

SINUS LIFTING LATERAL

Rezumat

Operația de Sinus Lift este intervenția chirurgicală care presupune detașarea membranei sinusale Schneider de pe planșeul sinus al osos, elevarea ulterioară a membranei și augmentarea spațiului nou format. Rezultatul final este reprezentat prin îmbunătățirea cantitativă și calitativă a ofertei osoase a maxilarului superior, condiție esențială pentru instalarea implanturilor endo-osoase.

Cea mai des utilizată în practică, datorită multiplelor avantaje și a indicațiilor vaste este tehnica de Sinus Lift lateral (deschis). Tehnica pe parcursul anilor a suferit mici schimbări, menținându-se însă de aceleași principii: crearea accesului către membrana sinusală Schneider prin peretele lateral, elevarea membranei și augmentarea ulterioară. În prezent tehnica modernă de Sinus Lift lateral folosește kituri speciale cu ajutorul cărora intervenția a devenit mini-invazivă și ergonomică.

Cuvinte cheie: Sinus lift lateral, deschis, augmentare, sinus maxilar

Dumitru Virlan,
rezident,

Coordonator științific:
Nicolae Chele, șef
catedră, dr. med., conf.
universitar,
Catedra de Propedeutică
Stomatologică și
Implantologie Orală
„Pavel Godoroja”

Summary

LATERAL SINUS LIFTING

Sinus Lift is a procedure of which the maxillary sinus membrane is elevated and subantral augmentation is performed with bone graft placement. The final result is the improved bone height in the posterior maxilla which is essential for endo-steal implant placement.

Due to many advantages and indications, the most commonly used in practice is Lateral Sinus Lift technique. Over time Lateral Sinus Lift technique has suffered some small changes, but maintaining the same principles: creating an access to the sinus cavity, elevating the Schneider Sinus membrane and grafting hollow space between the membrane and the bone. Nowadays there are special kits for a mini invasive technique of Lateral Sinus Lifting.

Keywords: Lateral sinus lift, sinus bone grafting, maxillary sinus

Actualitatea temei

Implantologia dentară a devenit astăzi un compartiment indispensabil al stomatologiei moderne, reprezentând cea mai performantă metodă de tratament a edentațiilor. Problema fundamentală în implantologie o constituie oferta osoasă redusă. Un interes deosebit se acordă maxilarului superior, unde micșorarea volumului de țesut osos are un caracter bifactorial: pe de o parte intensificarea procesului de rezorbție osoasă, datorită densității anatomice reduse a osului maxilar; pe de altă parte, cu acțiune antagonistă, sinusul maxilar, ce poate iniția un proces de pneumatizare, sau care anatomic poate fi în contact intim cu procesul alveolar [4].

Ridicarea membranei sinusale, cunoscută sub denumirea de **Sinus Lift**, este intervenția chirurgicală care presupune detașarea membranei seroase Schneider de pe planșeul sinus al osos, elevarea ulterioară a membranei și augmentarea spațiului nou format (sinus bone grafting). [4,5]

Deosebim 2 tipuri de Sinus Lift: lateral (deschis) și transcristal (închis). Zitzmann și Schrärer P. (1998) deosebesc următoarele criterii pentru alegerea metodei de Sinus Lifting [14]

Tabelul 1. Metode de Sinus Lifting

Lungimea procesului alveolar restant (mm)	Tipul de Sinus Lift	Timpul de implantare
<= 4 mm	Sinus Lift Lateral	Dupa 6 -8 luni
4mm — 6 mm	Sinus Lift Lateral	În aceeași ședință
>= 6mm	Sinus Lift Transcristal	În aceeași ședință

Argumente pentru actualitatea temei date sunt: indispensabilitatea operației de Sinus Lift în tratamentul implanto-protetic, adresabilitatea întârziată și numărul mare de pacienți, publicațiile permanente și interesul sporit continuu pentru această temă, dezvoltarea continuă a tehnicii de Sinus Lift, apariția noilor substituenți osoși pentru augmentare și tehnicile de utilizare a lor, studiile histologice ale osteoinducției grefelor osoase și a osteointegrării implanturilor dentare.

Scopul lucrării: Crearea ofertei osoase prin ridicarea membranei sinusale și augmentarea spațiului nou creat.

Materiale și metode: Pentru atingerea scopului scontat au fost realizate următoarele studii:

- Studiu bibliografic — analiza bibliografică a problemei la moment, evoluția istorică a tehnicilor de Sinus Lift lateral, determinarea particularităților anatomo-morfologice în realizarea operației, determinarea indicațiilor și contraindicațiilor,
- Studiu experimental — însușirea nu doar teoretică, dar și practică a tehnicii de Sinus Lift Lateral prin enumerarea, descrierea și realizarea experimentală pe cap de miel a tehnicii mini-invazive de Sinus Lift Lateral.
- Studiu clinic — determinarea indicațiilor clinice în tratamentul implanto-protetic prin metoda de Sinus Lift lateral.

Pentru realizarea studiului bibliografic s-au folosit 18 surse informative.

Pentru realizarea studiului experimental, a fost folosit cap de miel, pe care s-au aplicat etapele chirurgicale de Sinus Lift Lateral, însușindu-se practic tehnica.

Pentru realizarea studiului clinic s-a folosit un lot din 4 pacienți : 2 bărbați și 2 femei, cu vârsta cuprinsă între 39 și 52 ani. Pacienților li s-au efectuat metode specializate de investigații (clinice și paraclinice) pentru determinarea diagnosticului și a planului de tratament, li s-au aplicat metodele de tratament corespunzătoare. Conform examenului clinic și paraclinic (ortopantomografia, radiografia dento-alveolară) s-au stabilit breșe laterale cu insuficiență de ofertă osoasă pentru instalarea implanturilor endosoase. Tactica de tratament aleasă de medic în coordonanță cu pacienții este reprezentată prin tratament implanto-protetic cu efectuarea operației de Sinus Lift lateral ca etapă proprotetică chirurgicală.

La 3 pacienții din lotul oferit, distanța de la creasta alveolară până la fundul cavității sinusale este cuprinsă între 5 și 7 mm (disponibilitate osoasă clasa III după Misch) unde s-a hotărât efectuarea operației de sinus lift lateral și infilțarea în aceeași vizită a implanturilor endosoase. Un pacient prezenta o înălțime a crestei alveolare restante de 2-5 mm (disponibilitate osoasă clasa IV după Misch), unde s-a stabilit tactica de efectuare a operației de sinus lifting lateral cu implantare amânată pe o perioadă de vindecare a osului de 6 luni.

Pentru realizarea tehnicii de Sinus Lift lateral s-a folosit o trusă specializată de instrumente DASK (Dentium Advanced Sinus Kit) (fig. 1 a). Setul cuprinde freze speciale pentru realizarea căii de acces și instrumente speciale pentru ridicarea sinusului. Frezele pentru acces sunt individualizate conform funcției, sistematizate conform tehnicii de sinus lift alese (transcrestal sau lateral) și numerotate de la 1 la 6. Tehnicii de sinus lift lateral îi corespund frezele nr. 4,5,6 (fig.1 b). Frezele nr.4 și 5 au partea activă sub formă de ciupercă pentru o intervenție miniinvazivă, pe când freza nr.6 se folosește în cazul pereților lați și groși, îndepărtând un miez de os, care mai apoi poate fi utilizat pentru a închide fereastra laterală. Instrumentele pentru ridicarea sinusului (fig.1 c) reprezintă 4 chiurete de diferite forme, mărimi, unghi de înclinare folosite într-o ordine strictă, îndeplinind diferite funcții. Mai întâi cu ajutorul primei chiurete cu partea activă sub formă de cupolă are loc detașarea membranei sinusale. Gâtul instrumentului este marcat pentru a determina profunzimea pătrunderii. Următoarele 3 chiurete sunt folosite pentru elevarea și crearea noului spațiu pentru augmentare. Trusa DASK se poate utiliza atât pentru tehnica de sinus lift lateral, cât și pentru cel transcrestal. [8,10]

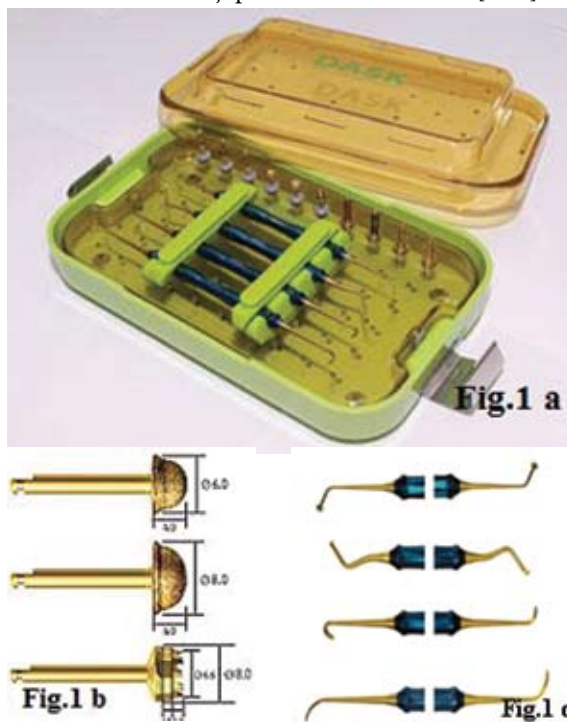


Figura.1: a. Trusa DASK; b.Freze DASK nr.4,5,6; c.Chiurete specializate

Rezultate și discuții

Scurt istoric :

Sinusul Lift Lateral cunoscută sub denumirea de Tatum Sinus Lift, în numele autorului care în 1974 a propus-o, este cea mai des folosită metodă de sinus lift [12,14]. Caldwell în 1893, pentru prima dată a descris metoda de acces către sinusul maxilar prin fosa canină, ca peste 4 ani mai târziu în Franța, Luc să o perfecționeze. Tehnica, cunoscută sub denumirea Caldwell-Luc, stă la baza dezvoltării procesului de Sinus Lift [14]. În 1960 Boyne a fost primul care a realizat augmentarea

țesutului osos maxilar în scop protetic, punând bazele adăptiei osoase (fig.2). În 1974 Tatum a propus o metodă originală de elevare a planșeului sinusal cu folosirea grefelor autogene (fig). În 1980, independent James și Boyne au descris metode de augmentare a sinusului maxilar cu grefe autogene din creasta iliacă, printr-o fereastră formă strict rotundă de 1 cm diametru. Toate aceste metode presupuneau o implantare după o perioadă de 3 luni (Boyne), sau 6 luni (Tatum) [13]. În 1984 Mish propune implantarea în aceeași ședință cu augmentarea. În 1990 a fost propusă utilizarea diversilor substituenți ai osului (alogeni, aloplaști, xenogeni). În 1994 Summers a propus mărirea diametrului ferestrei de la 1 cm la 3-4 cm sau formarea ferestrei de formă trapezoidală cu utilizarea grefelor osteotrope ca material de augmentare. În 1997 Grag și Quinones a propus augmentare mixtă cu implantare imediată a implanturilor cu suprafață rugoasă [5,14].



Figura 2: Fotografie din 1960 a primei operații de augmentare a maxilei.



Figura 3: Prima operație de Sinus Lift realizată de Tatum în 1974

Particularități anatomo- fiziologice ale sinusului maxilar în operația de Sinus Lift lateral:

Rezorbția se petrece în urma extracției dentare, în care dintele pacientului a lipsit o perioadă îndelungată de timp, știind faptul că la 6 luni după o extracție dentară se produce o reducere dimensională a crestei alveolare până la 4,2 mm în lățime și 1,5 mm în înălțime, într-un an producându-se o reducere de până la 25% din volumul osos, iar pe parcursul primilor 3 ani postextracțional majorându-se la 40-60% [4,9].

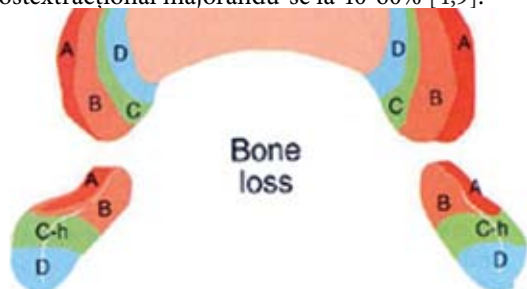


Figura 4: Schimbări morfologice și structurale postextracționale (A-D după Misch)

După pierderea dinților are loc rezorbția osului alveolar, fiind mai accentuată în zona vestibulară datorită suprapresiunii în zona alveolară. Astfel are loc schimbarea centrului de compresiune a procesului alveolar, inducând schimbări morfologice și structurale și la nivelul palatului dur. Caracterul rezorbției osoase maxilare este centripet, de la periferie spre centru (fig.4). Pe de altă parte, pneumatizarea sinusului, având acțiune antagonistă, are loc o dată cu vârsta și în cazul edentațiilor laterale [10,14].

Importanța în operația de Sinus Lift lateral prezintă peretele inferior și peretele lateral al sinusului maxilar. Peretele lateral (jugal) corespunde peretelui anterior al corpului maxilei și este subțire, constituind locul de elecție în formarea ferestrei pentru augmentare în tehnica de Sinus Lift lateral. O atenție deosebită se acordă prezenței septurilor osoase în cavitatea sinusală, care anatomic structurează sinusul maxilar în mai multe camere, cu posibilitate mărită de a perfora membrana sinusală la elevarea acesteia. Septurile au o incidență de 31.7%, cel mai des situându-se între al doilea premolar și primul molar. După Sucher grosimea acestui sept este variabilă și e cuprinsă între 0,5-4,5mm [2,6,10,13,14].

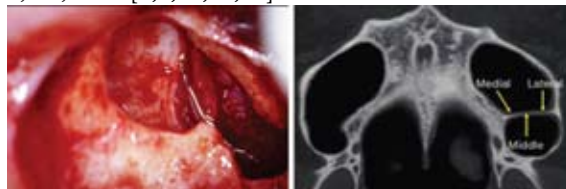


Figura 5: Sept osos intra-sinusal

Importanța majoră are membrana sinusală Schneider ce trebuie elevată. Ea este acoperită de un epitelu cilindric pseudostratificat cu cili și e formată din trei straturi:extern, mediu și intern. Stratul submucos lipsește și anume acest fapt ne permite detașarea membranei de pe planșeul osos și crearea unui spațiu nou pentru augmentare [10,13].

Indicații : Operația de Sinus Lift lateral are un șir de indicații clinice: repararea fistulei oroantrale, plastia osoasă în despicăturile congenitale, fracturile osoase Le Fort I cu interpoziția de material de grefaj, plastii osoase postchirurgicale în tratament oncologic. Indicația de bază a acestei intervenții este reprezentată ca etapă proprotetică chirurgicală în tratamentul implanto-protetic în următoarele cazuri:

a) Ofertă osoasă redusă în înălțime (mai puțin de 8 mm) și lățime (mai puțin de 4mm). Dacă osul restant are înălțimea mai mare de 5 mm, datorită stabilității primare se poate efectua implantarea în aceeași ședință, dacă înălțimea atinge 2-3mm, implantarea în aceeași ședință se poate realiza numai cu folosirea unor dispozitive speciale pentru fixarea primară și stabilitate: blocuri monocorticale de os, materiale aloplastice, mini plăci de titan și grile speciale. La o înălțime mai mică de 5 mm, cel mai rezonabil rămâne a fi metoda de augmentare a sinusului maxilar și implantarea doar după o perioadă de vindecare de 6-8 luni.

b) Densitate joasă a osului maxilar. Mineralizarea slabă și densitatea joasă a osului maxilar, ce anatomic este de 5-10 ori mai joasă ca cea a mandibulei, micșorându-se vădit în edentații, reprezintă adesea condiții nefavorabile implantării [2,4,5,6,9,13,15].

Tehnica de Sinus Lift lateral :

Operația de Sinus Lift lateral sau deschis, fiind precedată de un curs de antibioticoterapie, constă din 7 etape (fig. 6): anestezia, incizia, decolarea lamboului muco-periostal, crearea accesului către sinusul maxilar, elevarea membranei sinusale, augmentarea și implantarea, ce poate fi în aceeași ședință, sau poate fi amânată [2,4,13]. Vom prezenta descrierea teoretică a pașilor tehnicii de sinus lift lateral, precizând paralel particularitățile aplicării în practică prin realizarea studiului experimental pe cap de miel.

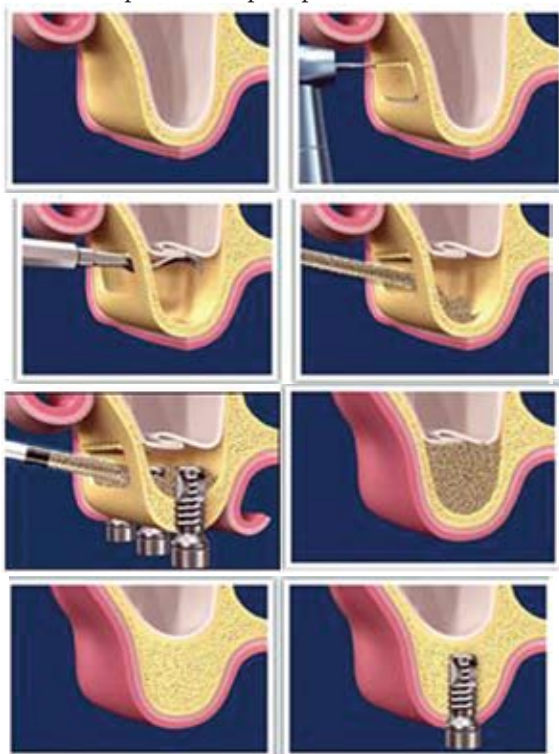


Figura 6: Etapele operației de Sinus Lift lateral

Incizia. (fig.7) Pe mucoasa bucală uscată preventiv cu un tampon de vată sau cu un jet de aer cu ajutorul unui marker chirurgical se marchează liniile de incizie, care se aleg în dependență de construcția protetică dorită. În cazul unei punți protetice fixe, linia orizontală se deplasează de la vârful apofizei alveolare cu 2 mm spre palatinal, ce va permite formarea unor papile noi cu mult mai estetice. În cazul unei construcții mobile incizia se efectuează pe vârful apofizei. Înconjurând coletul dinților vecini breșei, pornesc liniile de incizie verticală. Cu ajutorul radiogramei, se apreciază planșeul sinusului maxilar și nivelul liniilor verticale. Incizia trebuie să fie unică, să cuprindă mucoasa și periostul. Atenție se acordă inciziei verticale în regiunea caninului, pentru a nu leza nervul infraorbital [4,10,14].

Decolarea lamboului muco-periostal (fig.8) cu ajutorul decolatorului, ce trebuie realizată minim invaziv pentru păstrarea irigației sanguine suficiente.

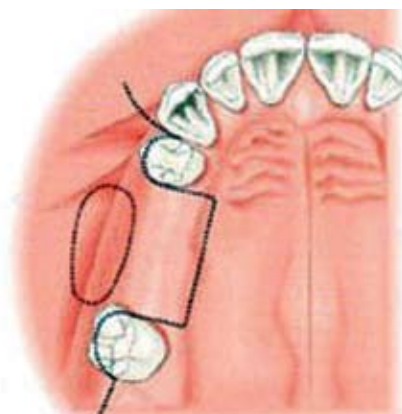


Figura 7: Incizia în Sinus Lift lateral



Figura 8: Decolarea lamboului muco-periostal

Formarea căii de acces către sinusul maxilar (fig.9), ce se realizează prin trepanarea osului maxilar și formarea ferestrei de acces. Etapa se începe prin hemostaza și marcarea formei viitoarei ferestre. Forma ferestrei poate varia de la trapezoidală la ovalară. Forma trapezoidală are patru puncte antropologice de reper: marginea inferioară- 8mm de la marginea procesului alveolar, marginea superioară paralelă celei inferioare se află la 14 mm de la procesul inferior, între punctele mezial-inferior și distal-inferior distanța e de 15-17 mm, între punctele mezial-superior și distal-superior 17-22 mm. Pentru forma ovalară folosim freze speciale nr. 4 sau 5 din setul Dentium DASK. Freza e unită la piesa dreaptă sau unghi, cu o irigare abundentă cu soluție fiziologică NaCl 0.9% sau Ringher, la o viteză de pînă la 800-1200 rpm. Mișcările vor fi fixe, intermitente, precise pe unul și același sector de os. În cazul unor pereți groși se poate folosi freza nr.6 din setul DASK, cu formarea unei insule de os. Insula de os formată poate fi detașată, sau poate servi ca suport pentru elevarea planșeului sinusului maxilar [4,10,14].

Pe cap de miel s-a efectuat marcarea și crearea accesului către sinusul maxilar. La trepanarea în limitele marcajului s-a descoperit un sept osos intrasinusal. S-a decis crearea a 2 ferestre separate.

Elevarea planșeului sinusal. (fig.10) Cu ajutorul primei chiurete speciale sub formă de ciupercă din setul Dentium DASK, are loc mai întâi detașarea membranei sinusale. Cu această chiuretă se detașează la nivelul marginilor noii ferestre formate. Apoi în contact permanent cu osul, treptat se avansează cu următoarele chiurete în direcția planșeului sinusal. Odată cu



Figura 9: a.Marcarea ; b. Crearea accesului ; c.Vizualizarea membranei sinusale

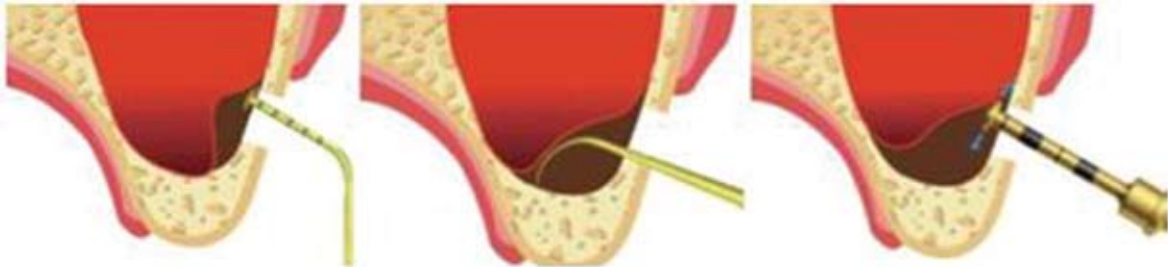


Figura 10: a.Decolarea ; b.Elevarea; c.Ridicarea sinusului cu freza DASK nr.3

detașarea completă se schimbă chiuretele cu un unghi mai obtuz, înaintând mai întâi spre partea mezială, apoi spre distală până la crearea unui nou spațiu pentru augmentare. După ridicarea membranei se poate folosi și freza DASK nr.3 pentru a ridica sinusul cu ajutorul presiunii hidraulice[8,10,14].

Pe cap de miel, cu ajutorul instrumentelor specializate pentru ridicarea sinusului din trusa DASK, s-a efectuat detașarea completă a membranei și ridicarea ei ulterioară, până la formarea unui spațiu nou pentru augmentare.

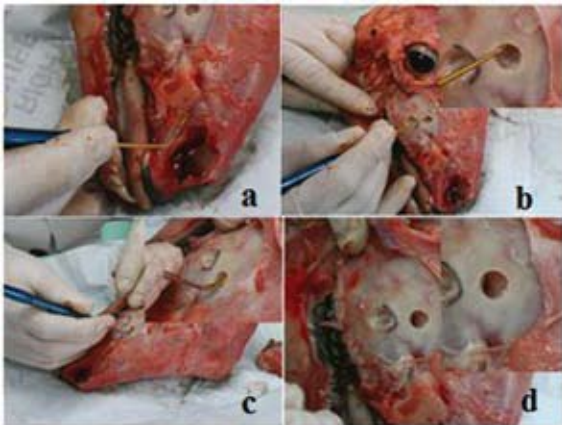


Figura 11 : a. Chiuretă sub formă de ciupercă folosită pentru decolare ; b.Decolarea membranei sinusale; c.Elevarea membrane; d.Spațiu nou pentru augmentare

Augmentarea spațiului creat și Implantarea. Pentru augmentarea în Sinus Lift lateral cel mai des se folosește o combinație dintre două sau mai multe materiale de augmentare de diversă origine, cu sângele proaspăt colectat de la pacient. Etapa de augmentare poate decurge concomitent cu instalarea implanturilor endo-osoase și fără instalarea lor. În cazul implantării

unimomentane, materialul osteotrop este introdus în spațiul mezial nou format. Apoi, cu ajutorul frezelor speciale, are loc neoforarea alveolei pentru implanturi conform șablonului chirurgical, infiletarea implanturilor și augmentarea ulterioară a spațiului posterior și anterior, în jurul implanturilor instalate și în zona vestibulară. În regiunea ferestrei osoase, pentru a preîntâmpina creșterea țesutului conjunctiv și cu rol de fixare și suport, se pot utiliza membranele biologice rezorbabile. De remarcat faptul că augmentarea are loc doar în momentul inspirului. În cazul folosirii procedurii în două etape, spațiul nou format se mărește pe lungimea presupusă a implantului dorit. Fereastra osoasă se acoperă cu o membrană biologică rezorbabilă, lamboul muco-periostal se imobilizează. După 4-12 luni (în dependență de material), are loc implantarea[4,14].

Pe cap de miel, menținând membrana sinusală ridicată s-a efectuat augmentarea în porții mici până la umplerea completă.(fig.12).

Suturarea După imobilizarea lamboului muco-periostal, are loc suturarea, ce se poate efectua cu fir separat sau/și cu fir continuu neresorbabil.

Caz clinic : Pacientul C, 39 ani după un examen clinic (subiectiv și obiectiv) și paraclinic (ortopantomografie, radiografie dento-paradontală) s-a stabilit diagnosticul de Edentație parțială clasa II subclasa I la maxilă, clasa III subclasa II la mandibulă după Kennedy. Distanța de la creasta alveolară până la fundul cavității sinusale este cuprinsă între 5 și 7 mm, ce corespunde clasei III după Misch. Astfel s-a stabilit planul de tratament de realizare a operației de Sinus Lift lateral cu infiletarea în aceeași ședință a 3 implanturi, infiletarea a 4 implanturi endo-osoase la mandibulă și încărcătură protetică amânată.



Figura 13: Examen clinic endobucal



Figura 14: Ortopantomografia

Au fost executați următorii pași chirurgicali :

1. Prelucrarea și izolarea câmpului operator. (fig. 15)



Figura 15

2. Anestezie loco-regională tuberală. (fig. 16)



Figura 16

3. Incizia (fig. 17) În cazul dat incizia se va face orizontal la 2mm palatinal de mijlocul coamei crestei alveolare, fiindcă se va supraproteza cu proteze fixe. Inconjurând coletul dinților limitanți breșei până la mijloc, pornesc liniile verticale până la fundul de sac vestibular.



Figura 17

4. Decolarea lamboului muco-periostal (fig.18) Cu ajutorul decolatorului are loc detașarea lamboului mucoperiostal, ce se realizează precaut, miniinvaziv, pentru păstrarea irigației sangvine intacte până la o expunere suficientă și completă a peretelui lateral al sinusului maxilar.

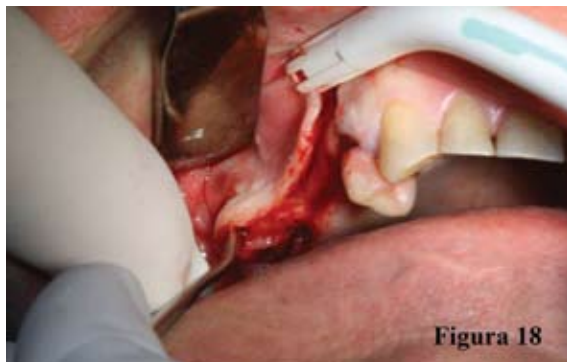


Figura 18

5. Crearea accesului către sinusul maxilar (fig.19) Fereastra de acces va avea reperul conform șablonului radiologic și se va localiza la cel puțin 2 mm deasupra podelei sinusale. Se folosesc frezele nr.4 sau 5 din setul Dentium, unite la piesa unghi a fiziodispenserului.



Figura 19

6. Decolarea și elevarea membranei sinusale (fig.20 a, b), utilizând chiurete din setul DASK. În contact permanent cu osul are loc inițial detașarea de pe marginile ferestrei de acces. Apoi cu ajutorul următoarelor chiurete, în contact permanent cu osul, începând de pe planșeu, are loc ridicarea membranei Schneider, până la crearea unui spațiu nou.
7. Pentru augmentare s-a folosit o combinație mixtă de material de augmentare: Коллапол КИ-3 ЛМ (hidroxiapatită din grupul materialelor aloplastice) și sânge proaspăt. Inițial are

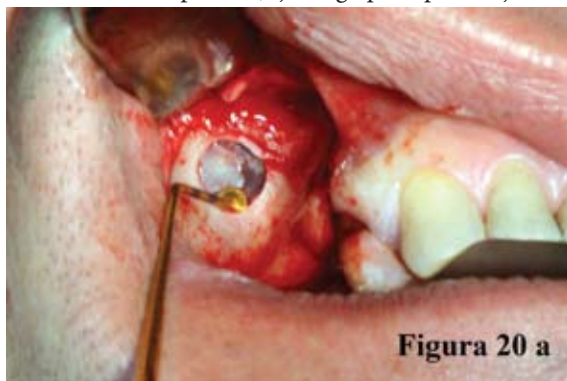
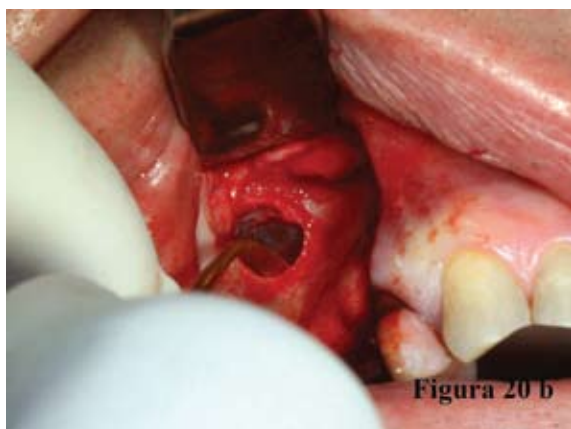
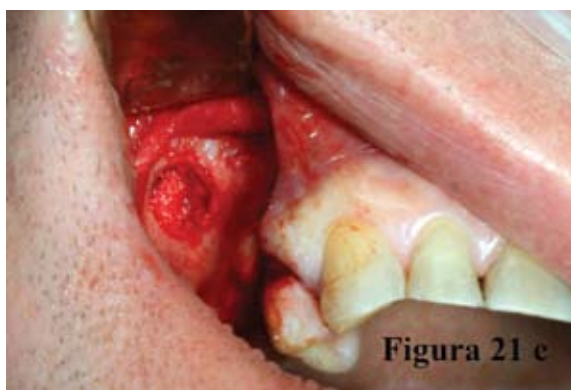


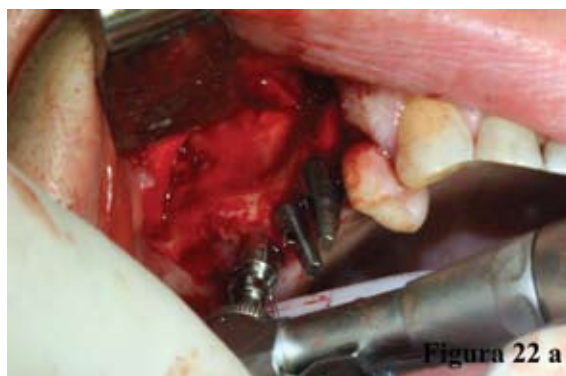
Figura 20 a



loc colectarea de sânge proaspăt de la pacient (fig.21 a), apoi are loc prepararea biomaterialului de augmentare prin îmbibarea bureleților de material Коллапол КП-3 ЛМ cu sânge (fig. 21 b).Augmentarea se realizează în porții mici prin tasare spre medial până la umplere (fig.21 c).



8. Forarea neoalveolei pentru implanturi (fig. 22 a), infiletarea implantelor, montarea șuruburilor de acoperire. (fig.22 b).



9. Readucerea lamboului peste planul osos și suturarea cu fir separat neresorabil.
10. Efectuarea testelor de control: testul Valsava și calcularea indicilor Periotest.

Concluzii:

1. În urma studiului bibliografic a metodelor de Sinus Lift lateral, s-a precizat rolul indispensabil și importanța majoră a operației de Sinus Lift lateral în tratamentul implanto-protetic, accentuându-se ritmul de dezvoltare, accentuând reperele anatomice de care depinde intervenția, clasificând formele clinice ale breșelor posterioare, determinând indicațiile către operația de Sinus Lift lateral.
2. În urma studiului experimental, s-au realizat etapele de lucru ale operației de Sinus Lift lateral pe cap de miel. Astfel s-a reușit aplicarea cunoștințelor teoretice în practică, prin enumerarea, descrierea etapelor chirurgicale și executarea lor imediată. Deci, putem afirma că a fost însușită tehnica operației de Sinus Lift lateral nu doar teoretic, dar și practic.
3. În urma studiului clinic s-a demonstrat că prin operația de Sinus Lift lateral este posibilă crearea ofertei osoase la pacienții edentați laterali la maxilă, unde datorită dereglărilor calitative și cantitative ale osului rezidual, implantarea nu era posibilă în mod obișnuit.

BIBLIOGRAFIA

1. Carl E.Misch — „Contemporary Implant Dentistry”, -2002 ; pag.112-198
2. Charles A.Babbush — „Dental Implants: The Art and Science”, -2001;pag.54-88
3. Cowood JI, Howell RA — „A classification of the edentulous jaws. Int J oral Maxilofacial Surgery” , — 1988 ; pag.26-130

4. Hakam Rabi — Maxillary Sinus Augmentation for Implant Rehabilitation, -2007; pag.3-95
5. Manor R., Mizrahi S. — Sinus elevation, -2003; pag.28-112
6. Karl-Erik Kahnberg, Lars Rasmusson and Goran Zellin — „Bone Grafting Techniques for Maxillary Implants”, -2005; pag.75-110
7. Misch CE- „Maxillary Sinus Augmentation for endosteal implants: Organized alternative treatment plans. Int J Oral Implantol”, -1987; pag.20-30
8. Nelson Kim — „A modified internal sinus-lift technique and simultaneous installation of a widenediameter implant: a case report”, -2009; pag.80-90
9. N.Gănuță și colaboratorii — „Tratat de implantologie orală”, — 1997, pag.90-94
10. Ole T.Jensen — „The Sinus Bone Graft”, — 1999; pag.5-110
11. Summers RB — „A new concept in maxillary implant surgery: The osteotome technique. Comped Contin Educ Dent”, -1994; pag.85-90
12. Tatum H — „Maxillary and Sinus Implant Reconstruction” — 1986; pag.20-42
13. Timoșca, Burlibașa — Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, -2007 pag.380-400
14. Яременко А.И., Виноградов С.Ю — Синус-лифт — состояние проблемы и перспективы; pag.2-26
15. Манфред Лянг- Синус Лифт.От закрытого синус-лифта, досинус-имплант-стабилизатор 2008; pag.8-20; pag.80-120
16. Параскевич — „Дентальная имплантология. Основы теории и практики (2 издание)”, 2000; pag.180-206
17. Хом-Лей Ванг, Амар Катраний -, „Классификация атрофии альвеолярного отростка в области верхнечелюстной пазухи и выбор тактики лечения”; pag.20-24
18. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф. — „Стоматологическая имплантология”; 2000; pag.26-30

PULPITA ACUTĂ DIFUZĂ: TABLOUL CLINIC ȘI METODELE DE TRATAMENT

Rîbac Alina,
studentă anul V,

Conducător științific:
d.ș.m., conferențiar
universitar Chetruș
Viorica

Rezumat

Întroducere: Afecțiunea pulpară reprezintă cea mai frecventă urgență în stomatologie, materializată prin caracterul durerii și ocupă unul dintre primele locuri în patologiile dentare. Prin aplicarea metodelor clasice de tratament pînă în sec. al XIX-lea tratamentul pulpitelor difuze se solda în majoritatea cazurilor cu complicații periodontale din cauza obturării insuficiente a canalelor colaterale. În prezent, datorită obturării tridimensionale a canalelor are loc o închidere ermetică a tuturor canalelor și canaliculelor cu reducerea complicațiilor posttratament.

Scopul lucrării : Studiarea formei de pulpită acută difuză și evaluarea metodelor de tratament.

Materiale și metode: Studiul efectuat se bazează pe datele obținute ca urmare a tratamentului aplicat la 17 pacienți în perioada lunii a 11, 12-a a anului 2011 și lunile 2, 3 și 4 a anului 2012, dintre care 10(59%) pacienți de sex feminin și 7(41%) de sex masculin, cu vîrsta medie de 32 de ani.

Rezultate: În urma studiului efectuat și aplicării practice, fiecare pacient a primit tratament adecvat, 15 pacienți fiind tratați prin metoda extirpării vitale și 2 pacienți prin extirparea devitală. S-au obținut rezultate favorabile la 16 de pacienți, 15 tratați prin metoda de extirpare vitală și 1 pacient tratat prin metoda devitală.

Concluzii: În urma studierii literaturii și aplicării practice s-a observat că diagnosticarea corectă, aplicarea metodei de tratament prin extirparea vitală și sigilarea tridimensională a canalelor radiculare permite obținerea de rezultate favorabile și reducerea de complicații.

Cuvinte cheie: Pulpita difuză-extirpare vitală-sigilare tridimensională.

Summary

DIFFUSE ACUTE PULPITIS: CLINICAL PRESENTATION AND TREATMENT METHODS

Introduction: The disease is most common pulp emergency dental pain and embodied character occupies leading positions in dental pathologies. By applying classical methods of caries treatment until XIX century pulpitis diffuse treatment is in most cases result in complications due to obstruction of collateral channels. In channels currently insufficient due to obstruction of the channels has been a three-dimensional sealing of all channels and the channels to reduce post treatment complications.