai pe o hemiarcadă a maxilei:

- a) breșă mediană a palatului dur;
- b) absența totală a unei jumătăți a maxilei;
- c) absența unei părți mari a maxilei cu prezența pe cea restantă a 2—3 dinți;

Grupa a III-a. Breșe ale palatului dur cu lipsa totală a dinților pe maxilă:

- a) breșă mediană;
- b) absența totală a maxilei cu lezarea marginii orbitale inferioare.

Grupa a IV-a. Breșe ale palatului moale ori dur și moale;

- a) scurtarea cicatricică și deplasarea palatului moale;
- b) breșă a palatului dur și moale cu prezența dinților pe una din hemiarcadele maxilei;
- c) breșă a palatului dur și moale cu edentație totală (fig. 195).

Reieșind din clasificarea prezentată, sarcina tratamentului se complică cu majorarea grupei. La pacienții cu tabloul clinic caracteristic pentru prima grupă tratamentul protetic este cel mai simplu, deoarece sînt condiții favorabile pentru fixarea dispozitivului protetic. În dependență de starea arcadei dentare va fi confecționată o placă palatinală obișnuită, cînd ea este integră, sau o proteză parțială molilizabilă cu placă la prezența breșelor arcadei dentare. Pentru o separație mai fidelă a cavității bucale de cea nazală, la o distanță de 2—3 mm de marginea breșei pe suprafața mucozală a plăcii se confecționează un val circular din acrilat cu înălțimea de 1—1,5 mm. Această formațiune, înfundîndu-se în fibromucoasă, ne asigură o majorare a ermetizării cavității bucale de cea nazală. Totodată trebuie de menționat că aceasta este posibil numai la aplicarea croșetelor de menținere, ce permit dispozitivului protetic înfundarea în fibromucoasă datorită presiunilor masticatoare. Prin urmare, confecționarea altor tipuri de ancorare în așa cazuri este contraindicată.

La pacienții cu leziuni palatinale clasificați în a doua grupă, tratamentul se complică în dependență de tabloul clinic. În prezența breșei mediane fixarea protezelor se efectuează prin intermediul sistemelor croșetare și a sistemului de succesiune funcțională prin două supape: internă și externă. Supapa internă se formează datorită înfundării valului circular de pe suprafața mucozală a protezei din zona breșei, ce nu permite pătrunderea aerului din cavitatea nazală sub baza protezei. Supapa externă (marginală) este creată de contactul marginii protezei cu fibromucoasa din zona plicei trecătoare și a liniei «A» ca și la protezele totale.

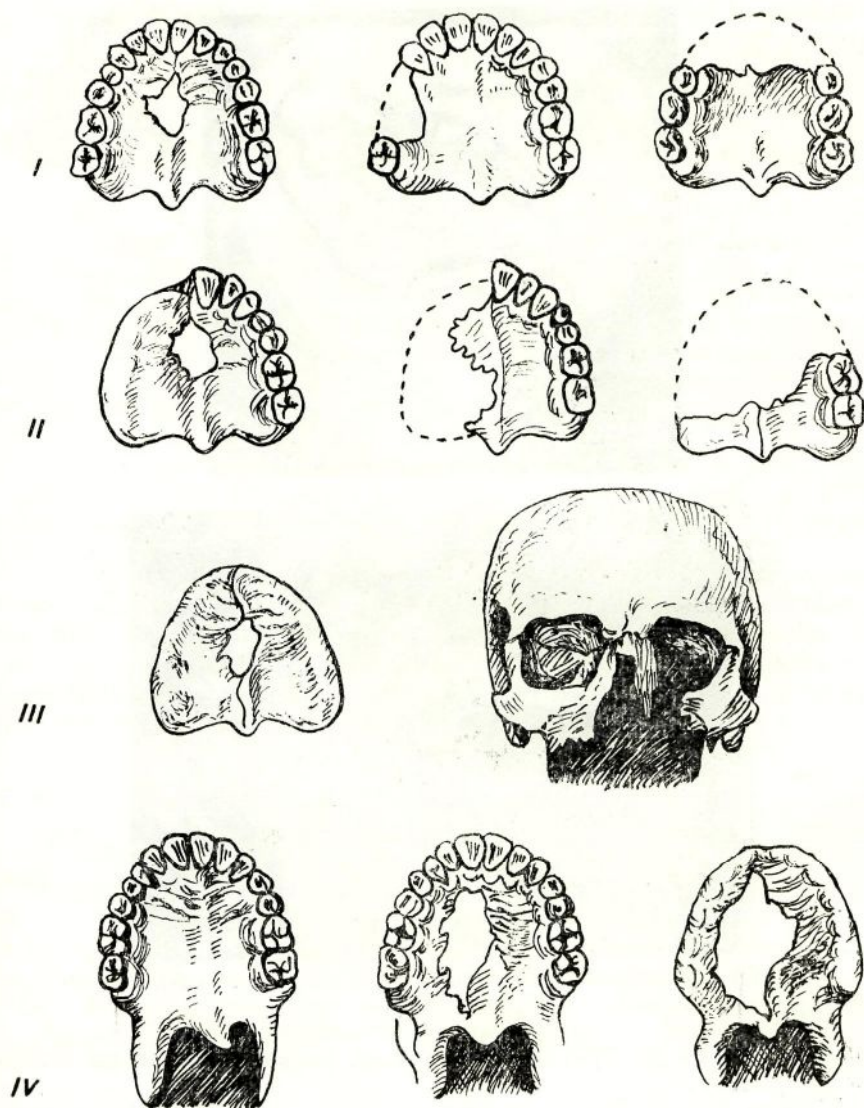


Fig. 195. Clasificarea breșelor palatinale după V. Kurleandski. Explicație în text

Tratamentul protetic în caz de breșe cu lezarea apofizei alveolare a unei hemiarcade este mai anevoios din cauza micșorării suportului de retenție. Fixarea protezelor se efectuează prin sistemele croșetare, confecționate cu mai multe brațe, situate pe coroanele de înveliș a dinților-stilpi confecționate în prealabil cu particularități pentru menținerea elementelor croșetare. În unele cazuri se confecționează schelete metalice întreg turnate cu arcuri sau plăcuțe

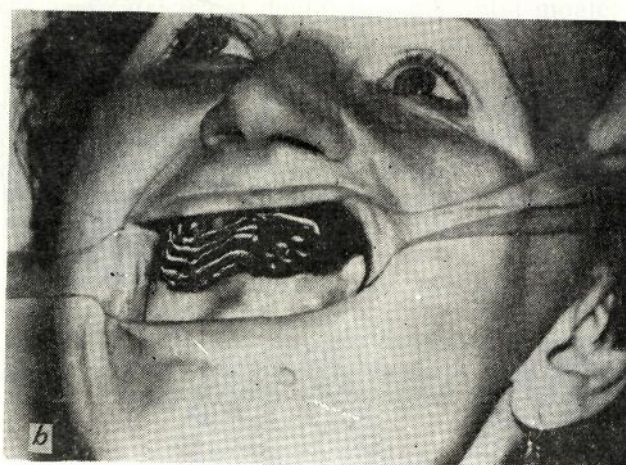
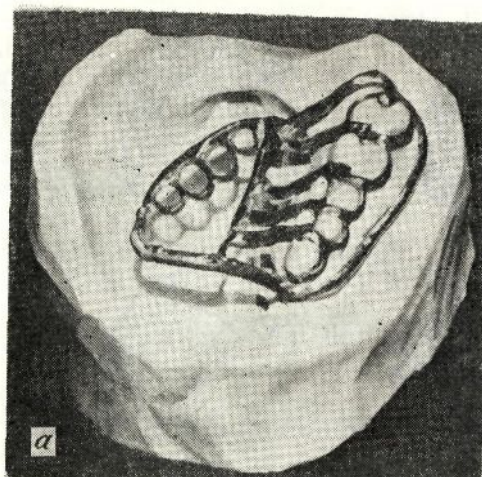


Fig. 196. Schelet metalic adaptat pe model (a) și în cavitatea bucală (b)

metalice situate pe apofiza alveolară și sistem croșetar de menținere (fig. 196).

Fixarea și stabilizarea protezei va depinde de precizia amprenteii și sistemul croșetar. Datorită utilizării materialelor amprentare elastice amprentele sînt realizate într-o etapă.

La pacienții care nu au mai mult de 2—3 dinți pe hemiarcada restantă, fixarea protezei se efectuează prin intermediul croșetelor îndoite din sîrmă sau a sistemului telescopic, pentru a nu suprasolicita dinții de suport, la fel și prin intermediul succiunii funcționale.

La pacienții clasificați în a treia grupă tratamentul protetic se complică din cauza lipsei totale a dinților la maxilă. În caz de lo-

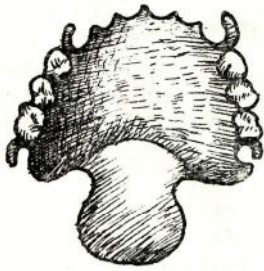


Fig. 197. Construcția obturatorului la pacienții din grupul IV

calizare a breșei palatului dur în zona mediană dispozitivul protetic în formă de proteză totală ce confecționează cu crearea a două supape (internă și marginală). La localizarea breșei în zona laterală ori frontală posibilitățile de fixare a protezei sînt foarte mici. La acești pacienți proteza superioară se va uni cu cea inferioară cu arcuri în caz de edentație totală la mandibulă, iar cînd pe mandibulă sînt prezenți dinți, arcurile de la proteza superioară se vor fixa cu dispozitive speciale instalate în zonele laterale ale mandibulei (coroane de înveliș sudate sau punți dentare). La pacienți cu edentații totale pe ambele maxilare rezultatele tratamentului sînt mai puțin satisfăcătoare.

În tratamentul pacienților ce fac parte din grupa a patra, cînd avem o scurtare cicatricială a palatului moale, intervenția protetică nu se bucură de succes, recomandîndu-se în acest caz un tratament chirurgical de lungire a palatului moale.

La pacienții ce fac parte din grupa a patra cînd sînt prezente breșe ale palatului moale cu succes pot fi utilizate obturatoarele tip Ilina—Markosian, Urbanskaia sau proteze-obturatoare în caz de breșe mixte. La pacienții cu edentații totale pentru o fixare mai favorabilă a dispozitivului protetic vor fi aplicate arcuri de respingere sau sistemul cu magneți (fig. 197).

14.7. Protezele postrezeccionale maxilofaciale

Pacienții cu leziuni întinse ale țesuturilor moi și substratului osos suferă fizic și moral nu numai din cauza dereglărilor funcționale, dar și a celor fizionomice. Tulburările funcționale în așa cazuri sînt tipice și se găsesc în raport de caracterul și topografia leziunii. Pentru așa pacienți sînt caracteristice tulburări de respirație, aeglutiție, fonetice, alimentație, masticăție etc.

Planul tratamentului protetic în așa situații clinice va depinde de localizarea, mărimea, forma breșei, starea țesuturilor și organelor restante. În raport de acești factori asemenea pacienți condițional pot fi împărțiți în trei grupe:

- 1) cu rezecția parțială a apofizei alveolare la unul sau ambele maxilare;
- 2) cu rezecția parțială sau totală a unui sau ambelor maxilare fără leziuni ale altor organe din zona maxilofacială;
- 3) cu rezecția parțială sau totală a unui sau ambelor maxilare și leziuni ale altor organe din regiunea maxilofacială (buza, limba, ochiul, urechea).

Rezecția parțială sau totală a unui sau ambelor maxilare duce la deformări considerabile în zona maxilofacială. La rezecția parțială a mandibulei, datorită tracțiunii musculare, fragmentul restant se deplasează spre partea rezecționată, iar rezecția parțială a maxilei duce la prăbușirea țesuturilor moi și comunicarea cavității bucale cu cea nazală. În ambele cazuri după rezecție deseori pot apărea cicatrice, ceea ce împiedică sau face imposibil tratamentul. Pentru a preîntîmpina aceste complicații sînt indicate protezele imediate. Aceste proteze sînt confecționate înainte de intervenția chirurgicală și se aplică imediat după rezecție. Protezele imediate postrezecționale au fost propuse de Clod Martin în anii 80 ai secolului al XIX-lea avînd o sistemă de tuburi pentru irigarea rănii. A. Entin a propus proteza pneumatică din cauciuc, care după epitelizarea rănii se înlocuia cu proteza postrezecțională permanentă. Aceste aparate-proteze nu pot fi folosite pe larg din cauza tehnologiei complicate de confecționare. Actualmente ele se confecționează după următoarea metodă: înainte de intervenția chirurgicală, chirurgul împreună cu proteticianul planifică locul și mărimea rezecției maxilarului. După aceasta urmează amprentarea ambelor maxilare, realizarea modelelor și determinarea relațiilor intermaxilare, apoi pe modelul de lucru, chirurgul împreună cu proteticianul marchează limitele viitoare intervenții chirurgicale. Tehnicianul dentar conform marcajului cu bisturiul secționează dinții împreună cu sectorul ce va fi rezecționat. În continuare pe model se realizează proteza, care va fi adaptată și situată imediat după intervenția chirurgicală. Pacienții se folosesc de așa proteze pînă la confecționarea protezelor permanente.

Tratamentul protetic postrezecțional după rezecția parțială a apofizei alveolare. Planul de tratament protetic în caz de rezecție a apofizei alveolare va depinde de mărimea breșei, localizare, prezența și starea dinților de pe arcada dentară respectivă, tipul de ocizie, vîrstă, starea generală a organismului. Conform indicațiilor vor fi confecționate proteze dentare fixe sau mobilizabile corespunzător tabloului clinic (fig. 198).

Particularitățile de structură ale acestor proteze constau în prezența părții de înlocuire a breșei apofizei alveolare cu gingie artificială, culoarea respectivă, ce asigură un aspect fizionomic satisfăcător.

Tratamentul protetic postrezecțional după rezecția parțială sau totală a unui sau ambelor maxilare fără leziuni ale altor organe. Tratamentul protetic al pacienților după rezecția parțială sau totală a maxilarelor este complicat atît în ce privește alegerea construcției, cît și pe parcursul etapelor clinico-tehnice. În caz de o rezecție parțială sau totală a maxilei, în prima etapă clinică, amprentarea se va efectua utilizînd linguri individuale, care pot fi confecționate într-o ședință sau în laboratorul tehnicianului dentar. La realizarea acestei etape pot fi utilizate materiale amprentare termoplastice sau elastice. După pregătirea materialului amprentar, el va fi aplicat pe lingură. Pentru a evita pătrunderea materialului

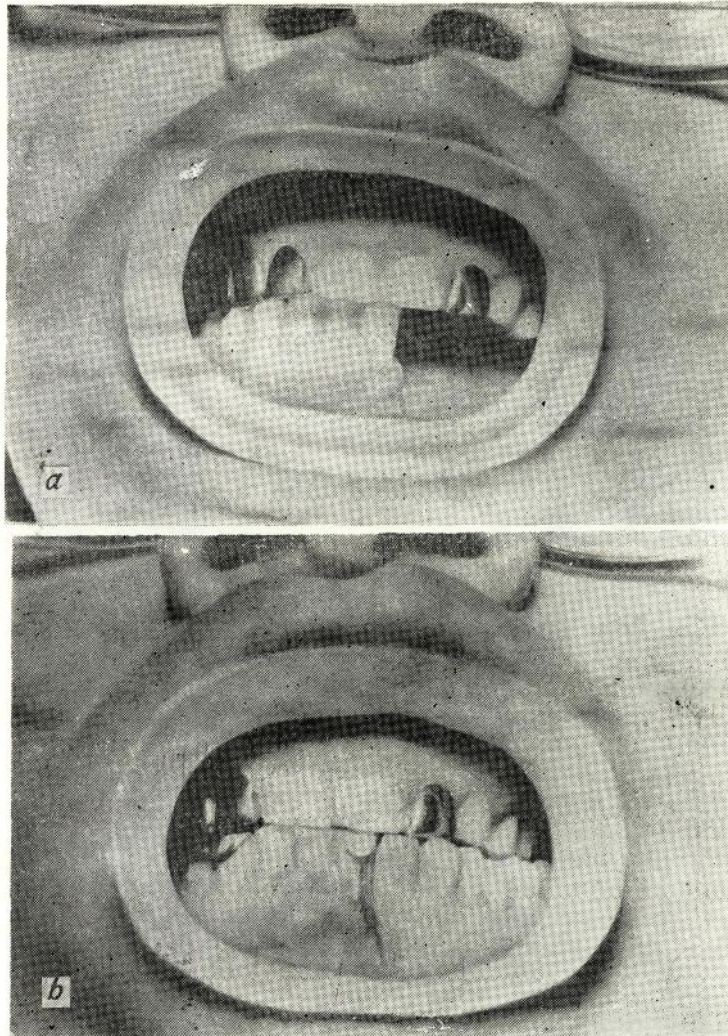


Fig. 198. Proteză postrezețională: *a* — pînă la tratament; *b* — după tratament

amprentar în cavitatea nazală el este acoperit cu o bucată de tifon după mărimea lingurii amprentare, propunînd pacientului o poziție cu capul ușor aplecat înainte. După amprentare, realizarea modelelor și confecționarea șabloanelor cu bordurile de ocluzie din ceară se determină relațiile intermaxilare, urmează fixarea modelelor în ocluzor și confecționarea protezei. Pentru a micșora greutatea protezei se recomandă de a o confecționa găunoasă (fig. 199). Tehnica confecționării acestui tip de proteză constă în următoarele: după confecționarea protezei de tip obișnuit și adaptarea ei în cavitatea bucală, cu un instrument abraziv se secționează un căpa-

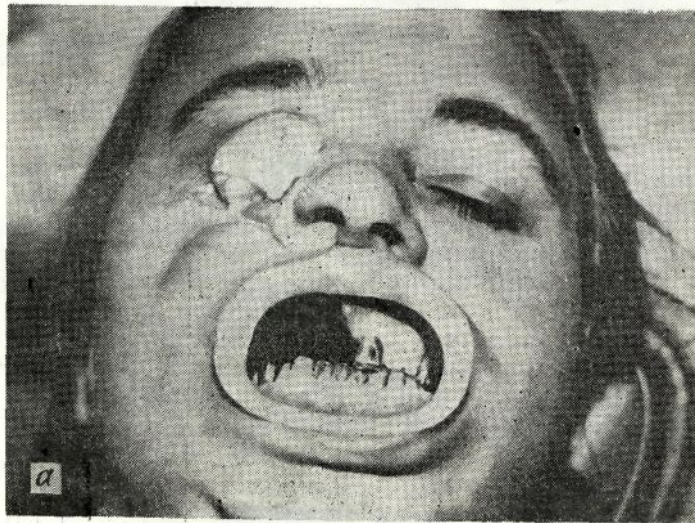


Fig. 199. Proteză postrezețională la maxilă: *a* — pînă la tratament; *b* — după tratament

cel de pe partea obturatorie care se păstrează. În continuare, utilizînd diferite freze, se înlătură tot acrilatul intern din partea obturatorie pînă ce grosimea pereților va fi aproximativ de 2 mm. După aceasta căpăcelul păstrat se va încheia cu acrilat autopolimerizabil la locul lui, iar proteza se lustruiește. Mai există și alte metode, însă sînt complicate și nu totdeauna pot fi utilizate.

Observațiile clinice asupra tratamentului protetic cu așa tip de proteze a dovedit că în unele cazuri, cînd proteza se fixează bine



Fig. 200. Șina Vankevici

mai mult de o jumătate de maxilă, ca punct de retenție va fi folosit versantul vestibular al apofizei alveolare restante, confecționând o plăcuță din metal turnată conform reliefului apofizei. De-seori plăcuța se acoperă cu acrilat pentru o ulterioară corijare în caz de necesitate.

În cazul rezecției parțiale a mandibulei, luând în considerație mobilitatea ei, alegerea construcției protetice este mult mai dificilă mai ales la pacienții cu exaricularea segmentului rezecționat. Pentru reabilitarea protetică la așa pacienți se confecționează pro-teze-aparate mobilizabile, folosind diferite sisteme croșetare, culise sau alte dispozitive de fixare. Baza protezei va fi realizată cu căp-tușeală din material elastic. Pentru evitarea deplasării fragmentului mandibular restant se va confecționa șina Vankevici care datorită planului înclinat menține fragmentul în poziția necesară (fig. 200). În acest scop au fost propuse și alte proteze-aparate fixe și mobile, însă noi am modificat atât construcția fixă, cât și cea mobilizabilă. Una din modificările construcțiilor mobilizabile constă în utilizarea sistemelor croșetare (Bonwill, Ackcers, Jackson etc), unite prin unul sau două arcuri ce trec de la o hemiarcadă pe cealaltă în scopul ancorării dispozitivului la maxilă. Din zona corespunzătoare de trecere a arcului de pe versantul palatinal pornește un plan înclinat pe care în timpul funcției mandibula alunecă sau pe o bară meta-

creînd o ermetizare satisfă-cătoare, capacul secționat poate să nu fie încheiat, cre-înd astfel condiții mai favo-rabile la restabilirea foneti-cii. Ca elemente de agrega-re a protezei, când sînt pre-zenți dinții, pot fi folosite sistemele croșetare. În cazu-rile cînd a fost rezecționată

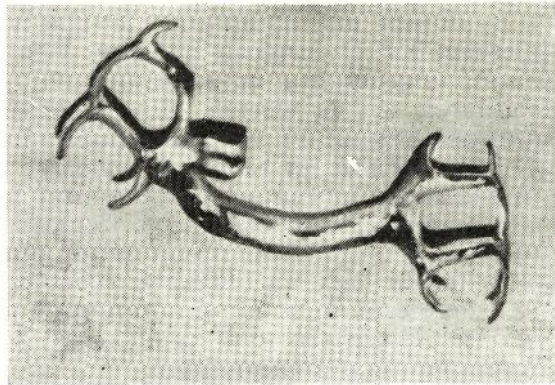


Fig. 201. Dispozitiv mobilizabil cu plan înclinat după I. Postolachi, V. Gamureac

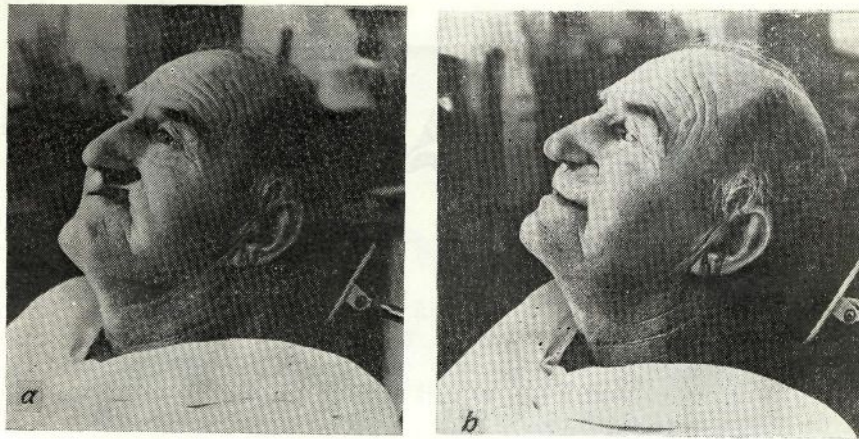


Fig. 202. Proteză postrezețională maxilofacială: a — pînă la tratament; b — după tratament

lică sudată de coroanele dinților inferiori, menținînd fragmentul restant în poziția necesară (fig. 201).

În cazul edentației totale a ambelor maxilare tratamentul este foarte dificil. În asemenea situație clinică pot fi confecționate doar proteze totale, care parțial restabilesc fizionomia și actul de deglutiție. Pentru fixarea acestor proteze sînt folosite arcuri intermaxilare, fixate în ambele proteze.

Tratamentul cu proteze postrezeționale maxilofaciale. Tratamentul pacienților cu leziuni mixte a maxilarelor și altor organe din zona maxilofacială (buza, nasul, urechea etc.) este efectuat în două etape: 1) confecționarea protezei postrezeționale dentomaxilare și 2) confecționarea protezei faciale. La prima etapă proteza dentomaxilară se va confecționa după metoda descrisă anterior prevăzînd în locurile de unire cu proteza facială diferite dispozitive de unire între proteza dentomaxilară și proteza facială. De menționat că restabilirea țesuturilor moi absente ale feței se va efectua prin intermediul intervențiilor chirurgicale plastice. Cînd aceste proceduri, din cauza stării generale a organismului, sînt imposibile sau se amîna, reabilitarea se va efectua prin intervenții protetice (fig. 202). Asemenea proteze se vor confecționa din acrilate dure și materiale elastice colorate în raport de culoarea țesuturilor înconjurătoare. Actualmente în așa scop este utilizat materialul «Ortoplast» — masă prefabricată în acest scop. Confecționarea exoprotezelor cere respectarea succesiunii următoarelor etape clinico-tehnice: 1) obținerea măștii feței; 2) realizarea modelului; 3) modelarea din ceară a exoprotezei; 4) proba și aprecierea culorii; 5) ambalarea în chiuvetă și polimerizarea; 6) prelucrarea, șlefuirea și lustruirea; 7) adaptarea și fixarea exoprotezei.

Masca feței poate fi realizată prin mai multe metode. Noi utilizăm următoarea metodă perfecționată: pacientului în fotoliu i se

dă o poziție semiorizontală; sprâncenele, genele, mustățile și barba se ung cu ulei de vaselină, iar în meatele nazale se introduc două tuburi de cauciuc pentru respirație. După aceasta se pregătește un material amprentar elastic, care este aplicat în breșă montînd în cîteva locuri în materialul amprentar scoabe din sîrmă pentru retenția următorului strat de material amprentar — ghips. În continuare se pregătește o porțiune de ghips care este aplicată pe toată suprafața feței. Avantajul acestei modificări constă în aplicarea materialului amprentar elastic ce ușurează detașarea măștii, excluzînd deformarea ei. După realizarea modelului, se va modela macheta viitoare exoproteze, se va efectua proba și se va înlocui ceara cu acrilat. La modelarea machetei ne vom conduce după organul sănătos restant și fotografia pacientului de pînă la afecțiunea dobîndită. Fixarea exoprotezelor poate fi efectuată prin două metode: a) prin intermediul unui resort situat în meatele nazale și b) a ramei de ochelari. Utilizarea altor metode, ca de exemplu, lipirea protezelor de țesuturile moi cu diverse feluri de clei nu se recomandă din cauza macerației pielii și mucoasei. Pentru a asigura mobilitatea necesară a protezelor sînt folosite tuburi telescopice cu diametru de 3,0 mm.

BIBLIOGRAFIA

1. *Birsa G. G., Postolachi I. I.* Procesele clinico-tehnice perfecționate la confecționarea protezelor dentare din metaloceramică. Indicații metodice. Chișinău: Știința, 1991.
2. *Boboc Gh.* Aparatul dentomaxilar. Formare și dezvoltare. București: Editura Medicală, 1979.
3. *Bratu D., Mikulik L., Munteanu D.* Tehnici adezive în stomatologie. Timișoara: Editura Facla, 1982.
4. *Bratu D., Leretter M. A., Colojoară C., Românu M.* Dinții umani permanenți. Timișoara: Editura Signata, 1991.
5. *Burlui V.* Gnatologie clinică. Iași: Editura Junimea, 1979.
6. *Burlui V.* Protetică dentară. Iași, 1989.
7. *Bușan M. G.* Afecțiunile țesuturilor dure ale dinților. Chișinău: Editura Universității, 1991.
8. *Chira Iu.* Morfopatologia funcțională a aparatului dentomaxilar. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1981.
9. *Costa E.* Raționamentul medical în practica stomatologică. București: Ed. Medicală, 1970.
10. *Costa E., Ene L., Dumitrescu S.* Propedeutica stomatologică. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1968.
11. *Dociu I.* Microproteze. Lucrări conjuncte unitare. Cluj: I. M. F., 1990.
12. *Dociu I., Scurtu A.* Propedeutica stomatologică. Edentația totală și proteza totală. Cluj-Napoca: I.M.F., 1985.
13. *Doroga O.* Terapia edentației parțiale prin proteze mobilizabile. Cluj-Napoca: I.M.F., 1977.
14. *Ene L., Popovici C.* Edentația totală. Clinică și tratament. București: I.M.F., 1982.
15. *Firu P.* Stomatologie infantilă. București: Editura didactică și Pedagogică, 1967.
16. *Gaucan C.* Procedee restaurative în distrucțiile coronare întinse. București: Editura Medicală, 1989.
17. *Heinrich B.* Atlas de tehnici de implantologie endoosoasă. București: Editura Universității Ecologice, 1991.
18. *Jeremia L., Mocanu-Bordac V., Cseh Z.* Tehnici dentare speciale de protezare totală. București: Editura Medicală, 1981.
19. *Jeremia L., Dociu I.* Funcția și disfuncția ocluzală. București: Editura Medicală, 1987.
20. *Kantorowicz G. F.* Inlays, Crowns and Bridges. Bristol, 1963.
21. *Lejoyeux I.* Proteza totală. Clinică și tratament. București: Editura Medicală, 1967.
22. *Negucioiu M.* Edentația totală. Cluj-Napoca, 1988.
23. *Osipov-Sinești G.* Metodologie parodontologică. București: Editura Medicală, 1980.
24. *Penteleiciuc D.* Grefele și transplantele dento-alveolo-osoase. București: Editura Medicală, 1987.
25. *Prelipceanu F., Doroga O.* Protetică dentară. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1985.

26. *Prelipceanu F., Negucioiu M., Dajbukat F.* Protezarea edentației totale. Cluj-Napoca: Editura Dacia, 1986.
27. *Rîndașu I.* Proteze dentare. Volumul I. București: Editura Medicală, 1987.
28. *Rîndașu I.* Proteze dentare. Volumul II. București: Editura Medicală, 1988.
29. *Saizar Pedro.* Traitement de l'edentation totale. Paris, 1964.
30. *Schlezak F., Plesa V., Smarandache I., Dajbukat F., Medisan T.* Cartea tehnicianului dentar. București: Editura Medicală, 1966.
31. *Silverman M.* Occlusion in prosthodontics and in the natural dentition. Washington, 1962.
32. *Timoșca G., Burlibașa C.* Chirurgie buco-maxilo-facială. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1983.
33. *Банух В. Н.* Клиника и лечение артикуляционно-окклюзионного синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного утратой жевательных зубов. Дис. ... канд. мед. наук. Кишинев, 1986.
34. *Бетельман А. И.* Ортопедическая стоматология. Москва, 1965.
35. *Бушан М. Г.* Снижающийся прикус. Кишинев: Изд. Картя Молдовеняскэ, 1967.
36. *Бушан М. Г., Каламкарров Х. А.* Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. Кишинев, 1983.
37. *Бырса Г. Г.* Совершенствование технологических процессов протезирования керамическими и металлокерамическими зубными протезами (клинико-экспериментальное исследование). Дис. ... канд. мед. наук. Кишинев, 1988.
38. *Гаврилов Е. И., Щербаков А. С.* Ортопедическая стоматология. Москва: Изд. Медицина, 1984.
39. *Гаврилов Е. И.* Деформации зубных рядов. Москва: Изд. Медицина, 1984.
40. *Гросс М. Д., Мэтьюс Дж. Д.* Нормализация окклюзии. Пер. с англ. С. В. Мундзелевской. Москва: Изд. Медицина, 1986.
41. *Гуцуцуй В. Л.* Клиника и методы возмещения малых дефектов боковых участков зубных рядов щадящими конструкциями несъемных мостовидных зубных протезов. Дис. ... канд. мед. наук. Кишинев, 1990.
42. *Егоров П. М., Карапетян И. С.* Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Москва: Изд. Медицина, 1986.
43. *Ирошников Е. С., Шевченко В. И.* Параллелометрия в ортопедической стоматологии. Москва: Изд. Медицина, 1989.
44. *Каламкарров Х. А.* Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. Москва: Изд. Медицина, 1984.
45. *Калинина Н. В., Загорский В. А.* Протезирование при полной потере зубов. Москва: Изд. Медицина, 1990.
46. *Кожухарь Н. М.* Клиника и особенности повторного ортопедического лечения больных, длительное время пользующихся съемными пластиночными зубными протезами. Дис. ... канд. мед. наук. Кишинев, 1989.
47. *Копейкин В. Н.* Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. Москва: Изд. Медицина, 1977.
48. *Копейкин В. Н., Демнер Л. М.* Зубопротезная техника. Москва: Изд. Медицина, 1985.
49. *Копейкин В. Н.* Ортопедическая стоматология. Москва: Изд. Медицина, 1988.
50. *Криштаб С. И.* Ортопедическая стоматология. Киев: Изд. Вища школа, 1986.
51. *Курлядский В. Ю.* Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы. Москва: Изд. Медицина, 1978.
52. *Кудрин И. С.* Анатомия органов полости рта. Москва: Изд. Медицина, 1986.
53. *Перзашкевич Л. М., Стрекалова И. М.* и др. Опирающиеся зубные протезы. Москва: Изд. Медицина, 1974.
54. *Постолаки И. И.* Закономерности и возможности стимулирования защитно-компенсаторной реакции тканей при ортопедических вмешательствах. Дис. ... докт. мед. наук. Кишинев, 1982.
55. *Постолаки И. И.* Искусственные зубные коронки. Кишинев: Изд. Штиинца, 1985.
56. Руководство по ортопедической стоматологии (под ред. Л. В. Ильиной-Маркосян). Москва: Изд. Медицина, 1974.

57. *Рыбаков А. И.* Материаловедение в стоматологии. Москва: Изд. Медицина, 1984.
58. *Сапожников А. Л.* Артикуляция и протезирование в стоматологии. Киев: Изд. Здоров'я, 1984.
59. *Соснин Г. П.* Бюгельное протезирование. Минск; Изд. Наука и техника, 1984.
60. *Хаватова В. А.* Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Москва: Изд. Медицина, 1982.
61. *Шентелич И. М., Постолаки И. И.* Ортопедические методы в комплексной терапии пародонтита. (Методические рекомендации). Кишинев, 1988.

ILARION POSTOLACHI
Eugen Chiriac, Mihai Cojocaru, Ilie Şeptelici,
Victor Banuh, Gheorghe Birsa, Nicolae Cojuhari,
Vasile Guşuţui, Vasile Gamureac

PROTETICA
DENTARĂ

1) ...
2) ...
3) ...
4) ...
5) ...

Prezentat la editură 21.04.92.
Coli editoriale 36,0. Coli de tipar 28,0.
Tirajul 2030. Comanda 93. Prețul 2291 r.

Intreprinderea editorial-poligrafică «Știința»
277028, Chișinău, str. Academiei, 3.