

5. Bio-R-ul rămâne la moment unul dintre remediile de elecție recomandate pentru tratamentul periodontitei apicale cronice în dinții permanenți imaturi;
6. Bio-R este un remediu eficient în tratamentul proceselor inflamatorii, inclusiv și a periodontitelor apicale cronice în dinții permanenți imaturi;

Bibliografie selectivă

1. Burlacu V., Istrati D. Perspective de utilizare a remediului natural Bio-R în tratamentul periodontitelor apicale cronice în dinții permanenți imaturi // Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. IV, // „Probleme clinico-chirurgicale”, Chișinău, 2006 p.431-434.
2. Fala V. „Tratament rațional, complex al periodontitelor cronice distructive la dinți cu defecte parțiale și totale de coroană”. Teza de doctor în științe. Chișinău. 2006.
3. Felipe M.C.S., Felipe W.T., Marques M.M., Antoniazzi J.H. (2005) The effect of renewal of calcium hydroxide paste on the apexification and periapical healing of teeth with incomplete root formation. *International Endodontic Journal* 38, 436–42
4. Gudumac V. „Aspectele metabolice ale acțiunii biopreparatelor din microalge, asupra organismului în normă și în patologie experimentală”. Teza de d.h.ș.m. Chișinău. 1994.
5. Leonardo M.R., Silva L.A.B., Leonardo R.T., Utrilla L.S., Assed S (1993) Histological evaluation of therapy using a calcium hydroxide dressing for teeth with incompletely formed apices and periapical lesions. *Journal of Endodontics*, 19.
6. Osorio RM, Hefti A, Vertucci FJ, Shawley AL (1998) Cytotoxicity of endodontic materials. *Journal of Endodontics* 24, 91–6.
7. Rudic V. „Aspecte noi ale tehnologiei moderne”. Chișinău, Știința 1993. p. 140.
8. Shabahang S, Torabinejad M, Boyne PP, Abedi H, McMillan P (1999) A comparative study of root-end induction using osteogenic protein-1, calcium hydroxide, and mineral trioxide aggregate in dogs. *Journal of Endodontics* 25, 1–5
9. Ursu E. „Tratamentul rațional endodontic reparativ al periodontitelor apicale cronice”. Teza de d.ș.m. Chișinău, 2000, 100 p.
10. Биденко Н., Л. Хоменко „Практическая эндодонтия”, Киев, Книга плюс, 2002, 232 с.
11. Соловьева А. „особенности эндодонтического лечения постоянных зубов у детей при незавершенном формировании корней. ДентАрт 2002, №4 с.27.

VARIETATEA PLASTILOR “TENSION FREE” ÎN HERNIILE ÎNGHINALE

Alin Bour, Roman Targon, Fiodor Potlog, Andrei Leșco

Curs chirurgie, Facultatea Stomatologie

Clinica de chirurgie a Spitalului Clinic Militar Central

Summary

The variety of „tension free” groin hernia repairs

The latest trends in surgical management for inguinal hernia include “tension free” repair using prosthetic meshes. Different surgical techniques and various prosthetic meshes and types of fixation could be used for groin hernia repair. “Tension free” hernia repair techniques have to be individualized based on anatomy of inguinal canal, patient’s sex, age and type of hernia. The patient benefits are to include low level of postoperative pain, minimal risk of recurrence, postoperative hypoesthesia and chronic pain. The results of the „tension-free” groin hernia repair for the period of 2,5 years have been described in the report.

Rezumat

Ultimele tendințe în tratamentul chirurgical al herniilor inghinale sunt bazate pe tehnologia „tension free” cu utilizarea plaselor sintetice. Există o variație de tehnici chirurgicale, de materiale pentru protezare și variante de fixare a lor. Tehniciile chirurgicale trebuie să fie

individualizate în baza anatomiei canalului inghinal, sexului, vârstei, și tipului de hernie. Intervenția chirurgicală trebuie să asigure o evoluție postoperatorie ușoară, reabilitare rapidă, să asigure riscul minimal de recidivă, hipoestezie postoperatorie sau dureri cronice. În acest articol este redată experiența de hernioplastie inghinală cu folosirea protezelor sintetice timp de 2,5 ani.

Obiectivele

Această lucrare oferă o analiză a utilizării diferitor tehnici chirurgicale și metodelor de fixare a plaselor din polipropilenă la pacienții cu hernii inghinale. Este propus algoritmul de individualizare al plastiei „tension free” la pacienții cu diferite tipuri de hernii inghinale.

Actualitatea temei

În lume 3-4% din populație sunt purtători de hernie inghinală.[1] Herniile inghinale constituie circa 60-80% din herniile peretelui abdominal anterior. Intervențiile chirurgicale efectuate pentru herniile inghinale ocupă 4-7 % .[2, 3]

După „standardizarea” tratamentului chirurgical al herniilor inghinale de către chirurgul italian Bassini în 1894, au fost inventate peste 300 de tehnici chirurgicale. Aceste metode pot fi divizate în două grupe mari: cele de reconstrucție a canalului inghinal utilizând țesutul muscular și fascia proprie și de refacere a peretelui posterior al canalului inghinal cu folosirea protezelor din plase sintetice.

Pînă în prezent rămîne actuală problema alegerii varaintei de implantare a protezei, selectării materialului protetic și metodei de fixare a acestora. Individualizarea tehnicii chirurgicale este necesară în contextul reabilitării rapide a pacienților, micșorării riscului de recidivă a herniei. Deasemenea, este actuală problema prevenirii neuropatiei postoperatorii asociate cu meșa protetică implantată și reacția tisulară la implant.

Materialule și metode

În perioada ianuarie 2006-iunie 2008 s-au analizat rezultatele utilizării diverselor tehnici de plastie a canalului inghinal cu utilizarea meșelor protetice pe un lot de 91 bolnavi.

Vîrsta medie a pacienților a constituit 42,1 ani. Herniile inghinale au fost situate monolateral în 82 cazuri, bilateral în 9 cazuri. Conform clasificăției L.M.Nyhus herniile au fost repartizate în: tip II(n=23), tip IIIa(n=28), tip IIIb(n=31), tip IIIc(n=2), tip IV(n=7). În 2 cazuri la pacienți cu diagnosticul preoperator hernie inghinală Nyhus IV intraoperator s-a diagnosticat hernie inghinală recidivantă combinată cu hernie femurală . Hernii inghinale ireponibile au fost prezente la 14 pacienți. Raportul dintre vîrsta și sexul pacienților, tehnica selectată, clasificarea după Nyhus. (tabel № 1)

Tab.1

Procedeu hernioplastiei	Vîrstă (anul nașterii)			Clasificarea Nyhus					Sex		Total		
	1923-1949	1950-1969	1970-1989	II	IIIa	IIIb	IIIc	IV	B	F	Mono-lateral	Bila-teral	
Lichtenstein I	29	21	19	13	26	26		2	63	5	60	8	
Rutcow-Robbins	2	1	4	2	1	3		1	7		7		
Moran			10	7		2		1	9	1	10		
Gilbert		1		1						1	1		
„plug” femural			1				1		1		1		
Combinat cu „plug” femural	2		1		1		1	3	3	1	3	1	
Total	Nr. cazuri	33	23	35	23	28	31	2	7	83	8	82	9
	%	36	25	39	25	31	34	2	8	91	9	90	10

Pacienți cu hernii recidivante au fost repartizați conform plastiei aplicate inițial și în baza clasificării G.Campanelly.(tabel № 2) .[4]

Tab. 2

Lotul de pacienți	Plastia precedentă		Clasificarea G.Campanelly		
	Peretelui anterior (Girard)	Peretelui posterior (Bassini, Postempski)	R1 (recidivă înaltă)	R2 (recidivă joasă)	R3 (eventrație inghinală)
Nr.	4	3	3	2	2
Metoda de corecție a recidivei					
Lichtenstein I			1		1
Rutcow-Robbins				1	
Moran			1		
Lichtenstein I+ "plug" femural				1	1
Gilbert + "plug" femural			1		

S-au utilizat plasele compuse din polipropilenă monofilament: Prolen (n=8), Plaque Promesh® T(n= 83).

Pentru fixarea implantului a fost utilizată sutură din polipropilenă 3.0 „en paletot” combinată cu suturi separate; suturile separate au fost aplicate după metodă „air-knot” pentru profilaxie neuralgiei postoperatorii, la 3 pacienți s-a utilizat „stapler”-ul cu spirale din titan 4,3 mm. În cazurile herniilor inghinale primare și recidivante cu distrugere deplină a peretelui posterior al canalului inghinal și ligamentului Poupart, meșa sintetică a fost implantată cu fixarea ei la ligamentul Cooper și teaca mușchiului mare drept al abdomenului, și plasarea porțiunii laterale a meșei sub aponeuroza mușchiului oblic extern al abdomenului. În cazul herniilor femurale (tip Nyhus IIIc) s-a efectuat implantarea „volanului” din polipropilenă în canalul femural cu fixarea lui la ligamentul Poupart din partea canalului inghinal + plastia ulterioară a canalului inghinal. Recent, în clinică a fost introdusă hernioplastia Moran, ce constă în fixarea preperitoneală a meșei 2.5×10,0 cm din polipropilen + plastia ulterioară a peretelui posterior al canalului inghinal prin formarea duplicaturei din fascia transversa după Shouldice. În total, au fost utilizate următoarele procedee de „tension-free” hernioplastie inghinală: Lichtenstein I(n=68), Lichtenstein II în modifiacție Rutcow-Robbins tip ”mesh-plug” (n=7), Moran (n=10), Gilbert -, „plug” (n=2), „plug” femural tip IIIc tip (n=1), plastii combinate (n=3).

Rezultatele

Durata intervenției a constituit în medie 45,6 (25-95) minute. La pacienți perioada postoperatorie a decurs favorabil, s-a constatat necesitatea redusă în remedii antidolore. Evoluția postoperatorie la pacienți cu hernii inghinale bilaterale deasemenea poate fi caracterizată ca favorabilă, cu reluarea rapidă a activității cotidiene. Durata medie a spitalizării a constituit 4,4 (3-8) zile. Perioada de reabilitare a constituit 7- 16 zile, fiind mai scurtă la pacienți cu hernioplastii efectuate pentru hernii primare. Complicații minore în perioada postoperatorie precoce (edem postoperator al testiculului și funiculului spermatic) s-au înregistrat la 9 pacienți. Perioada de supravegere la distanță a constituit 1- 12 luni. La 5 pacienți(5,5 %) pe parcurs de 2-3 luni după intervenție chirurgicală s-au înregistrat neuralgii postoperatorii, care au continuat de la 14 până la 60 zile, și au regresat datorită tratamentului conservativ (Tab № 3)

Tab. 3

Procedeele hernioplastiei	Lichtenstein	Rutcow-Robbins	Moran	Gilbert	„plug” femural	Operații combinate
Nr. intervențiilor chirurgicale	68	7	10	1	1	3
Complicațiile perioperatorii						
Seromul plagii	1			1		
Supurarea plagii						
Neuralgii postoperatorii	3	2				
Edem postoperator al testiculului și funiculului spermatic	1		1			
Total	5	2	1	1		

S-a înregistrat un caz de recidivă peste 2 luni după utilizarea procedeului Gilbert -, „plug” în combinație cu plastia peretelui anterior la o paciență cu hernie tip Nyhus II. Ulterior pacientei i s-a efectuat implantarea meșei protetice procedeu Lichtenstein; evoluția postoperatorie a fost favorabilă fără înregistrarea recidivei herniei pe parcurs de 6 luni.

Discuții

Metoda Bassini-Shouldice, cunoscută și sub denumirea de „operația canadiană”, fiind una din cei mai frecvent utilizate în SUA și Europa occidentală, asigură reconstrucția fiziologică a canalului inghinal fără implantarea materialului protetic, și în secolul XX a fost considerată „standardul de aur” în plastie canalului inghinal.[5] Însă aceasta tehnică nu exclude factorul de regenerare a țesuturilor fără tensiune, se menține sindromul algic postoperator, recidivele după plastie Bassini-Shoildice variază de la 0,6-1,3% (conform datelor autorului) până la 7- 10% , îndeosebi în herniile de tip Nyhus III, IV [6,7]

Metodele de plastie cu utilizarea plaselor sintetice au devenit populare ultimii 10-15 ani datorită apariției materialelor plastice contemporane(polipropilenă, politetraforetilenă, polivinildendroftoridul, și meșele compozite). Implantarea materialelor protetice reprezintă o concepție modernă în tratamentul herniilor inghinale, asigură perioada postoperatorie cu sindrom algic redus. Experiența utilizării protezelor din polipropilenă a afirmat siguranța implantelor, absența efectului teratogen și afectării funcției germinative.[8, 9,10] La etapa actuală în SUA și Europa occidentală plastiile „tension free” în herniile inghinale constituie peste 80%. [11] Alții autori consideră că plastiile „tension free” pot fi utilizate numai în cazurile selectate, când nu este posibilă reconstrucția canalului inghinal cu țesuturile proprii(hernii recidivante, hernii directe etc.) [12]

Noi propunem următorul algoritm de utilizare a plastiilor „tension free”:

- La pacienți cu afectarea moderată a peretelui posterior se utilizează procedeu Moran cu instalarea posterioară a plasei în spațiul preperitoneal cu plastia ulterioară după Shouldice, ce exclude contactul direct al protezei cu funiculul spermatic și considerabil micșorează masa implantului.
- La pacienți cu afectarea avansată a peretelui posterior (Nyhus IIIa, IIIb), herniile bilaterale, și în cazul intervențiilor chirurgicale combinate se utilizează aplicarea anterioară a protezelor după Lichtenstein.
- Metoda Rutcow-Robbins este optimal de utilizat pentru plastiile canalului inghinal în cazul herniilor recidivante (Nyhus IV (R1, R2))
- Plastia după Gilbert poate fi folosită în cazul herniilor recidivante înalte (R1)după plastie precedentă Postempski , cu afectarea brutală a anatomiei canalului inghinal, proces aderențial avansat și lipsa posibilităților tehnice pentru crearea spațiului necesar pentru implantarea meșei după Lichtenstein.
- În herniile inghinale recidivante cu deformația ligamentului inghinal și formarea concomitentă a herniilor femurale pot fi utilizate plastia canalului inghinal în combinație cu obturarea canalului femural cu obturator din polipropilenă și fixarea lui la ligamentul Poupart din partea canalului inghinal.

Deasemenea, este important aspectul de selectare a pacienților pentru plastie cu utilizarea protezelor sintetice.Utilizarea implantelor este contraindicată la copii, pacienți cu diabet zaharat sub-decompensat, ciroză hepatică, herniile strangulate, dereglări trofice.

Concluzii

1. Metoda optimală de hernioplastie trebuie selectată pentru fiecare caz clinic individual în dependență de tipul herniei și stării peretelui posterior al canalului inghinal, vîrstă pacientului și patologia concomitentă.
2. Utilizarea protezei-obturatorului din polipropilenă poate fi recomandată pentru plastia combinată a herniilor femurale și celor recidivante Nyhus IIIc -Nyhus IV.
3. Procedeu Gilbert cu implantarea protezei în spațiul preperitoneal fără fixarea lui nu poate să excludă migrarea protezei și recidivă herniei. Utilizarea acestui procedeu are indicații limitate.

4. Identificarea intraoperatorie a n.ilioinguinalis, n.genitofemoralis, și n.hypogastricus, utilizarea suturilor „air-knot” sau suturei „en paletot” pentru fixarea protezei micșorează riscul apariției neuropatiei postoperatorii.

Bibliografie

1. Жебровский В.В.. Хирургия грыж живота. Москва,МИА,2005.стр. 139-140.
2. В.Ф.Саенко,Л.С.Белянский, А.С. Лаврик, А.А.Пустовит. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи. Герниология, 2007 № 3(15) #. Москва, «Медпрактика –М».
3. В.В.Власов,А.И.Суходоля,А.А.Грешило, С.Р.Микитюк.Герниопластика паховых ворот методом М.Р.Desarda.Герниология, 2007 № 1(13). Москва, «Медпрактика –М».
4. Campanelli G., Pettinari D., Nicolosi F.M., Cavalli M., Contessini Avesani E. Inguinal hernia recurrence: classification and approach. Hernia.2006.-V.10.-№ 2.-p.159-161.
5. Жебровский В.В.. Хирургия грыж живота. Москва,МИА,2005.стр. 187
6. Shoildice E.E.Surgical treatment of hernia. Ontario Med.Rev.1994, №11-43-48.
7. Shulman, A.G., Amid, P.K., Lichtenstein I.L. The „Plug” repair of 1402 Recurrent Inguinal Hernias; 20 year experience. Arch. Surg., 1990.№ 125.- P.265-267.
8. Stoppa R.E., Soler M, Chemistry, geometry and phisics of mesh materials// Expert meeting on hernia surgery(St Moritz, 1994).- Basel: Karger, 1995.- P166-177.
9. Brenner J. Mesh materials in hernia repair// Expert meeting on hernia surgery(St Moritz, 1994).- Basel: Karger, 1995.- P172-179.
10. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенберг Г.М, Эндохирургия паховых и бедренных грыж//Спб.: Фолиант- 2000.- стр. 176.
11. Егиев В.Н., Титова Г.П., Шурыгин С.Н., Алиев З.О.,Титаров Д.Л., Чижов Д.В., Изучение динамики тканевой реакции передней брюшной стенки животных на имплантацию полпропиленовой и политетрафторэтиленовой сеток. Герниология. 2004, № 4(11). Москва, «Медпрактика –М».
12. Ю.А.Нестеренко,Р.М.Газиев. Паховые грыжи.Реконструкция задней стенки пахового канала. Москва.2005.-стр.85-86.

TRATAMENTUL MECANIC ȘI MEDICAMENTOS AL PULPITEI CRONICE GANGRENOASE

Valentina Nicolaiuc, Mariana Dragoste

Catedra Stomatologie terapeutice USMF „N. Testemițanu”

Summary

Mechanic and Medicamentous Treatment of the Chronic Gangrenous Pulpitis

In our searches were included 15 teeth (5 incisors, 6 molars, 4 premolars) with chronic gangrenous pulpitis. There was applied modern technique for root canal permeabilization.

Medicamentous processing was performed by usage of local remedy “BioR” that reduces the period of healing, activates the processes of osteoregeneration. There was applied ultrasound to improve the sterility of root canals and root canal was filled with temporary paste “Grinazole”. The method of lateral condensation was chosen for filling root canal. The results of treatment permit us to recommend these methods and remedies in the treatment of chronic gangrenous pulpitis as an alternative of traditional methods.

Rezumat

În cercetările noastre am tratat 15 dinți (5 incizivi, 6 molari, 4 premolari) cu pulpită cronică gangrenoasă. Sau aplicat tehnici moderne de permeabilizare a canalelor radiculare.

Prelucrarea medicamentoasă sa petrecut prin aplicarea preparatului autohton „BioR” care reduce perioada de vindecare activând procesele osteoregeneratoare. Pentru a mari sterilitate canalelor radiculare sa aplicat ultrasunetul și canalul radicular sa obturat provizoriu cu pasta