

EXAMENUL CLINIC, PARACLINIC ȘI DIAGNOSTICUL ÎN PROTETICA DENTARĂ

2.1. Examenul clinic

Examenul clinic al pacientului ce necesită un tratament prote-tic are drept scop final stabilirea diagnosticului și întocmirea unui plan corect de terapie. Acest examen constituie primul act medical pe care medicul de specialitate este obligat să-l execute de fiecare dată într-o ordine consecutivă. Deseori examenul pur clinic nu este suficient pentru a formula diagnosticul, de aceea, ca regulă, el este completat de examenul paraclinic (complementar).

Luând în considerație că fiecare pacient, în dependență de ca-racterul maladiei (leziunilor) și particularitățile individuale, cere un examen specific, vom prezenta schematic numai metodologia examenului conform fișei de ambulatoriu.

Datele personale. Fiind completate în cadrul registraturii, acest compartiment al fișei va da posibilitate medicului să stabilească identitatea pacientului, domiciliul, vârsta, sexul, profesia, locul de muncă. Fiecare din aceste date are o anumită importanță. Așa, de exemplu, vârsta ne dă posibilitate să ne creăm o impresie corectă despre dinamica maladiei, despre posibilitatea alegerii celor mai eficiente metode de tratament, despre pronostic etc. Afând profesia și locul de muncă, putem aprecia unele corelații dintre caracte-risticile maladiei și condițiile de muncă, poziția în tipul muncii, anumite obiceiuri nocive, deoarece deseori ne întâlnim cu diverse disfuncții ale sistemului stomatognat declanșate anume de acești factori.

Examenul subiectiv. Acest compartiment include: motivația, is-toria actualei maladii (*anamnesis morbi*), istoria vieții (*anamnesis vitae*).

a) **Motivația.** Atenția medicului față de pacient, iscusința de a audia și memoriza cele mai importante acuze, de a concretiza și lua inițiativa convorbirii, punându-i întrebările necesare, duce la crearea unui contact de încredere, ceea ce se va referi favorabil și la tratament. Deseori numai datorită întrebărilor adăugătoare pu-tem evidenția esența motivației, deoarece, ca regulă, pacienții se plîng numai de lipsa dinților, sau de prezența anomaliilor de oclu-zie, de formă, poziție sau culoare a unor dinți, ce duc la dereglări de fizionomie, și mai rar la dereglări de funcții cum ar fi: dereglări de incisie a alimentelor, de masticăție, deglutiție, fonație; pa-cienții nu atrag atenție la apariția durerilor în timpul actului de

masticăție, care pot fi localizate în anumite segmente ale arcadelelor dentare, în regiunea articulației temporomandibulare, a mușchilor etc.; ei rareori atrag atenția asupra dereglărilor survenite în funcția tractului gastrointestinal, slăbirii organismului. Afară de aceasta medicul trebuie să stabilească și gradul de influență a maladiei asupra stării psihice, mai ales din cauza lipsei dinților frontali la tineri.

b) *Istoria actualei maladii (anamnesis morbi)*. Anamneza urmărește scopul de a studia evoluția maladiei și eficiența tratamentului, dacă a avut loc. Cu această ocazie medicul pune următoarele întrebări; cînd, după părerea pacientului, a început boala? Care sînt cauzele? Cum a început și cum a decurs (acut, cronic), dacă s-a aplicat vreun tratament, care anume și care a fost eficiența lui. Astfel se obțin date privind termenii apariției afecțiunii respective (pierderii dinților) și cauzele acestei afecțiuni (cario complicată, afecțiunile parodontului, traume, intervenții chirurgicale, consistența alimentelor, obiceiuri nocive cum ar fi masticăția rapidă sau numai pe o parte a arcadelelor dentare ș. a.).

O atenție deosebită solicită pacienții care au purtat sau poartă proteze dentare. Deseori ei insistă să li se confecționeze proteze identice, deși tabloul clinic nu oferă o așa posibilitate. Și chiar confecționînd proteze de același tip, unii pacienți nu sînt satisfăcuți, considerîndu-le pe cele vechi mai bune, cu toate că ele nu mai corespund cerințelor minimale. Deci în practica protetică medicul urmează să ia în considerație și factorul psihologic. Afară de aceasta, o deosebită importanță o are și caracterul construcției protezei (fixă, mobilă), precum și materialul din care a fost confecționată, evitîndu-se astfel diverse complicații, printre care și alergiile la materialele din care a fost confecționată proteza. Toate acestea, fiind luate în considerație, vor permite alegerea unei tactici corecte de tratament.

c) *Istoria vieții (anamnesis vitae)*. În cadrul anamnezei vieții luăm în considerație locul nașterii și de trai, deoarece pacientul poate fi domiciliat într-o zonă cu patologie regională (zone endemice de fluoroză ș. a.), condițiile de viață și alimentare (rațională sau abuzivă, consistența alimentelor, masticăție rapidă, lentă, medie, predominarea mișcărilor masticatorii (verticale, orizontale), masticăție unilaterală sau bilaterală. Se va preciza de care maladii generale a suferit sau suferă pacientul (boli infecțioase, endocrine, metabolice, neurologice, cardiovasculare, a tractului gastrointestinal, psihice etc.) și stomatologice (stomatite, leziuni parodontale etc.). Este necesară depistarea obiceiurilor vicioase (tabacismul, consumul de alcool, crîșcări cu dinții, obiceiul de a ține între dinți diferite obiecte, cum ar fi țintele de cizmărie etc.). Se vor mai concretiza unele momente din condițiile de muncă (poziția corpului, încordare psihică și a.) și tipul de activitate nervoasă superioară (reținut, echilibrat, revendicativ) de care într-o anumită măsură va depinde și reușita tratamentului.



Fig. 26. Impărțirea feței în trei părți proporționale: 1 — treimea superioară; 2 — treimea medie; 3 — treimea inferioară

antropologice în trei părți proporționale: inferioară, mijlocie, superioară (fig. 26). Etajul superior prezintă porțiunea frontală a feței situată între liniile de la nivelul începerii (sau unde începea) creșterii părului și cea care unește ambele margini supraorbitale. Etajul mijlociu este situat între liniile care unesc ambele margini supraorbitale și cea care trece la nivelul marginilor inferioare ale aripilor nazale. Etajul inferior prezintă porțiunea dintre linia care trece la nivelul marginilor inferioare ale aripilor nazale și marginea inferioară a mentonului. Înălțimea treimii inferioare, fiind menținută de prezența dinților, nu este constantă și în caz de leziuni la nivelul arcadei dentare (edentații parțiale întinse, totale, abraziunea patologică a dinților etc.) proporțiile treimii inferioare a feței în corelație cu etajul mijlociu, care este constant, se micșorează.

În dependență de caracterul patologiei deviază și schimbările în structura regiunii maxilofaciale. Așa, de exemplu, lipsa unui molar nu va duce la dereglări de structură a feței, pe când lipsa dinților frontali va duce la căderea spre oral a buzelor. În caz de edentații laterale întinse vom observa căderea obrazilor spre oral creșterea aspectului de obraji supți. În edentații unilaterale întinse vom avea asimetriei faciale, iar în edentații întinse cu pierderea dimensiunii verticale de ocluzie, ca și în caz de edentație totală, sau abraziune generalizată a dinților, va fi micșorat etajul inferior al feței, iar comisurile gurii vor fi coborâte.

În continuare se execută palparea digitală a regiunii maxilofaciale, atrăgând atenția la apariția durerilor în zonele articulației temporomandibulare, a mușchilor, ganglionilor limfatici submandibulari, evidențiind starea lor. La fel se examinează cinematica mandibulară de închidere și deschidere a gurii. Poziția și caracterul excursiilor condililor articulari ai mandibulei se examinează prin palpate cu ajutorul indexului introdus în ductul auditiv extern propunând pacientului să execute mișcări de deschidere și închidere a gurii, iar prin auscultație depistăm zgomotele articulare.

Examenul obiectiv. Acest compartiment cuprinde examenul exobucal, endobucal și complementar (paraclinic).

a) Examenul exobucal. Se execută prin inspecția regiunii maxilofaciale din față și profil atrăgând atenția la starea și culoarea pielii, a mucoasei buzelor, prezența sau lipsa asimetriei faciale, la linia de contact și poziția buzelor, obrazilor, comisurilor gurii, gradul de exprimare a șanțurilor perilabiale, poziția mentonului, mărimea unghiurilor mandibulei, starea etajului inferior al feței.

Vorbind despre etajul inferior sau treimea inferioară a feței, se are în vedere împărțirea feței după legitățile an-

b) *Examenul endobucal.* Se execută prin inspecția cavității bucale cu ajutorul instrumentelor (oglindea stomatologică, sonda, pensa dentară etc.) în condiții de iluminare perfectă. Examenul organelor și al țesuturilor cavității bucale urmărește scopul de a scoate la iveală dereglările morfologice, comparând starea lor prezentă cu structura morfologică. La realizarea acestor sarcini afară de inspecția vizuală se aplică metodele de palpate, percuție și sondare, iar la necesitate și cele paraclinice. Examenul endobucal se execută într-o anumită ordine: 1) raportul dintre buze, gradul de deschidere a gurii și mobilitatea mușchiului orbicular al buzelor; 2) dinții; 3) arcadele dentare; 4) raportul dintre arcadele dentare (tipul de ocluzie); 5) mucoasa cavității bucale; 6) apofizele alveolare și maxilarele.

Raportul dintre buze, gradul de deschidere a cavității bucale și mobilitatea mușchiului orbicular al buzelor pot fi influențate de dereglările musculare și articulare, care le vom lua în considerație la alcătuirea viitorului plan de tratament. Așa, de exemplu, îngustarea orificiului bucal din cauza cicatricelor nu ne va permite amprentarea cu linguri standarde de amprentare sau să confecționăm proteze dentare mobile obișnuite, deoarece la un grad de îngustare esențială ele nu vor putea fi introduse în cavitatea bucală. Examinând gradul de deschidere a gurii, atragem atenția la dinamica mandibulei care poate să se deplaseze lent, în treaptă, în linie frântă sau alte traiectorii cu devieri de la normă: paramediane, sinuoase, baionetă etc. Devierile observate în dinamica mandibulei se măsoară și se notează. Este stabilit că gradul de deschidere a gurii măsurat între marginile incizale ale dinților este egal cu circa 4—6 cm.

Examenul dinților. Se examinează fiecare dinte din punctul de vedere al integrității tuturor suprafețelor coronare, al volumului și formei, al sediului, direcția, culoarea, structura țesuturilor dure și stabilitatea, raportul porțiunilor intraalveolare și supraalveolare.

Există o anumită ordine a examenului dinților și respectarea acestei ordine urmărește scopul de a nu scăpa din vedere devieri.

S. Kriștab recomandă de a începe examenul cu incisivii centrali la mandibulă trecând în stînga, apoi în dreapta, după ce trecem la maxilă în aceeași ordine. V. Kopeikin, E. Gavrilov și A. Șcerbakov consideră că este mai rațional de a începe examenul de la dintele de minte al unei hemiarcade, terminînd cu dintele de minte al celeilalte hemiarcade. Luînd în considerație că examenul dinților cere notarea lor, cea mai frecventă ordine de înscriere în formulă este cea cu începere de la nivelul molarului de minte din partea dreaptă superioară și se termină la molarul de minte din partea stîngă, trecînd apoi la mandibulă și continuînd de la nivelul molarului de minte din stînga și terminînd cu cel din dreapta.

Există mai multe sisteme de notare a dinților permanenți și temporari. În prezent cele mai răspîndite sînt sistemele școlii anglo-saxone, franceze, americane, aritmetic și internațional (F.D.I.).

La baza tuturor acestor sisteme sînt puse 3 principii: 1) separarea arcadei dentare superioare de cea inferioară printr-o linie ori-

zontală, iar fiecare arcadă dentară printr-o linie verticală este împărțită în două hemiarcade: din stînga și dreapta; 2) dinții de pe fiecare hemiarcadă dentară se numerotează cu cifre arabe pentru dinții permanenți și cu cifre romane pentru cei temporari. Incisivul central este notat cu cifra 1, iar molarul de minte cu cifra 8 în denția permanentă și cifrele I—V în cea temporară; 3) schema formulei reprezintă imaginea denturii celui supus examenului din fața examinatorului și deci dinții din stînga vor fi notați în schema din dreapta, iar cei din dreapta în cea din stînga.

Sistemul școlii anglo-saxone. La baza acestui sistem a fost pusă notarea dinților în unghiul drept format din intersectarea liniei orizontale care imită separarea arcadei dentare superioare de cea inferioară, cu linia verticală care împarte fiecare arcadă dentară în două hemiarcade. Fiecare dinte sau grup de dinți se va găsi în cele patru deschideri ale unghiului drept, avînd numărul de rînd începînd cu incisivul central pe fiecare hemiarcadă. De exemplu: incisivul lateral superior stîng — 1 2, drept — 2, caninul superior stîng — 3, drept — 3; incisivii centrali superiori — 1 1; primul molar inferior drept — 6; stîng — 6.

Formula dentară completă:

$$\begin{array}{c} 8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \mid 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8 \\ \hline 8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \mid 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8 \end{array}$$

Acest sistem a căpătat o răspîndire largă pretutindeni, deși nu poate fi folosit în calculul cibernetic.

Sistemul școlii franceze. La baza sistemului a fost pusă notarea hemiarcaadelor dentare cu literele «D» (dreapta) și «S» (stînga) la maxilă, și «d» și «s» — la mandibulă, iar dintele fiind notat imediat după literă cu cifra corespunzătoare. De exemplu: incisivul central superior din dreapta — D1; din stînga — S1; incisivul central inferior din dreapta — d1; din stînga — s1 etc.

Formula dentară completă:

$$\begin{array}{c} D_8\ D_7\ D_6\ D_5\ D_4\ D_3\ D_2\ D_1 \mid S_1\ S_2\ S_3\ S_4\ S_5\ S_6\ S_7\ S_8 \\ \hline d_8\ d_7\ d_6\ d_5\ d_4\ d_3\ d_2\ d_1 \mid s_1\ s_2\ s_3\ s_4\ s_5\ s_6\ s_7\ s_8 \end{array}$$

Acest sistem are același neajuns ca și sistemul anglo-saxon.

Sistemul școlii americane. La baza acestui sistem a fost pusă notarea dinților cu cifre arabe de la 1 la 32 începînd de la molarul de minte superior din dreapta (1), terminînd la arcada superioară cu molarul de minte din stînga (16), trecînd la molarul inferior de minte din stînga (17) și terminînd cu cel din dreapta (32). Acest sistem exclude împărțirea arcadei dentare în hemiarcade și cere memorizarea numărului de rînd al fiecărui dinte.

Formula dentară completă:

1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16
32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17

Avantajele sistemului constau în posibilitatea de a prelucra datele necesare cu ajutorul calculului cibernetic.

Sistemul aritmetic. La baza notării a fost pus sistemul de depistare a dinților folosind semnul «+» (plus) pentru arcada dentară superioară și semnul «-» (minus) pentru arcada dentară inferioară. Aceste semne, în dependență de poziția lor din dreapta sau stînga față de cifra corespunzătoare a numărului dintelui, ne indică și linia mediană. Deci pentru a indica dintele de pe hemiarcada dentară din dreapta semnul corespunzător «+» sau «-» se notează în partea dreaptă a cifrei corespunzătoare. De exemplu: 2+ — incisivul lateral superior din dreapta; 6- — primul molar inferior din dreapta. Dacă aceste semne sînt indicate din partea stîngă a cifrei, ele ne indică că dinții aparțin hemiarcadelor dentare din stînga. De exemplu: +1 — incisivul central superior din stînga; -2 — incisivul lateral inferior din stînga.

Formula dentară completă:

8+ 7+ 6+ 5+ 4+ 3+ 2+ 1+ +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8
8- 7- 6- 5- 4- 3- 2- 1- -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8

Acest sistem cere memorizarea semnului indicat înaintea cifrei respective și este dificil în comunicarea verbală.

Sistemul Federației Dentare Internaționale (F.D.I.). La baza acestui sistem a fost pus principiul de notare a fiecărei hemiarcade dentare cu cifra corespunzătoare cadranelui format de la intersecția unei linii verticale cu una orizontală. Prin urmare, cadrantul hemiarcadei superioare din dreapta este notat cu cifra «1» arab, din stînga — cu cifra «2», cadrantul hemiarcadei inferioare din stînga — cu cifra «3», iar cel din dreapta — cu cifra «4». Pentru notarea formulei dentare corespunzătoare se adaugă cifra dintelui. De exemplu, 1.3 — caninul superior din dreapta; 1.6 — primul molar superior din dreapta; 2.1 — incisivul central superior din stînga; 3.3 — caninul inferior din stînga; 4.1 — incisivul central inferior din dreapta etc.

Formula dentară completă:

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

Avantajele acestui sistem constau în posibilitatea simplă de notare, de comunicare și de prelucrare cu calculatoarele contemporane.

De menționat că în activitatea practică ne folosim de acel sistem, care este acceptat în regiunea geografică dată. Noi ne folosim de sistemul școlii anglo-saxone. În cadrul diferitelor foruri internaționale se folosește sistemul F.D.I.

Prin urmare, examinând fiecare dinte, se completează formula dentară notându-se devierile evidențiate. Atragem atenția la integritatea coroanei, notând prezența și localizarea leziunii, întinderea în suprafață și profunzime, prezența obturațiilor și starea suprafețelor lor (rugoase, nelustruite) care pot mări trauma ocluzală. Se relevă leziunile traumatice (fisuri sau fracturi), abraziunea patologică (localizată sau generalizată, gradul), anomalii de structură ale țesuturilor dure, (distrofii, eroziuni, hipoplazie etc.). În continuare se evidențiază culoarea dinților (normală sau anormală), forma și mărimea (dinții în formă de cui, conoizi, globulari, nanci, giganti etc), prezența anomaliilor de sediu, când dinții sînt plasați ectopic, vestibular sau oral față de arcada dentară; anomalii de direcție, când avem abateri de la normă a axului de implantare dentară; anomalii de număr: dinți supranumerari (hiperodontie) și anodontie, care poate fi parțială (hipodontie) și totală.

O deosebită importanță are aprecierea prezenței sau absenței punctelor de contact, diasteme, treme, migări, care pot fi în direcție sagitală, verticală, transversală sau mixtă (înclinări, rotații). Luînd în considerație forma arcadelor dentare, migrările în fiecare plan vor fi diverse în raport de locul dintelui în arcada dentară. Așa, de exemplu, pentru dinții frontali migrarea în plan sagital va corespunde direcției vestibuloorale, pe cînd pentru dinții laterali — direcției meziodistale. Migrarea în plan transversal pentru dinții frontali va corespunde direcției meziodistale, iar pentru cei laterali — direcției vestibuloorale. În plan vertical migrările sînt identice pentru toți dinții.

Stabilitatea dinților sau gradul lor de mobilitate depinde de starea parodontului și raportul dintre înălțimea coroanei și lungimea rădăcinii clinice. În condiții de normă dinții posedă o mobilitate fiziologică, care cu ochiul liber nu poate fi observată. Pentru determinarea acestei mobilități sînt necesare aparate speciale. Totodată, existența acestei mobilități a fost stabilită indirect. După erupția dinților și stabilirea punctelor de contact cu dinții vecini, pe parcursul vieții, datorită microdeplasărilor fiziologice ale dinților în diferite direcții, țesuturile dure din regiunea punctelor de contact se supun abraziiei și treptat se transformă în suprafețe de contact. Ca dovadă a acestor fenomene sînt suprafețele de contact din ambele părți ale dintelui (mediană și distală) situat în mijlocul arcadei dentare și prezența numai a unei suprafețe (mediane) de contact la ultimii dinți.

În cadrul examenului medicul trebuie să evidențieze prezența sau absența mobilității patologice a dinților. Gradul de mobilitate se apreciază prin palparea prinzînd fiecare dinte cu indexul și policele mîinii drepte sau cu ajutorul pensei.

Deosebim trei grade de mobilitate patologică: I — dintele prezintă mobilitate numai în direcție vestibuloorală; II — dintele prezintă mobilitate nu numai în direcție vestibuloorală, dar și meziodistală; III — dintele este mobil în direcție vestibuloorală, mezo-

distală și verticală. Desigur că metodele clinice de determinare a mobilității sînt destul de subiective, însă denotă lezarea parodontului.

Examenul clinic al parodontului constă în determinarea hipertrofiei, retracției gingiei și a adîncimii pungilor parodontale cu ajutorul sondei boante, gradată în milimetri (parodontometria). Măsurarea și înregistrarea valorilor obținute se fac pentru fiecare suprafață a dintelui. Observațiile clinice au dat posibilitate să constatăm că între gradul de mobilitate a dintelui și adîncimea pungii parodontale există o anumită dependență, însă nu totdeauna corespunde realității. Se consideră că o adîncime de 2—4 mm corespunde mobilității de gradul I; de la 4 pînă la 6 mm — gradului II; o adîncime de peste 6 mm corespunde gradului III. Totodată se cercetează aspectul și starea mucoasei gingivale, determinînd gradul de inflamație, folosind indicele P.M.A. propus de Mühleman. La folosirea acestui indice parodontul marginal este împărțit în trei zone: papila (P), marginea liberă a gingiei (M), gingia din dreptul alveolei (A). Gradul de inflamație cronică este notat:

- 0=lipsa semnelor de inflamație cronică;
- 1=P — roșie, turgescență, sîngerează la atingere cu sonda boantă; M și A — de aspect normal;
- 2=P și M — roșii turgescențe, P — sîngerează la atingere, A — de aspect normal;
- 2x=colorație cianotică la nivelurile P și M;
- 3=P, M și A — roșii, tumefiate plus secreția la apăsare;
- 3x=P, M și A — cianotice și secreție purulentă la apăsare;
- 4=P, M și A — puternic afectate și secreție purulentă abundentă.

Examinînd fiecare dinte, relevăm existența sau absența depozitelor de placă dentară și a tartrului supra- și subgingival, starea de igienă a cavității bucale.

Examenul arcadei dentare. Se execută prin inspecția separată, inițial a arcadei dentare inferioare, apoi a celei superioare evidențiind: 1) forma arcadei dentare; 2) existența, mărimea, numărul și topografia breșelor; 3) existența, caracterul și starea protezelor dentare care restabilesc integritatea arcadei dentare; 4) caracterul și nivelul ariei ocluzale; 5) raportul fiecărui dinte față de planul de ocluzie.

Arcadele dentare vor avea diverse forme în dependență de variația tipului de ocluzie. În caz de ocluzie ortognată arcada dentară superioară, ca regulă, are o formă semieliptică, iar cea inferioară — hiperbolică. La ocluzia dreaptă (cap-la-cap) ambele arcade se apropie de forma semieliptică. În cazul formelor atipice se notează particularitățile («V», «U», «M», liră, trapezoidă etc.).

Apreciind mărimea, numărul și localizarea breșelor, conchidem că ele se notează pentru fiecare arcadă dentară în parte. După mărimea breșei (numărul dinților absenți) deosebim edentație parțială, redusă (absenți 1—2 dinți), întinsă (absenți 3—4 dinți), sub-

totală (prezenți 1—4 dinți). Breșele pot fi localizate pe o hemiarcadă sau pe ambele, în zona frontală, laterală (posteroară). Fiecare breșă poate fi mărginită la ambele capete cu dinți restanți (breșe intercalate) sau numai la o extremitate (breșe terminale). Când pe una și aceeași arcadă avem ambele varietăți de breșe — edentația este mixtă. La caracteristica breșelor în literatura de specialitate mai pot fi întâlniți și alți termeni. Arcadele dentare cu breșe intercalate unii autori le numesc arcade dentare întrerupte; în cazul breșelor terminale folosesc denumirea arcade dentare scurte; în caz de edentație mixtă — arcade dentare întrerupte și scurte. Se consideră că există mai mult de 62 mii de varietăți de breșe ale arcadelor dentare, care au fost sistematizate în clase de diferenți autori: Kennedy, Betelman, Gavrilov, Eichner, Kurleandski, Costa etc.

La examinarea protezelor fixe se atrage atenția asupra gradului de închidere marginală la coroanele de înveliș unitare și coroanele din punți dentare și șini, la integritatea feței ocluzale, prezența posibilelor dezlipiri, fracturi, raportul cu dinții antagoniști, iar la punțile dentare și cu apofiza alveolară. În cazul protezelor mobile se examinează starea lor și particularitățile câmpului protetic (dinții restanți, fibromucoasa, țesutul osos).

La examenul arcadelor dentare evidențiem nivelul general al ariei ocluzale și nivelul suprafeței ocluzale al fiecărui dinte față de ea și planul de ocluzie.

Examenul apofizelor alveolare. Acest examen se va efectua la edentațiile parțiale și totale prin inspecție și palpate digitală, fapt ce ne va da posibilitate să evidențiem și să precizăm limitele breșelor dentare, înălțimea, forma, lățimea și direcția apofizelor, distanța de la planul de ocluzie la zona edentată. Cu deosebită atenție vom examina apofizele alveolare la edentațiile terminale, întinse, subtotale și totale, când va fi necesar un tratament protetic cu proteze mobile, deoarece ele vor fi instalate pe acest câmp. În așa cazuri se va lua în considerație retentivitatea versanților vestibulari și orali, prezența marginilor ascuțite, a exostoazelor, proeminențelor care deformează osul datorită dinților incluși, odontoamelor, chisturilor etc., care cer o prealabilă pregătire chirurgicală. La aprecierea clinică a apofizelor edentate se folosesc mai multe clasificări: Atwood, Lejoyeux, Schröder, Köller, Kurleandski, Oksman, Doinikov etc.

Examenul mucoasei bucale. Examenul mucoasei bucale se execută prin inspecție și palpate digitală la nivelul buzelor, apofizelor alveolare, obrazilor, bolții palatine, limbii, planșeului bucal.

Din punctul de vedere al mobilității deosebim trei tipuri de mucoasă: activ mobilă, pasiv mobilă și imobilă. Mucoasa activ mobilă acoperă zonele musculare ale cavității bucale (buzele, obrazii, palatul moale, planșeul bucal, limba). Mucoasa imobilă sau fibromucoasa fixă acoperă apofizele alveolare, versantele lor vestibulare și orale și bolta palatină. Datorită stratului submucos fibromucoasa poate

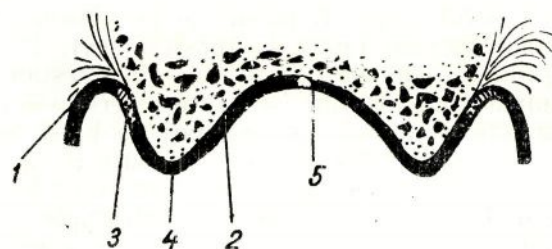


Fig. 27. Maxila în secțiune: 1 — mucoasa activ mobilă; 2 — mucoasa imobilă; 3 — mucoasa pasiv mobilă; 4 — apofiza alveolară; 5 — bolta palatină

rea stratului submucos și de alte particularități individuale.

Mucoasa pasiv mobilă este prezentată printr-o zonă cu o lățime de 1,5—2,0 mm situată la trecerea mucoasei imobile în activ mobilă. Ea a fost numită pasiv mobilă, deoarece poate fi mobilă în plan orizontal doar prin aplicarea forței. Astfel ea va putea fi mișcată orizontal, de exemplu, cu ajutorul pensei (fig. 27).

Prin palparea digitală sau instrumentală se va aprecia nu numai gradul de reziliență a mucoasei în diferite zone, dar și gradul de sensibilitate. În continuare vom examina starea formațiunilor anatomice, care vor fi luate în considerație la tratamentul protetic, folosindu-se protezele mobile. Din aceste formațiuni fac parte frenurile și plicele inserate direct pe apofiza alveolară, (frenul buzei inferioare, superioare, plica pterigomandibulară, rugile palatine, papila incisivă, tuberculi periformi ai mandibulei), fovele palatine, particularitățile planșeului bucal și a spațiului retroalveolar. Acest spațiu prezintă interes, deoarece peretele lateral este acoperit cu mucoasă imobilă și se folosește ca zonă de lărgire a cîmpului protetic la mandibulă. El mărginește în partea superioară și cea posterioară cu arcul glosopalatinal, inferioară — cu planșeul bucal, exterioară cu mandibula, iar în partea interioară — cu porțiunea distală a limbii.

Examenul relației și raportului de ocluzie centrică. După examenul arcadei dentare este necesar de a supune analizei relațiile intermaxilare și interdente, care servesc drept criteriu important la alcătuirea și realizarea planului protetic. Aceste relații se vor studia în plan vertical, transversal și sagital. Pozițiile mandibulei față de maxilă pot fi centrice, excentrice cu contact între arcadele dentare și fără contact. Reieșind din acestea, inițial se va determina tipul de ocluzie. Pacientului, la care mandibula se găsește în stare de postură, i se propune de a închide cavitatea bucală în ocluzia centrică, folosind diverse probe (degluțiția, mișcarea de închidere rapidă a cavității bucale, închiderea cavității bucale cu realizarea contactului bilateral din zona primilor molari ș. a.) și metode de ghidare unimanuală sau bimanuală a mandibulei în ocluzia centrică fără a provoca presiuni puternice asupra ei. Convingându-ne

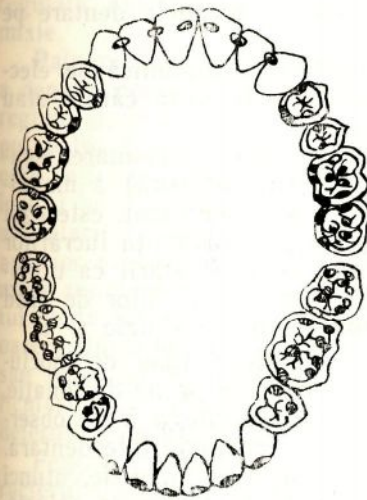


Fig. 28. Schema contactelor ocluzale în intercuspidarea maximă (după Körber)

a plăcuțelor de ceară ramolită. În scop științific pot fi folosite și alte metode ca, de exemplu, cea fotoelastică în cadrul căreia se folosește acrilatul transparent, lumina polarizată, computerul ș. a.

După examenul relațiilor ocluzale statice se supun unei analize și relațiile de ocluzie dinamică (mișcări de propulsie și lateralitate). La mișcările de propulsie se atrage atenția asupra caracterului de ghidaj anterior al ocluziei. Datorită supraacoperirii dinților frontali inferiori de cei superiori, la deplasarea mandibulei anterior, incisivii inferiori alunecă pe suprafețele palatinale ale antagoniștilor pînă la marginea incisivală. În așa mod incisivii superiori dirijează mișcarea de propulsie. În poziția de contact cap-la-cap a incisivilor, datorită ghidajului anterior, apare o inocluzie laterală, care depinde de gradul de supraacoperire frontală. Cu cît mai mare va fi gradul de acoperire a dinților frontali inferiori, cu atît mai mare va fi și spațiul de inocluzie laterală.

La examenul mișcărilor de lateralitate medicul propune pacientului să deplaseze mandibula din poziția ocluziei centrice spre dreapta sau stînga pînă la poziția de cap-la-cap a caninilor sau a cuspidelor vestibulari ai dinților laterali. În acest timp este necesar de a observa caracterul de conducere al mandibulei: canină (ocluzie de protecție canină) sau de grup (ocluzie de protecție de grup). În caz de ocluzie de protecție canină se observă o inocluzie bilaterală (la contactul cap-la-cap al caninilor), iar în caz de ocluzie de protecție de grup, la așa un grad de lateralitate al mandibulei, se va înregistra o inocluzie pe hemiarcada inactivă (de balanță) și un con-

că pacientul a închis cavitatea bucală în ocluzia centrică, examinăm tipul ocluziei, conducîndu-ne de semnele clinice caracteristice fiecărui tip din cele cunoscute. Ulterior vom examina relațiile ocluzale în intercuspidarea maximă pentru care este caracteristic așa un raport interdental cînd între suprafețele ocluzale ale dinților se stabilește un contact intercuspidian și fiecare dinte se găsește în ocluzie cu doi antagoniști, afară de incisivii centrali inferiori și ultimii molari superiori. Prin urmare, un rol important în poziție statică normală de intercuspidaere maximă îl joacă contactul cuspidelor cu fosele ocluzale și crestele marginale (fig. 28).

Inregistrarea acestor contacte, ca și a celor dinamice se efectuează cu ajutorul hîrtiei de articulare sau

tact vîrf-la-vîrf a cuspizilor vestibulari dintre arcadele dentare pe hemiarcada activă (lucrătoare).

Depistarea dereglărilor de ocluzie statică și dinamică se efectuează prin aprecierea contactelor premature, la baza cărora stau diferiți factori ce duc la trauma ocluzală.

Examenul relațiilor intermaxilare continuă cu determinarea spațiului de inocluzie în starea de repaus relativ (postură) a mandibulei, care în condiții de normă, după cum s-a menționat, este egal cu 2—3 mm. Acest spațiu poate fi micșorat prin prezența lucrărilor protetice confecționate în supraocluzie sau poate fi mărit ca urmare a abraziunii generalizate a țesuturilor dure ale dinților de grad pronunțat, de lucrări protetice confecționate în subocluzie ș. a.

Din punct de vedere practic mărimea spațiului liber de inocluzie poate fi ușor apreciată cu ajutorul așa-numitei probe de fonajie, cînd medicul îi propune pacientului să pronunțe cîteva fraze observînd în acest timp cu ochiul liber gradul de inocluzie interdentară. Dacă este necesar de a determina acest spațiu cu precizie, atunci folosim metoda de determinare a dimensiunii verticale de ocluzie, care este mai mică cu 2—3 mm decît cea în starea de repaus fiziologic relativ (postură) a mandibulei. În dependență de mărimea spațiului liber de ocluzie va fi alcătuit planul de pregătire și de tratament protetic definitiv.

c) *Examenul articulației temporomandibulare (A.T.M.)*. Această articulație, fiind o verigă de bază a sistemului stomatognat și găsindu-se în relații reciproce cu sistemele dentar și muscular, la dereglările morfologice și de funcții ale acestor sisteme prezintă diferite modificări și în A.T.M.

Prin urmare, examenul A.T.M. este obligatoriu și se efectuează independent de afecțiunile sistemului stomatognat. La realizarea lui se folosesc metode clinice și paraclinice, la aplicarea cărora este necesar să se țină cont de particularitățile anatomice și funcționale ale acestei articulații.

Metodele clinice se reduc la examenul efectuat prin inspecția regiunii A.T.M., prin palpare și auscultație. La inspecția regiunii A.T.M. atragem atenția asupra prezenței sau absenței asimetriei dintre ambele articulații, culoarea pielii, caracterul deschiderii și închiderii gurii, care pot fi limitate cu sau fără devieri de la linia mediană, provocînd sau nu dureri în articulație. Gradul de deschidere a gurii se determină prin măsurarea distanței dintre părțile incisive ale dinților frontali inferiori și superiori cu ajutorul unei rigle, ținîndu-se cont de faptul că în condiții de normă această distanță este individualizată și va fi egală cu 4—6 cm. Gradul de deviere laterală a mandibulei va fi determinat prin măsurările dintre unghiurile incisive ale incisivilor centrali superiori și inferiori. Dacă la deschiderea gurii vom observa între marginile incisivale ale dinților frontali o distanță mai mică de 3,5 cm sau dacă deviația laterală va fi mai mare de 2 mm, acești indici ne vor denota o stare patologică. Afară de laterodeviație deschiderea gurii poate fi ne-

regulată, de tip sinusoidal, în formă de trepte, baionetă sau mișcări mixte.

Palparea A.T.M. se efectuează bilateral și urmărește scopul de a depista prezența durerilor ca un simptom al afecțiunilor acestei regiuni și de a evidenția caracterul excursiilor mandibulare. În timpul palpării indexurile ambelor mâini sînt situate în zona anterioară de tragusul auricular. Pacientului i se propune să deschidă gura lent și prin palpare se determină suprafața posterioară a condililor articulari și, deci, și a spațiului articular distal. Deplasînd degetele anterior și aplicînd în această zonă o oarecare presiune, se determină zonele sensibile la dureri. Palparea se efectuează în momentul contactului dintre arcadele dentare și la deschiderea gurii, deoarece durerile pot apărea la deschiderea gurii inițial, intermediar sau terminal. Comparîndu-se momentul apariției durerilor cu particularitățile și corelațiile dintre elementele articulației, se poate determina cauza durerilor.

Pentru a depista același simptom, la fel și pentru a observa caracterul mișcărilor condililor articulari în fosele articulare, se efectuează palparea prin conductele auditive externe. Introducînd degetele mici în conductele auditive, pacientului i se propune să facă diverse excursii mandibulare (deschidere, închidere, mișcări de propulsie, lateralitate), apreciînd astfel apariția durerilor la presiunea digitală și modul de alunecare a condililor articulari. Se constată și apariția durerilor la executarea unei presiuni moderate pe menton în direcție posterioară.

Auscultația A.T.M. se efectuează în timpul palpării și diverselor excursii mandibulare, evidențiîndu-se: frecăturile, crepitațiile și cracmentele, salturile și subluxațiile condililor articulari. Mai eficace este socotită auscultația prin intermediul fonendoscopului. La acest examen se atrage atenția la momentul apariției zgomotului (inițial, intermediar sau terminal) în cadrul mișcărilor mandibulare. Are mare importanță evidențierea caracterului salturilor condieliene: succesive, laterale, dacă ele determină traiectorii la mișcările verticale sau nu (în formă de zigzag, sinusoidă). Prezența simptomelor clinice ne indică necesitatea aplicării unui examen complementar.

d) *Examenul musculaturii.* Starea mușchilor sistemului stomatognat ca element motoric al mandibulei, în mare măsură depinde de starea sistemului dentar, caracterul alimentelor, stereotipul de masticăție, tipul sistemului nervos etc. Examenul clinic al acestei veriği importante se efectuează prin inspecție generală și palpare. Inspecția ne dă posibilitate să constatăm absența sau prezența asimetriei feței, care poate apărea ca urmare a unei hipertrofii sau atrofii musculare. Hipertrofiile musculare, în primul rînd ale mușchiiului maseteric și temporal, pot fi unilaterale și bilaterale și vor avea loc în caz de o hiperfuncție respectivă, iar atrofia poate fi provocată de afecțiunile sistemului de înervație, afecțiuni ale A.T.M. ș. a.

Palparea se efectuează bilateral pentru a compara partea dreap-



Fig. 29. Palparea mușchiului temporal



Fig. 30. Palparea bimanuală a mușchiului maseteric

ia cu cea stîngă și a evidenția tonusul muscular, localizarea și cauzele apariției durerii, precum și starea de încordare musculară. Luîndu-se în considerație topografia mușchilor, palparea se recomandă a fi efectuată în anumită ordine, extraoral și intraoral, exercitînd presiuni pe suprafața musculară. Palparea extraorală a mușchilor temporali se execută cu policele, plimbîndu-le de la fasciculele anterioare spre cele posterioare, aplicînd o anumită presiune în vederea depistării localizării durerilor (fig. 29). Intraoral vor fi palpate la rînd, fasciculele anterioare începînd din dreapta, apoi în stînga. În acest scop degetul arătător va fi deplasat pe ramura ascendentă a mandibulei în sus și distal.

La palparea mușchiului maseteric pacientului i se propune să strîngă maximal arcadele dentare. După relaxare este rațională și palparea bimanuală, cînd cu degetul arătător aplicăm o presiune din partea orală, iar cu policele celeilaltei mîini — extraorală (fig. 30).

Particularitățile palpării mușchiului pterigoidian median la fel constă în introducerea policelui intraoral plimbîndu-l spre unghiul mandibulei, pe cînd policele celeilalte mîini sînt plasate în zona de inserție extraorală a mușchiului maseteric.

La palparea mușchiului pterigoidian lateral degetul arătător se plasează vestibular pe apofiza alveolară a maxilei deplasîndu-l lent în zona distală a tuberozității maxilare.

Mușchii digastrici incipient se palpează extraoral și bimanual deplasînd policele ambelor mîini în zonele inferioare ale apofizelor mastoidene, aplicînd o presiune slabă în direcția mediană a ramurii ascendente, spre unghiul mandibular. În așa mod putem primi informații despre starea fasciculului posterior. Cel anterior se palpează tot în așa mod în zona submentonului. În caz de localizare a proceselor patologice în zona mușchilor ridicători ai mandibulei observăm și o hiperactivitate a mușchilor sternocleidomastoidieni, a cefei și vertexului. Prin urmare, palparea acestor zone musculare cu evidențierea localizată a durerilor ne va confirma prezența perturbărilor disfuncționale musculare.

2.2. Examenul paraclinic (complementar)

În protetica dentară rezultatele examenului clinic deseori nu sînt suficiente pentru stabilirea diagnosticului definitiv, care cere oglindirea schimbărilor morfofuncționale în sistemul stomatognat și va sta la baza întocmirii și realizării planului de tratament. Totodată diverse leziuni, deteriorări sau maladii au un tablou clinic identic și deci apare necesitatea de a depista particularitățile lor și de a formula diagnosticul diferențiat. Prin urmare, la stabilirea unui diagnostic corect este necesar de a efectua și un examen paraclinic, complementar, datele căruia, fiind integrate cu cele clinice, ne vor da posibilitate de a face o concluzie definitivă.

Hotărîrea medicului de a întreprinde un examen complementar reiese din particularitățile tabloului clinic al maladiei și starea generală a organismului. Reieșind din acestea, examenul paraclinic se va reduce la aplicarea diverselor examinări locale, generale sau și unul și altul.

În acest compartiment noi vom reda numai principiile de bază ale diverselor metode de examen paraclinic, fără interpretarea rezultatelor, deoarece ele cer o comparație cu datele caracteristice pentru starea normală a obiectului studiat și în fiecare caz vor fi individualizate.

Examenul radiologic. Este unul din examenele complementare de bază la precizarea modificărilor țesutului osos, rapoartelor dintre diferite segmente și elemente ale scheletului sistemului stomatognat, iar uneori și a modificărilor funcționale. În acest scop pot fi utilizate metodele de examen radiologic intraoral și extraoral. Investigarea radiologică dentoparodontală sau a altor componente ale sistemului stomatognat se efectuează prin radiografie panoramică (ortopantomografia), tomografie, teleradiografie, cineradiografie, artrografie, electroradiografie.

Radiografia intraorală sau dentoparodontală. Studiul filmului radiografic căpătat prin metoda intraorală ne dă posibilitate de a preciza starea țesuturilor dure ale dinților, depistarea diverselor leziuni odontale, cum ar fi prezența cavitațiilor provocate de caria dentară în zonele proximale sau a coletului (în caz de o acoperire a dintelui cu coroane artificiale). Importantă este informația despre caracterul implantării dintelui, direcția axului său și a rădăcinilor, a raportului coroană—rădăcină nu numai în sens vertical, dar și orizontal, dereglările cărora pot duce la instabilitatea lui. Analiza datelor obținute ne dă posibilitate să precizăm topografia, forma, mărimea camerei pulpare și starea canalelor radiculare. În caz de abraziuni pronunțate ale țesuturilor dure ale dintelui se vor constata și modificări ale camerei pulpare, iar canalele radiculare pot fi calcificate parțial sau total. Dacă dintele a fost supus unui tratament cu extirpația pulpei radiculare, se va determina calitatea obturației, atrăgînd atenția la zona apicală, unde pot fi obser-

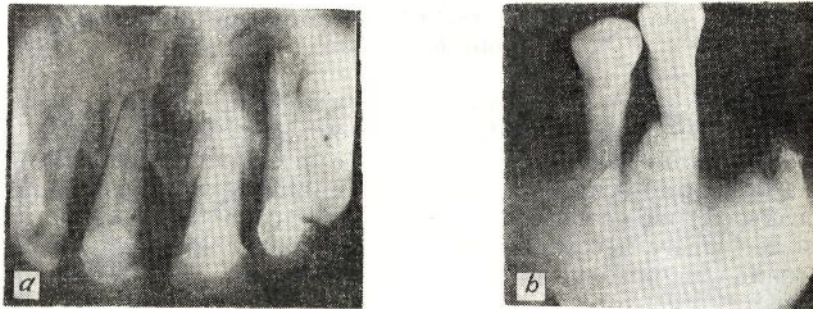


Fig. 31. Radiografie intraorală: a — gradul obturației canalului radicular; b — dereglarea raportului coroană-rădăcină provocată de resorbția țesutului osos

vate modificări ale țesutului osos, hipercimentoză radiculară sau osteoscleroză.

Examenul radiologic intraoral pune în evidență și starea spațiului periodontal și a osului alveolar. În țesutul osos alveolar poate fi relevată o distrugere a laminei dure, resorbția septurilor interdentare și interradiculare. Deosebim două tipuri de resorbție: verticală și orizontală. Pentru resorbția verticală este caracteristică prezența neregularităților unghiulare ale crestei apofizei, pe când pentru cea orizontală în zona septurilor alveolare se observă o resorbție trunchiată, adică secționată în plan orizontal.

Radiografia intraorală ne mai poate evidenția suplimentar prezența dinților în retenție, resturi radiculare, fracturi radiculare și a oaselor maxilare, distrucții ale țesutului osos provocate de procese inflamatorii, tumori etc. (fig. 31 a, b).

Radiografia extraorală. Dificultățile legate de studiul radiografic intraoral, care permite examenul doar a unui grup mic de dinți și care nu ne oferă posibilitatea unui studiu comparativ al elementelor sistemului stomatognat, au contribuit la elaborarea diverselor metode de examen extraoral.

Radiografia panoramică (pantomografia, ortopantomografia). Acest tip de investigație radiologică se efectuează cu ajutorul radiografiei panoramice prin proiecție desfășurată pe una și aceeași peliculă a celor două arcade dentare și a maxilarelor în ocluzie centrică, stare de postură a mandibulei sau la o deschidere maximă a gurii. Pe așa peliculă vom studia aceleași particularități de structură a parodontului și țesutului osos, însă în acest caz apare posibilitatea de studiu în ansamblu, comparativ și concomitent a rapoartelor dintre arcadele dentare și elementele articulației temporomandibulare (fig. 32).

În acest caz, însă, multe detalii, cum ar fi particularitățile de structură ale marginii osului alveolar, spațiului dentoalveolar, caracterul de trecere a canalelor radiculare ș.a. nu se evidențiază clar pe asemenea pelicule și deci uneori apare necesitatea de a exe-

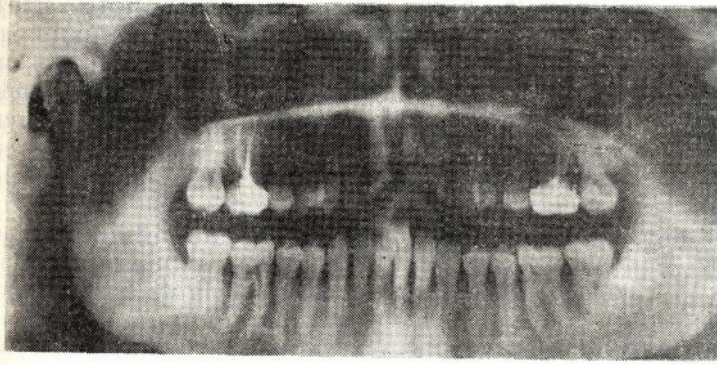


Fig. 32. Radiografia panoramică a maxilarelor

cuta un examen radiologic intraoral suplimentar în cadrul căruia aceste detalii ar putea fi relevate mai bine.

Tomografia. Metodele radiografice obișnuite nu permit vizualitatea precisă a elementelor osoase ale A.T.M. din cauza suprapunerii segmentelor învecinate și structurii compuse ale acestei zone. Metodele propuse de Parma și Schuller sînt complicate și nu totdeauna obținem imagini calitative, iar studiul peliculelor prezintă dificultăți. În asemenea cazuri cea mai utilizată metodă este tomografia, care permite obținerea imaginii radiografice a diferitor straturi ale unui organ, adică la diferită adîncime de la suprafața lui. De aceea ea se mai numește *stratigrafie*. La examenul A.T.M. mai frecvent se folosește tomografia de profil. În scopul analizei imaginilor obținute au fost elaborate mai multe scheme dintre care cele mai reușite sînt cele propuse de Lipsman, Rabuhina, Ricketz. La baza analizei tomogramelor a fost pus raportul dintre elementele A.T.M. conform planului orizontal Frankfurt (fig. 33).

Conform schemei (fig. 33), H este înălțimea tuberculului articular care va fi măsurată de la vîrf pînă la intersecția cu planul

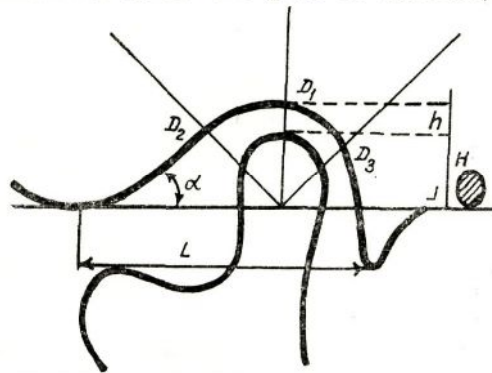


Fig. 33. Schema măsurărilor elementelor articulației temporomandibulare după Rabuhina. Explicație în text

Frankfurt. Înălțimea $H+h$ ne indică adâncimea fosei articulare. Unghiul α indică gradul de înclinare a pantei tuberculului articular către planul Frankfurt. Dimensiunile fosei articulare se măsoară în trei puncte: superior, între condilul articular al mandibulei și fundul cavității articulare (D_1), anterior, între panta tuberculului articular și suprafața anterioară a condilului articular (D_2) și posterior, între suprafața distală a condilului articular și peretele distal al cavității articulare (D_3).

Pe tomogramele obținute în poziție gură-deschisă se determină gradul de deplasare a condililor articulari în comparație cu poziția inițială. În cazul folosirii altor scheme pot fi determinate și alte criterii de raport dintre elementele articulare.

Teleradiografia sau radiografia cefalometrică. Dacă la aplicarea metodelor radiografice sus-numite caseta cu peliculă se găsește lipită de sectorul care urmează să fie filmat, apoi în cazul aplicării metodei teleradiografice caseta se găsește la distanță mare (1,5 metri) de obiectul care va fi filmat. Metoda în cauză ne dă posibilitate să obținem imaginea scheletului maxilofacial și al craniului pe care, prin trasarea diferitor planuri, se va studia raportul dintre diferite segmente comparativ cu norma. Această metodă este utilizată la diagnosticul anomaliilor dentomaxilare, a diverselor asimetrii craniofaciale și a altor dereglări de structură. Imaginea radiografică din față și profil se analizează conform punctelor craniofaciale de măsurare folosindu-se diverse metode (Korkhaus, Tweed, Downs, Schwarz).

Cineradiografia. Este o metodă contemporană de studiu radiologic al A.T.M. nu numai în poziție statică, dar și dinamică. Se utilizează în scop diagnostic la studiul mișcărilor condililor articulari ai mandibulei. Realizată cu ajutorul unui amplificator de luminescență, cinefluorografia utilizează imagini color, ce permit nuanțarea imaginii.

Artrografia. Maladiile A.T.M. provoacă treptat diverse afecțiuni ale meniscului articular, care deseori este traumat și deformat, însă imaginea lui pe filmele radiografice amintite lipsește. Artrografia este unica metodă care oferă detalii privind meniscul. În cazul aplicării acestei metode se injectează în capsula articulară o substanță lichidă de contrast. Metoda are o deosebită importanță pentru precizarea diagnosticului diferențiat, însă prezintă două dezavantaje importante: este dureroasă pentru pacient și dificilă pentru medic.

Electroradiografia. Prezintă o ramură a electrografiei și constă în obținerea imaginii obiectului filmat prin intermediul plăcilor selenice cu aparatul ARG-M. Această metodă poate fi utilizată la diagnosticare anomaliilor generale dentomaxilare și când nu este necesară evidențierea structurii țesuturilor organului filmat.

Analiza modelelor de studiu (diagnostice). Examenul clinic endobucal nu totdeauna ne permite să depistăm diverse momente de ocluzie și raport interdental, să precizăm localizarea contactelor dentare premature din cauza reflexelor de protecție ce apar în ca-

drul utilizării acestor metode. În cavitatea bucală este imposibil de a stabili cu precizie caracterul contactului interdentar în zona cuspidelor orali ai dinților laterali; întâlnim de asemenea dificultăți la precizarea axelor longitudinale ale dinților, raportului dinților lipșiți de antagoniști față de planul de ocluzie etc. În vederea evitării acestor dificultăți se propune aplicarea metodei analizei modelelor de studiu (diagnostice) care prezintă o vastă metodă complementară nu numai la stabilirea diagnosticului, dar și la întocmirea unui plan de tratament protetic corect. Avantajul metodei respective mai constă și în posibilitatea efectuării examenului în absența pacientului, în efectuarea unor măsurări de precizie care nu pot fi făcute în cavitatea bucală, ca de exemplu: determinarea înălțimii spațiului edentat, poziției dinților ce delimitează breșele dentare, fapt ce permite alegerea corectă a variantelor de inserție a protezei etc.

Modelele diagnostice pot fi studiate și analizate separat și în poziție de ocluzie centrică. În acest scop modelele de studiu se vor ghipsa în așa-numitele simulatoare cu ajutorul cheii de ocluzie obținute în cadrul determinării ocluziei centrice sau a relației de ocluzie imediat după amprentare. Alegerea simulatorului va depinde de scopul investigației. Dacă este nevoie de un studiu al relațiilor interdentare în raport de mișcările mandibulare, modelele se vor ghipsa în articulator, care permite imitarea acestor mișcări. Examenul modelelor de studiu pe simulatoare va permite precizarea localizării contactelor interdentare premature, înclinarea suprafețelor palatinale ale frontalilor superiori și traiectoria pe care o parcurg marginile incisivale ale incisivilor inferiori pe această pantă, gradul de înclinare a pantelor cuspidiene a dinților laterali și modul de alunecare intercuspidiană, precum și celelalte relații interdentare. Analiza relațiilor interdentare numai în plan vertical se va face după ghipsarea modelelor în ocluzor, care imită mișcările mandibulei numai în plan vertical.

Electroodontometria. Leziunile țesuturilor dure odontale coronare cum ar fi caria, abraziunea patologică, hipoplazia smalțului, fluoroză, prezența eroziunilor ș. a., ca și dinții preparați sub coroane de înveliș sau traumatismul provoacă diverse afecțiuni ale pulpei dentare. Prin urmare, când medicul pune la îndoială viabilitatea pulpei, este nevoie de un examen care ar stabili starea ei reală. În acest scop se utilizează electroodontodiagnosticul care ne permite să stabilim pragul de sensibilitate a sistemului nervos dentar care indică starea pulpei și a periodonțiului. Pentru determinarea gradului de excitare electrică se folosesc așa aparate ca electroodontometrul (EOM-3), odontodiagnosticul (OD-2M) ș. a. Examenul se efectuează de către medic și sora medicală. După izolarea de salivă a dintelui, medicul amplasează electrodul activ pe marginea incisivală (ocluzală), iar sora medicală, prin rotirea lentă a butonului, pune în funcțiune aparatul care transmite curentul electric la dinte. În momentul apariției sensibilității sora medicală fixează pe cadranul aparatului cifra care indică mărimea curentului în

mkA. S-a constatat că pragul de sensibilitate la dinții sănătoși este egal cu 2—6 mkA. La o inflamație a pulpei acest indice va crește pînă la 40 mkA. Valoarea de pînă la 60 mkA denotă prezența procesului de necroză pulpară; în limitele de 60—90 mkA indică antrenarea în proces a pulpei radiculare; la antrenarea în proces a țesuturilor apicale reacția periodonțiului va fi în limitele 100—120 mkA, iar în caz de o afecțiune și mai profundă a periodonțiului dintele va răspunde la curenți cu o intensitate și mai mare.

Termodiagnosticul. Determinarea reacției dintelui la excitanții termici (fierbinte, rece) este una dintre cele mai simple metode de examinare a stării pulpei. Excitanții termici pot fi aplicați pe suprafața dintelui supus examenului prin irigare, însă această metodă nu ne permite să precizăm care dinte reacționează la excitantul termic. Mai simplu este de a aplica pe dinte un bulet de vată îmbibat cu apă fierbinte (+50°C), deoarece este dovedit că dinții sănătoși, fără leziuni ale țesuturilor dure, reacționează la o temperatură de +50°C și mai mare, iar la rece mai jos de +10°C. În caz de afecțiuni ale pulpei de caracter inflamator sau leziuni ale țesuturilor dure (carie, abraziune patologică, defecte cuneiforme etc.) la aplicarea excitanților termici se declanșează o reacție dură acută. Reacția dinților la excitanții termici mai poate fi determinată și cu ajutorul termodontocronometrului care ne permite să acționăm asupra unui anumit punct de pe suprafața coronară cu o temperatură, care ușor poate fi regulată, de la 0°C pînă la +70°C.

Eficiența masticatoare. Luînd în considerație că leziunile sistemului stomatognat provoacă diverse dereglări ale actului de masticare, necesitatea determinării acestui criteriu funcțional este evidentă. Eficiența masticatoare poate fi determinată în procente prin comparație cu cea a sistemului stomatognat sănătos, considerată egală cu 100%. De la primele încercări de a determina eficiența masticatoare întreprinse de Borelli în a. 1679 și pînă în prezent au fost elaborate diferite metode care pot fi sistematizate în două grupe: metode statice și dinamice (funcționale).

Metodele statice. La baza metodelor statice au fost puse datele lui Haber obținute la determinarea presiunii masticatoare cu ajutorul gnatodinamometrului, comparînd indicii de rezistență a diversilor dinți la procesul de masticare luîndu-se drept unitate de măsură valoarea celui mai slab dinte (inclusivul lateral) fiind comparată cu valoarea celorlalți dinți. La baza acestei metode au fost puse de asemenea particularitățile morfologice și funcționale ale fiecărui dinte: mărimea marginii incisivale și a suprafeței ocluzale, numărul și grosimea rădăcinilor, diametrul coletului, numărul cuspidilor, particularitățile anatomo-fiziologice ale periodonțiului, rolul lui la realizarea funcției de masticare, locul fiecărui dinte în arcada dentară etc.

Vustrov, Duchange ș. a., considerînd drept unitate presiunea masticatoare a incisivului lateral și comparînd-o cu presiunea masticatoare a celorlalți dinți, au determinat coeficientul fiecărui dinte

Tabelul 2

Coeficienții de rezistență a dinților

Dinții	1	2	3	4	5	6	7	8	În total
După Mamlok									
Superiori	2	1	3	3	3	6	5	2—3	25
Inferiori									
După Agapov									
Superiori	2	1	3	4	4	6	5	—	25
Inferiori									
După Oksman									
Superiori	2	1	2	3	3	6	5	3	25
Inferiori	1	1	2	3	3	6	5	4	25

de pe maxilă și mandibulă. Aplicarea, însă, în practică a acestei metode prezintă dificultăți, din care cauză nu este utilizată.

Mamlok, Agapov, Oksman ș. a. au simplificat această metodă socotind eficacitatea masticatoare a sistemului stomatognat egală cu 100 unități calculând astfel coeficientul fiecărui dinte după acest criteriu. Drept unitate de calcul ei au luat capacitatea de rezistență a incisivului lateral egală cu 1 (tab. 2).

De menționat că determinarea eficacității masticatoare este posibilă doar în cazul prezenței dinților antagoniști ce s-au păstrat. Dacă ei lipsesc, capacitatea masticatoare a dintelui prezent este considerată egală cu 0, deoarece el nu participă la actul de masticație. Deci în cazul prezenței tuturor dinților pe un maxilar și lipsa totală pe celălalt eficiența masticatoare va fi egală cu 0 (Agapov).

Oksman a ajuns la concluzia că afară de evidența dinților absenți urmează să fie luată în considerație și starea funcțională a dinților restanți, care poate fi determinată în raport cu gradul de mobilitate a lor. Se consideră că dinții cu o mobilitate de gradul I participă 100% la actul de masticație. Cei cu o mobilitate de gradul II au păstrat numai 50% din capacitatea funcțională, iar cei ce au o mobilitate de gradul III, sînt socotiți absenți. În legătură cu aceasta autorul propune ca notarea stării funcționale a dinților superiori și inferiori să se efectueze printr-o linie oblică.

Parodontograma după Kurleandski. Parodontograma este o metodă statică de evidență a stării funcționale a dinților și nu este o parte componentă a metodelor de determinare a eficienței masticatoare, însă noi am inclus-o aici, deoarece ea ne redă starea funcțională a sistemului dentar în poziție statică și medicul indirect își imaginează eficiența funcțională a sistemului stomatognat. Parodontograma prezintă o schemă a formulei dentare unde se notează date despre starea fiecărui dinte (tab. 4). Schema este completată conform datelor examenului clinic, radiologic și gnatodinamometriei

Tabelul 3

Schimbările stării funcționale a dinților în dependență de gradul de resorbție a țesutului osos alveolar (după Kurleandski)

Dinții	1 1		$\frac{2}{21}$ $\frac{2}{12}$		$\frac{3}{3}$ $\frac{3}{3}$		$\frac{54}{54}$ $\frac{45}{45}$		$\frac{76}{76}$ $\frac{67}{67}$		$\frac{8}{8}$ $\frac{8}{8}$	
Gradul de resorbție												
Norma	1,25		1,0		1,5		1,75		3,0		2,0	
Resorbția de gr. I (14)	0,9		0,75		1,1		1,3		2,25		1,5	
Resorbția de gr. II (1/2)	0,6		0,5		0,75		0,9		1,5		1,0	
Resorbția de gr. III (3/4)	0,3		0,25		0,4		0,45		0,75		0,5	

prin semne condiționale: N — norma; O — lipsa dintelui; 1/4 — resorbția țesutului osos de gradul I; 1/2 — resorbția țesutului osos de gradul II; 3/4 — resorbția țesutului osos de gradul III. Dacă gradul de resorbție este mai pronunțat, dintele este considerat absent.

La alcătuirea parodontogramei autorul reiese din forțele de rezervă ale parodontului care aproximativ sînt egale cu 1/2 din posibilitățile funcționale maxime. Starea funcțională a parodontului în normă este determinată cu ajutorul coeficienților obținuți prin comparația posibilităților funcționale determinate în cadrul gnatodinamometriei. La mijlocul schemei este notată formula dentară; starea parodontului și coeficienții condiționali sînt notați în pătrățelele respective. Pentru fiecare grupă de dinți cu orientare funcțională la fiecare arcadă dentară se calculează starea ei funcțională (tab. 4). Analiza rezultatelor incluse în parodontogramă îi permite medicului să compare posibilitățile funcționale ale arcadei dentare, ale anumitor grupuri de dinți și să întocmească un plan corect de tratament.

Tabelul 4

Parodontograma pregătită pentru analiză (după Kurleandski)

9,3			6,7						9,3							
2,0	3,0	3,0	1,3	—	1,1	1,0	1,25	1,25	1,0	1,1	—	1,3	3,0	3,0	2,0	25,3
N	N	N	1/4	0	1/4	N	N	N	N	1/4	0	1/4	N	N	N	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1/4	0	0	1/4	N	N	1/2	1/4	1/4	0	1/4	1/4	0	1/4	N	N	
1,5	—	—	1/3	1,75	1,5	0,5	0,75	0,75	—	1,1	1,3	—	2,25	3,0	2,0	17,7
4,55			4,6						8,55							

Metodele dinamice (funcționale). Luându-se în considerație dezavantajele metodelor statice de determinare a eficienței masticatoare și stării funcționale a parodontului, care se reduc la un calcul aritmetic simplu al rezultatelor examenului clinic și radiografic, și deci nu oglindesc realitatea, au fost elaborate mai multe metode funcționale. Autorii acestor metode reieșeau și din faptul că în unele cazuri dereglările de masticatie apar chiar în lipsa unui număr mic de dinți, și invers, la unii pacienți cu prezența edentațiilor parțiale întinse, datorită funcționării mecanismelor de compensare, dereglările actului de masticatie pot fi minime.

Unul dintre primii autori ai metodei funcționale de determinare a eficienței masticatoare propunând proba de masticatie, a fost Crithensen. Conform metodei sale pacientului i se dă un miez de nucă (alune, migdale) și după 50 mișcări de masticatie masa căpătată se adună într-o tăviță, prin clătitori ale gurii, se spală și se usucă la o temperatură de 100° în termostat timp de o oră. După uscare masa căpătată se cerne prin 4 site cu diametrul găurilor diferit. Particulele restante în ultima sită se cântăresc și după greutatea lor se determină procentul de pierdere a eficienței masticatoare.

Ghelman a modificat această metodă considerabil simplificînd-o. El a constatat că sistemul stomatognat sănătos fărîmițează 5 g de miez de alune timp de 50 sec. pînă la așa un grad, că masa căpătată, fiind uscată și cernută prin sită cu găuri de 2,4 mm în diametru, trece complet. În caz de edentație parțială sau alte afecțiuni, după cernerea probei în sită rămîn resturi. După cântărirea acestor resturi se calculează procentul pierderii eficienței masticatoare considerîndu-se că 5 g constituie 100%. Dacă, de exemplu, în sită a rămas 1 g, pierderea eficienței masticatoare va fi egală cu 20%.

Rubinov a ajuns la concluzia că proba de masticatie după Ghelman nu corespunde indicilor fiziologici, deoarece în condiții de normă nimeni nu rumegă odată 5 miezuri de nucă (1 miez=1 g). Reieșind din aceasta, Rubinov a elaborat proba de masticatie numită fiziologică. În acest scop i se dă pacientului un miez de alune (migdală), greutatea căruia în mediu este egală cu 800 mg, marcînd timpul de la începerea masticatiei pînă la apariția actului de deglutiție. În condiții de integritate a arcadelor dentare pentru acest act e nevoie de 14 sec. În caz de edentație parțială timpul necesar pentru masticatie crește în raport cu întinderea și localizarea breșelor, iar mărimea particulelor la momentul apariției actului de deglutiție crește. Calculul acestei probe este analogic cu cel al probei după Ghelman. Prin urmare, această probă ne permite să determinăm eficiența masticatoare în condiții fiziologice.

La baza calculării gradului de pierdere a eficienței masticatorii conform metodei lui Rubinov este greutatea resturilor din sită cântărite după o masticatie, timp de 14 sec. De exemplu, dacă la unul și același pacient am determina eficiența masticatoare propunîndu-i un miez de nucă cu o greutate de 800 mg, efectuînd masticatia pînă la apariția actului de deglutiție, iar a doua probă am efectua-o la un act de masticatie de 14 sec., greutatea resturilor ră-

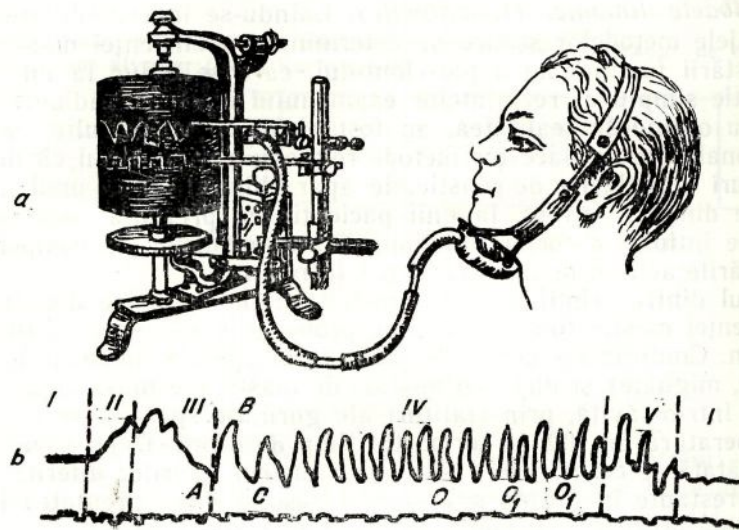


Fig. 34. Inregistrarea grafică a mișcărilor mandibulare (masticafiografia): a — schema înregistrării mișcărilor mandibulare; b — masticafiograma după Rubinov: I — starea de repaus a mandibulei; II — introducerea produsului alimentar în cavitatea bucală; III — faza inițială a actului de masticafie (orientare); IV — faza actului de masticafie; V — faza de formare a bolului alimentar; ABC — unda de masticafie; O — bucla contactului interdentar în momentul triturării bolului alimentar; O₁ — bucla contactului interdentar în momentul zdrobirii bolului alimentar.

mase în sită va fi diferită. Este clar că la prima probă greutatea resturilor rămase va fi mai mică din cauza măririi timpului de masticafie necesar. Reieșind din aceste considerente, prima probă va fi folosită la determinarea eficienței masticatoare iar a doua — la determinarea gradului de pierdere a eficienței masticatoare. Dacă la această probă nu va putea fi folosit miezul de nucă, se vor propune alte alimente, de exemplu pesmeți, știindu-se că durata actului de masticafie a acestui produs pînă la apariția actului de deglutiție este de 8 sec.

Prin urmare, eficiența masticatoare poate fi definită drept capacitate a sistemului stomatognat de a mastica un produs alimentar de o anumită greutate într-o anumită unitate de timp.

Masticafiografia după Rubinov. Studiind mecanismele reflexelor cavității bucale, Rubinov a elaborat metoda de înregistrare a funcției motorice a mandibulei în actul de masticafie cu ajutorul masticafiografului. Imaginea grafică a mișcărilor mandibulare în timpul actului de masticafie a primit denumirea de masticafiogramă. Prin analiza ei va fi studiată nu numai eficiența masticatoare dar și caracterul mișcărilor mandibulare (fig. 34).

Ultimele vor fi diferite în caz de prezență a anomaliilor dento-maxilare, edentații parțiale, afecțiuni ale A.T.M. și alte procese pa-

tologice. Mastațiograma ne va da posibilitate să studiem și eficacitatea tratamentului ortopedo—protetic și stereotipul actului de masticție. Indiferent de scopul urmărit și particularitățile individuale pe chimogramă deosebim câteva faze:

I — faza stării de repaus fiziologic relativ (postură) a mandibulei, care este înscrisă cu o linie dreaptă;

II — faza deschiderii gurii efectuată pentru a fi introdus produsul alimentar în cavitatea bucală;

III — faza de adaptare sau orientare pentru a începe zdrobirea alimentelor;

IV — faza de bază a actului de masticție;

V — faza de formare a bolului alimentar și deglutiția, după care din nou se înregistrează starea de repaus fiziologic relativ.

Caracterul undelor de masticție depinde de consistența alimentelor, de starea sistemului dentar, a A.T.M., de tipul de ocluzie, stereotipul de masticție etc. Cunoscând viteza de mișcare a lentei de înregistrare care poate fi liniată în milimetri sau pe care se înregistrează concomitent și timpul, ușor se calculează durata fazei de bază a actului de masticție, care ne indică și eficiența mastictoare.

Metodele paraclinice de examinare a musculaturii. De acum a fost menționat că mușchii mobilizatori ai mandibulei sînt o verigă importantă la realizarea funcțiilor sistemului stomatognat. Deci la determinarea stării lor funcționale, afară de metodele clinice, ultimii ani pe larg se practică și metodele paraclinice cum sînt, de exemplu, miotonometria și electromiografia.

Miotonometria. Este o metodă de investigare a tonusului muscular care va fi modificat în raport cu schimbările de funcții ale sistemului stomatognat și cele motorice ale mandibulei. Practic se va determina tonicitatea mușchilor ridicători ai mandibulei. În acest scop poate fi utilizat tonometrul Szirmai, compus dintr-o tijă cu resort elastic pentru compresiune și un cadran cu indicator. Măsurările se fac în starea de repaus și contracție musculară maximă. Pentru aceasta fotoliul în care se află pacientul se aduce într-o poză orizontală. Propunîndu-i-se, maximal să strîngă arcadele dentare, prin palparea mușchiului maseteric sau temporal, medicul determină punctul maximal proeminent. După aceasta i se propune o relaxare și în punctul determinat pe suprafața musculară se instalează miotonometrul în poziție verticală fără a exercita presiune. În acest timp pe cadran indicatorul ne arată mărimea tonusului muscular în stare de repaus, iar în urma contractării musculare maxime, prin închiderea arcadelor dentare, pe cadran citim mărimea tonusului muscular în contracție funcțională. Cu ajutorul miotonometriei se vor constata și modificările tonusului muscular după un tratament protetic în dinamică. Comparînd caracteristicile tonusului muscular obținut prin tonometrie, constatăm o concordanță cu rezultatele electromiografiei.

Electromiografia. Această metodă ocupă un loc deosebit în examenul paraclinic al mușchilor, deoarece ne permite să

depistăm afectarea neuromusculară care, ca regulă, însoțește disfuncțiile ocluzale, și să precizăm caracterul disfuncțiilor musculare în caz de anomalii dentomaxilare, edentație parțială, totală etc. La baza acestei metode stă înregistrarea biocurenților fibrelor musculare și fasciculelor musculare care sînt inervate de aceiași neuroni motorici. Electromiograma este imaginea grafică a activității bioelectrice musculare, care însoțește toate procesele vitale și este cel mai exact indice al funcțiilor fiziologice. Ea va fi utilizată prin intermediul aparatului special numit electromiograf. Acest examen se recomandă să fie făcut într-o cameră liniștită unde este instalată cușca Faraday pentru a preîntîmpina perturbările atmosferice care pot să modifice înregistrarea biocurenților. La examenul mușchilor sistemului stomatognat pot fi utilizați electrozi de suprafață sau de profunzime. Practic cel mai frecvent sînt utilizați electrozii de suprafață, care culeg potențialele din întreaga masă musculară din care cauză așa electromiogramă a fost numită electromiografie globală. Prin intermediul electrozilor profunzi care, fiind introduși aproximativ paralel fibrelor musculare, se va culege potențialul unei singure unități motorii obținînd electromiograma elementară.

Electromiografia se efectuează în condiții de repaus fiziologic relativ (postural), intercupidare maximă, ocluzie centrică, ocluzie cu efort, deglutiție, precum și la executarea mișcărilor mandibulare de test sau funcționale.

Analiza electromiogramei cere determinarea numărului mișcărilor de masticatie ale unui ciclu de masticatie, timpul unui ciclu, timpul activității bioelectrice și repausului bioelectric în secunde, amplituda biopotențialilor în microvolți, coraportul dintre activitatea bioelectrică și repaus. Aspectul electronogramei variază în raport de condițiile în care a fost realizată. Așa, de exemplu, examenul electromiografic al mușchilor maseterici și temporali la o contracție în ocluzia centrică a ocluziei ortognate cu arcadele dentare integre ne indică că amplituda biopotențialilor este egală corespunzător cu $482 \pm 25 \mu V$ și $396 \pm 19 \mu V$. Timpul activității bioelectrice este de $0,30 \pm 0,04$ și $0,31 \pm 0,04$ sec., pe cînd al repausului bioelectric este egal cu $0,33 \pm 0,3$ și $0,33 \pm 0,3$ sec.

În caz de edentație terminală bilaterală la contracție maximă a mușchilor în ocluzia centrică se observă o activitate bioelectrică scăzută considerabil. Amplituda biopotențialilor mușchilor maseterici va atinge numai $296 \pm 18 \mu V$, iar a mușchilor temporali $245 \pm 15 \mu V$. Timpul activității bioelectrice va crește la $0,37 \pm 0,03$ sec. și $0,39 \pm 0,03$ sec., iar al repausului bioelectric se va micșora la $0,25 \pm 0,04$ sec. și $0,28 \pm 0,05$ sec. corespunzător.

La o probă a actului de masticatie atît în condiții de normă, cît și în caz de edentație parțială activitatea bioelectrică a mușchilor va crește, însă în ultimul caz, în comparație cu norma va fi mult mai scăzută. Prin urmare, examenul electromiografic în protetica dentară ne dă posibilitate să depistăm caracterul disfuncțiilor musculare cu o exactitate înaltă, ceea ce este necesar de a

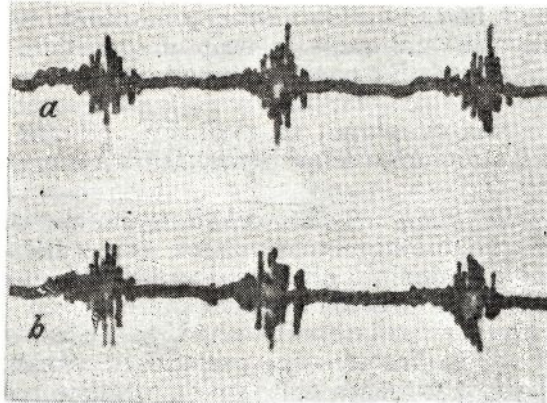


Fig. 35. Electromiograma mușchilor maseterici în caz de edentație parțială (a) și după tratamentul protetic (b)

lua în considerație la diagnosticul diferențiat și întocmirea planului de tratament (fig. 35).

Reografa. Metodă de examinare a stării funcționale a organelor și țesuturilor prin studiul oscilațiilor de pulsare a vaselor sangvine pe baza înregistrării grafice a schimbărilor de rezistență totală a țesuturilor. În stomatologie sînt utilizate: metoda de examinare a circulației sangvine a dintelui — reodontografia, ale țesuturilor parodontului — reoparodontografia, ATM — reoartografia. Aceste metode vor fi utilizate în scop diagnostic și ca metode de determinare a eficacității tratamentului realizat.

Analiza undelor reografice se efectuează vizual și prin metode grafice care includ parametri provizorii și de amplitudă. La analiza vizuală se atrage atenția la forma vîrfului undular și deplasarea lui.

Analiza grafică a reogramei necesită studierea următorilor indici: 1) intervalul de timp între crenelul Q pe electrocardiogramă și începutul liniei reografice; 2) durata părții anacrotice sistolice a reogramei, care caracterizează dilatarea pereților vaselor sangvine; 3) durata părții catacrotice a reogramei, care indică starea tonusului vascular; 4) durata maximă a creșterii vitezei afluxului singelui înregistrat de la începutul liniei reografice pînă la vîrfurile ascendențe ce caracterizează tonusul și elasticitatea arteriilor.

Cunoscînd parametrii reografici în normă prin analiza comparativă, se vor depista dereglările funcționale ale organului examinat. Afară de aceasta, folosind metoda de examinare prin aplicarea probei funcționale, cum ar fi cea de masticție, se poate diferenția caracterul circulației sangvine în timpul actului de masticție, posibilitățile de compensare a rețelei sangvine, influența protezelor dentare asupra circulației sangvine și să precizăm efectul tratamentului protetic.

Examenul fotostatic. Fotografia ca un examen complementar se folosește mai mult în scop diagnostic științific, documentar și medicolegal. Ea poate fi executată extraoral și intraoral. Pe fotografia extraorală de profil și față se trasează diverse planuri auxiliare care ne permit să efectuăm diverse măsurări în scopul studierii structurii faciale (mărimea etajelor feței, momente de asimetrie etc.).

Fotografia intraorală ne dă posibilitate nu numai să depistăm unele simptome importante la precizarea diagnosticului, dar și să comparăm imaginile înainte și după tratamentul protetic (ocluzia, relațiile interdentare în ocluzia centrică ș. a.).

Investigarea microcurenților electrici în cavitatea bucală. Tratamentul protetic cu construcții metalice din diferite aliaje și prezența obturațiilor metalice pot crea condiții pentru apariția în cavitatea bucală a microcurenților care se manifestă ca galvanismul. După cum se știe, la baza elementului galvanic stau reacțiile de oxidare și restabilire, și metalul cu potențialul de electrod negativ se oxidează eliminând ionii în soluție. Datorită acestor procese electrochimice în cavitatea bucală pot apărea senzații subiective neplăcute cum ar fi prezența gustului metalic, senzație de aciditate, gust sărat, frigerea limbii, a buzelor, schimbări de salivatie. Toate acestea se referă și la starea generală a organismului: apar dureri de cap, iritabilitate ș. a. Așa sindrom a primit denumirea de galvanoză.

La investigarea microcurenților electrici apăruți în cavitatea bucală se utilizează microampermetrul M-24 și potențiometrele PP-63, UPIP-601. Ca normă este socotită prezența microcurenților electrici la persoanele sănătoase care au lucrări protetice în cavitatea bucală confecționate din aliaje nobile (1—3 mkA, sau până la 50 μ V).

Gnatosonia. Metodă de studiu a zgomotelor normale și anormale produse de contactele interdentare premature și de afecțiunile A.T.M. Sunetele pot fi înregistrate prin intermediul microfoanelor sensibile de la care impulsul este transmis pe osciloscop. Analiza rezultatelor căpătate (frecvența, momentul apariției, amplitudinea etc.) se efectuează la un analizator special. Zgomotele la fel pot fi studiate prin investigarea grafică cu ajutorul oscilografului.

Gnatofoonia. Metodă de studiu spectrală a funcției fonetice, executată în scopul unui diagnostic exact la pacienții cu diverse anomalii dentomaxilare, în caz de edentație parțială, la fel și la determinarea calității tratamentului protetic din punct de vedere al restaurării fonației.

În dependență de tabloul clinic poate apărea necesitatea folosirii diverselor metode de examen paraclinic, dintre care trebuie evidențiat examenul citologic care ne va indica gradul de keratinizare al mucoasei cavității bucale și de maturare a celulelor care se descuamează, intensitatea acestui proces, la fel și aprecierea cantitativă, la nivelul diverselor profunzimi a epitelului. Deseori

avem nevoie de stabilirea PH-ului salivei mixte, care în condiții de clinică poate fi determinat cu ajutorul hîrtiei speciale, iar în condiții de laborator cu ajutorul PH-metrului. Este stabilit că reacția salivei mixte este ușor acidă (PH=6,0) cu limite de variație între 5,7 și 6,8.

La determinarea calitativă și cantitativă a microflorei de la nivelul pungilor parodontale, a mucoasei din zonele protezelor fixe, sub bazele protezelor mobile se efectuează un examen bacteriologic.

La stabilirea unui diagnostic corect contribuie și aplicarea examenului paraclinic pentru aprecierea stării generale, mai ales, atunci cînd concomitent cu afecțiunea sistemului stomatognat, pacientul ne indică și afecțiuni generale cu manifestări în cavitatea bucală. Un examen complementar se va face în cazul unor boli ale sîngelui, glandelor endocrine, sistemului cardiovascular, nervos, O.R.L., a tractului gastrointestinal, tulburări de metabolism etc. În așa cazuri pentru obținerea unor date concrete despre starea generală a sănătății bolnavului se va apela la consultațiile specialiștilor de profil. La necesitate acești pacienți vor fi supuși examenelor de laborator: hemoleucograma, VSH, determinarea conținutului glucozei, ureei, examenul urinei, a sucului gastric, tensiune arterială etc. Prin urmare, prezența afecțiunilor generale necesită o strînsă colaborare cu specialiști de alt profil.

2.3. Diagnosticul în protetica dentară

La baza stabilirii și formulării diagnosticului vor fi puse rezultatele unui examen competent, complex și consecutiv, clinic și paraclinic. În protetica dentară diagnosticul se reduce nu numai la stabilirea formei nozologice a afecțiunii, dar și la descrierea dereglărilor morfologice, topografice, de funcție, a factorilor etiologici, patogenetici, complicațiilor, dereglărilor fizionomice și deci poartă un caracter descriptiv. Prin urmare, diagnosticul este compus din 3 părți: 1) afecțiunea principală; 2) complicațiile provocate de afecțiunea principală; 3) afecțiunile concomitente.

Afecțiunea principală necesită un tratament ortopedo-protetic și constituie cauza solicitării asistenței medicale din partea pacientului. Ea reprezintă forma nozologică cu concretizarea dereglărilor morfologice, topografice, determinarea gradului și caracterului durerilor (acut, cronic) folosindu-se clasificările cunoscute. Tot aici sînt incluse și dereglările funcționale (masticăție, fonație, deglutiție etc.) indicîndu-se gradul de exprimare, apoi factorul etiologic și patogenia leziunii (dacă au fost evidențiate), terminînd cu dereglările fizionomice care au o deosebită importanță indiferent de gen și vîrstă.

Dacă afecțiunea principală pe parcursul evoluției sale a provocat oarecare complicații (migrări dentare, deformații ale arcadelelor dentare, de ocluzie, abraziune patologică a țesuturilor dure ale

dinților restanți, apariția mobilității patologice a dinților, modificări ale dimensiunii verticale de ocluzie, trauma fibromucoasei, disfuncții ale sistemului stomatognat etc.), atunci aceste complicații constituie partea a doua a diagnosticului urmînd să fie descrise după același principiu.

Partea a treia a diagnosticului o alcătuiesc maladiile concomitente, care pot fi generale și stomatologice. Bineînțeles că aprecierea stării generale a organismului are o deosebită însemnătate, deoarece ea în unele cazuri necesare va fi luată în considerație la alcătuirea și realizarea planului de tratament, în alte cazuri va bloca acest proces sau chiar ne va contraindica tratamentul. Însă maladiile generale ale organismului nu pot fi incluse în această parte a diagnosticului, deoarece despre maladiile concomitente generale medicul stomatolog ia cunoștință numai pe baza anamnezei și rareori pe baza datelor consultative ale specialiștilor din alte ramuri ale medicinei. Totodată medicul este dator să ia în considerație aceste maladii atît la întocmirea planului de tratament, cît și la aplicarea lui (în boala hipertensivă, stenocardie, epilepsie etc.). Aceste date sînt notate în compartimentele respective ale fișei de ambulatoriu.

Cît privește maladiile concomitente stomatologice, medicul le evidențiază în timpul examenului clinic și paraclinic, ele constituind partea a treia a diagnosticului (leucoplachia, lichenul roșu plan etc.). Prin urmare, stabilirea diagnosticului corect solicită o examinare minuțioasă a pacientului care ne va ajuta ulterior și la formularea diagnosticului diferențiat. La baza acestui diagnostic stau deosebiriile dintre datele tabloului clinic și rezultatele examenului paraclinic. Principalul moment în stabilirea diagnosticului diferențiat constă în evidențierea simptomului caracteristic pentru maladia respectivă. În acest scop se va face o analiză comparativă a tabloului clinic și a datelor examenului complementar al maladii în cauză cu cele ale maladiilor asemănătoare.

2.4. Formele nozologice și simptomele clinice ale afecțiunilor sistemului stomatognat

Determinarea unui diagnostic corect, complet și diferențiat cere ca în procesul examenului clinic și paraclinic al pacientului să fie evidențiate și sintetizate cu atenție simptomele clinice ale leziunilor organelor și țesuturilor sistemului stomatognat. Atingerea acestui scop va fi posibilă dacă pe parcursul examenului medicul va aplica metoda de comparație a stării morfofuncționale a organului lezat cu starea normală a celui situat simetric sau folosind datele caracteristice pentru normă. De menționat că simptomele clinice caracteristice vor fi mai ușor depistate, ținîndu-se cont de formele nozologice de bază ale afecțiunilor sistemului stomatognat ce necesită un tratament complex (terapeutic, chirurgical, fizio-terapeutic, ortopedo-protetic etc.), inclusiv pregătirea preprotetică (meto-

de conservative, chirurgicale etc.), care sînt considerate ca metode de pregătire preprotetică obligatorii cum sînt tratamentul afecțiunilor odontale coronare prin obturare, extracția resturilor radiculare etc. Unele metode terapeutice și chirurgicale, precum și unele metode ortodontice sînt frecvent utilizate la pregătirea preprotetică a cavității bucale (devitalizarea dinților sănătoși, rezecția apicală ș. a.). Prin urmare, formele nozologice ale afecțiunilor sistemului stomatognat care necesită un tratament ortopedo-protetic sînt condiționale, deoarece majoritatea lor sînt supuse tratamentului complex.

Formele nozologice de bază ale afecțiunilor sistemului stomatognat ce necesită un tratament ortopedo-protetic. O expunere detaliată a diferitor forme clinice, particularități ale fiecărei afecțiuni, precum și atitudinea medicului față de fiecare caz în parte vor fi expuse în capitolele respective. Va fi deci expusă doar sistematizarea formelor nozologice de bază ale afecțiunilor sistemului stomatognat ce necesită un tratament ortopedo-protetic după Kopeikin (1988) completată de autorii manualului respectiv.

Deosebim următoarele afecțiuni ale sistemului stomatognat:

1. Patologia țesuturilor dure ale dinților:
 - a) leziuni odontale coronare cariesogene:
 - parțiale,
 - totale;
 - b) leziuni odontale coronare acariesogene:
 - congenitale cu specific ereditar (amilogeneza imperfectă, dentinogeneza imperfectă (osteogeneza), displazia dentinei, displazia Capdepond;
 - dobîndite (hipoplazia smalțului simplă, complexă (dinți Hutchinson), fluoroză, discromii, defecte cuneiforme, uzuri, abraziune patologică, eroziuni chimice, ideopatice, traumatice).
2. Abraziunea patologică a țesuturilor dure (orizontală, verticală, mixtă):
 - localizată (cu păstrarea spațiului interocluzal individual și cu mărirea spațiului interocluzal în zona abraziunii);
 - generalizată (fără modificări ale dimensiunii verticale de ocluzie sau cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie).
3. Anomalii dentare (de formă, volum, sediu, direcție, număr).
4. Anomalii de formă a arcadelor dentare.
5. Anomalii de ocluzie (distală sau prognatia mezială, prognatia adîncă, deschisă, încrucișată).
6. Edentație parțială:
 - fără micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie;
 - cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie.
7. Edentație totală.
8. Afecțiunile parodontului:
 - gingivite;
 - parodontite (formă localizată, formă generalizată);
 - parodontoză.

9. Migrări dentare:
 - înclinare (mezială, distală, vestibulară, orală),
 - deplasare corporală în direcția meziodistală;
 - extruzia,
 - regresivitatea,
 - rotații în ax,
 - rotații mixte.
10. Afecțiunile A.T.M.:
 - artrită,
 - artroză,
 - artrito-artroză,
 - sindromul disfuncțional.
11. Afecțiunile mucoasei cavității bucale:
 - stomatite traumatice (eroziuni, ulcer),
 - stomatite toxico-alergice,
 - stomatite electrochimice (galvanoză),
 - stomatite provocate de dereglări de termoreglare,
 - insuportabilitatea materialelor (disfuncții ale aparatului de recepție),
 - leucoplachia,
 - lichenul roșu plan,
 - candidoze.
12. Afecțiuni ale limbii:
 - glosită,
 - glosalgie.
13. Deteriorările și deformațiile maxilarelor.
14. Prosopalgiile.
15. Formele mixte de leziuni ale sistemului stomatognat.
16. Disfuncții musculare ale sistemului stomatognat.

Analizând formele nozologice ale afecțiunilor sistemului stomatognat expuse, ușor ne convingem de caracterul lor global și necesitatea unui tratament individualizat, diferențiat și complex. În același timp, imaginându-ne caracterul general al patologiei, ele ne orientează acțiunile în direcția cuvenită.

Simptomica afecțiunilor sistemului stomatognat. Înainte de a studia tabloul clinic al afecțiunilor sistemului stomatognat supuse tratamentului ortopedo-protetic, vom lua cunoștință de simptomele lor generale. Deci în acest compartiment nu ne vom opri la descrierea tabloului clinic al fiecărei afecțiuni în parte, oglindind simptomele specifice, deoarece în fiecare caz clinic ele sînt individuale. În același timp pentru toate afecțiunile sînt caracteristice simptome comune, principalele fiind tulburările morfologice și funcționale. În dependență de varietatea afecțiunii, etiopatogeneza, gradul de manifestare etc., aceste tulburări vor avea de la unul pînă la cîteva simptome. Îmbinarea firească a cîtorva simptome cu etiopatogeneza comună este considerată ca sindrom. Simptomele afecțiunilor sistemului stomatognat pot fi clasificate în simptome subiective și obiective.

Simptomele subiective. În dependență de varietatea afecțiunii și gradul ei de manifestare aceste simptome vor varia. Cel mai frecvent simptom subiectiv este durerea care îl impune deseori pe pacient să solicite asistență medicală. Senzația doloasă poate avea diferit caracter (surd, acut, de pulsare, permanent, temporar etc.), localizare (în zona unui dinte, a unui grup de dinți, la maxilă, la mandibulă, în zona A.T.M., a anumitor mușchi, în diferite secțiune ale limbii etc.), dar poate fi și reflectă. După origine ea poate avea o proveniență inflamatoare (infecțioasă), degenerativă, de spasm muscular, excitanți termici, chimici, mecanici, traumatism, neurogen.

Alt simptom subiectiv care la fel impune solicitarea asistenței medicale îl constituie tulburările fizionomice, provocate de diverse leziuni coronare odontale, ca de exemplu, lipsa parțială sau totală a dinților din zona frontală. Acest simptom va fi acuzat de pacient și în cazurile prezenței diferitelor anomalii ale dinților (volum, formă, poziție, direcție, culoare), a micșorării dimensiunii verticale a etajului interior al feței la edentații parțiale cu ocluzie instabilă, la edentații totale, abraziune generalizată a dinților în stadiu de decompensare etc.

Simptome subiective de mare semnificație sînt și tulburările de funcții: masticăție, incizie, deglutiție, fonație. Gradul și particularitățile lor vor varia de la individ la individ în raport de forma nozologică a afecțiunii sistemului stomatognat, de tabloul clinic, vîrstă, sex și profesia pacientului. Atît simptomele obiective, cît și cele subiective determină direcția planului de tratament.

Diverse simptome subiective pot fi și din partea A.T.M. Afară de dureri articulare pacientul se poate plînge și de prezența cracmentelor, crepetațiilor în această zonă, saltul articular, limitarea deschiderii gurii, subluxație ș. a. La fel și parodontul dinților restanți poate provoca dureri, procese inflamatorii, mobilități patologice ale dinților, migrări de dinți.

Prin urmare, medicul, studiind tabloul clinic al unei afecțiuni a sistemului stomatognat, este obligat să ia în considerație și simptomele subiective, care fiind comparate cu cele obiective, îi va da posibilitatea să stabilească corect caracterul afecțiunii în fiecare caz aparte.

Simptomele obiective. Ca și simptomele subiective, pentru fiecare afecțiune a sistemului stomatognat vor fi caracteristice anumite simptome obiective care vor varia de la individ la individ. Noi, însă, nu vom reda toată gama de simptome pentru fiecare afecțiune în parte, dar ne vom opri la simptomele obiective generale și caracteristice pentru afecțiunile sistemului stomatognat ce necesită un tratament ortopedo-protetic. Condițional aceste simptome le vom împărți în exobucale (faciale) și endobucale.

Simptomele exobucale (faciale) se vor găsi în dependență de varietatea afecțiunii și gradul ei de manifestare. În unele cazuri aceste simptome vor lipsi, în altele ele vor fi puțin observate, sau din contra, contrast evidențiate. Așa, de exemplu, afecțiunile odon-

tale coronare, cum ar fi leziunile parțiale ale coroanei unui dinte, desigur că nu vor duce la modificări de structură a regiunii maxilofaciale, prin urmare și simptome exobucale nu se vor observa. Însă în caz de leziuni coronare odontale a grupului de dinți frontali de pe maxilă, de exemplu, ca urmare a abraziunii de gradul trei, buza superioară pierzându-și suportul se va prăbuși, acest fenomen constituind un simptom facial legat de lezarea dinților frontali

Manifestarea simptomelor faciale (asimetrii faciale, prăbușirea buzelor, obrazilor, adâncirea șanțurilor periorale, căderea comisurilor orale, proeminența mentonului, micșorarea treimii inferioare a feței, modificarea unghiurilor mandibulei) depind de varietatea afecțiunii (edentație parțială întinsă, subtotală, totală, abraziunea generalizată a dinților etc.), și tabloul clinic. Important este ca medicul să nu scape din vedere posibilele simptome exobucale ce constituie un component principal al tabloului clinic care va determina diagnosticul și planul de tratament.

Simptomele endobucale. În dependență de forma nozologică a patologiei, de combinările dintre diferite forme și particularitățile individuale vom avea și diferite simptome endobucale. Ele se vor referi la leziunile odontale coronare, la leziunile parodontale, integritatea arcadei dentare, la diverse leziuni ale țesutului mucos sau osos, rapoartele dintre arcadele dentare, traumatizarea țesuturilor moi, prezența proceselor inflamatoare etc. Prin urmare, simptomele obiective endobucale în dependență de afecțiune vor avea un caracter polimorf.

În cadrul leziunilor odontale coronare simptomele principale se vor rezuma la tulburările de structură a țesuturilor dure, de integritate coronară, formă, volum, direcție, poziție, culoare ș. a. Importante vor fi și simptomele de localizare pe suprafețele coroanei (zona coletului, ocluzală, vestibulară etc.), de afecțiune numai a unui dinte, a unui grup sau a întregii arcade dentare.

Pentru leziunile parodontale la fel vor fi observate diverse semne, caracteristice fiecărei afecțiuni, însă cele mai frecvente sînt retractorul gingivală, migrările dinților restanți, absența punctului de contract dintre unii sau a tuturor dinților, prezența mobilității patologice a dinților, a inflamației parodontale, a secreției gingivale, a depozitelor de placă și a tartrului supra- și subgingival ș. a.

La edentațiile parțiale, în dependență de tabloul clinic, simptomele comune se vor reduce la prezența breșelor edentate, a grupurilor de dinți care funcționează și care nu funcționează, a deformațiilor arcadei dentare, suprasolicității funcționale a dinților restanți și alte semne legate de întinderea breșelor, localizare, timpul ce s-a scurs de la pierderea dinților, păstrarea sau reducerea dimensiunii verticale de ocluzie și alte caracteristici.

La edentațiile totale principalul simptom — lipsa completă a dinților — va fi urmat de diverse modificări a bazei osoase și ale mucoasei cavității bucale.

Simptomele principale ale migrărilor dentare vor depinde de forma nozologică a patologiei și gradul de exprimare a ei. Pentru determinarea lor se cere un examen clinic minuțios, atrăgând atenția la poziția fiecărui dinte făcând o comparație cu omogenul de pe hemiarcada cealaltă.

În unele afecțiuni ale A.T.M. simptomele endobucale vor fi determinate de gradul de deschidere a gurii și unele caracteristici ale sistemului dentar cum sînt, de exemplu, anomaliile dentomaxilare, edentațiile, supracontactele dintre dinții restanți, precum și de caracterul ocluziei, gradul de micșorare a dimensiunii verticale de ocluzie ș. a. Prin urmare, simptomele endobucale ale unor afecțiuni ale A.T.M. au un caracter indirect și nu au nimic comun cu structura anatomică a acestei articulații.

Polimorfe vor fi simptomele și în cazurile celorlalte afecțiuni ale sistemului stomatognat găsindu-se în dependență de varietatea patologiei, prezența diferitor combinații, particularitățile de manifestare, vîrstă, sex, profesie, timpul ce s-a scurs de la începutul afecțiunii, etiopatogenie ș. a. Totodată trebuie să cunoaștem că unele afecțiuni nu provoacă nici un simptom obiectiv endobucal (candidoza, glosalgia, prosopalgiile, disfuncțiile musculare, insuportabilitatea materialelor din care sînt confecționate protezele etc.). În asemenea cazuri, afară de examenul minuțios obiectiv, este necesar și un examen detaliat paraclinic.

2.5. Indicații și contraindicații către tratamentul protetic al leziunilor sistemului stomatognat

În fiecare caz în parte indicațiile și contraindicațiile unui tratament protetic al leziunilor sistemului stomatognat poartă un caracter individual și depinde de un șir întreg de factori (varietatea leziunii, etiologia, tabloul clinic etc.).

Indicațiile și contraindicațiile tratamentului protetic condițional pot fi împărțite în generale și locale. Cele generale reies din influența dereglărilor funcționale provocate de leziunile sistemului stomatognat asupra întregului organism, iar cele locale — din influența dereglărilor morfofuncționale cu caracter local — în sistemul stomatognat.

Indicații și contraindicații generale. Dereglările morfologice ale sistemului stomatognat în dependență de gradul de manifestare, localizare și particularitățile individuale duc la tulburări de funcții, care influențează asupra întregului organism. Așa, de exemplu, dereglarea actului de masticție va influența starea tractului digestiv și respectiv gradul de asimilare a alimentelor.

Cercetările efectuate în acest domeniu de I. Pavlov, D. Antin, E. Ghelman, E. London ș. a. au demonstrat că actul de masticție joacă un rol important în procesul de digestie, influențînd asupra funcțiilor de secreție și motorică ale organelor tractului digestiv și gradului de asimilare a substanțelor nutritive. E. London într-o serie de experiențe cu cîini a demonstrat că dacă animalele erau

alimentate cu bucăți de carne mari (40 gr), după 3 ore numai 37% din hrană era evacuată din stomac. Cu cât bucățile de carne erau mai mici, cu atât mai mult creștea procentul masei evacuate din stomac. Dacă se dădeau bucăți de carne de 100 gr, după 3 ore de acum se evacua 60% din hrană, 5 gr — 63% și dacă se dădea carne tocată — peste 3 ore din stomac se evacua 73% din hrana ingerată. Deci menținerea alimentelor în stomac depinde de gradul de fărâmițare a alimentelor.

I. Rubinov și B. Bînin, studiind rolul actului de masticatie asupra funcției motorice a tractului gastrointestinal și corelația dintre patologia lui și a sistemului stomatognat, au ajuns la concluzia că există o corelație directă. Dereglările actului de masticatie pot provoca sau exacerba așa maladii a tractului gastrointestinal cum sînt gastritele, colitele, ulcerul gastric și duodenal etc. Afară de aceasta hrana fărâmițată insuficient duce și la o microtraumatizare a mucoasei esofagului și stomacului.

Cu toate acestea trebuie luate în considerație posibilitățile de adaptare a sistemului stomatognat și a tractului gastrointestinal. Reieșind din mecanismele de compensare a funcțiilor dereglate, tratamentul protetic nu totdeauna este indicat, deoarece orîșice lucrare protetică, cît de modernă și calitativ confecționată ar fi, într-o anumită măsură influențează negativ țesuturile și organele cavității bucale. Prin urmare, indicațiile generale către tratamentul protetic reies din posibilitățile sistemului stomatognat și a tractului digestiv de a se adapta și compensa dereglarea actului de masticatie. Mecanismele de compensare ale sistemului stomatognat se reduc la creșterea timpului actului de masticatie și o activitate mai intensă a glandelor salivare, se intensifică de asemenea funcția glandelor gastrice, care într-o măsură oarecare compensează insuficiența masticatoare hrana se reține mai mult timp în stomac, influențînd, respectiv, funcția lui motorică. Iată de ce prezența breșelor arcadelor dentare nu întotdeauna constituie o indicație absolută către tratamentul protetic.

S. Ghelman socoate că pierderea eficacității masticatoare pînă la 20% nu poate servi drept indicație generală către tratamentul protetic, fiindcă această insuficiență este compensată de o activitate mai mare a sistemului stomatognat și a tractului gastrointestinal și nu poate fi un factor etiologic al disfuncției tractului digestiv. Pierderea eficacității masticatoare cu 25—50% este o indicație relativă către tratamentul protetic și impune o alegere minuțioasă a lucrărilor protetice. În sfîrșit, pierderea eficacității masticatoare cu 50% și mai mult constituie o indicație generală absolută către tratamentul protetic.

Acest principiu desigur că este relativ și ne orientează numai global la rolul actului de masticatie asupra stării organismului. Practic la baza indicațiilor către tratamentul protetic se impune starea generală a organismului (maladiile tractului gastrointestinal, cum ar fi gastritele, ulcerul gastric, duodenal etc.) și neapărat starea sistemului stomatognat (localizarea breșelor arcadelor

dentare, starea dinților restanți, a echilibrului articular etc.). Această îmbinare ne va da posibilitate individuală să determinăm indicațiile către tratamentul protetic care este obligatoriu chiar și la prezența unor breșe mici.

Dereglările morfofuncționale ale sistemului stomatognat pot influența negativ și asupra stării psihice, ca regulă, la tineri în cazurile absenței dinților frontali care provoacă dereglări de fonatie și fizionomie. Starea de depresiune psihică poate fi agravată și de dificultățile legate de realizarea funcției profesionale (lectori, artiști, muzicanți etc.). Asemenea dereglări, indiferent de caracterul breșei, sînt o indicație absolută către tratamentul protetic.

Indicațiile și contraindicațiile locale. Determinarea indicațiilor și contraindicațiilor locale reclamă un examen clinic și paraclinic minuțios, depind de tabloul clinic și de posibilitățile lichidării leziunilor prin metode terapeutice. Dacă prin măsurile terapeutice este posibilă restaurarea morfologică, de exemplu a leziunilor odontale coronare prin obturare sau alte metode (albirea dinților în caz de fluoroză), atunci tratamentul protetic este contraindicat. Dacă aceste intervenții nu pot fi aplicate sau sînt neeficiente — avem indicații către tratamentul protetic. În practică cel mai frecvent ne confruntăm cu contraindicații timpurii, cînd nu este efectuată pregătirea pre- și prototetică.

O problemă de discuție permanentă o constituie indicațiile și contraindicațiile tratamentului protetic referitor la dezechilibrul ocluzal în caz de apariție a breșelor în arcadele dentare. Principiul lui Godon de a confecționa proteze dentare indiferent de mărimea și localizarea breșei în vederea restabilirii echilibrului ocluzal, ca o indicație absolută, a fost respins de mai mulți cercetători (A. Katz, E. Gofung ș. a.), care considerau că tratamentul protetic este indicat numai cînd încep să apară deformații ale arca-delor dentare.

În ultimii ani s-a stabilit următoarea atitudine față de rezolvarea acestei probleme: dacă în cazul unor breșe unidentare, din zonele laterale cînd dinții care mărginesc breșa au țesuturile dure, parodontul sănătos și raportul interdental în această zonă permite ca dintele care și-a pierdut antagonistul să contacteze cu 2/3 a coroanei antagonistului, și deci nu există pericolul dezvoltării dezechilibrului articular, tratamentul protetic prevede aplicarea implanturilor sau este contraindicat. Lipsa acestui dinte nu va influența considerabil funcția masticatoare, fiind declanșate mecanismele de compensare, pe cînd confecționarea unei lucrări protetice va cere prepararea dinților-stîlpi sănătoși cu toate consecințele ce vor urma. În celelalte cazuri hotărîrea privind tratamentul protetic va fi individualizată în raport de tabloul clinic.

Prin urmare, indicațiile și contraindicațiile către tratamentul protetic vor fi individualizate în dependență de tabloul clinic al leziunii, de dereglările funcționale și influența lor asupra organismului în general și a stării sistemului stomatognat în particular.