

Резюме

В этой статье описаны частичные дефекты зубных рядов у детей и подростков, используя классификации дефектов в молочном, смешанном и постоянном прикусе.

Summary

This article described the appearance of edentations in children and adolescents examining patients different ages. Using the criteria of appearance the partial edentulous were classified in deciduous and mixed dentition. Description of prosthetic treatment principles and the objective of functional occlusion at this ages.

AXIOGRAFIA – PRINCIPIUL DE BAZĂ AL OPTIMIZĂRII OCLUZIEI

Valeriu Fala, dr. med., conf. univ.,
Clinica stomatologică *Fala Dental*
Catedra *Stomatologie Terapeutică*, FECMF a
USMF *Nicolae Testemițanu*
Valeriu Burlacu, dr. med., prof. univ.,
șef catedră

Actualitatea temei

Diagnosticul funcțional este un domeniu foarte important al stomatologiei moderne. Deși organul masticator reprezintă un sistem complex de relații structurale și funcționale, medicii deseori evită diagnosticarea lui minuțioasă. Una dintre cauzele acestei situații este, posibil, lipsa părerii unice referitor la metodele de diagnostic. Opiniile diferite trezesc neîncrederea și chiar frica medicilor-practicieni, înainte de utilizarea diagnosticului funcțional sistematizat în practică. Totodată, rezultatul tratamentului fără cercetări de diagnostic va fi imprevizibil [1].

Determinarea cauzelor dereglărilor funcționale necesită implementarea metodelor sistematizate, care ar putea fi adaptate la orice caz clinic. Decizia referitor la planul de tratament trebuie să fie bazată pe diagnoză.

Scopul procedurilor de diagnostic și a investigațiilor este diagnoza. Obiectivul diagnosticii, de obicei, este un plan de tratament corect [1]. Planul optimal de tratament poate fi alcătuit după studierea riguroasă și analiza funcțională, structurală și estetică a cavității bucale, după examenul roentgenologic și după studierea modelelor din ghips, montate în articulatorul reglabil cu ajutorul arcului facial. Datele colectate sunt transmise tehnicianului dentar, cu ancheta de laborator, pentru corectarea sau modificarea arcadei dentare. Tehnicianul dentar efectuează modelarea de

diagnostic în ceară, introducând toate modificările la indicațiile medicului-stomatolog [2].

Confecționarea gutierei cu scop de tratament sau a restaurării provizorii în tehnica directă modificată îi permite medicului-stomatolog să aprecieze corect eficacitatea și corectitudinea schimbărilor efectuate în arcadele dentare. Integrarea estetică, adecvată și funcțională a restaurării pregătește țesuturile moi pentru restaurarea directă definitivă a arcadei. Intervențiile de reorganizare a sistemului dento-maxilar trebuie să fie argumentate și gnatologic direcționate.

Termenul *gnatologie* a fost propus de un clinician și cercetător bine cunoscut, Stallard, în 1924. Dicționarul de termeni ortodontici (Glossary of Orthodontic Terms) dă următoarea interpretare acestui termen: “Gnatologia este un domeniu al stomatologiei care studiază aspectele anatomice, histologice, fiziologice și patologice ale interacțiunilor ocluzale statice și dinamice, ATM și sistemul masticator ca un întreg, de asemenea diagnosticul și tratamentul tulburărilor din sistemul dat”.

Principalii termeni ai gnatologiei sunt: ocluzia, relația centrică, ghidajul anterior, dimensiunea verticală de ocluzie, poziția de intercuspidare. O mare însemnătate o au determinanții mișcării maxilarului inferior, înregistrați cu ajutorul aparatului special.

La moment cele mai răspândite concepții despre ocluzie sunt:

- concepția ocluziei balansate;
- concepția funcției de grup pe partea activă în laterotruzie;
- concepția ghidajului canin;
- concepția ocluziei miocentrice;
- concepția traiectoriei funcțional condiționate (Functionally Generated Path) după Pankey, Mahan, Staehle;
- concepția ghidajului canin modificată;
- concepția dizocluziei consecutive cu dominantă canini.

Concepția „dizocluziei consecutive cu dominantă canini” este cea mai modernă și totodată una dintre cele mai complicate concepții. În această concepție este important faptul ca în timpul ghidajului în laterotruzie dizocluzia dinților să se petreacă respectând consecutivitatea. Această consecutivitate de dizocluzie este aproximativ la fel ca și în cazul erupției dinților permanenți: primul molar, al doilea premolar, primul premolar, caninul. Este important să se ia în considerație această dizocluzie în formarea noilor relații cu dinții antagoniști.

Fiecare element anatomic format pe suprafața ocluzală a dinților are o funcție anumită. Este necesar să acordăm o importanță deosebită “cheii ocluzale” – primilor molari permanenți. Traectoria ghidajului

în laterotruzie a dintelui şase de pe maxilă – proeminenţa medial-marginală de pe panta interioară a cuspidului mezial vestibular a primului molar de pe maxilă se deplasează către cuspidul mezial vestibular al primului molar inferior. Traectoria ghidajului în laterotruzie a dintelui şase de pe maxilă, în cazul ocluziei clasa I Angle, este necesară pentru direcţionarea mişcării dintelui şase de la mandibulă ca principala laterotruzie direcţionată în perioada dentiţiei mixte şi ia parte la formarea definitivă a articulaţiei temporo-mandibulare. Această parte a dintelui şase produce dizocluzia celeilalte părţi a lui şi a restului dinţilor. Următoarea formaţiune importantă a primului molar superior este panta diagonală, care formează primul ”control al retruziei” şi reţine cuspidul disto-vestibular al dintelui inferior (inclusiv mandibula) în timpul mişcării în retruzie, dând posibilitate zonei de creştere (localizată în regiunea angulară) să formeze corect mandibula.

Al doilea premolar produce dizocluzia molarilor în laterotruzie şi dublează funcţia primului premolar. Primul premolar, care deseori este jertfit de ortodonţi, are cea mai importantă funcţie, deoarece, contactând cu cel antagonist de pe arcada inferioară, el produce dizocluzia molarilor şi a premolarului doi. Iar în caz de abraziune sau pierderea caninului, el devine principala direcţionată în laterotruzie şi în acest caz funcţionează în acelaşi timp cu incisivul lateral al maxilarului superior. Primul premolar al maxilarului superior, având exprimat cuspidul palatinal, care ideal ar trebui să contacteze cu fosa distală a primului premolar inferior şi formează al doilea, foarte important, ”control al retruziei” cu cuspidul vestibular al primului premolar inferior (în ocluzie clasa I după Angle). Există părerea că în regiunea premolarilor se află o zonă care la contactul acestor dinţi provoacă miorelaxarea, emiţând semnal către sistemul nervos central, astfel evităm apariţia bruxismului.

Caninul maxilarului superior, contactând cu cuspidul vestibular al primului premolar inferior (în clasa I după Angle), asigură mişcarea de protruzie pe proeminenţa sa distală (primii 1-2 mm în calea sa). În timpul tratamentului ortodontic, caninii sunt des rotiţi în jurul axei lor, care duce la pierderea ghidajului în protruzie şi, ca urmare, se produce supraîncărcarea incisivilor. Caninii sunt cei mai puternici dinţi, care în laterotruzie produc dizocluzia tuturor dinţilor. În normă, în regiunea incisivilor este necesară o mică dizocluzie (15-20 µm) sau o atingere uşoară.

Toate grupele de dinţi răspund de anumite funcţii. După părerea profesorului R. Slavicek, funcţia molarilor constă în menţinerea relaţiei centrice şi stabilizarea dimensiunii verticale de ocluzie, protecţia ligamentului pterigo-mandibular de compresie,

excluderea forţelor excentrice asupra sa. În timpul restabilirii, ei au funcţia de control în laterotruzie. Funcţionează în grup, asigurând deplasarea dinţilor în laterotruzie.

Incisivii inferiori sunt ascuţiţi pentru frontalii superiori – sunt perpendiculari pe axa de închidere (rotaţie) în timpul mişcării mandibulei. Ei reprezintă principalul factor în compensarea dento-alveolară, totodată asumându-şi controlul dicţiei.

Incisivii superiori nu iau parte la actul de masticaţie, însă iau parte la vorbire. Ei se prezintă ca organe sensorice modificate, care funcţionează cu ţesuturile moi şi creează un zâmbet esthetic [4].

Scopul lucrării

1) Implementarea concepţiei contemporane „consecutivitatea dizocluziei cu dominanta canini” în terapia restaurativă estetică, funcţională, metoda directă.

2) Aplicarea analizei funcţionale clinice şi instrumentale, a articulatorului reglabil, a arcului facial şi a axiografului în terapia restaurativă direcţionată.

Materiale şi metode

În analiză, implementând concepţia „dizocluziei consecutive cu dominanta canini” în terapia restaurativă direcţionată, au participat 47 de pacienţi (cu vârstă cuprinsă între 22 şi 48 de ani). Au fost folosite în restaurarea dentară atât metoda conformativă, cât şi metoda reorganizată de tratament a ocluziei. Pentru analiză, diagnosticare şi tratament este importantă studierea mişcărilor funcţionale ale mandibulei. Tratamentul orientat spre optimizarea ocluziei poate fi efectuat prin metoda „conformativă” ori „reorganizată”. Metoda de tratament „conformativă” presupune păstrarea poziţiei intercuspidale stabile (PIC), care nu duce la schimbarea diferenţei raportului dintre poziţia posterioară de contact a mandibulei (PPC) şi poziţia intercuspidală (PIC). Metoda „reorganizată” presupune înlăturarea diferenţei între poziţia posterioară de contact a mandibulei (PPC) şi poziţia intercuspidală (PIC). În urma acestei metode de tratament obţinem o nouă poziţie intercuspidală stabilă foarte aproape de poziţia posterioară de contact a mandibulei [3].

Tratamentul eficient prognozat este imposibil fără o colaborare strânsă între medical-stomatolog şi tehnicianul dentar. Analiza minuţioasă a parametrilor faciali, raportul dintre dinţi şi buze, dicţia, arcadele dentare şi a ţesuturilor înconjurătoare, împreună cu datele investigaţiilor funcţionale, sunt fundamentate în formarea planului de tratament. Rezultatele analizei estetice şi funcţionale sunt transmise tehnicianului dentar cu ajutorul anchetei de laborator. În baza rezultatelor primite de la medicul-stomatolog, tehnicianul dentar poate efectua modelarea în ceară cu aspect reorganizat. Deci, responsabilitatea pentru deciziile

clinice luate sunt atribuite medicului-stomatolog, și nicidecum tehnicianului dentar.

Examenul exobucal începe cu analiza feței, determinând prezența sau absența asimetriei sau disarmoniei faciale, analiza etajului inferior având în vedere dimensiunea verticală de ocluzie, planul ocluzal, plica nazo-labială, linia surâsului, vestibulul bucal, linia interincisivă și linia mediană a feței (*figura 1*). La analiza complexului maxilo-facial înregistrăm prezența durerilor, asimetriei, hipertonusul muscular prin palparea comparativă a mușchilor masticatori din următoarele regiuni:

- Regiunea cervico-humerală;
- Mușchiul temporal;
- Mușchiul masețer;
- Mușchiul sterno-cleidomastoidian;
- Faringele;
- Complexul temporo-mandibular.

Rezultatele palpării comparative a mușchilor masticatori se înregistrează în ancheta-standard a pacientului.

În timpul examenului endobucal apreciem: țesuturile dentare dure și posibilitatea tratamentului conservativ radicular; starea paradontului – nivelul de igienă orală, gradul de recesiune, prezența sau absența hemoragiei, defecte de gingie, mucoasă și ale osului; relațiile ocluzale: verificăm stabilitatea ocluziei – ocluziograma, determinăm diferența între poziția de intercuspidadă maximă și relație centrică, determinăm dimensiunea verticală de ocluzie.

Efectuăm palparea comparativă a mușchilor masticatori (*figurile 7-10*): pterigoidian medial, mușchiul digastric, planșeul bucal, limba, mușchii suprahioidieni, mușchii infrahioidieni. Rezultatele examenului clinic endobucal se înscriu în ancheta-standard a pacientului.

Modelele din ghips fixate în articulatură reglabilă cu ajutorul arcului facial și a registratului din ceară reprezintă situația inițială a cavității orale. Tehnicia-

nul dentar, respectând indicațiile medicului-stomatolog, a efectuat modelarea de diagnostic din ceară, cu mărirea dimensiunii verticale de ocluzie cu 4 mm pe măsura incisală, cu deplasarea anterioară a mandibulei cu un mm și crearea unor relații ocluzale corecte la nivelul dinților laterali și frontali, cu implementarea concepției moderne ”dizocluzia consecutivă cu dominantă canini”. Planul ocluzal = 8 grade.

Examenul clinic cu îndeplinirea anchetei, seria completă de imagini intraorale, analiza funcțională clinică și instrumentală permite stabilirea diagnosticului corect.

Diagnoza

În concordanță cu diagnoza, stabilim planul de tratament optimal:

1. Igiena profesională a cavității bucale;
2. Examenul roentgenologic;
3. Amprentarea câmpului protetic și confecționarea modelelor de diagnostic din ghips;
4. Înregistrarea ocluziogramelor și a relațiilor intermaxilare (poziția posterioară de contact sau relația centrică);
5. Ghipsarea modelelor de diagnostic în articulatură reglabilă cu ajutorul arcului facial în poziția posterioară de contact și relație centrică;
6. Analiza funcțională mică;
7. Analiza funcțională mare;
8. Analiza parametrilor ocluzali;
9. Confecționarea gutierei cu scop de tratament;
10. Modelarea de diagnostic din ceară a dinților cu componenta reorganizată, folosind cerințele concepției ”dezocluziei consecutive cu dominantă canini”;
11. Protezarea provizorie funcțională a grupului lateral de dinți (la necesitate);
12. Restaurarea estetică direcționată a dinților, prin metoda directă, cu folosirea modelelor-mostră;
13. Confecționarea gutierei elastice cu scop profilactic.



Figura 1. Discuții individuale cu pacientul. Îndeplinirea anchetei de către pacient



Figura 2. Îndeplinirea anchetei de către pacient



Figura 3. *Palparea uniformă și simetrică a mușchilor masticatori exobucali*



Figura 4. *Palparea uniformă și simetrică a mușchilor masticatori endobucali*

Formularea logică a diagnozei trebuie să fie individuală. Etapele de diagnosticare standardizate duc la obținerea datelor de diagnosticare individuale și au mare importanță în analizarea lor în complex. În consecință putem formula diagnoza și planul de tratament.

Fiecare pacient este unic. Începutul procesului de diagnosticare a aparatului masticator se efectuează prin discuții personale de către medicul-stomatolog (figura 1). Numai prin discuții personale cu pacientul este posibilă obținerea datelor, a impresiilor generale de care depinde succesul diagnosticării. În timpul discuțiilor este necesar să fim atenți la aspectele prezentate în figurile 1–6.

După acuzele de bază depistăm cauza adevărată ce a determinat pacientul să se adreseze medicului-stomatolog.

1. *Anamneza medicală*: pacientul îndeplinește ancheta-standard individual în scris, ceea ce îi conferă statutul de document. Ancheta trebuie să fie clară, corect structurată și să conțină întrebări despre afecțiunile de moment și cele din trecut. Anamneza trebuie să fie scurtă, clară și cuprinzătoare (figura 2).

2. *Anamneza stomatologică*: bolnavul răspunde la întrebările din anchetă cu privire la acuze sau starea funcțională a organului masticator; traume ale capului, gâtului, principalele intervenții stomatologice etc. (figura 2).

3. *Analiza durerilor cronice*, dacă sunt prezente: durerile din regiunea umerilor, gâtului, capului.

În diagnosticul funcțional, anamneza bolii joacă un rol foarte important și medicul-stomatolog poartă responsabilitatea rezultatelor precise, obținute referitor la durerea acuzată.

Folosind analiza funcțională clinică, obținem date obiective despre starea funcțională a organului masticator. Aceasta include următoarele etape:

1) *Palparea comparativă a mușchilor* (organului masticator) – palparea bilaterală comparativă, în relaxare și în tonus, determină parametrii obiectivi și cei subiectivi ai unor grupuri separate de mușchi și permite depistarea unor semne patologice asimetrice (figurile 3, 4).

2) *Analiza mișcării mandibulei* – apreciem mișcările active și cele pasive, starea finală și elasticitatea. Toate aceste date se înregistrează într-un tabel și se supun analizei individuale.

3) *Starea ATM* – se efectuează palparea, auscultarea și se analizează mișcările active și cele pasive ale maxilarului inferior.

4) *Date neurologice preventive* – stomatologul trebuie să depisteze la timp simptomatologia neurologică și, în caz de necesitate, să indice consultația neuropatologului.

5) *Diagnosticul clinic al ocluziei și articulației* – se evaluează starea dinților: integritatea, vitalitatea, obturațiile și restaurările, protezele mobilizabile, abraziunea fațetelor.

6) *Ocluziograma* – se determină contactele premature în relație centrică, ghidajul în retruzie, protruzie și laterotruzie.

7) *Date parodontologice* – determinăm nivelul de igienă orală, cantitatea depunerilor dentare, mobilitatea dentară etc.

8) *Analiza roentgenologică*.

Analiza funcțională instrumentală poate fi folosită ca punct de reper la diagnosticare numai împreună cu toate datele clinice sistematizate. În prezent nici o metodă de diagnosticare, indiferent de complicitatea sau precizia ei, nu permite afirmarea diagnozei fără analiza rezultatelor altor metode.

Caz clinic. Pacientul acuză dureri în regiunea unor dinți în parte, dificultăți în timpul masticăției din cauza abraziunii dentare. La examenul primar deter-

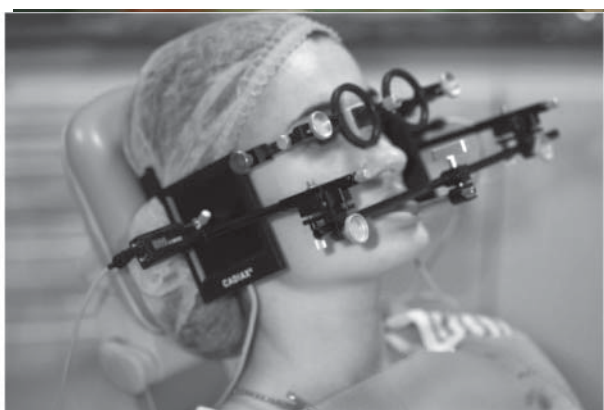


Figura 5. Axiograf

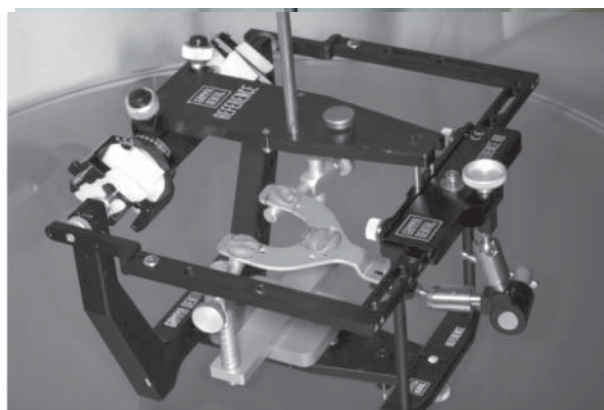


Figura 6. Ghipsarea modelelor în articulatorul reglabil cu ajutorul arcului facial

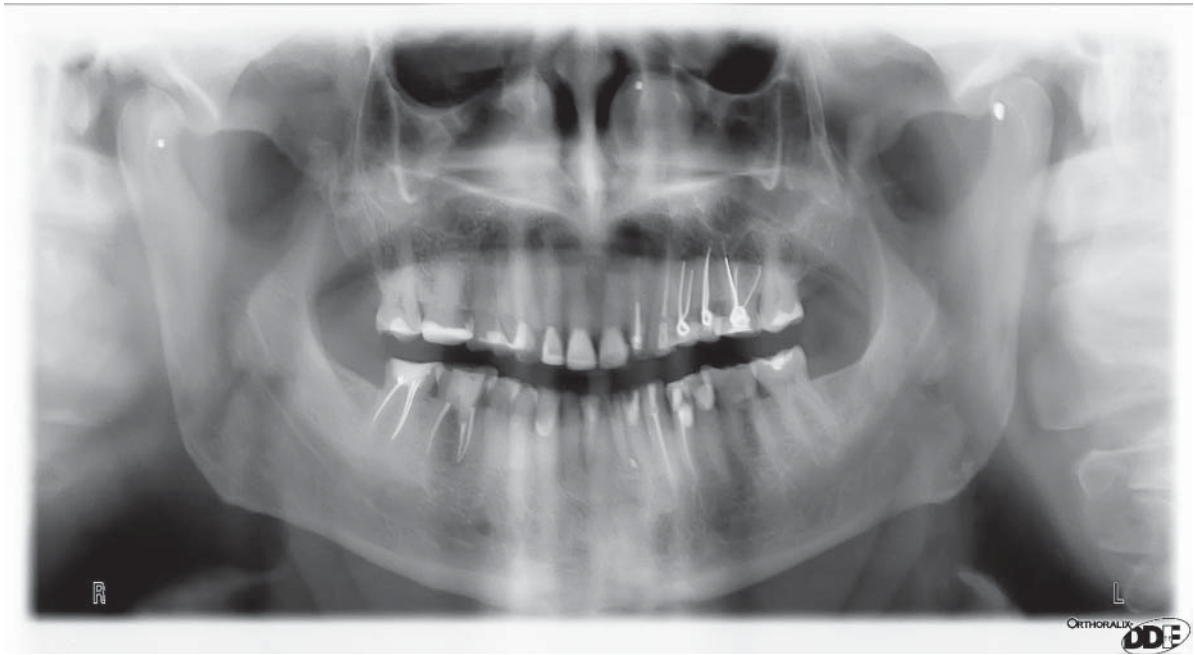


Figura 7. Ortopantomograma până la tratament

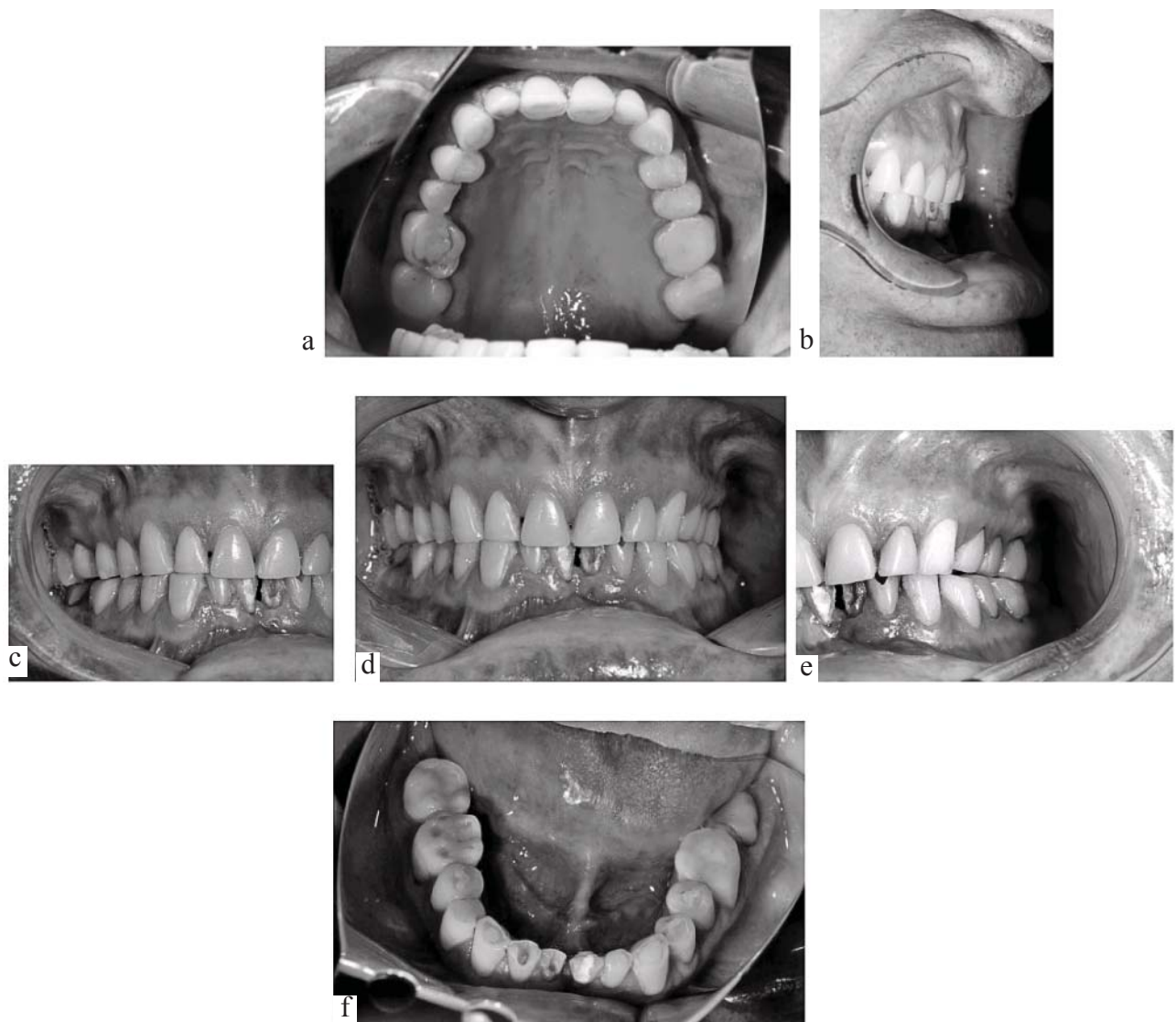


Figura 8. Studierea riguroasă și analiza structurală, funcțională și estetică a cavității bucale

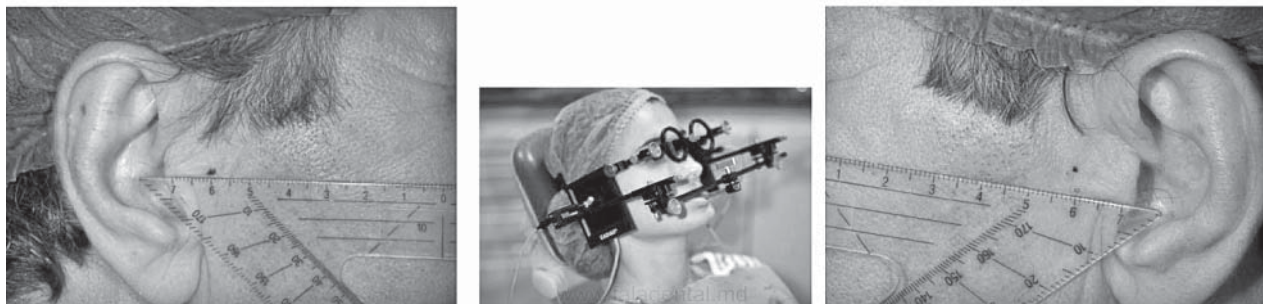
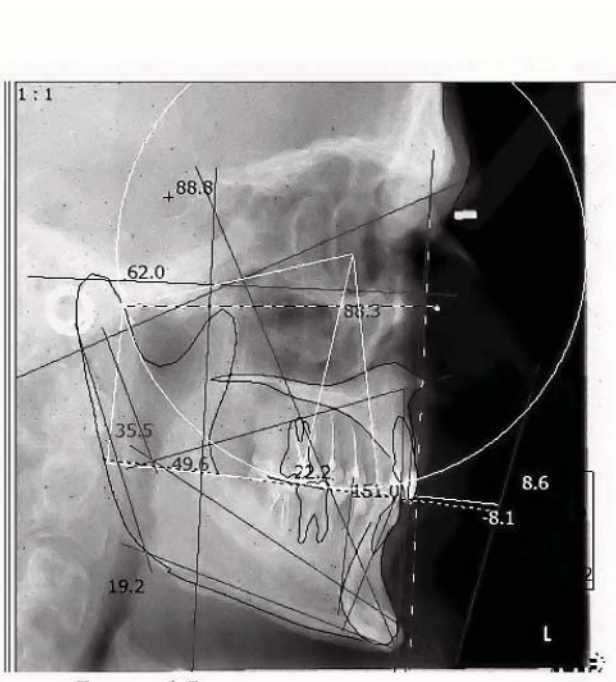


Figura 9. Axiografia. Determinarea axei „balama terminală” individuale a pacientului



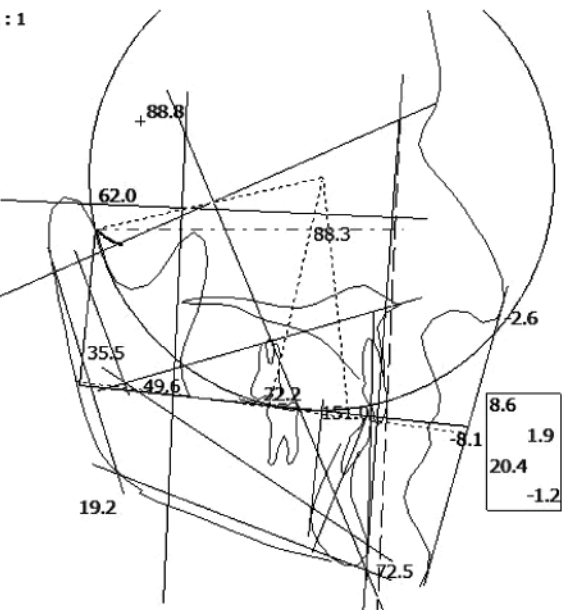
Slavicek Interactive Verbal Analysis

The skeletal trend of the skull is mesiofacial
 The skeletal trend of the mandible is brachyfacial
 Skeletal class is II
 The maxilla is positioned extremely prognathic
 The mandible is positioned prognathic, with tendency to neutral
 The lower facial height is increased
 Dental class unknown
 The protrusion of the upper incisor is normal
 The inclination of the upper incisor is strongly diminished
 The protrusion of the lower incisor is normal
 The inclination of the lower incisor is normal
 The interincisal angle is increased
 Occlusal concept: Tendency to group function
 No functional statement available

Explanation

Determinants	Norm	Value	Trend
Facial Axis	90.0 °	88.8	
Facial Depth	91.5 °	88.3	1-*
Facial Taper	68.0 °	72.4	1B*
Mandibular Plane	21.5 °	19.2	
Related Values			
Bjork Sum	396.0 °		
Facial Length Ratio	63.5 %		
Y Axis to S N	67.0 °	63.6	1-*
Y Axis (Downs)	61.8 °	60.6	
S N to Gonion Gnathion Angle	31.6 °		

Slavicek Analysis



Skeletal Measurement	Norm	Value	Trend
Facial Axis	90.0 °	88.8	
Facial Depth	91.5 °	88.3	1-*
Mandibular Plane	21.5 °	19.2	
Facial Taper	68.0 °	72.4	1B*
Mandibular Arc	31.2 °	35.4	1B*
Maxillary Position	65.0 °	79.2	5+***>
Convexity	-1.0 mm	-2.6	
Lower Facial Height (by R.Slavicek)	41.9 °	49.5	1+*
Lower Facial Height to Point D	50.3 °	51.9	
Dental Measurement			
Interincisal Angle	132.8 °	150.9	1+*
Upper Incisor Protrusion	4.3 mm	1.9	
Upper Incisor Inclination	23.1 °	8.6	2-**
Upper Incisor Vertical	mm	1.7	
Lower Incisor Protrusion	1.2 mm	-1.1	
Lower Incisor Inclination	24.1 °	20.3	
Upper Molar Position	21.0 mm	22.2	
Occlusal plane			
Occlusal Plane - Axis Orbital Plane (Slavicek)	----- °	6.1	
Idealized Occlusal Plane - Axis Orbital Plane	----- °	8.6	
Distance Occlusal plane - Axis (DPO)	40.9 mm	41.4	
Radius of Curve of Spee	----- mm	61.9	
Lip Embrasure	0.0 mm	1.5	
Occlusal Plane Xi Distance	-1.4 mm	-2.0	
Functional Measurement			
Horizontal Condylar Inclination right	----- °	32.0	
Horizontal Condylar Inclination left	----- °	31.2	
Horizontal Condylar Inclination	----- °	31.6	

Figura 10. Cefalometria și analiza parametrilor ochuzali până la tratament

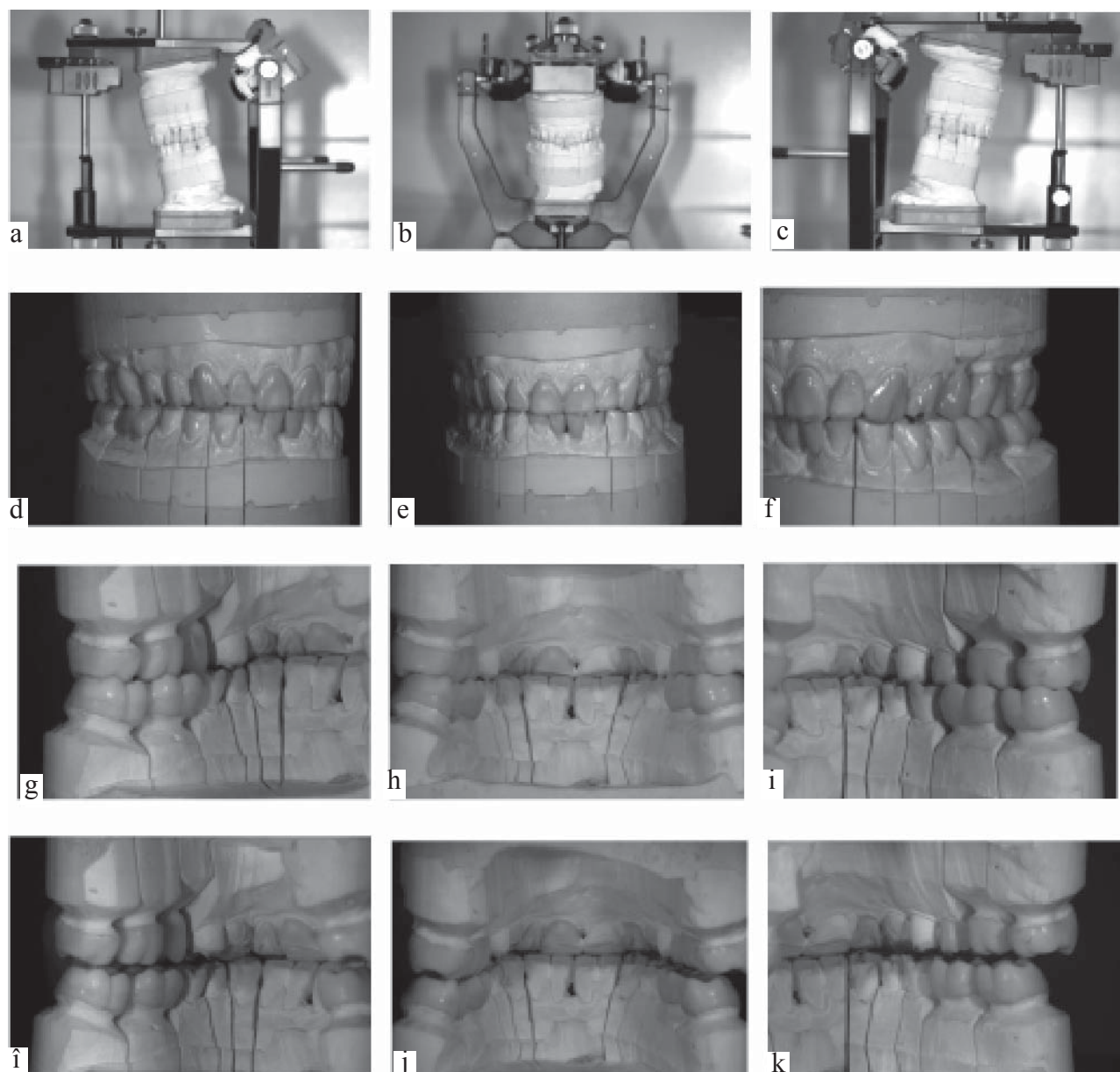


Figura 11. Modele din ghips

minăm o igienă nesatisfăcătoare a cavității bucale, multiple obturații pe suprafețele ocluzale și în regiunea coletului. Se determină afecțiuni carioase și fisuri ale smalțului ca urmare a abfracției (figura 7).

După studierea modelelor din ghips (figura 11) montate în articulatorul (Reference GAMA DENTAL) în poziția RCP și efectuarea analizei instrumentale cu ajutorul axiografului „Codias” (GAMA DENTAL, Austria), s-a hotărât:

- 1) Ridicarea dimensiunii vertical de contact cu 4 mm.
- 2) Deplasarea mandibulei anterior cu 1 mm.
- 3) Modelarea în ceară respectând cerințele concepției „dizocluziei consecutive cu dominanta canini”.
- 4) Planul ocluzal = 8 grade.

Pentru stabilizarea dimensiunii vertical de oclu-

zie, protecția ligamentului pterigo-mandibular de compresie și excluderea forțelor excentrice asupra sa, dinții șase și șapte (cheia ocluziei) au fost confecționați din zirconiu la frezorul computerizat CAD/CAM „EVEREST” (KAVO, Germania), conform cerințelor concepției (figura 12).

Pacientul a îndeplinit de sine stătător ancheta-standard ce include întrebări privind starea sa medicală și stomatologică. Pentru anestezici s-a efectuat alergograma. De afecțiuni ale sistemului cardio-vascular, boli cronice, hepatita B, C, HIV-infecții n-a suferit.

Investigația radiologică este o etapă obligatorie a examenului paraclinic și e predestinată pentru evaluarea arcadelor dentare în întregime. Metodele paraclinice sunt utilizate numai pentru a obține date



Figura 12. *Cimentarea dinților 16; 17; 26; 27; 36; 37; 46; 47 confecționați din zirconiu la aparatul CAD/CAM „Everest” („KAVO”, Germania)*

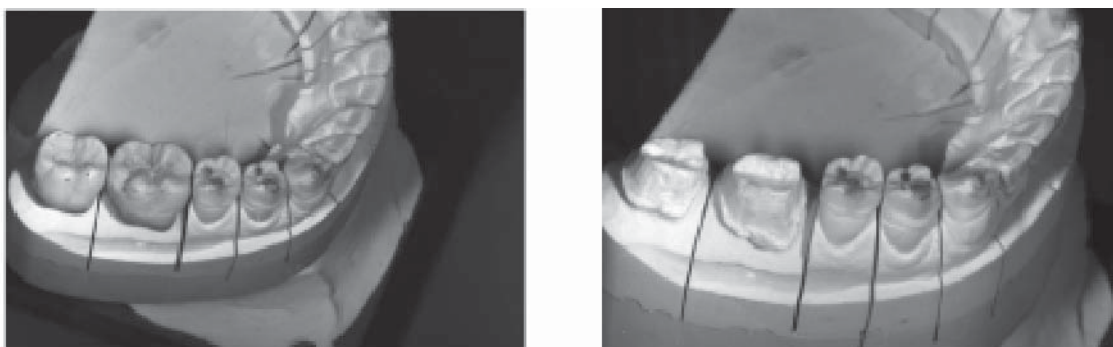


Figura 13. *Mostra modelării în ceară conform cerințelor concepției „dizocluziei consecutive cu dominantă canini” (sectorul IV)*

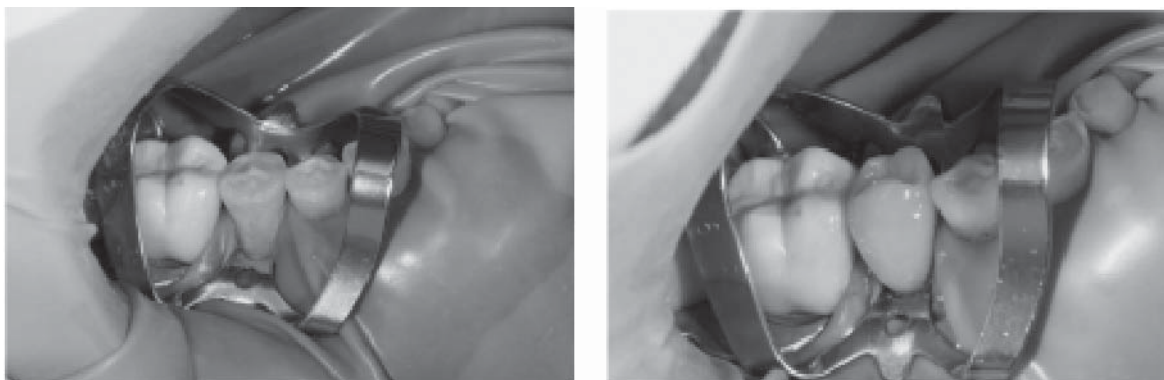


Figura 14. Aplicarea coferdamului și restaurarea estetică, funcțională a dintelui 45, metoda directă, conform mostrei modelării în ceară

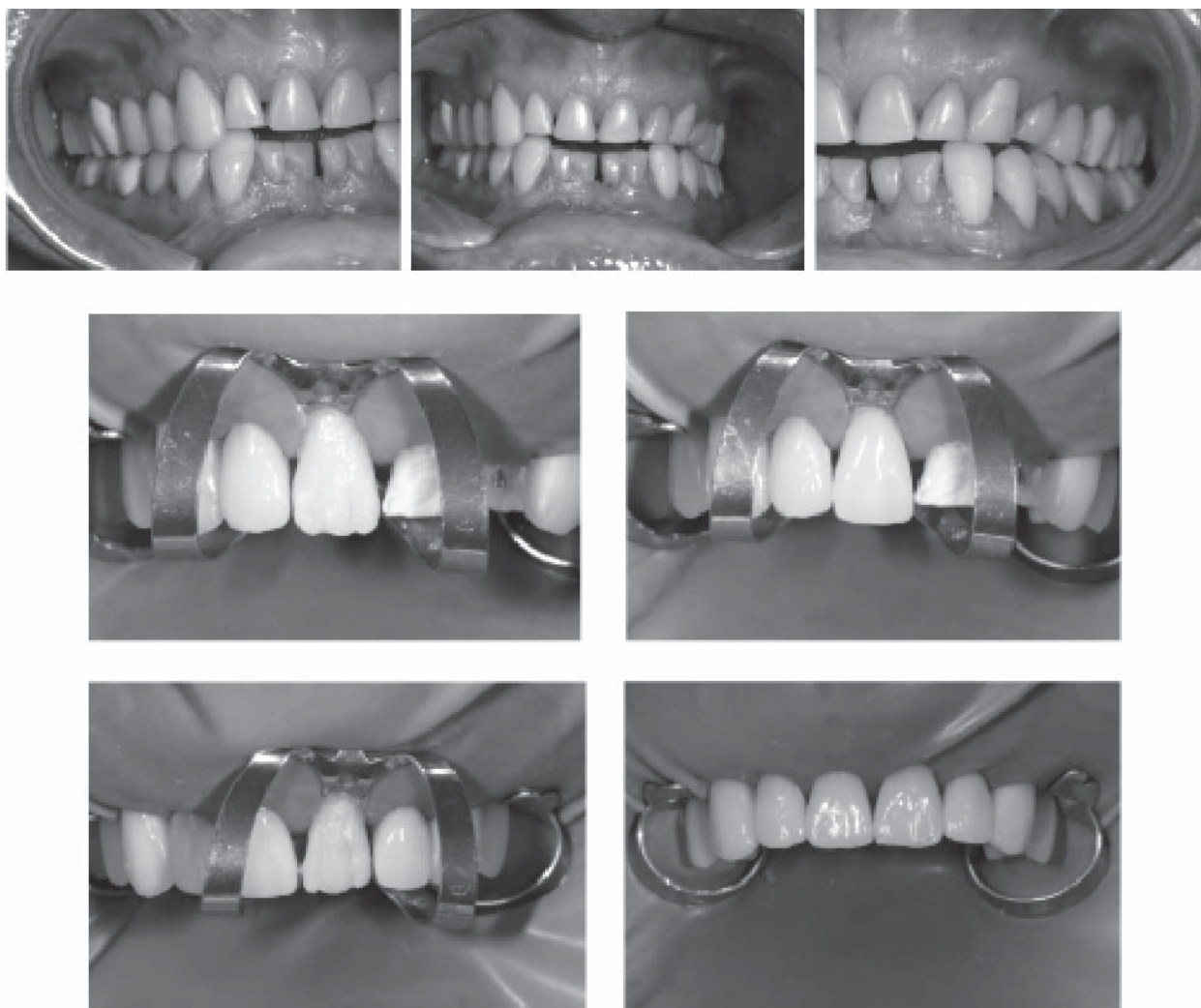


Figura 15. Restaurarea estetică, metoda directă, grupa frontală, cu respectarea indicilor mostrei în ceară

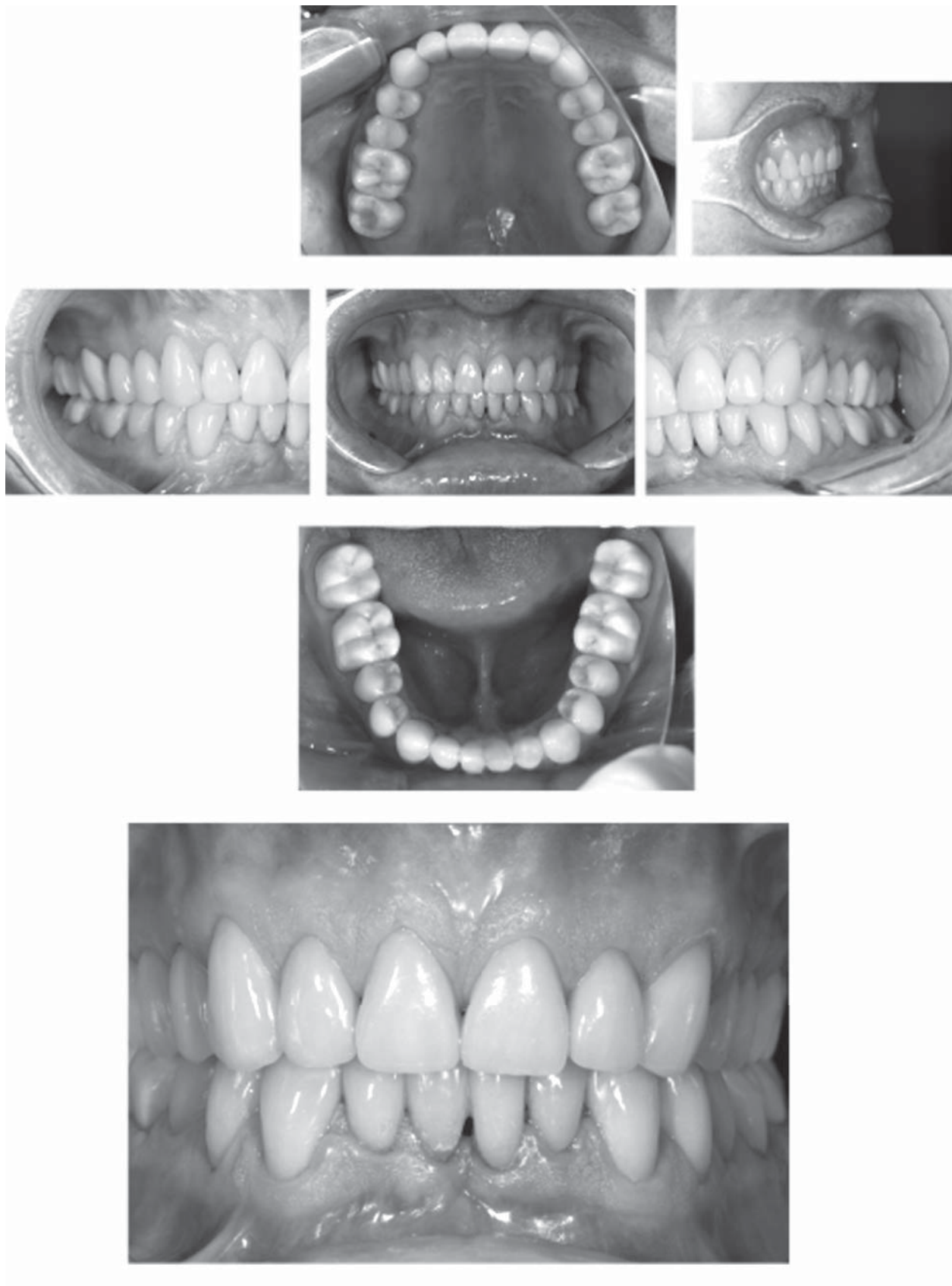
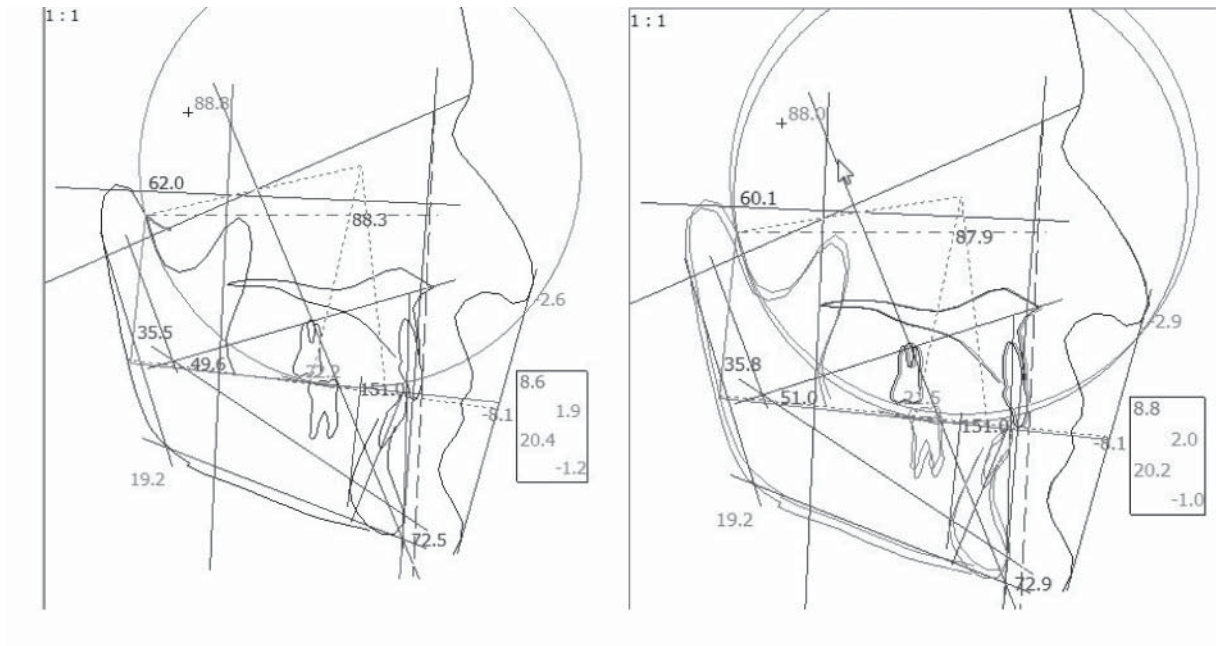


Figura 16. *Finisarea tratamentului direcționat*



Slavicek Interactive Verbal Analysis

The skeletal trend of the skull is	mesiofacial	victor
The skeletal trend of the mandible is	brachyfacial	mesiofacial
Skeletal class is	II	brachyfacial
The maxilla is positioned	extremely prognathic	II
The mandible is positioned	prognathic, with tendency to neutral	extremely prognathic
The lower facial height is	increased	prognathic, with tendency to neutral
Dental class	unknown	increased
The protrusion of the upper incisor is	normal	unknown
The inclination of the upper incisor is	strongly diminished	normal
The protrusion of the lower incisor is	normal	strongly diminished
The inclination of the lower incisor is	normal	normal
The interincisal angle is	increased	increased
Occlusal concept:	Tendency to group function	Tendency to group function
	No functional statement available	No functional statement available

Explanation

Determinants				victor		
	Norm	Value	Trend	Norm	Value	Trend
Facial Axis	90.0 °	88.8		90.0 °	88.0	
Facial Depth	91.5 °	88.3	1-*	91.5 °	87.9	1-*
Facial Taper	68.0 °	72.4	1B*	68.0 °	72.8	1B*
Mandibular Plane	21.5 °	19.2		21.5 °	19.2	
Related Values				Norm	Value	Trend
Bjoerk Sum	396.0 °	378.1	7-***>	396.0 °	378.1	7-***>
Facial Length Ratio	63.5 %	81.0	8+***>	63.5 %	81.4	8+***>
Y Axis to S N	67.0 °	63.6	1-*	67.0 °	64.4	
Y Axis (Downs)	61.8 °	60.6		61.8 °	61.4	
S N to Gonion Gnathion Angle	31.6 °	18.1	3-***	31.6 °	18.1	3-***

Figura 17. Cefalometria și parametrii ocluzali până și după tratament

suplimentare, niciodată pentru a pune un diagnostic definitiv. Ortopantomograma (figura 7) practic este utilizată în mod curent în stomatologie, devenind un instrument de diagnosticare de rutină. Teleradiograma, care se efectuează la începutul și la finalul tratamentului, iar uneori, conform indicațiilor, în procesul tratamentului este folosită pentru depistarea schimbărilor structural-osoase, efectuarea cefalometriei (figura 10) și poate suplini cu informație alte metode de examinare, ca tomografia computerizată, care ne oferă informații simultane privind țesuturile dure și moi articulare, și rezonanța magnetică nucleară, care nu expune pacientul la radiații ionizante. Ele aduc informații noi, care nu pot fi obținute din anamneză și prin examen clinic privind integritatea structurală și starea funcțională a ATM.

Precizia tehnicilor de imagistică nu este una ideală. Modificările patologice sunt uneori greu de deosebit de variațiile anatomice normale și de remodelările adaptive ale componentelor articulare. Orice informație dobândită prin imagistică trebuie interpretată în contextul datelor culese prin anamneză și examen clinic al pacientului disfuncțional. Numai în acest fel se poate ajunge la un diagnostic corect.

Concluzii

1. Concepția ocluzală "consecutivitatea dizocluziei cu dominantă canini" funcționează ideal în terapia restaurativă directă, fiindcă modelarea dinților se efectuează în articulaturul individual pentru pacientul concret.

2. Analiza funcțională clinică, analiza funcțională instrumentală, articulaturul reglabil, arcul facial, axiograful măresc considerabil posibilitatea optimizării ocluziei. Dar cel mai important, toate acestea reîntorc sănătatea pacientului și ameliorează considerabil calitatea vieții.

Bibliografie

1. Rudolf Slavicek. *The Masticatory Organ. Functions and Dysfunctions*. 2008, 544 p.
2. Fradeani M. *Prosthetic Treatment*, 2010, 599 p.
3. Howat A.P., Capp N.J., Barrett N.V.J. *Occlusion & Malocclusion*. 2005, 235 p.
4. Antonic M.M. *DentArt*, 2010, nr. 4, p. 35-40.
5. Ordovskii-Tanaevskii V.V. *Quintessence international*, 2010, nr.1, p. 79 – 88.
6. Massironi D. *Precision in dental esthetics*. 2008, 442 p.
7. Bârsa Gheorghe, Postolachi Ilarion. *Tehnici de confecționare a protezelor dentare*, 1994, 398 p.

Rezumat

Diagnosticul funcțional este baza terapiei direcționate. În stomatologia modernă și-au gasit locul numai o parte din numeroasele concepții privind ocluzia.

Noi suntem adepții concepției *Dizocluzia consecutivă cu dominantă canin*, deoarece aceasta, în viziunea noastră, este cea mai contemporană și în același timp cea mai funcțională. Conform acestei concepții, este important ca dizocluzia să se desfășoare după o anumită consecutivitate în mișcarea laterală (laterotruzie).

Pentru analiza și implementarea concepției date, au fost supuși terapiei restaurative direcționate 47 de pacienți (cu vârsta cuprinsă între 22 și 48 ani) la care au fost folosite atât metoda conformativă, cât și metoda reorganizată de tratament a ocluziei. Rezultatele au depășit așteptările noastre: toți pacienții au menționat optimizarea masticației, esteticii și a dispoziției.

Summary

Functional diagnosis is primary in directional therapy. In modern dentistry only a part of all occlusion concepts are in use. In our work we keep the concept *gradually disocclusion with canine dominant*, because this concept in our opinion is the newer and also the difficult ones. In this concept is major that teeth must contact in a concrete orders in laterotrusion position.

In analysis which was used the concept *gradually disocclusion with canine dominant* in direct method restoration therapy were cured 27 patients (age 22-48 years), whereupon were use „conformative” and „reorganized” methods of occlusion treatment. The results overtook our expectations: at all of the patients we detected optimization of chewing, aesthetics and comfort.

Резюме

Функциональная диагностика является основой направленной терапии. В современной стоматологии нашли себе применение лишь часть из многочисленных концепций окклюзии. В нашей работе мы придерживаемся концепции «последовательной дизокклюзии с клыковой доминантой», так как эта концепция, на наш взгляд является самой современной и в то же время едва ли не самой сложной. В ней очень важно чтобы зубы размыкались в определённой последовательности при латеротрузионном ведении.

В анализе с применением концепции *последовательной дизокклюзии с клыковой доминантой* в реставрационной терапии, прямым методом, были вовлечены 27 пациентов (возраст - 22-48 лет), у которых были использованы как «конформативный», так и «реорганизующий» подход лечения окклюзии. Результаты превзошли наши ожидания: у всех пациентов отмечалась оптимизация жевания, эстетики и настроения.