

Concluzii

1. Instalarea implantelor dentare endosoase prin metoda sinus lifting transalveolar fără decolarea lambourilor mucoperiostale („flapless“ — fără lambou mucoperiostal) este simplă și ușor suportată de pacient.
2. Prin metoda sus descrisă poate fi evitată perforarea membranei SM, fiind posibilă instalarea implantelor cu lungime mai mare.
3. Formarea osului la fundul SM în jurul segmentului implantului, penetrat în sinus nu mai mult de 4 mm, are loc fără augmentare cu material osteoplastic, sub influența fragmentelor de os deplasate prin osteotomie și a cheagului sanguin.
4. Implantele instalate prin metoda sus descrisă au o integrare perfectă demonstrată clinic, radiografic și prin valorile periotestului.

Bibliografie

1. Truhlar R.S., Lauciello F., Morris H.F., Ochi S. The influence of bone quality on Periotest values of endosseous dental implants at stage II surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1997; 55(12 Suppl 5):55-61.
2. Esposito M., Hirsch J.M., Lekholm U., Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants (2). *Etiopathogenesis. Eur. J. Oral. Sci.* 1998; 106: 721-764.
3. Herrmann I., Lekholm U., Holm S., Kultje C. Evaluation of patient and implant characteristics as potential prognostic factors for oral implant failures. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 2005; 20: 220-230.
4. Lekholm U., Zarb G.— Patient Selection and Preparation. In Bränemark P-I., Zarb G.A., Albrektsson T. *Tissue-Integrated Prostheses. Osseointegration in Clinical Dentistry.* Chicago, Quintessence, 1985; p. 199-209.
5. Bergh van den JPA, Bruggenkatte C.M., Disch FJM, Tuinzing D. B. Anatomical aspects of sinus floor elevations. *Clin. Oral Implants Res.* 2000; 11: 256-265.
6. Ulm C.W., Solar P., Gsellmann B., Matejka M., Watzek G. The edentulous maxillary alveolar process in the region of the maxillary sinus. A study of physical dimension. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1995; 24: 279-282.
7. Balshi T., Wolfinger G. Management of the posterior maxilla in the compromised patient: historical, current, and future perspectives. *J. Periodontology*, 2003; 33: 67-81.
8. Aparicio C., Perales P., Rangert B. Tilted implants as an alternative to maxillary sinus grafting: A clinical, radiologic and periotest study. *Clin. Implant. Dent. Related Res.* 2001; 3: 39-49.
9. Capelli M., Zuffetti E., Del Fabro M., Testori T. Immediate Rehabilitation of the Completely Edentulous Jav with Fixed Prostheses Supported by Either Upright or Tilted Implants: A Multicenter Clinical Study. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 2007; 22: 639-644.
10. Fugazzotto P. Shorter Implants in Clinical Practice: Rationale and Treatment Results. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 2008; 23: 487- 496.
11. Balshi T., Wolfinger G., Balshi S. Analysis of 356 Pterigimaxillary Implants in Edentulous Arches for Fixed Prosthesis Anchorage. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 1999; 14: 398 — 406.
12. Farzad P., Andersson L., Gunnarsson S., Johansson B. Rehabilitation of Severely Resorbed Maxillae with Zygomatic Implants: An Evaluation of implant Stability, Tissue Conditions, and Patients' Opinion Before and After Treatment. *Int. J. Oral Maxillofac Implants* 2006; 21: 399 — 404.
13. Tatum H. Maxillary and sinus implant reconstructions. *Dent. Clin. North.* 1986; 30: 207-229.
14. Toffler M. Osteotome mediated sinus floor elevation: A clinical report. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 2004; 19: 266-273.
15. Jason M. Yamada, Hyoung-Jin Parc. Internal Sinus Manipulation (ISM) Procedure: A Tehnical Report. *Clinical Implant Dentistry and Related Research.* 2007; 3: 128-135.
16. Deporter D., Todescan R., Caudry S. Simplifying management of the posterior maxilla using short, porous-surfaced dental implants and simultaneous indirect sinus elevation. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 2000; 20: 476-485.
17. Rosen P.S., Summers R., Mellado J.R. et al. The bone-aded osteotome sinus floor elevation technique: Multicenter retrospective report of consecutively treated patients. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 1999; 14: 853-858.
18. Zitzmann N., Schaerer P. Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 1998; 85: 8-17.
19. Summers R.B. A new concept in maxillary implant surgery. The osteotome technique. *Compend. Contin. Educ. Dent.* 1994; 15: 152-160.
20. Levine R., Ganeles J., Jaffin R., Clem D. et al. Multicenter Retrospective Analysis of Wide-Neck Dental Implants for Single Molar Replacement. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 2007; 5: 736-742.
21. Drouhet G, Missika P. Pose immédiate d'implant dans le maxillaire postérieur par élévation du plancher sous-sinusien par abord crestal. *Étude rétrospective sur 8 ans. Implant. Chirurgie-Prothèse.* 2008; v.14, 1: 17-34.
22. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. *Int. J. Oral Maxillofac. implants.*, 2006; 21 (2): 23-29.
23. Schmidlin P, Muller J, Bindl A, Imfeld T. Sinus Floor Elevation Using an Osteotome Technique Without Grafting Materials or Membranes. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008; 28:401-409.
24. Lazzara R, Porter S. Platform Switching: A New Concept in Implant Dentistry for Controlling Postrestorative Crestal Bone Levels. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2006; 26:9-17.
25. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with 85 Sr and gamma spectrometry. *J.Oral Implantol.*, 1995; 21: 214-219.
26. Wood D.L., Hoag P.M., Donnenfeld O.W., Rosenfeld L.D. Alveolar crest reduction following full and partial thickness flaps. *J. Periodontol.* 1972; 42: 141-144.
27. Campelo L.D., Camara G.R. Flapless Implant Surgery: A 10 -year Clinical Retrospective Analysis. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* 2002; v. 17, nr. 2: 271-276.
28. Becker W. et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. *J. Periodontol.*, 2006; 77(10):1717—1722.
29. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. *Int. J. Oral Maxillofac. implants.*, 2006; 21 (2): 23-29.

CHIRURGIA FĂRĂ LAMBOU ÎN IMPLANTOLOGIA ORALĂ

O. Dobrovolschi
Catedra chirurgie oro-maxilo-facială, stomatologie ortopedică și implantologie orală. Facultatea de perfecționare a medicilor a USMF „Nicolae Testemițanu“

Rezumat

Regenerarea gingivală a fost studiată din aspect clinico-morfologic în 2 etape prin utilizarea implantelor dentare. S-a demonstrat că prin utilizarea acestei metode este posibilă regenerarea gingivală mult mai rapidă și acoperirea totală a părții implantului. Structura macro și microscopică a regenerării dentare nu se deosebește de cea obținută de noi în acest studiu.

Cuvinte cheie: implante dentare, implante de nivelul doi.

Summary

FLAPLESS SURGERY IN DENTAL IMPLANTATION PROCEDURE WITH TWO STAGES IMPLANTS

Gingival regeneration was studied in clinical-morphology aspect in two stages dental implantation using flapless approach. It is proved that using this type of approach, gingival regeneration is possible per sec. with fully covering the endosseous part of the implant. The structure of gingiva that covers the implant macro- and microscopic does not differ from gingiva that covers the implant using flap approach.

Key words: DENTAL IMPLANTS, TWO STAGE IMPLANTS, FLAPLESS SURGERY

La momentul actual ca standard de instalare a implantelor dentare endoosose este considerată metoda în doi timpi chirurgicali descrisă în 1977 de către eminentul savant suedez P-I Brånemark (1). Ea prevede punerea în evidență a apofizei alveolare a maxilarilor prin decolarea lambourilor mucoperiostale de la patul osos. După inserarea implantelor în osul maxilar lambourile sunt repositionate și fixate prin suturare. Respectarea acestui protocol de conduită contribuie la obținerea succesului de 90—95% pe o perioadă de 5 și mai mulți ani (2). De rând cu momentele pozitive metoda standardă este agresivă prin trauma exagerată cu consecințele ei ulterioare. După instalarea implantelor se dezvoltă edemul țesuturilor moi adiacente, hematoame, sindromul algic, pacienții devin anxioși și în perioada postoperatorie nu-și pot exercita funcțiile de serviciu etc (3,4,5). Prin studiile efectuate în chirurgia parodontală (6,7) a fost dovedit că în urma decolării lambourilor mucoperiostale survine o resorbție a osului și apofiza alveolară se micșorează atât în înălțime cât și în grosime. Se poate presupune că resorbția apofizei alveolare are loc și în cazul instalării implantelor dentare cu crearea lambourilor mucoperiostale.

Este știut că eșecurile în implantologia dentară sunt direct asociate cu calitatea osului și cu gradul traumei chirurgicale (8,9). Pentru evitarea neajunsurilor metodei standard, enumerate precedent, au fost propuse tehnici de instalare a implantelor fără decolarea lambourilor („flapless surgery“) punând în evidență coama apofizei alveolare pe un sector limitat prin excizionarea cu bisturiul circular a unui cerculeț de gingie (10,11), prin crearea uni lambou mic semilunar (5) sau a mini-inciziilor (3). Unii autori, în cazul când lățimea coamei apofizei alveolare nu este mai mică de 4 mm, instalează implantele transgingival (în mod „orb“) prin penetrarea gingiei cu frezele sistemului respectiv de implantate (12, 13).

Procedeele de instalare a implantelor fără decolarea lambourilor au fost utilizate pentru a exclude a doua etapă chirurgicală și a pune implantate în funcție

imediat sau timpuriu. La momentul actual încărcarea imediată sau timpurie a implantelor, indiferent de modalitatea de instalare (cu lambou sau fără lambou), nu este unanim acceptată, prioritate fiind acordată protocolului convențional (14,15,16).

Scopul studiului: evaluarea clinico-morfologică a vindecării plăgii gingivale în cazul instalării implantelor dentare endoosose prin utilizarea tehnicii fără lambou (transgingival) cu punerea lor în funcție în termenii prevăzuți conform protocolului convențional.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 112 persoane — 48 bărbați și 64 femei cu vârsta între 22 și 71 ani. Au fost utilizate implantate dentare de stadiul doi — sistemele „Alpha-BIO“, „MIS“ și „ADIN“ (Israel). Pacienții au fost divizați în 2 grupuri. Primul (de referință) l-au constituit 48 persoane cărora implantatele (88 — Alpha-BIO, 32- MIS și 24 — ADIN) au fost instalate utilizând metoda standardă, adică chirurgia cu lambou. Al doilea (de studiu) l-au alcătuit 54 pacienți la care gingia fixă avea o lățime mai mare de 4 mm. Pacienților din acest grup le-au fost inserate implantatele (154 — Alph-BIO, 27 — ADIN și 24 — MIS) fără crearea lambourilor. După efectuarea anesteziei loco-regionale în locul apreciat inițial pentru instalarea implantului cu freza spadă (freza pilot) la 400 — 600 turații/minută a fost străpunsă gingia fixă, osul cortical și cel spongios subiacent la adâncimea prealabil apreciată în timpul planificării implantării. Pe traiectul „minicanalului“ creat, în continuare, cu frezele sistemului de implantate ales, luând în considerație densitatea osului, a fost preparată „neoalveola“ cu diametrul și lungimea necesară pentru implantul respectiv. Inserarea era finisată cu cheia dinamometrică cu un efort de 25—40 Ncm. Adâncimea inserării implantului era apreciată luând în considerație grosimea gingiei și controlată prin miniplagă cu un ac bont prin determinarea este sau nu treaptă între os și implant. După instalarea implantelor era efectuat controlul radiografic (ortopantomografia, radiografia retroalveolară). Implantatele au fost inserate în așa mod ca partea superioară a lor să fie situată la 1-2 mm sub corticala apofizei alveolare (similar ca și în grupul de referință). Instalarea implantului era considerată finisată când în miniplagă deasupra șurubului de acoperire se forma cheagul de singe. Acest chiag facilitează regenerarea gingiei și trebuie protejat în perioada postoperatorie — băi a cavității bucale cu soluții antiseptice, evitarea în primele 3-4 zile a clătirilor, alimentarea cu produse lichide cu temperatura odăii etc.

În perioada postoperatorie timp de 5-7 zile pacienților ambelor grupuri le-a fost prescris un tratament antibacterian, antidolorant și regim antiseptic al cavității bucale. Evaluarea clinică a vindecării plăgii gingivale a fost efectuată la 1, 3, 5, 7 și 12 zile după operație. La a doua etapă chirurgicală vizual a fost apreciată starea gingiei care acoperea corpul implantului.

A doua etapă chirurgicală la mandibulă a fost efectuată peste 3—4, iar la maxilă — peste 5—6 luni. În ambele grupuri cu bisturiul circular a fost descoperită platforma implantelor prin excizionarea cercelețelor de gingie care le acoperea. Cerculețele de gingie excizionate la descoperirea a 16 implantate din grupul de studiu și la 14 din cel de referință au fost studiate histologic, utilizând metodele de rutină: fixarea în soluție de 10% de formalină, includere în parafină, colorare cu hematoxilină — eozină și picrofuxină.

Rezultate

În timpul instalării implantelor la pacienții din grupul de referință au fost depistate unele momente nefavorabile, care ulterior au afectat într-o oarecare măsură vindecarea plăgii. Pe coama crestei alveolare gingivo-periostul este aderat intim cu osul și decolarea lamboului adesea a fost dificilă producându-se lacerării, sfițecări ce au compromis vindecarea primară a plăgii. La 14 pacienți (29,1%) dintre cei 48 din acest grup au fost depistate hematoame în lojile învecinate. La a doua zi după operație la toți pacienții s-a dezvoltat un edem pronunțat al gingiei și a țesuturilor moi adiacente, care progresa, devenind maximal la a 3—4 zi apoi involua, și, treptat către a 8—12 zi dispărea. Primile 4—5 zile după operație pacienții aveau disconfort și dureri pronunțate, dar care ușor erau suprimate cu antidoloranți. În această perioadă de timp unii pacienți i-și pierdeau capacitatea de muncă. În 4 (8,3%) cazuri a avut loc dehiscența parțială a plăgii cu vindecare *per secundam* către a 10—12 zi. La termenul efectuării etapei a doua gingia acoperea implantele și nu se deosebea de cea învecinată.

În grupul de studiu „reacția“ gingiei și țesuturilor adiacente vădit se deosebea de cea din grupul de referință. În toate cazurile la inserarea implantelor sîngere din gingie n-a avut loc. Ea apărea după străpungerea țesutului osos spongios și era mai pronunțată în osul de densitatea D3—D4 dar care dispărea odată cu instalarea implantelor. Imediat după operație plaga gingivală era cu marginele iregulate care în unele locuri contactau între ele. Aceste contacte erau mai complete cînd corpul implantului nu proiema deasupra corticalei. A doua zi după operație edemul postoperator era în limita gingiei iar în plagă se aprecia chiagul sanguin în retracție. La a 3—4 zi edemul dispărea iar miniplaga era în curs de epitelizare. Epitelizarea definitivă a avut loc în diferite termene — de la 5 pînă la 12 zile, fiind în concordanță cu diametrul implantului și profunzimea inserării lui. În cazurile cînd marginele implantului erau la nivelul corticalei sau cu 1-2mm sub ea epitelizarea se finisa la a 5-6 zi și gingia complet îl acoperea. Dacă implantul proiema deasupra corticalei (apreciat radiologic postoperator) însă mai jos de suprafața gingiei vindecarea parcurgea mai lent și se finisa către a 10—12 zi. În aceste cazuri gingia vindecată era transparentă și prin ea putea fi observat implantul. În grupul de studiu sindromul algic și disconfortul au fost numai în ziua intervenției și au dispărut a doua zi, pacienții fiind apti de muncă.

La a doua etapă chirurgicală gingia deasupra corpului implantului, cînd el nu proiema deasupra corticalei, la fel ca și în grupul de referință, nu se deosebea de cea învecinată.

Analiza microscopică a materialului colectat prin mucotomie la a doua etapă a intervenției chirurgicale în cazurile cînd la prima etapă a fost decolată mucoasa împreună cu periostul procesului alveolar demonstrează, că implantul a fost complet acoperit de mucoasă constituită din epiteliu și corion conjunctiv. Epiteliu stratificat acoperă complet mucoasa în straturi compacte în zonele unde corionul formează papile scurte, sau formează cordoane masive între papilele înalte și subțiri ale corionului. În toate cazurile studiate straturile superficiale ale epitelului manifestă fenomene slabe de parakeratoză și rareori zone de ortokeratoză. La unii pacienți în stratul spinos apar zone de distrofie vacuolară a epitelocitelor.

Stratul superficial subepitelial al corionului prezintă un țesut fibros lax cu fascicule fine de collagen orientate predominant tangențial cu suprafața mucoasei, bogat în celule și vase sangvine. La unii pacienți papilele acestui strat al corionului cu numeroase vase sangvine mici dilatate sunt infiltrate cu limfocite, plasmocite, histiocite și un număr mai redus de granulocite. Straturile mai profunde ale corionului prezintă un țesut fibros mai dens cu fascicule de fibre de collagen mai groase, orientate haotic și o celularitate mai redusă. Uneori în materialul colectat se depistază așchii (fragmente) de periost sau chiar și os împreună de o capsulă fină de țesut fibros.

Studiul morfologic al materialului colectat de la pacienții din grupul de studiu denotă la fel o epitelizare completă a mucoasei cu un corion din țesut fibros destul de dens, relativ sărac în celule și vase sangvine. Celulele stratului superficial ale epitelului sunt supuse para- și ortokeratozei. În unele cazuri epiteliu mucoasei formează cordoane lungi, care pătrund adînc în corionul ușor edemațiat și moderat infiltrat cu limfocite și histiocite. La acești pacienți straturile bazal și spinos al epitelului sunt supuse distrofiei vacuolare, ele fiind deasemenea infiltrate moderat cu limfocite. La fel, ca și în cazurile operațiilor cu „lambou“, în corionul mucoasei se întînesc fragmente mici de periost și os probabil rămase în plagă după foraj. În unele cazuri aceste așchii se încapsulează în țesutul fibros, păstrînduși structura, în altele-sunt supuse resorbției prin declanșarea unei reacții macrofagale pronunțate.

Discuții

La implementarea în practică a acestei metode miniinvazive ne-am condus de fenomenul epitelizării plăgilor după extracțiile dentare. Este bine știut că extracția dintelui cu traumă minimală a țesuturilor înconjurătoare și chiagul sanguin, care umple alveola imediat postextracțional, contribuie la epitelizarea plăgii într-un timp scurt (7—10 zile) fără invaginarea epitelului în alveolă. În cazul instalării implantului după metoda fără lambou dar preconizat procedeu în două etape au apărut unele întrebări. Va regenera

gingia și va acoperi implantul? Cum se va răsfrânge acest procedeu asupra osteointegrării implantului?

Studiile recente (17, 18) au demonstrat că la instalarea implantelor transgingival (fără lambou) integrarea implantelor parcurge ca și în cazul utilizării metodei cu lambou. Acest studiu a fost efectuat la utilizarea implantelor segmentate însă cu conectarea imediată a conformatorului de gingie, adică după metoda într-o etapă chirurgicală. În studiul nostru a fost prevăzută de la bun început metoda în doi timpi chirurgicali și miniplaga gingivală la prima etapă chirurgicală a fost lăsată pentru vindecare spontană (*per secundam*). Rezultatele obținute de noi au demonstrat că gingia regenerează în termeni scurți și complet acoperă corpul implantului, ca și în metoda cu lambou, neafectând osteointegrarea lui.

Concluzii:

1. Instalarea implantelor dentare endosoase în doi timpi chirurgicali fără crearea lambourilor muco-periostale (transgingival) este menajantă și ușor suportată de către pacienți;
2. Miniplăgile gingivale, apărute în urma instalării implantelor fără lambou, în scurt timp regenerează per secundam și complet acoperă implantele;
3. Gingia vindecată per secundam în chirurgia fără lambou peste 3—4 luni la mandibulă și peste 5—6 la maxilă nu se deosebește de cea care acoperă implantul în chirurgia cu lambou.

Bibliografie

1. Brånemark P-I., Hanson B.O., Adell R. Et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10 -year period. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1977.
2. Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. Third Edition. St. Louis, Mosby Year book, Inc. 2008.
3. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. Int. J. Oral Maxillofac. implants., 2006; 21 (2): 23-29.

4. Hashem A., Claffey N, O'Connell M. Pain and Anxiety Following the Placement of Dental implants. Int. J.Oral Maxillofac. Implants. 2006;21: 943 — 950.
5. Rompen E. Vers une simplification des protocoles pour une efficace a court terme et une fiabilité a long terme. Implant., 2007; v.13, n.3: 185-190.
6. Ramfjord S.P., Costich E.R. Healing after exposure of periosteum on the alveolar process. J. Periodontol. 1968; 38: 199-207.
7. Wood D.L., Hoag P.M., Donnenfeld O.W., Rosenfeld L.D. Alveolar crest reduction following full and partial thickness flaps. J Periodontol 1972; 42: 141-144.
8. Eposito M., Hirsch J. M., Lekholm U., Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (I). Success criteria and epidemiology. Eur.J Oral Sci. 1998; 106: 527-551.
9. Eposito M., Hirsch J. M., Lekholm U., Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (II). Etiopathogenesis. Eur.J Oral Sci. 1998; 106: 721-764.
10. Campelo L.D., Camara G.R. Flapless Implant Surgery: A 10 -year Clinical Retrospective Analysis. Int J Oral Maxillofac Implants 2002; v. 17, nr. 2: 271-276.
11. Oh T-J., Shotwell J., Billy E. et al. Flapless Implant Surgery in the Esthetic Region: Advantages and Precautions. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 2007; v. 27; 1: 26-33.
12. Cannizzaro G., Leone M., Esposito M. Immediate Functional Loading of Implants Placed with Flapless Surgery in the Edentulous Maxilla: 1-year Follow-up of a Single Cohort Study. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2007; 22 : 87 — 95.
13. Wittwer G., Adeyemo W.L., Schicho K., Figi M. et al. Navigated Flapless Transmucosal Placement in the mandible: A Pilot Study in 20 Patients. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2007; 22: 801-807.
14. Attard N. J., Zarb G.A. Immediate and early implant loading protocols: A literature review of clinical studies. The J. Prosthet. Dent.2005;94: 242-258.
15. Smet E.D., Duyck J., Sloten J.V. et al. Timing of Loading, Early or Delayed — in the Outcome of Implants in the Edentulous Mandible: A Prospective Clinical Trial. Int. J.Oral Maxillofac. Implants. 2007; 22: 580-594.
16. Susarla S.M., Chuang S-K., Dodson T.B. Delayed Versus Immediate Loading of Implants: Survival Analysis and Risk Factors for Dental Implant Failure. J. Oral Maxillofac. Surg. 2008; 66: 251-255.
17. Becker W., Goldstein M., Becker B., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
18. Becker W., Wikesjö U.M., Sennerby L., et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. J Periodontol.,2006; 77(10):1717—1722.

EVALUAREA CLINICĂ A INSTALĂRII IMPLANTELOR DENTARE ENDOOSOASE IMEDIAT POSTEXTRAȚIONAL

Rezumat

A fost studiat la nivel clinic radiologic regenerarea țesuturilor preimplantare pentru instalarea imediată a implantelor utilizând diferite metode implantologice. A fost demonstrat că instalarea precoce a implantelor în spațiul preextrațional va duce la menținerea înățimii și spațiului interdental și va favoriza reabilitarea ocluziei cu edentație parțială și totală, de asemenea va duce la restabilirea funcției masticatorii, de înghițire, fonetică și nu în ultimul rând estetică ceea ce este foarte important în viața de zi cu zi.

Cuvinte cheie: implantare dentare, clinic-radiologic, regenerare, reabilitare precoce.

N. Chele
Catedra de chirurgie
OMF Universitatea
de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae
Testemițanu“