

solutie de furacelina, apoi pe planselul cavitatii carioase s-a aplicat remedii pe baza de hidroxid de calciu.

Pacientii ambelor grupuri au fost monitorizati la 1 luna, 3, 6, 12 luni. La fiecare sedinta se examineaza evolutia clinica a dintilor tratati, examenul radiologic si examinarea excitabilitatii receptorilor nervosi ai pulpei dentare cu curent electric.

Dupa 6 luni de tratament prin metoda coafajului indirect asupra pulpei dentare cu preparatul collagen-apatita „LitAr” din 24 de dinti tratati la examinarea radiologica au fost evidentiate largirea spatiului periodontal apical la 2 dinti ca complicatie de periodontita apicala.

Concluzii

Reesind din datele obtinute din literatura studiata, investigatiilor efectuate si rezultatelor obtinute putem conchide ca la baza patogenzei cariei profunde si pulpitei acute de focar sta nu doar demineralizarea tesuturilor dure dentare, dar si perturbarea dentinogenezei. Deaceea la terapia patogenetica a cariei profunde si pulpitei acute de focar trebuie de exercitat o actiune speciala pentru stimularea formarii tesutului dentinoid, care este necesar pentru formarea barierei biologice si contribuie la remineralizarea dentinei de pe planselul cavitatii carioase in scopul profilaxiei complicatiilor posibile.

1. Preparatele cu hidroxid de calciu aplicat la tratamentul cariei profunde si pulpitei acute de focar – favorizeaza doar procesul de dentinogeneza.
2. Utilizarea preparatelor collagen – apatita „LitAr” in tratamentul cariei profunde si pulpitei acute de focar – favorizeaza intensificarii proceselor de dentinogeneza, eficacitatea preparatului este prioritara.

Rezultatele obtinute confirma faptul ca folosirea materialului uzual pentru crearea barierei biologice dentinoide este eficient in 92 - 96% cazuri.

Bibliografie

1. Gafar Memet, Iliescu Andrei. Odontologie. Bucuresti, 1999
2. Maria Negucioiu. Caria dentara profunda. Cluj – Napoca 1983
3. Боровский Е.В. Кариез зубов препарирование и пломбирование. М. 2001 83
4. Бурда Г.К., Дмитриева Л.А., Еремеева Н.В. Использование низкочастотного ультразвука в лечении глубокого кариеса. Ультразвук в стоматологии.
5. Чигарина С.Е. Клинико – экспериментальное обоснование применения коллаген – апатииного композита при лечение заболевании пульпы методом витальной экстирпации.
6. Чумаков А.А., Комкова З.Д., Леонтьев В.К. Влияние пасты из простерилизованной костной муки и гепариновой мази на состояние пульпы зубов обезьян при сформированной глубокой полости и травматическом пульпите. Стоматология 1986.
7. Litvinov S.D., Chigarina S. E. Material „LitAr” for biological filling root canals. Inter. Dent. J. (Pub. By FDI Word Dent Press) 2001;5: 366.

EVALUAREA CLINICO-RADIOLOGICĂ A REGENERĂRII ȚESUTURILOR PERIMPLANTARE ÎN CHIRURGIA FĂRĂ LAMBOU (FLAPLESS SURGERY)

Oleg Dobrovolschi

Catedra Chirurgie OMF FPM și Stomatologie ortopedică

Summary

Clinico – radiologic evaluation of the perimplantary tissue regeneration in the flapless surgery

Clinico – radiologically the perimplantary tissue regeneration in the dental endobone implant installation in two levels using flapless surgery has been studied. It is possible the gum regeneration with complete covering of the endobone segment of the implant. Gum recovery

dynamics depends on the implant diameter and its depth. The resorption level of the perimplantary cortical in the flapless technique is less than in the flap technique, respectively 0,6 and 1,8 mm.

Rezumat

Clinico-radiologic a fost studiată regenerarea țesuturilor perimplantare la instalarea implantelor dentare endoosoase în două etape utilizând tehnica chirurgicală fără lambou. A fost dovedit că e posibilă regenerarea gingiei cu acoperirea completă a segmentului endoosos al implantului. Dinamica vindecării gingiei e în dependență de diametrul implantului și profunzimea inserării lui. Gradul de resorbție a corticalei perimplantare în tehnica fără lambou este mai mic decât în tehnica cu lambou, respectiv 0,6 și 1,8 mm.

Metoda standardă de instalare a implantelor dentare endoosose tip „rădăcină” prevede expunerea largă a osului apofizelor alveolare a maxilarelor prin crearea lambourilor muco-periostale cu decolarea lor de la patul osos (5, 7, 11). După inserarea implantelor lambourile sunt re poziționate și fixate prin suturare. De rînd cu momentele pozitive metoda standardă este agresivă prin trauma exagerată cu consecințele ei ulterioare (2, 4, 10).

Pentru evitarea acestor neajunsuri au fost propuse tehnici de instalare a implantelor fără crearea lambourilor („flapless surgery”) punînd în evidență coama apofizei alveolare pe un sector limitat prin înlăturarea cu perforatorul a unui cerculeț de gingie (9, 11), prin crearea uni lambou mic semilunar (10) sau prin instalarea implantelor imediat postextractional fără acoperirea lor cu țesuturile înconjurătoare (6).

În clinica chirurgie oro-maxilo-facială și stomatologie ortopedică a facultății de perfecționare a medicilor USMF „Nicolae Testemițanu” a fost elaborată o metodă miniinvazivă de instalare fără lambouri (transgingival) a implantelor dentare endoosose atât de stadiul întâi (monolite) cît și de stadiul doi (segmentate). Această metodă este implimentată cu succes în instituția stomatologică „Dentalmedcom” din Brașov (România) pe care am onoarea să o conduc.

Scopul studiului: Evaluarea clinico-radiologică a regenerării țesuturilor perimplantare în caz de utilizare a tehnicii de inserare fără lambou (transgingival) a implantelor segmentate în doi timpi chirurgicali.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 112 persoane – 48 bărbați și 64 femei cu vîrsta între 22 și 71 ani. Au fost utilizate implante dentare de stadiul doi – sistemele „Alpha-BIO”, „MIS” și „ADIN” (Israel). În urma examenului clinico – radiologic tradițional acceptat în implantologia dentară au fost stabilite indicațiile și posibilitățile reabilitării protetice a pacienților cu utilizarea implantelor dentare endoosoase, alcătuit planul de inserare al lor. În dependență de tipul edentației și alți parametri numărul de implante inserate unui pacient varia de la 1 pînă la 18.

Pacienții au fost divizați în 2 grupe. Prima (de referință) au constituit 48 persoane cărora implantele (88 - Alpha-BIO, 24 - ADIN și 32- MIS) au fost instalate utilizând metoda standardă, adică chirurgia cu lambou. A doua (de studiu) au alcătuit 54 pacienți la care gingia fixă (cheratinizată) avea o lățime nu mai mică de 4mm. La ei accesul către apofiza alveolară a fost creat în mod „orb” numit de noi „metoda transgingivală”. Pacienților din această grupă au fost instalate 205 implante (154 - Alph-BIO, 27 - ADIN și 24 - MIS). La pacienții din grupa de studiu după efectuarea anesteziei loco-regionale în locul apreciat inițial pentru instalarea implantului cu freza triunghiulară (freza pilot) la 800 – 1000 turații/minută a fost străpunsă gingia fixă, osul cortical și cel trabecular subiacent la adîncimea respectivă apreciată în timpul planificării implantării. Pe traiectul „minicanalului” creat în continuare cu frezele sistemului de implante utilizat 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 35 – 40 Ncm. După instalarea implantelor era efectuată radiografia de control (ortopantomografia, radiografia retroalveolară). Implantele au fost instalate în așa mod ca ultima spirală să fie situată la 1-2 mm sub corticala apofizei alveolare (similar ca în grupul de referință). În limita gingiei deasupra șurubului de acoperire este necesară prezența cheagului de

singe, care, ca regulă, se forma spontan sau prin excitarea mecanică a miniplăgii gingivale cu acul. Acest chiag slujește ca substrat de regenerare a gingiei și trebuie protejat în perioada postoperatorie (evitarea în primele 3-4 zile a clătirilor intensive a cavității bucale, alimentarea cu produse lichide cu temperatura odăii etc).

În perioada postoperatorie timp de 5-7 zile pacienților ambelor grupe a fost prescris un tratament antibacterian, antidolorant și regim antiseptic al cavității bucale. Pacienții au fost examinați peste 1, 3, 5, 7 și 12 zile după operație. A fost apreciat timpul necesar pentru instalarea unui implant, sindromul algic, intensitatea edemului și durata menținerii lui, confortul și satisfacția pacientului, dinamica epitelizării plăgii. La a doua etapă chirurgicală vizual a fost apreciată starea gingiei care acoperea segmentul endoos al implantului și radiologic (ortopantomografia, radiografia retroalveolară) - prezența și gradul de resorbție a osului perimplantar.

A doua etapă chirurgicală la mandibulă a fost efectuată peste 3-4, la maxilă – peste 4-6 luni. În ambele grupe cu perforatorul sau cu bisturiul a fost efectuată punerea în evidență a implantelor prin excizionarea cerculețelor de gingie care le acoperea. După conectarea conformatoarelor de gingie stabilitatea implantelor (gradul de osteointegrare) a fost determinată în ambele grupe cu aparatul "Periotest Siemens".

Rezultate și discuții

În timpul instalării implantelor la pacienții din grupa de referință după metoda standard au fost depistate unele momente nefavorabile care ulterior au afectat într-o oarecare măsură starea lor generală și vindecarea plăgii. Pe coama crestei alveolare gingivo-periostul este intim aderat cu patul osos și decolarea lamboului adesea a fost dificilă producându-se laceratii, sfirtecări ce a compromis vindecarea primară a plăgii. Acest procedeu deseori este însoțit de hemoragii și hematoame postoperatorii. Din 48 pacienți din această grupă la 14 (29,1%) au fost depistate hematoame în lojile învecinate. La a doua zi după operație la toți pacienții s-a dezvoltat un edem vădit a gingiei și a țesuturilor moi adiacente. El era în creștere devenind maximal la a 3-4 zi și treptat către a 8-12 zi dispărea. Edemul era mai pronunțat când implantele erau instalate în sectoarele posterioare ale maxilarelor. Primile 4-5 zile după operație pacienții aveau disconfort și dureri pronunțate care ușor erau suprimate cu antidoloranți. În această perioadă de timp unii pacienți nu-și puteau îndeplini obligațiunile de serviciu. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7-9 zi după intervenție. În 4 (8,3%) cazuri a avut loc dehiscența parțială a plăgii cu vindecare *per secundam* către a 10-12 zi. În mediu pentru instalarea segmentului endoos al unui implant au fost necesare 22 minute. La etapa a doua gingia acoperea implantele și nu se deosebea de cea învecinată. Radiologic la toate implantele a fost depistată o resorbție a osului cortical în mijlociu de 1,8 mm (minimal - 1mm, maximal - 3mm). Despre acest fenomen menționează și alți autori (2, 4).

În grupa de studiu reacția gingiei și țesuturilor adiacente vădit se deosebea de cea din grupa de referință. În toate cazurile la inserarea implantelor sîngerare din gingie n-a avut loc. Ea apărea după străpungerea țesutului osos spongios și era mai pronunțată în osul de densitatea D3 - D4 și dispărea după instalarea implantelor. Imediat postoperator miniplaga gingivală era cu marginele iregulate care în unele locuri contactau între ele. Acest contact era evident când corpul implantului nu proiema deasupra corticalei. Profunzimea inserării implantului era apreciată prin miniplagă cu un ac bont prin determinarea prezenței sau absenței treptei între os și implant. A doua zi după operație în interiorul miniplagii gingivale se aprecia chiagul sanguin în retracție. Edemul postoperator era în limita gingiei. La a 3-4 zi edemul a dispărut iar miniplaga era în curs de epitelizare. Epitelizarea definitivă a avut loc în diferiți termeni – de la 5 pînă la 12 zile. Ea depindea de diametrul implantului și de profunzimea inserării lui. Când marginele implantului erau la nivelul corticalei sau cu 1-2mm sub ea epitelizarea se finisa la a 5-6 zi și gingia complet acoperea implantul. Dacă implantul era 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 prin gingia vindecată era transparent implantul. În grupa de studiu sindromul algic și disconfortul au fost numai în ziua intervenției și au dispărut a doua zi,

pacienții fiind apti de muncă. Durata medie necesară pentru instalarea unui implant utilizând metoda „transgingivală” a fost 7 minute pe când în grupa de referință au fost necesare 22 minute. La a doua etapă chirurgicală, care a fost efectuată în aceeași termenii ca și în prima grupă, gingia deasupra segmentului endoosos deasemenea nu se deosebea de cea învecinată. Examenul radiologic a demonstrat că din 205 implante la 108 (52,7%) semne de resorbție pe verticală a corticalei lipseau iar 11 (5,4 %) erau acoperite cu os. La celelalte 86 (41,9%) implante a fost depistată o resorbție a corticalei în mijlociu de 0,8 mm (minimal - 0,6mm, maximal - 1,4mm).

Valorile periotestului din ambele grupe nu se deosebeau și variaua între -2 și -5 la maxilă și între -4 și -8 la mandibulă. Acesta ne mărturisește despre faptul că la instalarea implantelor prin tehnica fără lambou se obține o osteointegrare a implantelor la fel ca și prin metoda standardă utilizată pe parcursul a multor ani în implantologia orală.

La implimentarea 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, favorizează epitelizarea plăgii într-un timp scurt (7-10 zile).

De rînd cu alți factori un rol important în osteointegrarea implantelor cit și în remodelarea osului perimplantar pe parcursul funcționării implantelor îl are vascularizarea sanguină (6). Este dovedit (3) că peste 70% din alimentare osul cortical al maxilarelor o primește din periost. Studiile recente (7) demonstrează că traumatizarea periostului, mai cu seamă la maxilă, provoacă o resorbție vădită a corticalei. Se poate afirma că decolarea lambourilor mucoperiostale dereglează nutriția osului și, probabil că restabilirea ei completă nu mai are loc, ce și contribuie la resorbția corticalei. La pacienții din grupa de referință cărora la instalarea implantelor de către noi a fost folosită tehnica cu lambou a avut loc o resorbție mai pronunțată a osului cortical în comparație cu rezultatele din grupa de studiu. Despre acesta relatează și alți autori (3, 1).

În același timp menționăm că tehnica de instalare transgingival (fără lambou) a implantelor dentare endoosoase este mai dificilă și poate fi utilizată de medicii cu experiența respectivă în implantologia orală. O condiție obligatorie pentru utilizarea acestei metode este prezența gingiei fixe cu o lățime nu mai mică de 4 mm.

Concluzii

1. Tehnica de inserare a implantelor dentare fără lambou este miniinvazivă și ușor este suportată de către pacienți.
2. La respectarea cerințelor tehnicii chirurgicale fără lambou de instalare a implantelor dentare endoosoase e posibilă regenerarea gingiei cu acoperirea completă a implantelor.
3. Dinamica vindecării gingiei perimplantare e în dependență de diametrul implantului și profunzimea inserării lui.
4. Resorbția osului cortical perimplantar în tehnica fără lambou în comparație cu metoda standardă este mai mică de trei ori.
5. Prin utilizarea tehnicii de inserare a implantelor fără lambou se obține o osteointegrare sigură a implantelor.

Bibliografie selectivă

1. Becker W., Goldstein M., Becker B. e., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
2. 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.
3. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with ⁸⁵Sr and gamma spectrometry. J.Oral Implantol., 1995; 21: 214-219.
4. 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.
5. Gănuță N. Tratat de implantologie orală. Editura Național. București. 1998.

6. Mancez P. Chirurgie sans lambeau et temporisation immédiate en secteur antérieur. *Implant.*, 2008; v.43, n.2: 87-95.
7. Misch C. E. *Contemporary Implant Dentistry. Second Edition.* St. Louis, Mosby Year book, Inc. 1999.
8. Nosaka Y., Kitano S., Wada K., Komori T. Endosseous implants in horizontal alveolar ridge distraction osteogenesis. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.*, 2002; 17: 846-853.
9. Rocci A., Martignoni M., Gottlow J. Immediate loading in the maxilla flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. *Clin. Implant Dent. Relat. Res.* 2003; 5 (suppl 1):29:36.
10. Rompen E. Vers une simplification des protocoles pour une efficacité a court terme et une fiabilité a long terme. *Implant.*, 2007; v.13, n.3: 185-190.
11. Параскевич В. Л. *Дентальная имплантология.* Минск : ООО «Юнипресс» 2002.

MANAGEMENTUL EXTRAȚIILOR DENTARE LA PACIENȚII AFLAȚI SUB MEDICAȚIE ANTICOAGULANTĂ

Oleg Zănoagă

Catedra Chirurgie OMF F.P.M. și Stomatologie ortopedică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Dental extractions management in the anticoagulant medication patients

During April 2007 – march 2008 at the Practico – National Scientific Center of Emergency Medicine 8 patients, 6 with postextractional hemorrhage 1 – gum hemorrhage and 1 patient with chronic apical exacerbate parodontitis who concomitantly were under anticoagulant medication have been examined. In postextractional patients the suture application in the temporary stopping of the hemorrhage, it previous being salved by compressive supraalveolar plugging with 5 % aminocaproic acid and Contrical solution has been contributed. In a patient, the haemostatic measures were ineffective; he was transferred to the Reanimation Department for intensive treatment. In patients with chronic apical exacerbate parodontitis the dental extraction was performed without anticoagulant administration interruption after hemodynamics and monitoring normalization of the coagulogram administration.

Rezumat

În perioada aprilie 2007- martie 2008 la Centrul Național Științifico - Practic Medicină de Urgență (CNȘPMU) s-au adresat 8 pacienți, dintre care 6 - cu hemoragie postextractională (HP), 1 - cu hemoragie gingivală și 1 pacient cu parodontită apicală cronică exacerbată, care concomitent se aflau sub medicație anticoagulantă. La pacienții cu HP aplicarea suturilor a contribuit la oprirea temporară a hemoragiei, ea fiind ulterior rezolvată prin tamponament compresiv supraalveolar cu sol. Acid aminocaproic 5% și sol.Contrical. La un pacient măsurile hemostatice au fost inefective, el fiind transferat în secția de reanimare pentru administrarea unui tratament medicamentos intensiv. La pacientul cu parodontită apicală cronică exacerbată extracția dentară a fost efectuată fără întreruperea administrării anticoagulantului după normalizarea hemodinamicii și monitorizarea indicilor coagulogramei.

Actualitatea temei

În ultimii ani numărul de persoane purtătoare de valve cardiace artificiale și proteze vasculare, cu stenocardie, infarct miocardic, dereglări de ritm cardiac e în creștere (7). Conform datelor Centrului de Chirurgie a Inimii din or. Chișinău în Republica Moldova sunt înregistrați circa 3000 pacienți purtători de proteze valvulare cardiace. Anual în acest centru se efectuează 160-180 protezări valvulare, 100 cazuri de by-passuri coronariene, 20 de plastii valvulare și