

Concluzii

Prevalența afecțiunilor parodontale este mai crescută la pacienții cu DLMP decât la cei sănătoși. În cazul neglijării igienei orale, pacienții cu DLMP sunt predispuși la dezvoltarea și avansarea afecțiunilor parodontale în directă vecinătate a despicăturilor, conducând la o pierdere patologică prematură a sistemului dentar. Nivelul jos al igienei orale implică eforturi intensive în ameliorarea sănătății orale. Astfel, măsuri de igienă sunt necesare de a fi implementate de către acești pacienți împreună cu un tratament incipient interdisciplinar.

Bibliografie

1. Bolor V, Thomas B, Comparison of periodontal status among patients with cleft lip, cleft palate and cleft lip along with a cleft in palate and alveolus. Journal of Indian Society of Periodontology. 2010, July — September, 14(3): 168-172.
2. Shaw W. Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies; report of WHO meetings on International Collaborative Research on craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofacial Journal. 2004; 41:238-43.
3. Calzolari E. Epidemiology of cleft palate in Europe implications for genetic research. Cleft Palate Craniofacial Journal 2004; 41:244-49.
4. Lupan I. Recuperarea medicală a copiilor cu malformații congenitale ale feței. Chișinău. Medicina, 2004.p. 23-24, 27-30.
5. Nagappan N., John J. Periodontal status among patients with cleft lip, cleft palate and cleft lip, alveolus and palate in Chennai, India. A comparative study. J Clin Diagn Res. 2015 Mar; 9(3): ZC53-ZC55.
6. Chopra A, Lakhnani M, Rao N. C., Gupta N, Vashisth S, Oral health in 4-6 Years Children with Cleft Lip/Palate: A Case Control Study. North American Journal of Medical Sciences, June 2014, Vol. 6, Issue 6, p 266.
7. Parapanisiou V, Gizani S., Makou M, Papagiannoullis L. Oral health status and behavior of Greek patients with cleft lip and palate. European Archives of Paediatric Dentistry, vol. 10, no. 2, pp. 85-89, 2009.

Data prezentării: 30.11.2015
Recenzent: Oleg Solomon

EVOLUȚIA LEZIUNILOR SINUSALE PERFORATIVE

Ilie Hițu¹,
rezident

Dumitru Hițu²,
conferențiar universitar

Pancenco Anatolie³,
conferențiar universitar

Vasile Vlas⁴,
asistent universitar

Constantin Bicer⁵,
medic stomatolog

Afanasie Hățu⁶,
medic stomatolog

Tatiana Strelțova⁷,
medic stomatolog

^{1,2,3,4}, Catedra de
Chirurgie OMF și
Implantologie Orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„N. Testemițanu“

^{5,7} Policlinica
Stomatologică
Municipală

Rezumat

Extracția dentară cu apariția comunicării oro — antrale impune cunoașterea mai aprofundată a clinicii, a diagnosticului și metodelor de tratament. Leziunile sinusale perforative au constituit 2,4% din numărul total al bolnavilor tratați în secția de ChOMF, fenomen stabilit în premieră. Majoritatea bolnavilor sunt din Chișinău — 57%. Persoanele ce posedă asigurare medicală obligatorie sunt 68,8%. Durata spitalizării a variat de la 4 la 7 zile și constituie — 40,9%. Adresarea de sinestătător — 57%. Pacienții care s-au adresat la medic în prima zi au constituit doar 8,6%. Leziunile sinusale cronice perforative s-au plasat pe primul loc cu 52,68% și pe ultimul loc cu 19% s-a plasat comunicarea oro-sinusală. Frecvența dinților ce au dus la implicarea sinisului maxilar din stânga — 67,74%. Dintele 6 a fost implicat în 56,98% cazuri și prin parodontită cronică în 92,5% astfel, fiind, factor etiologic. Plasticia COS cu lambou vestibular s-a înregistrat în 77,41%. La 19% din bolnavi s-au înlăturat preventiv corpuri străini. Tratamentul cu anestezie locală în 76,3%.

Cuvinte cheie: dintele cauzal, perforare, plasticie, reabilitare.

Summary

EVOLUTION OF SINUS PERFORATING INJURIES

Tooth extraction that leads to oro-antral communication requires deeper knowledge of the signs, diagnostic and treatment techniques. Perforative sinus injuries represented 2,4 % of the whole number of patients from Oro-Maxillo-Facial Surgery Section, phenomenon fixed for the first time. Most of the patients are from Chisinau-57%. Patients that have medical insurance-68,8%. Hospitalization period varied from 4 to 7 days in 40,9%. Patients who addressed by themselves — 57%. 8,6% of patients attended for medical help in the first day. Chronical perforative sinus injuries are on the 1st place with 52,68%, and on the last place — oro-sinusal communication — 19%. Frequency of the teeth causing injury of the left maxillary sinus — 64,74%. The first molar was implicated in 56,98% of the cases, and 92,5% because of the chronical parodontites, thus being an etiological factor. Plastic surgery of the oro-sinusal communication with vestibular flap was recorded in 77,41%. 19% of the patients had foreign bodies extracted preventively. Treatment with local anesthesia — in 76,3%.

Key words: causal tooth, perforation, plastic surgery, rehabilitation.

Introducere

În literatura de specialitate autohtonă și din străinătate există un număr mare de lucrări consacrate etiologiei, patogenezei, manifestărilor clinice și tratamentului fistulelor odontogene ale sinusului maxilar. În pofida acestui fapt, câteva întrebări legate de aceste patologii rămân nerezolvate. Procentul rezultatelor nesatisfăcătoare rămâne ridicat la 5-6% [14].

Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară [1,4,6]. O parte din patologie este legată de manevrele ce traumează peretele inferior al sinusului în timpul diverselor manipulații terapeutice endodontice și chirurgicale, care ulterior sau concomitent pot duce la implicarea lui în inflamație [2,5,7]. Incidența complicațiilor după intervențiile asupra sinusului maxilar apar în 80% din cazuri. Motivul pentru acest fapt, după opiniile chirurgilor, sunt inciziile vaste ale țesuturilor moi, expunerea extinsă a structurilor osoase, subestimarea caracteristicilor fiziologice de transport activ și aerare a secretului din sinusul maxilar [18].

După datele lui A. Козлов (1988), perforarea sinusului maxilar în 92,3%, are loc în urma extracției dentare [13]. COA se produc cel mai frecvent în timpul extracției dinților cu raport sinusal, acestea reprezentând un factor etiologic important în apariția sinusitei maxilare cronice odontogene [12].

Grosimea septului alveolo-sinusal are o mare variabilitate, ea fiind cuprinsă între 0,5-4,5mm, după Kustra [4], și după Бернадский, de la 0 mm până la 12 mm [12].

Scopul lucrării

Evaluarea studiului comparativ observațional descriptiv al leziunilor sinusale perforative.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului au fost examinați și a fost acordat ajutorul medical bolnavilor cu leziuni sinusale perforative (LSP) ce au fost tratați în Clinica de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială (ChOMF) pe parcursul a doi ani, 2004 și 2013.

Au fost luați la evidență 93 pacienți cu LSP la care s-a aplicat un studiu retrospectiv observațional descriptiv: frecvența, sex, vârsta, modul de proveniență, categoriile sociale, modul de adresare, timpul expirat după odontectomie, modul de adresare după ajutor, etiologie, dintele cauzal, corpii străini, cost, durata spitalizării și metodele de tratament. În calitate de material de studiu au servit fișele medicale din arhiva Institutului de Medicină de Urgență din Chișinău. Datele obținute au fost introduse în programul Excel și prelucrate statistic la Catedra de Medicină Internă.

Rezultate și discuții

Leziunile sinusale perforative au constituit 2,4% din numărul total al bolnavilor tratați în secția de ChOMF, din arhiva Institutului de Medicină de Urgență din Chișinău, stabilit în premieră. În practica

chirurgului maxilo-facial, perforarea sinusului maxilar, în urma extracției dentare se atestă la 2,3% din bolnavi, însă la general numărul total de bolnavi ce se adresează în instituțiile medicale cu o astfel de complicație e mult mai mare, după Бернадский și Заславский (1986) perforarea sinusului maxilar în urma extracției dentare constituie 15,5% pacienți [19].

Media anuală a fost de 8 pacienți pe lună. Cei mai mulți pacienți au fost în luna aprilie -11,8% și cei mai puțini în luna decembrie cu 5,4% ($\chi^2=13,692$, $P>0,05$). Vara au fost 30,1% și iarna 19,4% ($\chi^2=7,171$, $P>0,05$).

Persoanele de sex masculin dețin 55,9% și femeii 44,1% ($\chi^2=2,596$, $P>0,05$).

Cei mai mulți pacienți au fost în vârsta de 30-50 ani. Aparent acest lucru se datorează numărului mare de focare infecțioase odontogene cronice în țesuturile periapicale, care în cele din urmă se finalizează cu extracție dentară (97%). Ea are semnificația și prin faptul că primii molari sunt cei mai afectați de carii, în cele din urmă, după tratamentul pe termen lung poate duce la odontectomie (75%) [14].

Vârsta până la 20 ani 2,2%, 21-30 ani 28%, 31-40 ani 17,2%, 41-50 ani 19,4%, 51-60 ani 22,6%, mai mult de 61 ani 10,75% ($\chi^2=3,959$, $P>0,05$).

Majoritatea bolnavilor sunt din Chișinău — 57%, raioane și orașe 15,1% și localități rurale 28% ($\chi^2=1,050$, $P>0,05$).

Distribuția pe categorii sociale a fost următoarea: muncitorii — 47,3%, urmași de șomerii — 31,2%, studenții — 2,2%, pensionarii — 8,6% și invalizii cu 10,8% ($\chi^2=4,649$, $P>0,05$).

Persoanele cu asigurare medicală obligatorie sunt 68,8%, fără bani 3,2%. Contra plată 27,95%, costul tratamentului unui bolnav a constituit 766,57 lei ($\chi^2=0,067$, $P>0,05$).

Durata spitalizării a variat de la 1 la 3 zile — 20,4%, 4-7 zile — 40,9%, 8-14 zile — 37,6%, mai mult de 14 zile — 1,1%, ($\chi^2=2,350$, $P>0,05$).

Adresarea de sinestătător 57%, cu îndreptare 35,5%, transportarea cu ambulanța 6,5%, transferați din alte secții 1,1% ($\chi^2=3,880$, $P>0,05$).

Cercetările morfologice realizate de Трошкова (1987), au elucidat faptul că peste 6 ore după COA, are loc edemul reactiv al mucoasei sinusale. Peste 48 de ore după COA apar semnele de inflamație septică și se dezvoltă deja sinusita maxilarului de etiologie infecțioasă sau cu alte cuvinte — sinusita perforativă (Killey, Kay, 1967) [19]. Pacienții care s-au adresat la medic în prima zi au constituit 8,6%, în a 2-a zi 5,4%, în a 4-a zi 19,4%, la 14-21 zile 13,97%, la 22-30 zile 14%, la 31-60 zile 12,9%, peste 61 zile — 25,8%, ($\chi^2=15,111$, $P<0,05$).

Termenii de spitalizare în clinică de la începutul comunicării oro-antrale au fost diferiți. Cel mai mare număr de pacienți — 41,6% s — au adresat în primele zile după extracția dentară. Conform fișelor medicale ale pacienților, cele mai frecvente COS au fost din partea stângă — 56% și din dreapta au fost înregistrați 44% pacienți [15].

În ultimii ani se observă o tendință constantă în creșterea numărului bolnavilor cu sinusită odontogenă, în special forma perforativă. După datele unor autori (Ю. И. Бернадский, Т.С. Мухаметзянова, 1991) prezența comunicării oro-antrale ocupă în etiologia sinusitei odontogene locul de frunte, între 41,2% și 77,2%, iar tendința de scădere a numărului de COA și a complicațiilor acesteia, nu se atestă [12,13,17]. Procentajul pacienților cu LSP a crescut cu 44%, de la 27,95% în 2004 la 72% în 2013. LSP s-au repartizat în felul următor: leziunile sinusale cronice perforative plasate pe primul loc cu 52,68%, urmate de leziunile sinusale acute perforative cu 27,9 5% și pe ultimul loc cu 19% s-a plasat comunicarea oro-sinusală.

Comunicarea oro-sinusală este deschiderea accidentală a sinusului maxilar (SM) în timpul intervențiilor chirurgicale, fără semne de inflamație [1,2,3,6,9,17]. În articole, abstracte au fost propuse mai multe denumiri: comunicare oro-antrală, perforație oro-antrală, fistulă oro-antrală, comunicare oro-sinusală, comunicare buco-sinusală, comunicare antro-bucală și combinații ale acestora [11]. COS nu este o „greșeală” în extracția dentară, ci este o particularitate individuală a anatomiei SM. Este important ca COS să fie diagnosticată în fotoliu până pacientul va părăsi cabinetul stomatologic. Comunicarea oro-sinusală a fost diagnosticată în 19,4% ($x^2=12,181$, $P<0,001$).

În opinia noastră, ar fi recomandabil să se facă o deosebire între două concepții — „comunicare oro-antrală” și „fistulă oro-antrală”. Comunicarea oro-antrală care se formează imediat după deschiderea sinusul maxilar și, în unele cazuri, cu strategie de tratament adecvat, nu va duce la dezvoltarea de sinusită perforativă și fistulă oro-antrală. Putem vorbi de o fistulă oro-antrală în cazul când pereții osoși ai alveolelor se epitelizează, după extracția dentară, dar ermetizarea sinusului nu este restabilită [14].

Simptomul Valsalva și introducerea instrumentului bont în SM sunt elementele de bază ale diagnosticului, care ne permit stabilirea COS, în caz contrar pacientul va părăsi cabinetul stomatologic și SM se va infecta. Sinusita acută s-a repartizat în modul următor: forma perforativă seroasă 11,8% și purulentă 17,2% ($x^2=5,774$, $P>0,05$).

Dignosticarea întârziată a COS, neadresarea pacientului la medic, adresarea în instituția medicală ne-specializată, tratamentul incomplet și nerespectarea indicațiilor medicului va duce la trecerea procesului acut în cronic. Sinusita cronică perforativă s-a determinat în 41,9% și cea purulentă în 10,8%, ($x^2=8,618$, $P<0,05$).

V. Cabac și coautorii (2011) ne relatează că, cea mai frecventă formă întâlnită de sinusită maxilară este forma cronică cu 42,22%. Autorii specialiști în otorinolaringologie, ne demonstrează că în perioada anilor 2006—2010 la 1215 pacienți cu patologie inflamatorie cronică a sinusurilor paranasale, etiologia odontogenă prevalează asupra celei rinogene [5].

Amărescu M. O., (2012) ne relatează faptul că dintele 6 este implicat în 55,12% și tot în același procentaj este afectat și sinusul maxilar stâng [3]. Frecvența dinților ce au dus la implicarea sinusului din dreapta e de 32,25% și stânga — 67,74%. Dinții implicați s-au repartizat în modul următor: dintele 6 — 56,98%, dintele 7 — 19,35%, dintele 5 — 5,4%, dintele 4 — 2,2%, dintele 8 — 6,45%, dinte neidentificat — 8,6% ($x^2=8,904$, $P>0,05$).

Hernando J. și coaut. (2010), menționează că extracția molarului superior posterior în 80% duce la deschiderea sinusului maxilar, chisturile maxilare 10 — 15 %, tumorile benigne și maligne în 5 — 10% și traumele în 2 — 5% [10]. Stabilirea factorului etiologic ne permite să efectuăm măsuri profilactice în direcția micșorării maladiei date. Parodontita cronică a fost stabilită în 92,5%, în cazul pacienților ce utilizează substanțe narcotice 4,3% și posttraumatic în 3,2% ($x^2=9,346$, $P<0,01$).

Oboseala medicului, fobia pacientului, nerespectarea tehnicii de extracție dentară, utilizarea instrumentelor necalitative pot duce la propulsarea dintelui sau a rădăcinii în SM, care se consideră o „greșeală medicală” [12].

La 13% dintre pacienții cu perforația peretelui inferior al sinusului maxilar, ea este însoțită de pătrunderea unui corp străin în sinus (rădăcină, dinte, implant, glonte sau material obturator) și la restul 87% pacienți au lipsit corpii străini [15]. Prezența corpurilor străini în sinus s-a înregistrat în 20,43%, dintre care cazuri cu rădăcină în sinus 11,82% ($x^2=2,980$, $P>0,05$). Dinte în sinusul maxilar s-a înregistrat în 2,2% ($x^2=0,493$, $P>0,05$). Corpi străini 6,45% dintre care material de obturare 4 cazuri și câte un caz de implant și glone ($x^2=2,988$, $P>0,05$).

Semnele clinice tipice în LSP sunt: semnul Valsalva pozitiv, explorarea blândă a alveolei cu un instrument explorator butonat pune în evidență senzația de prăbușire în sinus- „cădere în gol”, refluxarea lichidelor prin cavitatea nazală în timpul alimentației, pătrunderea aerului în cavitatea bucală prin alveolă, etc.

Explorările paraclinice și pregătirea către intervenția chirurgicală după internare au ocupat: 1 zi — 15,1%, 2 zi — 47,3%, 3 zi 10,8%, 4-5 zi 4,3%, 6 zi — 8,6%, etc ($x^2=17,759$, $P<0,05$).

Tratamentul s-a efectuat în dependență de forma clinică și metoda clasică curativă aplicată. Tratamentul LSP este unul conservativ, protetic, chirurgical și combinat. Tratamentul protetic se aplică în cazul comunicărilor mari, care nu pot fi închise prin mijloace chirurgicale. Tratamentul chirurgical constă în plastia cu lambouri din vecinătate sau aduse de la distanță [9].

Intervenția chirurgicală, în cazul COS cu extracția nefinisată, se orientează spre finisarea extracției dentare, revizia sinusului, lavajul cu antiseptice și plastia COS în dependență de topografia rădăcinii sau cazul clinic individual. Metoda Wassmund-Rehrmann constă în crearea unui lambou vestibular mucoperiostal trapezoidal, cu baza mare în fundul de sac ves-

tibular — metoda lui Wassmund, ea fiind completată de discipolul său Rehrmann, modificată ulterior de Бернадский-Заславский, care începând de la marginea superioară mediană a inciziei trapezoidale, continuă cu o incizie orizontală pe lungimea plicii de tranziție până la nivelul axului transversal al incisivului lateral [19]. Plastia COS cu lambou vestibular s-a înregistrat în 77,41% ($x^2=3,363$, $P>0,05$) din bolnavii tratați în secția de ChOMF.

Pe lângă avantaje, metodele de plastie mai au și un șir de neajunsuri. Deci, după efectuarea plastiei oroantrale cu lambou jugal se pot forma plici cicatriciale ale mucoasei și chiar apariția deformațiilor cauzate de aceasta, care reprezintă un obstacol pentru protezarea ulterioară. În cazul când se efectuează plastia cu lambou palatin, grosimea lui poate provoca dificultăți. Mai mult decât atât, pe palatul dur se formează sectoare dezgolate de os, ce rămân deschise și se vindecă per secundam sau chiar, uneori, se poate asocia infecția [9,15,19].

Înlăturarea dintelui din sinus s-a efectuat la 4,3% dintre pacienți, extracția rădăcinii din sinus la 11,82%, și a corpurilor străine la 6,34%, ($x^2=2,704$, $P>0,05$).

Intervențiile chirurgicale s-au efectuat în secția de primire în 6,5% cazuri de către medicul de gardă și în secție ChOMF în 82,8% cazuri.

S-a efectuat numai un tratament medicamentos în 5,4% și lavajul sinusului cu antiseptic la 3,2% ($x^2=25,930$, $P<0,01$).

Pacienților cu sinusită acută li s-a indicat un tratament complex-antiinflamator, lavajul sinusului maxilar și plastia comunicării.

În sinusita cronică, ca tratament, s-a utilizat metoda clasică de sinusotomie radicală după Caldwell-Luc — 69,89% cu incizia după Bernadschii — Zaslavschii și doar în 3,22% sinusotomia a fost asociată cu sechestractomia ($x^2=5,837$, $P>0,05$).

Tratamentul LSP a fost efectuat utilizând anestezia locală în 76,3% și generală 12,9% iar fără anestezie în 10,8% ($x^2=4,596$, $P>0,05$).

Costul tratamentului unui bolnav cu leziuni sinusale perforative a constituit 776,56 lei.

Sinusul maxilar are raporturi anatomice de vecinătate cu dinții de pe arcada dentară superioară. Manevrela traumatică asupra peretelui inferior al sinusului în timpul intervențiilor chirurgicale pot provoca la infectarea lui. Cunoașterea anatomiei SM și a particularităților anatomo-topografice pot preveni apariția COS. În cazul depistării COS e necesar de a efectua un tratament adecvat. LSP constituie o problemă medico-socială complexă din cauza complicațiilor ce se reflectă asupra stării de sănătate, din cauza afectării bunăstării familiei, a pierderilor economice, uneori prin afectarea sănătății fizice și psihice, și în special a celei morale.

Concluzii

1. Leziunile sinusale perforative constituie 2,4% din numărul total al bolnavilor.
2. Pacienții cu leziunile sinusale perforative a crescut cu 44%.
3. Leziunile sinusale cronice perforative ocupă 53%.
4. Etiologic în 92,5% este parodontită cronică.
5. Plastia comunicării cu lambou vestibular s-a efectuat în 77% cazuri.

Bibliografie

1. Ababii I., V. Popa, M. Maniuc, I. Antohii, A. Sandu, V. Cabac. Otorinolaringologie. Centrul Editorial Poligrafic de Medicină al USMF. Chișinău, 2000, 340 pag.
2. Albu, S. Chirurgia funcțională a foselor nazale / S. Albu. — Cluj-Napoca, 2001. — P. 45-58.
3. Amărescu M. O. Implicarea afecțiunilor infecțioase dentare în inflamația sinusurilor maxilare. Rezumat de teză, Craiova, 2012. pag. 14.
4. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 356 -379.
5. Cabac V. Incidența sinuzitei cronice. Analele științifice, Ediția XII-a, Volumul 4, Probleme clinico-chirurgicale. Zilele Universității, Chișinău, 19-21-X-2011, pag. 285-289.
6. Hițu D. Diagnosticul sinusitei odontogene. Medicina stomatologică. Nr. 2, 2007, pag. 30-35.
7. Hițu D. Tratamentul sinusitei odontogene. Medicina stomatologică. Nr. 2(16), 2008:243-247.
8. Hițu D. Comunicare oro-antrală (curs teoretic). Medicina Stomatologică. Nr. 3(32), Chișinău, 2014, pag. 103 — 107.
9. Hițu I. Comunicarea oro — antrală, Teza de licență, 2014, 37 pag.
10. Hernando J., L. Gallego, L. Junquera, P. Villarreal. Oroantral communications. A retrospective analysis. Mad. Oral Patol. Oral Cir Bucal. 2010 May 1;15 (3):pag. 499-503.
11. Susan H. Visscher, Baucke van Minnen, Rudolf R.M. Bos. Closure of Oroantral Communications: A Review of the Literature, J Oral Maxillofac Surg 68:1384—1391, 2010.
12. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. — Москва, 2006. — С. 1-33.
13. Безрукова В. М., Робустова Т. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва: Медицина, 2000, с. 312-321.
14. Бушковская А. С., Л. Д. Герасимова, В. П. Журавлев, В. Г. Кащевский. ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ. Клиника челюстно-лицевой хирургии.
15. ЗЕКЕРЬЯЕВ Р. С., С. В. СИРАК. УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА. <http://dentalmagazine.ru/nauka/> Ставрополя 12012, 1-9 стр.
16. Кручинский Г. В., Филиппенко В. И. Одонтогенный верхне-челюстной синусит. Минск: Вышэйшая школа, 1991, 167 с.
17. Мухин П. Н. Пластика ороантрального сообщения после удаления зуба васкуляризованным субэпителиальным небным лоскутом. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2012.
18. Тимофеев А. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Москва: ООО „Медицинское информационное агенство“, 2007, с. 274-293
19. Шаргародский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. Москва: 2002, с. 359-389.

Data prezentării: 22. 10. 2015
Recenzent Nicolae Chele