

CREAREA OFERTEI OSOASE LA PACIENȚII CU ATROFII SEVERE ALE MANDIBULEI PENTRU REABILITAREA IMPLANTO-PROTETICĂ

Rezumat

Atrofia creștelor osoase edentate prezintă una din principalele piedici în reabilitarea implantato-protetică a pacienților cu diverse edentații. Scopul acestui studiu a constat în descrierea tehnicilor chirurgicale și crearea unui algoritm de conduită în situații cu grad divers de atrofie a crestei osoase (B-w, C și D după Misch) mandibulare. Studiul s-a axat pe 33 pacienți tratați în condiții de ambulator și staționar, prin metodele: implantare și augmentare laterală cu material sintetic, „osseo-splitting“ și augmentare cu implantarea concomitentă, augmentare cu greșă autogenă și material sintetic cu implantarea amânată, transpoziția pachetului vasculo-nervos alveolar inferior, osteodistrația, augmentarea cu greșă autogenă din creasta iliacă. Alegerea unor asemenea metode de tratament trebuie efectuată în dependență de situația clinică individuală, abilitățile și profesionalismul practicianului, raportul dintre riscurile și complicațiile ce pot apărea și rezultatele expectate, starea psihologică a pacientului.

Cuvine cheie: greșă osoasă, atrofii mandibulare, reabilitare implantoprothetică.

Summary

BONE BED MODELING IN PATIENTS WITH SEVERE MANDIBLE ATROPHIES FOR IMPLANT-PROSTHETIC REHABILITATION

Bone crest atrophy represents an important obstacle in implant-prosthetic rehabilitation of patients with different types of edentulism. The aim of this study was to describe surgical techniques and to create an algorithm of conduct in different degrees of mandible atrophies (type B-w, C and D by Misch). The study was axed on 33 patients treated in ambulatory and in-patient unit by using the following methods: lateral synthetic bone grafting and implant placement; osseo-splitting, synthetic bone grafting and implant placement, autogenous and synthetic bone grafting with delayed implant placement, transposition of the inferior alveolar nerve, vertical distraction, autogenous bone grafting form iliac crest. One should take in consideration the individual clinical situation, professional skills, the ratio between the risks, complications and expected results, and the psychological status of patient before choose one of this methods.

Key words: bone graft, mandible atrophies, implant-prosthetic rehabilitation.

Actualitatea temei

Reabilitarea protetică a pacienților prin intermediul implantelor dentare endosoase a devenit, la nivel mondial, o modalitate bine definită de reabilitare a edentațiilor, fiind considerată o abordare modernă de tratament stomatologic [17]. Această afirmație este demonstrată prin numeroasele articole și comunicări la tema respectivă la diverse forumuri și conferințe științifice naționale și internaționale. Din ce în ce mai mulți medici frecventează preponderent cursurile de perfecționare cu tematica reabilitării implantoproactice atât la noi în țară cât și peste hotare. De rînd cu dezvoltarea tehnologiilor moderne de confecționare a implantelor, perfecționarea metodelor chirurgicale de instalare a lor, complicații minime, implantologia orală își extinde arealul de încredere atât în viziunea medicilor cât și a pacienților [1]. Actual, implantologia orală a obținut realizări remarcabile, deși rămîn nesoluționate un șir de probleme de ordin chirurgical, estetic, biologic, printre care un loc important îl ocupă cele cauzate de atrofia osoasă. Aspectului

Dumitru Sirbu,
d.m., conf.univ.

Valentin Topalo,
d.hab.med., prof.univ.

Mostovei Andrei,
doctorand

Suharschi Ilie,
asis. univ.

Mighic Alexandru,
medic rezident

Catedra Chirurgie OMF
și Implantologie orală
„Arsenie Guțan“
USMF „N. Testemițanu“

Mostovei Mihail,
student

Facultatea Stomatologie,
USMF „N. Testemițanu“

calitativ și cantitativ al osului în care se vor insera implanturile dentare endoosoase are un rol hotărâtor în osteointegrarea și funcționarea lor de durată [3]. Toate elementele creștelor alveolare (mucoasa, periostul și osul alveolar) sunt interesate în procesul de atrofiere datorită lipsei sollicitării fiziologice [5]. Oferta osoasă reprezintă osul disponibil pentru inserarea implanturilor, atât apreciat cantitativ cât și calitativ.

Atrofia osoasă severă a țesutului osos crează dificultăți la instalarea implantelor dentare deseori aceastafiind imposibilă. În aceste cazuri medicii propun pacienților, uneori cu asistență, tratamentul prin intermediul protezelor mobile. Aceste construcții sunt agreeate cu greu de majoritatea pacienților. Actualmente atrofiile severe ale maxilarelor sunt studiate minuțios în vederea tratamentului implantologic.

În ultimii ani au fost elaborate mai multe metode pentru acordarea asistenței stomatologice acestor pacienți. Aceste metode constau în plastia osoasă a creștelor alveolare (xeno-, alo-, auto- sau transplantarea combinată, expansia osoasă prin „osseo-splitting“, regenerarea osoasă dirijată, transpoziția conținutului canalului mandibular, etc...), care au scopul de a mări volumul de os necesar pentru implantare [2]. Datorită acestor metode implantologia modernă depășește limitele metodelor standarte, fiind utilizată chiar și în cazul atrofiilor severe care până nu demult erau o contraindicație. Cu extinderea indicațiilor reabilitării implanto-protetice în atrofiile și defectele de creastă alveolară reiese necesitatea sistematizării acestor situații clinice, elaborarea noilor metode sau perfecționarea celor existente de crearea a ofertei țesuturilor moi și dure.

În dependență de gradul de atrofiere Misch clasifică creasta edentată în 4 tipuri [2]:

1. Tip A — os suficient cu lățimea > 6mm, înălțimea > 12mm, spațiu disponibil pentru coroană ≤ 15mm.
2. Tip B — os disponibil la limită, care se împarte în 2 grupe B+ (lățimea 4-6mm) și B-w (lățimea 2,5 — 4mm), înălțimea > 12mm, spațiu disponibil pentru coroană < 15mm.
3. Tip C — os insuficient pe verticală (C-h înălțimea < 12mm) sau orizontală (C-w 0 — 2.5 mm), angularea ocluzală > 30°, spațiul coronar > 15mm.
4. Tip D — atrofia completă a creștei alveolare însoțită de atrofia marginii bazilare, maxilar plat, mandibulă subțire tip lamă, spațiul disponibil pentru coroană > 20mm.

În condițiile creștei alveolare de tip A și B+, implantarea nu prezintă dificultăți însă situațiile cu atrofiere de clasa B-w, C și D necesită creșterea ofertei osoase prin diverse metode. Astfel, particularitățile anatomice a creștelor edentate pun la încercare experiența și cunoștințele medicilor în domeniu și de aceea este necesar stabilirea unor cerințe bine definite către patul osos care va permite orientarea specialistului în alegerea metodei optimale de implantare. Reieșind din multitudinea situațiilor clinice și adordul individual

către fiecare pacient, autorii au sistematizat și elaborat conduite de diagnostic și tratament.

Scopul

Determinarea metodelor și tehnicilor optimale pentru crearea ofertei osoase la pacienții cu atrofiere severe ale mandibulei cu os disponibil tipul B-w, C și D după Misch pentru reabilitarea implanto-protetică.

Material și metodă

În cadrul studiului au fost incluși 33 pacienți cu vârstă medie de $41,58 \pm 2,17$ ani care s-au adresat în clinica stomatologică „OMNI DENT“, în perioada 2010—2013, a căror creastă alveolară corespunde tipului B-w, C și D după Misch. Trei pacienți din totalitate au fost supuși intervențiilor chirurgicale sub anestezie generală în condiții de staționar în secția chirurgie OMF a CNȘPMU. Au fost examinați clinic și paraclinic pacienții, de asemenea sau studiat cartelele de ambulator, fișele medicale de staționar, radiografiile panoramice și CT pentru obținerea informației și efectuarea calculelor necesare pentru studiu. La toți pacienți abordul osos sa efectuat prin crearea lamboului. Implantele au fost inserate imediat sau amînat după crearea ofertei osoase în corespundere cu cerințele implantării, respectând atât raportul dintre lățimea osului și diametrul implantului cât și lungimea implantului cu înălțimea creștei osoase. În cadrul studiului au fost luați în considerație următorii parametri: Gradul de atrofiere; Oferta osoasă disponibilă (cantitativă și calitativă) și cea necesară pentru inserarea implantelor; Lățimea mucoasei keratinizate; Mărimea implantului.

Gradul de atrofiere a fost măsurat de la marginea creștei alveolare pînă la marginea bazilară prin intermediul programei „SIDEXIS XG 3“. Oferta osoasă și mucoasa keratinizată au fost determinate prin intermediul sondei parodontale în timpul intervenției chirurgicale. În caz de creastă alveolară de tip B și C, pentru creșterea ofertei osoase s-a utilizat augmentare cu os autogen și material sintetic „Colapol KP 3-LM“. În cazul tipului C și D au fost folosite blocuri osoase autogene din apropiere sau de la distanță din creasta iliacă, deasemenea au fost utilizate tehnici de lărgire a creștei osoase prin operații de „osseo-splitting“, de lateralizare a conținutului canalului mandibular sau ocolire a acestuia, osteodistrația. Analiza rezultatelor a fost efectuată prin redarea valorilor medii și erorii standard.

Rezultate și discuții

Repartizarea pacienților după tipul creștei edentate și metodele de crearea a ofertei osoase:

1. Augmentare cu implantare imediată s-a realizat la 6 pacienți cu vîrstă medie de $38,8 \pm 5,09$ ani, lățimea medie a creștei osoase de $4,83 \pm 0,49$ mm, înălțimea medie de $12,2 \pm 0,5$ mm, iar grosimea mucoasei de $4,81 \pm 0,88$ mm. Corespunde tipului B (Misch), este cel mai simplu de realizat. Folosirea metodei date ne permite obținerea volumului osos adecvat și acoperirea marginilor implantului (Fig. 1,2).

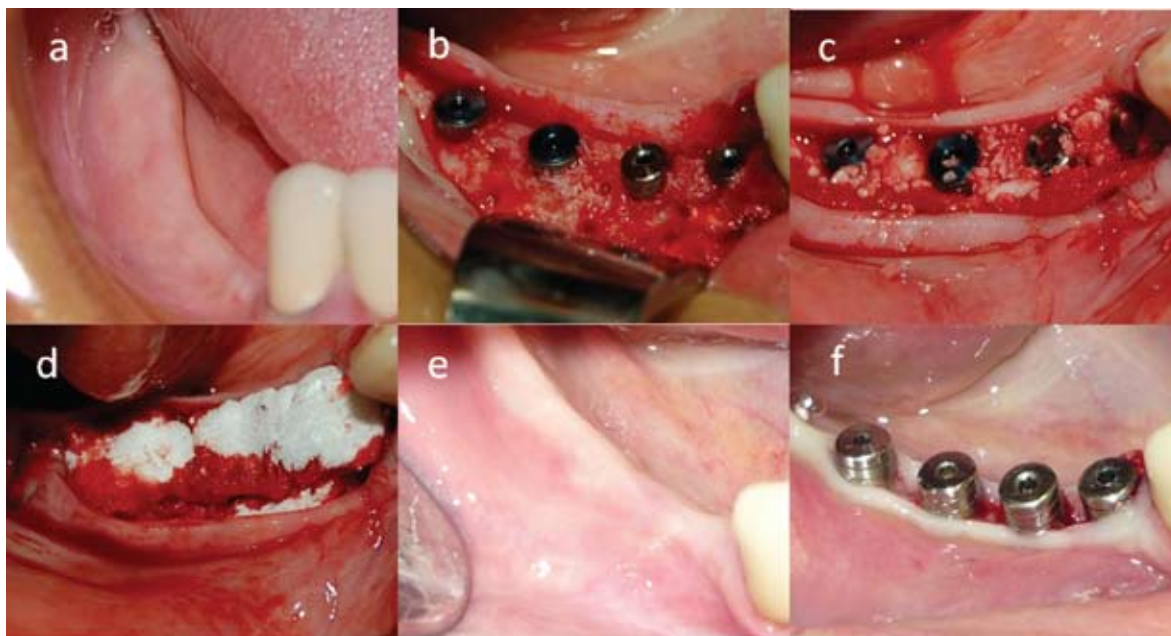


Fig.1 Implantarea concomitentă augmentării osoase cu material sintetic și os autogen: aspectul preoperator (a), instalarea implantelor și osteotomia (b), augmentarea cu rumeguș osos preluat la foraj (c), aplicarea materialului sintetic (d), aspectul mucoasei la a doua ședință chirurgicală (e), conformatoarele gingivale (f).

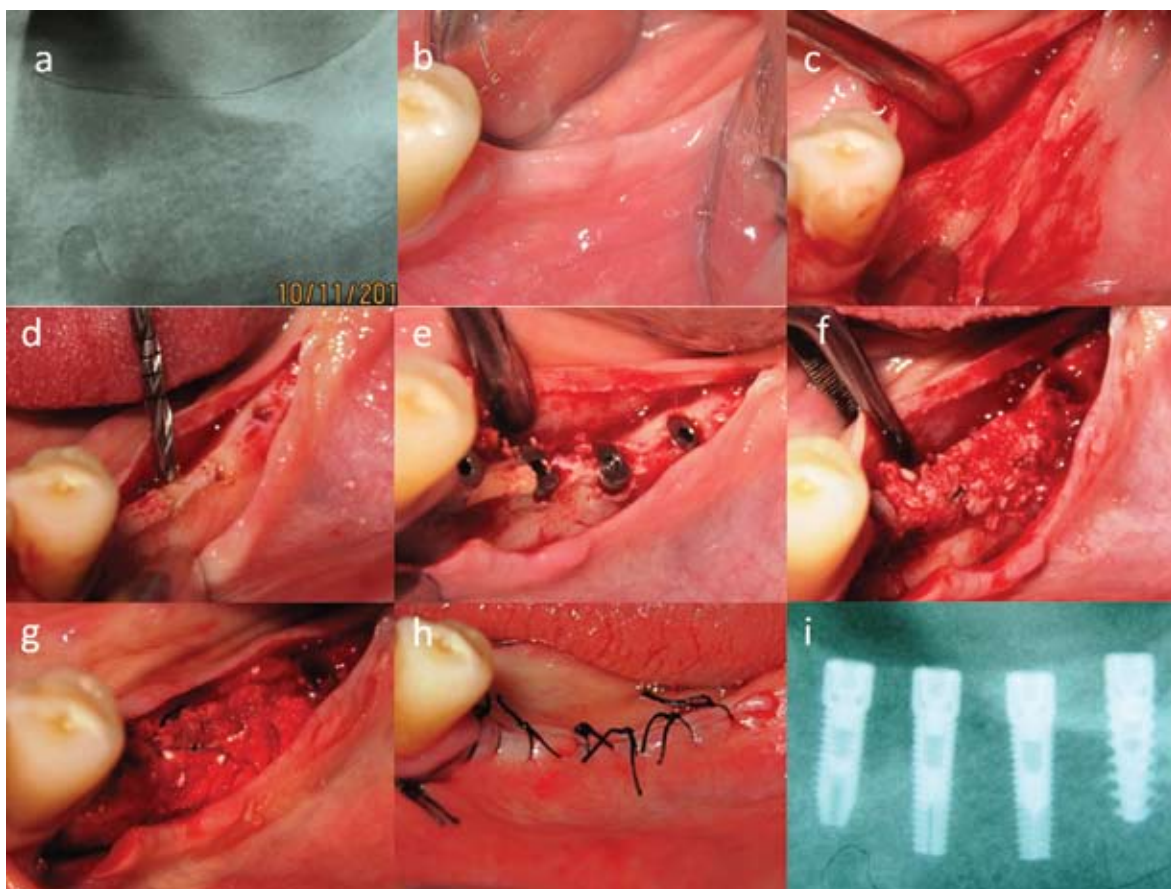


Fig.2 Augmentarea cu os autogen, material sintetic și implantarea concomitentă: aspect radiografic (a) și local (b) preoperator, expunerea patului osos (c), forajul neoalveolelor (d), instalarea implanturilor (e), augmentarea cu rumeguș osos (f), aplicarea materialului sintetic (g), aspectul plăgii postoperatorii (h), controlul radiografic (i).

2. Implantare concomitent cu „osseo-splitting“ și augmentare la 5 pacienți cu vârsta medie de $46 \pm 4,08$ ani, valoarea medie a lățimii osoase până la operație a fost de $3,56 \pm 0,44$ mm (Tip B+, B-w), realizându-se o creștere a ei intraoperator până la ~ 5.5 mm, înălțimea

medie osoasă de $13.4 \pm 0,85$ mm, grosimea mucoasei keratinizate în mediu a fost de $4,48 \pm 0,94$ mm. Adesea inserarea implanturilor în os cu cantitate mică de spongioasă poate produce fracturarea corticalei vestibulare cu micșorarea stabilității primare și în consecință atro-

fia fragmentului cu denudarea suprafeței implantului [15]. Această metodă este utilă când posibilitatea inserării implantelor înguste este redusă iar grosimea crestei alveolare constituie 3-4 mm și necesită o procedură chirurgicală adăugatoare și competență profesională. În aceste metode s-au utilizat preponderent implantele subțiri cu diametru 3,2 mm, 3,5 mm și lungime 10,0 mm și 11,5 mm, iar deficitul mic de os a fost suplinit prin rumegușul obținut la forarea neoalveolelor sau prin raclare cu chiurete pentru os la regularizarea creștelor alveolare și material sintetic „Colapol KP 3-LM“. Aceste grupe corespund tipului B-w și C (Misch).

3. Augmentare osoasă și implantare amânată a fost utilizată la 3 pacienți cu vârsta medie de $43,3 \pm 6,38$ ani, valoarea medie a ofertei osoase fiind de $2,7 \pm 0,45$ mm pe orizontală și $13,83 \pm 1,58$ mm pe verticală, lățimea medie a mucoasei keratinizate de $2,46 \pm 0,84$ mm. Implantele au fost inserate după o perioadă de 4-6 luni. Metoda menționată necesită timp și proceduri chirurgicale suplimentare, ceea ce mărește considerabil timpul de reabilitare, însă oferă posibilitatea realizării planului de tratament optimal și obținerea rezultatelor scontate.

4. Acestor tipuri de ofertă osoasă se atribuie și un alt grup de pacienți în număr de 8 (2 bărbați, 6 femei) cu vârsta 21-57 ($38,33 \pm 4,84$) ani. La ei oferta osoasă a fost creată prin **autotransplanturi din apropiere**. Crearea ofertei osoase la nivelul crestei alveolare cu utilizarea grefelor la pacienții în studiu s-a efectuat prin colectarea lor din zonele donor din vecinătatea apropiată: menton, ram (Fig.3).

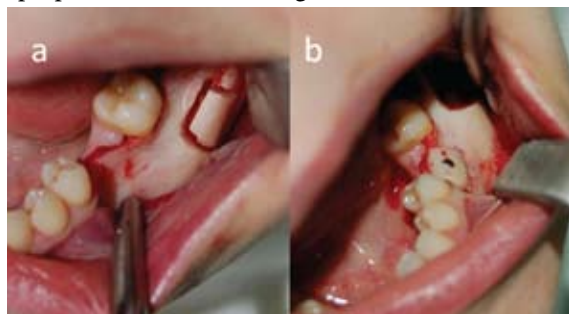


Fig.3 Augmentare osoasă cu os autogen din vecinătatea imediată (ramul mandibular), prepararea grefei (a) și fixarea în sectorul recipient (b).

Transplant — se numește un fragment de țesut sau organ, transferat dintr-o regiune (donor) în alta (recipientă) pentru înlăturarea defectului structural și/sau funcțional [21]. **Transplantatul osos autogen** până în prezent este unica sursă de celule osteogene și se consideră „standartul de aur“ în operațiile reconstructive oro-maxilo-faciale [11]. Zona recipientă pentru osteoplastia creștelor alveolare a servit: mandibula în 8 cazuri, din care 6 cazuri în regiunea posterioară iar în 2 cazuri regiunea anterioară.

Crearea ofertei osoase prin autotransplante din apropiere necesită abilități profesionale, mai dificil de executat însă cu un rezultat foarte bun. În calitate de zonă donor mandibula este favorabilă datorită: eficacității și securității manipulațiilor la acest nivel dacă

se evită formațiunile anatomice importante; poate fi colectat un volum mediu de os; prezintă un câmp operator bine vizibil, suficient pentru manipulațiile chirurgicale; durere postoperatorie neînsemnată; lipsa cicatricelor cutanate [19]. Printre avantajele enumerate: simplitatea procedurii, probabilitate minoră a complicațiilor septice, rezultat previzibil, costul redus al materialelor. Metoda are și neajunsuri: e posibilă rezorbția semnificativă a transplantatului, posibilitățile reduse în mărirea ofertei pe verticală, sechestrarea grefei. În studiul nostru complicațiile intraoperatorii (lezarea dinților, lezarea fascicolului vasculonervos) au fost evitate. Postoperator, a fost înregistrat un caz de formare a hematomului difuz care ulterior sa rezorbat complet (Fig. 4a). Dehiscenta plăgii cu supurare în zona recipientă la a 7-a zi postoperator a avut loc la 3 pacienți (Fig. 4b). În aceste cazuri am fost nevoiți să înlăturăm transplantele. Cauza dehiscentei plăgii postoperatorii a fost insuficiența țesuturilor moi pentru acoperirea unui volum mai mare de os transplantat. Periostotomiile efectuate pentru mobilizarea lamboului nu au fost suficiente pentru a le sutura fără tensiune, deasemenea grosimea insuficientă a lamboului sub 2 mm.



Fig.4 Complicații postoperatorii: Hematom difuz (a) și dehiscenta plăgii postoperatorii (b).

Celelalte 5 cazuri sau realizat fără complicații, cu vindecare bună, iar la etapa de implantare (peste 4-6 luni) nu sa determinat rezorbție semnificativă a transplantelor. Prin această metodă noi am obținut o creștere a ofertei osoase pe orizontală de la 2 mm anteoperator la 6 mm după 4-6 luni, iar la 2 pacienți s-a apreciat o creștere osoasă și pe verticală cu 2 mm. Obținând un volum de os mai mare decât în metodele precedente, respectiv la acești pacienți s-a utilizat implantele cu diametru mai mare, preponderent de 3,75 mm și 4,2 mm, lungimea nu s-a modificat (10 mm și 11,5 mm). Dimensiunile mai mari ale implantelor chiar dacă nu influențează rezultatul în timp după unii autori [10,16, 20], „noi încă nu avem o experiență atât de îndelungată pentru afirmații de acest fel“. Totodată, în cugetul medicului cât și al pacientului se întipărește mai bine afirmația „implant mai mare stabilitate mai bună și respectiv durata de funcționare mai îndelungată“ este un stereotip greu de confruntat.

5. Luând în considerație atrofia neuniformă a crestei alveolare, un grup cu deficit de os în regiunea distală ce corespunde tipului D (Misch) l-au format 2 pacienți la care sa efectuat implantarea în această zonă consecutiv cu operația **lateralizarea conținutului ca-**

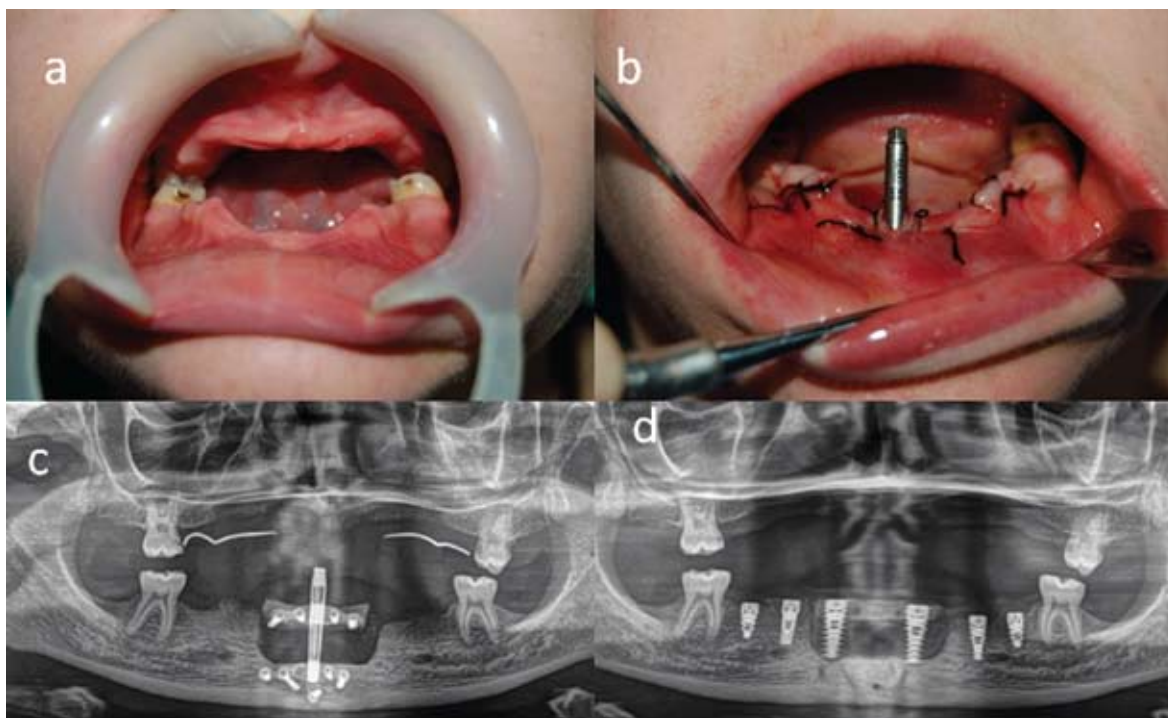


Fig.5 Elongarea dirijată cu dispozitivul de compresie și distracție: aspect preoperator (a) și postoperator (b), ortopantomografiile cu dispozitivul de distracție și fragmentul elongat (c) și după instalarea implanturilor (d)

nalului mandibular. Această operație constă în osteotomia în jurul orificiului mentonier și pe traiectul canalului mandibular cu evidențierea lui. Deplasarea conținutului spre vestibular pentru a fi protejat la forarea neoalveolei și inserarea implantelor. Prin această metodă noi am inserat implantele la nivelul dintelui 5 într-un caz și la nivelul dintelui 5 și 6 în celălalt caz.

6. Un alt grup cu caracteristici tipului C și D cu $h < 8\text{mm}$ l-au constituit 4 pacienți la care s-au instalat implantele **ocolind canalul mandibular spre vestibular sau lingual**, dimensiunile și orientarea lor fiind calculată cu ajutorul CT. În ambele grupe noi nu am mărit oferta osoasă, doar am creat condiții osoase suficiente pentru inserarea implantelor în grupul 5 și utilizând osul disponibil calculând traiectul implantelor la CT și OPG pentru a nu leza canalul mandibular în grupul 6. Metoda de lateralizare a conținutului canalului mandibular completează gama de metode de reabilitare implanto-protetică la pacienții cu atrofi severă[12]. Este mai greu de realizat, necesitând experiență și instrumentar specializat. În ultimul timp în literatura de specialitate se discută pozitiv aparatele piezochirurgicale care prin avantajele sale ar putea lărgi indicațiile către operațiile de acest gen [1,13,14,18]. Noi am utilizat frezele care după părerea autorilor ce utilizează aparatele piezochirurgicale sunt mai traumatice[1]. Posibil prin aceasta se poate explica și parestezia postoperatorie care se menține un timp mai îndelungat la acești pacienți, dar și cazurile de dehiscență a plăgilor la pacienții din grupul cu autotransplante, posibil are loc o traumă mecanică sau termică a marginilor plăgii. Noi vom urmări în continuare evoluția aparatului modern și vom pleda pentru înlocuirea celui depășit de timpuri în beneficiul pacienților.

7. Un grup deosebit l-au constituit 2 pacienți cu tipul D a ofertei osoase după (Misch). La ambii pacienți se determină lipsa ofertei osoase în regiunea frontală a mandibulei, la unul din ei în urma traumei suportate cu defect postraumatic, iar la alt pacient ca consecință a edentației primare, în ambele cazuri oferta osoasă a fost creată prin **elongarea dirijată cu aparatul de compresie și distracție**. În literatura de specialitate este considerată una din cele mai bune metode de creare a ofertei osoase inclusiv și a țesuturilor moi care cresc pe măsura elongării osoase. Această confirmare o susținem și noi obținând cele mai bune rezultate anume la acești doi pacienți. Creșterea osoasă pe verticală care este destul de greu de realizat prin alte metode noi am obținut 10 mm prin osteodistracție (Fig.5). Sunt unele neajunsuri ale metodei care țin de prețul înalt al aparatului care trebuie să fie individualizat situației clinice, direcția vectorului de distracție care trebuie luată în considerație, însă toate sunt relative și nu micșorează din avantajele metodei. Complicații în acest grup nu au fost. Credem că pacienții cu asemenea defecte ar trebui să beneficieze mai mult de avantajele acestei metode care depinde de nivelul de informare a pacienților și lărgirea indicațiilor de către medici.

8. Un grup aparte prin dificultatea sa cu tipul D a ofertei osoase după (Misch) l-au constituit 3 pacienți: un pacient cu edentație totală a maxilarelor ca consecință a parodontitei marginale generalizate grave; altul după suportarea operației rezecției segmentare a hemimandibulei din stânga cu diagnosticul: Osteoblastoclastom al mandibulei din stânga, 1 pacient după suportarea traumei cu defect în regiunea frontală a mandibulei. La acești pacienți crearea ofertei osoase sa realizat prin **autotransplantare de la dis-**

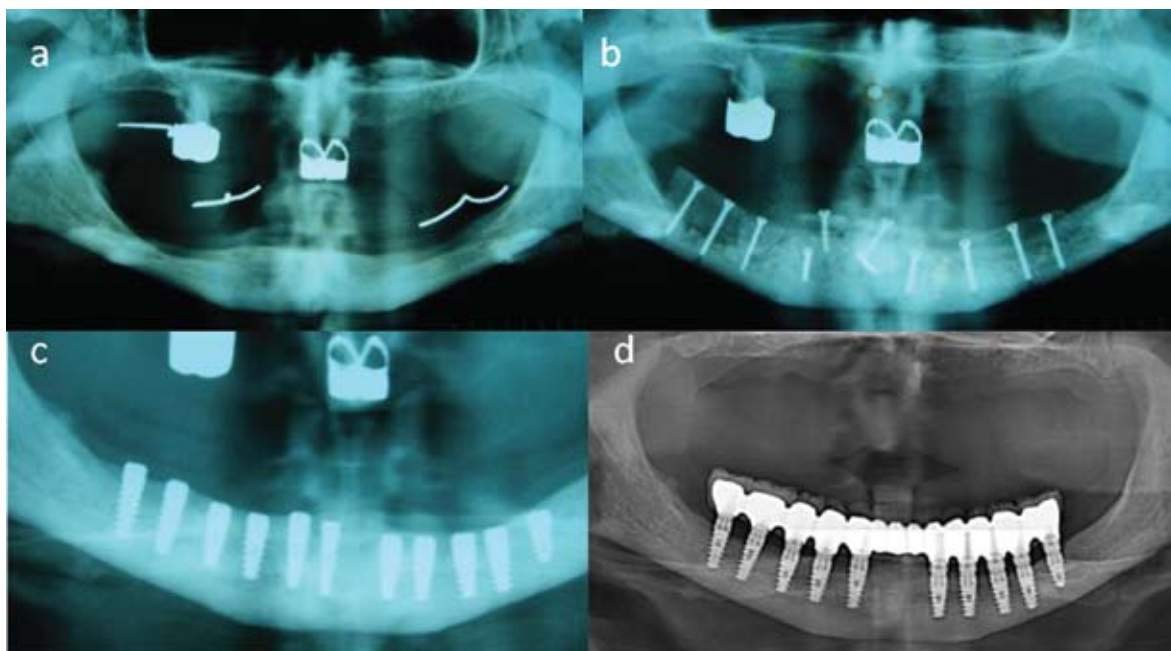


Fig.6 Transplantarea cu grefă din creasta iliacă, aspect radiografic preoperator (a), postoperator (b), postimplantar (c) și la un an după fixarea construcției protetice (d).

tanță din creasta iliacă (Fig. 6). La primul pacient sa determinat o atrofiere severă uniformă a mandibulei și noi am considerat că cea mai rațională metodă de reabilitare implanto-protetică este creșterea ofertei osoase cu os autogen din creasta iliacă, deoarece este necesar un volum mare de os pentru refacerea crestei alveolare atât pe lățime cât și înălțime. La fel și în cazul pacientului cu osteoblastoclastom. În cazul pacientului al treilea decizia de autotransplant de creastă iliacă sa luat după ce a fost probat aparatul de distracție care nu a putut fi utilizat deoarece avea dimensiuni mai mare. Tija de elongare a aparatului nu permitea închiderea gurii. Astfel fiind necesar un volum mare de os sa recurs la autotransplantul iliac. Această metodă este cea mai dificilă. Se necesită instrumentariu special, mai mulți specialiști care lucrează simultan, competență, entuziasm profesional, traumatismul este mai mare, operații laborioase în zona donor și cea recipientă, timp îndelungat al operației și recuperării postoperatorii, complicații posibile pe care noi la pacienții în studiu nu le-am observat. În toate cazurile au fost obținute rezultate bune. Pacienții sunt la etapa de osteointegrare a implantelor care au fost instalate tradițional după 4-6 luni postoperator.

În practica implantologică pot fi prezente unele complicații ce provoacă discomfort sau chiar pun la îndoială succesul reabilitării implanto-protetice. După datele unor autori (Su-Gwan Kim, Misch, etc.), complicațiile pot fi: legate de planificare (alegerea și poziționarea incorectă a implantului), șiantomice (lezarea nervului, fracturarea mandibulei, lezarea vasului cu hemoragii sau hematom, lezarea dintelui adiacent) ș.a [1,2]. Ultimele metode din studiu prezintă un risc mai mare de apariție a complicațiilor din cauza timpilor operatori și mijloacelor suplimentare utilizate pentru reabilitarea implanto-protetică. În cadrul studiului au fost prezente următoarele complicații: hematoame-2

cazuri, dehiscenta plăgii-1 caz, parestezie la toți pacienții cu lateralizarea conținutului canalului mandibular. Alte complicații au fost evitate datorită măsurărilor și planificării minuțioase preoperatorii. În scopul stabilirii unor limite clare în alegerea metodelor optime de reabilitare implanto-protetică sunt necesare extinderea numărului de cazuri clinice și a parametrilor analizați.

Autorii au observat, că nu poate fi o strictă demarcare a coraportului dintre implantare (implantarea imediată sau cea amânată după creșterea ofertei osoase) și tipul ofertei osoase după Misch. Astfel noi am avut situații clinice similare de tipul B-w și C (Misch) în care s-au utilizat toate tehnicile menționate mai sus. Aceasta se poate explica prin faptul că tipul ofertei osoase după (Misch) este doar o caracteristică osoasă relativă ce nu ia în considerație și o multitudine de alți factori inclusiv generali ai organismului cât și locali (gingia cheratinizată, lățimea și grosimea ei, adicirea vestibulului, relieful osului restant, densitatea lui etc). În acest fel alegerea metodei de reabilitare a acestor situații clinice dificile rămâne la discreția specialistului în domeniu, și depinde de experiența, competența și profesionalismul său. Datele obținute de către autori în loturile de studiu vin să orienteze specialiștii în domeniu la alegerea metodelor optime de reabilitare implanto-protetică.

Putem menționa că rezolvarea situațiilor clinice dificile largesc orizontul imaginației, permite manifestarea profesională a specialistului și adevărate sintagma „arta medicală“. Cu toate neajunsurile metodelor ele servesc la recuperarea pacienților cu defecte grave, ele sunt în arsenalul medicilor pentru a reîntoarce speranțele pacienților, pentru realizarea confortului adecvat și calității vieții.

Un moment important în planificarea tratamentului acestor situații este tabloul psihologic și agreabilitatea metodelor descrise. În cazul în care pacienții nu sunt bine informați cu privire la multitudinea etapelor

chirurgicale, la riscurile și complicațiile ce pot apărea, precum și la termenii necesari pentru reabilitarea completă, tratamentul respectiv poate suporta eșec.

O alternativă a metodelor descrise în acest studiu este utilizarea celor miniinvazive, ce prevăd instalarea implanturilor dentare cu dimensiuni mici, reducerea numărului lor și au drept scop evitarea intervențiilor laborioase și agresive. Gradul de satisfacție a pacienților și calitatea vieții depind de aprecierea corectă a avantajelor și dezavantajelor metodelor invazive și miniinvazive și corelarea lor cu situațiile clinice individual [4,6,7,8,9].

Concluzie:

Reabilitarea implanto-protetică la pacienții cu atrofii severe ale maxilarelor cu os disponibil tipul B-w, C și D după Misch trebuie să fie individualizată situației clinice concrete. Multitudinea metodelor de creare a ofertei osoase la mandibulă vin să completeze posibilitățile medicinei contemporane de a servi pacientului chiar și în situațiile clinice dificile pentru ai reântoarce confortul reabilitării anatomice, funcționale și estetice. Alegerea unor asemenea metode de tratament trebuie efectuată în dependență de situația clinică individuală, abilitățile și profesionalismul practicianului, raportul dintre riscurile și complicațiile ce pot apărea și rezultatele expectate, precum și de starea psihologică a pacientului.

Bibliografie

- 1 Burlibașa C., *Chirurgie orală și maxilofacială*, București, Editura Medicală, 2007: 1269.
- 2 Carl E. Misch, *Contemporary implant dentistry*. T-hrd edition. 2008: 1102.
- 3 Dobrovolschi O., Topalo V., Sirbu D., Chele N., Atamni F., *The development of cortical bone level during the placement of dental implants in two surgical stages without mucoperiosteal flaps*. Romanian Journal of Oral Rehabilitation, Iași, România, 2010; 2(2): 52-60.
- 4 Dobrovolschi O., Topalo V., Sirbu D., Chele N., Atamni F., *The development of cortical bone level during the placement of dental implants in two surgical stages without mucoperiosteal flaps*. Romanian

- Journal of Oral Rehabilitation. Iași, România; 2010; 2(2): 52-60.
- 5 Misch C.M., Misch C.E., *The repair of localised severe ridge defects for implant placement using mandibular bone grafts*, Implant Dent. 1995; 4:261-267.
- 6 Topalo V., Dobrovolschi O. *Metodă miniinvazivă de instalare a implantelor dentare endosoase*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2008; 1(15): 153-156.
- 7 Topalo V., Dobrovolschi O., Onea. E., Sirbu D., Atamni Fahim. *Regenerarea gingiei după inserarea implanturilor dentare prin tehnici flapless*. Revista de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie. București, România, 2010; 1: 23-30.
- 8 Topalo V., Andrei Mostovei, *Instalarea fără lambou a implanturilor dentare de stadiul doi într-o ședință chirurgicală*. Medicina stomatologică. 2011; 3:73-80.
- 9 Topalo Valentin, Chele Nicolae. *Metodă mini-invazivă de instalare timpurie a implantelor dentare în doi timpi chirurgicali*, Revista de Chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie. 2012; 3(1): 16-23.
- 10 Бер Марк. *Устранение осложнений имплантологического лечения*, Азбука, 2007: 353.
- 11 Зицманн Н., Шерер П. *Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантов*. М. Азбука. 2005:128.
- 12 Карло М., Массимо С., *Передовые методики регенерации кости с БИО-ОСС и БИО-ГАИД*, Изд. Азбука. Москва, 2005: 41.
- 13 Линков Леонард И., *Без зубных протезов. Чудо зубных имплантов*, СПб. 1993: 285.
- 14 Матвеева А. И. *Комплексный метод диагностики прогнозирования в дентальной имплантологии*, Дисс. д-ра мед. наук-М. 1993:348.
- 15 Мушеев И. у., Олесова В. Н. *Межкортикальная фиксация Имплантов*. 1999:266.
- 16 Олесова В.Н., Мушеев И.У., Фрамович. *Практическая дентальная имплантология*, Парадиз, 2000: 264.
- 17 Параскевич В.Л., дентальная имплантология основы теории и практики, Юнипресс, 2002: 368.
- 18 Ренуар Бо Рангерт Франк, *Факторы риска в стоматологической имплантологий*, АЗБУКА, 2004: 169.
- 19 Робустовой Т.Г., *Хирургическая стоматология*. Медицина. 1990: 216.
- 20 Сенюк А. Н., *Аугментация опорных тканей альвеолярного гребня как основа получения стабильного функционального и эстетического результата имплантологического лечения*, Dental Market, Москва, 2008; 2: 17-29.
- 21 Федерико Эрнандес Альфаро, *Костная пластика в стоматологической имплантологии. Описание методик и их клиническое применение*, Изд. Азбука. Москва, 2006: 235.

Data prezentării: 13.08.2013.

Recenzent: Natalia Rusu

FORMAREA SPAȚIULUI BIOLOGIC PERIIMPLANTAR ÎN TEHNICA FĂRĂ LAMBOU ÎN DEPENDENȚĂ DE TIPUL MUCOASEI ȘI PROFUNZIMEA INSTALĂRII IMPLANTURILOR

Rezumat

Scopul studiului a fost de a determina influența fenotipului gingival și a profunzimii plasării platformei implantului asupra modelării osului periimplantar și formării spațiului biologic la instalarea implanturilor prin metoda fără lambou. În studiu au fost incluse implanturi dentare de stadiul doi instalate într-o ședință (Grup de studiu) și două ședințe chirurgicale (Grup de control) în sectoarele posterioare mandibulare. Analiza rezultatelor a demonstrat că fenotipul mucoasei și profunzimea instalării implantului are impact asupra resorbției osului periimplantar în perioada de vindecare și nu asupra stabilității implantelor. Utilizarea tehnicilor miniinvazive (într-un timp chirurgical) facilitează integrarea gingivoimplantară simultan cu cea osoasă și reabilitarea implanto-protetică a pacienților.

Cuvinte cheie: *implante dentare, tehnici minimal invazive, spațiu biologic.*

Andrei Mostovei,
doctorand

*Catedra Chirurgie OMF
și Implantologie orală
„Arsenie Guțan“
USMF „N. Testemițanu“*