



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Hemoragia postextractională dentară la adult

Protocol clinic național

PCN-233

Chișinău, 2015

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 28.05.2015, proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.508 din 22.06.2015
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Hemoragia postextractională dentară
la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Valentin Topalo d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra, chirurgie oro-maxilo-facială, implantologie orală și stomatologie terapeutică „Arsenie Guțan”, tel: 069165084

Oleg Zănoagă d.ș.m., asistent universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială, implantologie orală și stomatologie terapeutică „Arsenie Guțan”, tel: 079509798

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavî Catedra farmacologie clinică

Iurie Osoianu Compania Națională de Asigurări în Medicină

Maria Cumpănă Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Ludmila Bumacov Agenția Medicamentului și Dispozitive Medicale

Valentin Gudumac Medicina de laborator

Mihai Ciocanu Centrul Național de Management în Sănătate

CUPRINS

| | |
|--|-----------|
| ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT..... | 4 |
| PREFAȚĂ..... | 4 |
| A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ..... | 4 |
| A.1. Diagnosticul..... | 4 |
| A.2. Codul bolii..... | 4 |
| A.3. Utilizatorii..... | 4 |
| A.4. Scopurile protocolului..... | 4 |
| A.5. Data elaborării protocolului..... | 5 |
| A.6. Data următoarei revizuirii..... | 5 |
| A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului..... | 5 |
| A.8. Definițiile folosite în document..... | 5 |
| A.9. Informație epidemiologică..... | 6 |
| B. PARTEA GENERALĂ..... | 7 |
| B.1. Nivel de asistență medicală urgentă..... | 7 |
| B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu..... | 7 |
| B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească | 8 |
| C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ..... | 9 |
| C.1.1. Algoritmul de tratament al pacienților cu HPD..... | 9 |
| C.1.2. Algoritmul de profilaxie a HPD..... | 10 |
| C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR..... | 11 |
| C.2.1. Clasificarea HPD..... | 11 |
| C.2.2. Profilaxia HPD..... | 11 |
| C.2.3. Etiologia HPD..... | 13 |
| C.2.4. Conduita pacientului cu HPD..... | 13 |
| C.2.4.1. Anamneza..... | 13 |
| C.2.4.2. Examenul obiectiv..... | 14 |
| C.2.4.3. Investigațiile paraclinice..... | 14 |
| C.2.4.4. Criteriile de spitalizare..... | 15 |
| C.2.4.5. Tratamentul local al pacienților cu HPD..... | 15 |
| C.2.4.6. Tratamentul general al pacienților cu HPD..... | 16 |
| C.2.4.7. Criteriile de externare..... | 16 |
| D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL..... | 17 |
| D.1. Instituțiile de asistență medicală urgentă..... | 17 |
| D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu..... | 17 |
| D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească..... | 18 |
| E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI..... | 19 |
| ANEXE..... | 20 |
| Anexa 1. Chestionar de identificare preextractională a stării sistemului hemostatic..... | 20 |
| Anexa 2. Conduita preextractională la pacienții aflați sub MAO..... | 21 |
| Anexa 3. Ghidul pacientului cu HPD..... | 22 |
| BIBLIOGRAFIE..... | 23 |

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

| | |
|------|---|
| HPD | hemoragie postextracțională dentară |
| HTA | hipertensiune arterială |
| INR | <i>International Normalized Ratio</i> (coeficientul internațional de normalizare) |
| MAO | medicația anticoagulantă orală |
| OMF | oro-maxilo-facială |
| IMSP | Instituția Medico-Sanitară Publică |
| IMU | Institutul de Medicină Urgentă |

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP Institutul de Medicină Urgentă.

Protocolul clinic național a fost elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind hemoragiile postextracționale dentare și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Hemoragie postextracțională dentară

Exemple de diagnostice clinice:

1. Hemoragie postextracțională dentară imediat prelungită din alveola dintelui 34 pe fondal de supradozare cu medicație anticoagulantă orală (acenocumarol). Febră reumatismală. Stare după protezarea valvei mitrale (2005).
2. Hemoragie postextracțională dentară imediat prelungită din alveola dintelui 46 pe fondal de hipertensiune arterială de gradul II, risc adițional înalt. Cardiopatie hipertensivă (cord hipertensiv compensat). Insuficiență cardiacă de gradul I (NYHA).
3. Hemoragie postextracțională dentară imediat prelungită din alveola dintelui 27 pe fondal de hepatită cronică virală C.

A.2. Codul bolii: T81.0

A.3. Utilizatorii:

- serviciul asistență medicală urgentă (medic de urgență);
- întreprinderile și instituțiile stomatologice republicane, municipale și raionale;
- centrele și cabinetele stomatologice private;
- secțiile de chirurgie din spitalele raionale (chirurgi stomatologi);
- secția de chirurgie oro-maxilo-facială a IMSP IMU.

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Sporirea calității măsurilor profilactice ale HPD.
2. Reducerea ratei de dezvoltare a accidentelor hemoragice și tromboembolice la

- pacienții aflați sub tratament antitrombotic supuși extracțiilor dentare.
3. Îmbunătățirea calității examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu HPD.
 4. Ameliorarea eficacității asistenței medicale pacienților cu HPD.



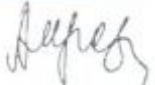


A.5. Elaborat: 2015

A.6. Revizuire: 2017

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

| Numele | Funcția deținută |
|-----------------|--|
| Valentin Topalo | d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra, chirurgie oro-maxilo-facială, implantologie orală și stomatologie terapeutică „Arsenie Guțan”, tel: 069165084 |
| Oleg Zănoagă | d.ș.m., asistent universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială, implantologie orală și stomatologie terapeutică „Arsenie Guțan”, tel: 079509798 |

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

| Denumirea instituției | Persoana responsabilă - semnătura |
|--|---|
| Comisia Științifico-Metodică de profil „Stomatologie” |  |
| Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale |  |
| Consiliul de experți al Ministerului Sănătății |  |
| Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate |  |
| Compania Națională de Asigurări în Medicină |  |

A.8. Definițiile folosite în document

Hemoragia postextracțională dentară reprezintă o complicație a tratamentului chirurgical și este hemoragia care continuă sau se declanșează din alveola dintelui extras, peste termenii fiziologici de formare a cheagului sangvin [8].

Hemoragia imediată prelungită este hemoragia care nu se oprește spontan după 5-20 de minute, ci continuă [1,7].

Hemoragia precoce este hemoragia care apare la câteva ore după extracție [1,7].

Hemoragia tardivă este hemoragia care apare la a 3-4 zi postextracțional [1].

A.9. Informație epidemiologică

Conform datelor din literatura de specialitate, HPD se întâlnesc de la 0,25 până la 5% dintre pacienți [13], iar dintre toate complicațiile extracției dentare, ele constituie 15,9%.

HPD apar datorită unor factori locali și/sau generali care, fie se opun formării cheagului, fie favorizează liza prematură a acestuia [1,3,7]. Unii autori sunt unanimi în opinia că cel mai frecvent rol în apariția HPD le revine factorilor locali, mai rar – celor generali [9,12,13]. Totuși, în Republica Moldova, conform studiilor autohtone [8], analiza structurii patologiilor, ce au condiționat apariția HPD, evidențiază o predominare semnificativă a factorilor etiologici generali ($79,5 \pm 4,7\%$) în comparație cu cei locali ($20,5 \pm 4,7\%$) ($p < 0,001$).

HPD, fiind uneori severe, pun în pericol viața pacientului, chiar în urma intervențiilor chirurgicale minore [5,6]. M. Панчишин și coaut. (2004) [11] au sugerat că un risc major prezintă HPD de lungă durată, la prima vedere de intensitate ne semnificativă, deoarece peste un timp oarecare (de la câteva ore până la 1-2 zile) apare un pericol vital. Frecvența hemoragiilor la pacienții aflați sub MAO variază între 5-10% [4]. Rata sângerărilor severe este 2,4-8,1%, iar a celor fatale – 0-4,8% [4].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă

| Descriere (măsurii) | Motive (repere) | Pașii (modalități și condiții de realizare) |
|--|--|---|
| I | II | III |
| I. Diagnosticul HPD A.1 | <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • anamneza [casetă 6]; • examenul clinic [casetele 7,9]; • aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [casetă 8]. |
| II. Acordarea primului ajutor la locul solicitat | <ul style="list-style-type: none"> • acordarea primului ajutor pacienților cu HPD are drept scop stoparea hemoragiei și prevenirea complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12]; • la necesitate - tratament simptomatic (antihipertensiv etc); • evaluarea criteriilor de spitalizare [casetă 10]. |
| III. Transportarea pacientului în secțiile de chirurgie generală a Spitalelor raionale sau în serviciile republicane specializate - secția de chirurgie OMF a IMSP IMU | <ul style="list-style-type: none"> • transportarea cât mai rapidă a pacientului la spital va micșora riscul de apariție a complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • transportarea pacientului la spital se va efectua prin intermediul ambulanțelor; • în timpul transportării pacientului se va administra (după indicații): soluție <i>Calcii gluconas</i> de 10%-10 ml intravenos lent sau soluție <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml, de administrat intravenos sau intramuscular 2-4 ml sau soluție <i>Acidum ascorbicum</i> de 5%-5 ml, de administrat intravenos 2-4 ml. |

B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (chirurg stomatolog)

| Descriere (măsurii) | Motive (repere) | Pașii (modalități și condiții de realizare) |
|-----------------------------|--|--|
| I | II | III |
| I. Profilaxia HPD C.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> • HPD pot fi prevenite printr-un șir de măsuri profilactice [casetă 2] | <ul style="list-style-type: none"> • identificarea preextractională a stării sistemului hemostatic [casetă 3, anexa 1] • examen clinic minuțios, fiind adaptat individual în funcție de afecțiunile generale și locale, de vârstă etc.; • minimalizarea traumatismului operator; • recomandări și îngrijiri postoperatorii adecvate (evitarea băilor abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, “sugerea” alveolei etc.). |
| II. Diagnosticul HPD A.1 | <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • anamneza [casetă 6]; • examenul clinic [casetele 7,9]; • aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [casetă 8]; • examenul paraclinic [tabelul 1]; • la necesitate consultul medicilor de profil general (terapeut, cardiolog, hematolog). |

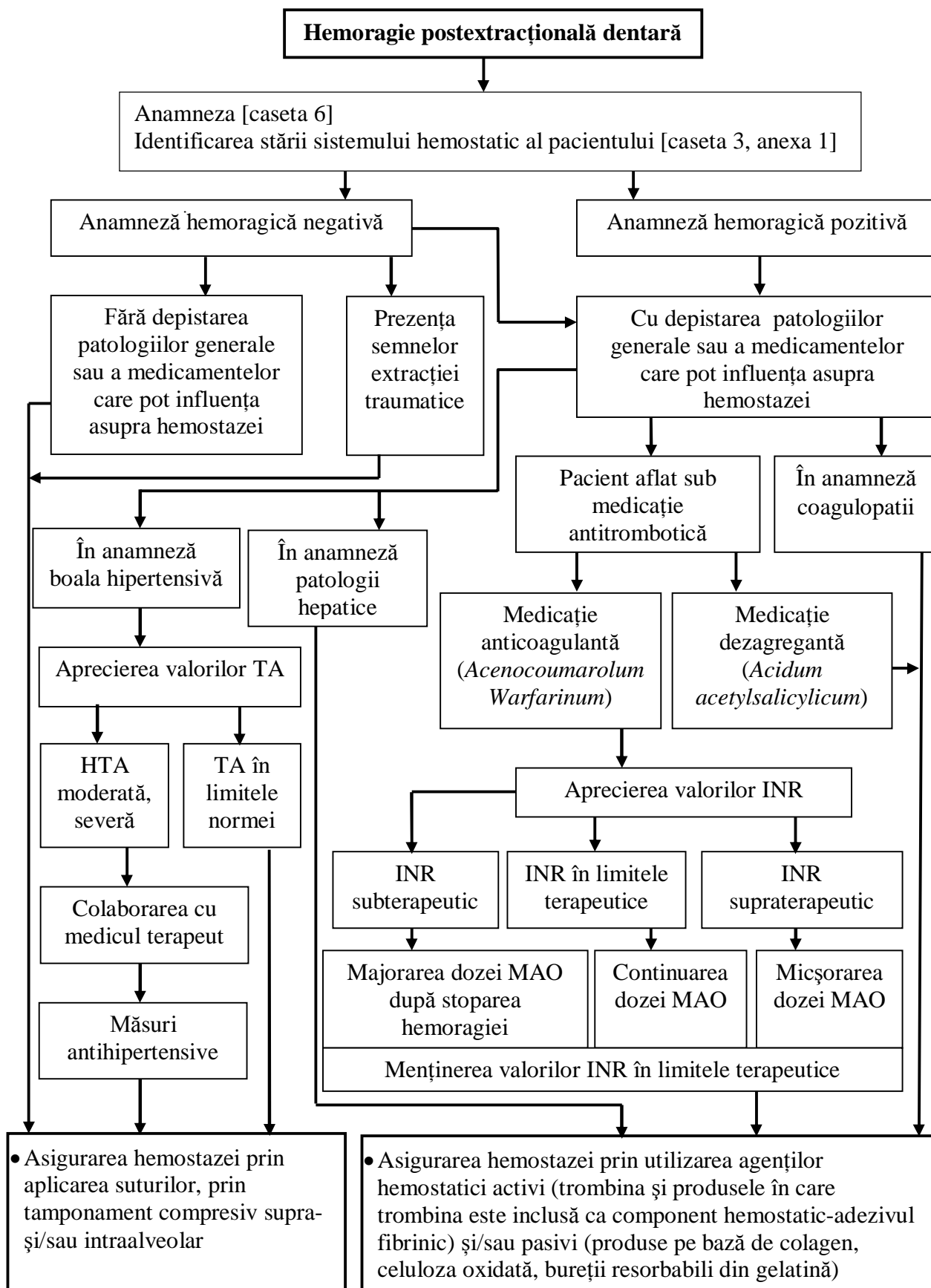
| | | |
|---|--|---|
| III. Selectarea metodei optimale de tratament, localul (staționar sau ambulatoriu). | <ul style="list-style-type: none"> • alegerea metodei optimale de tratament reduce riscul de apariție a complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • alegerea metodei de tratament depinde de factorul etiologic implicat în apariția HPD (C.1.1); • evaluarea criteriilor de spitalizare [caseta 10]; • transportarea pacientului în secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau în secția chirurgie OMF IMSP IMU. |
| IV. Tratamentul definitiv. | <ul style="list-style-type: none"> • tratamentul definitiv se va efectua în condiții de ambulator pacienților care nu corespund criteriilor de spitalizare [caseta 10]. | <ul style="list-style-type: none"> • aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12]; • tratament antimicrobian la pacienții cu risc infecțios. |

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

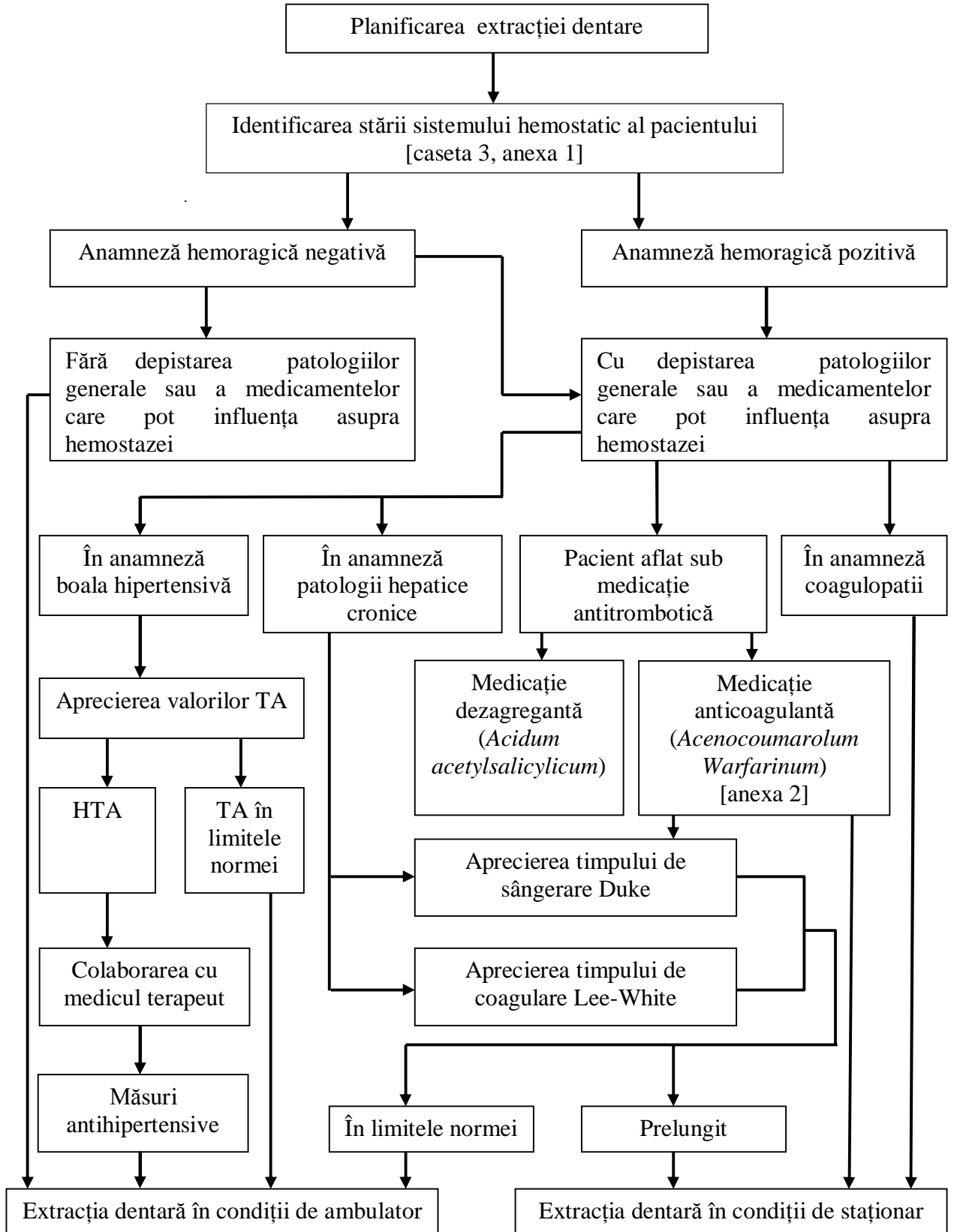
| Descriere (măsurile) | Motive (reper) | Pașii (modalități și condiții de realizare) |
|---|--|---|
| I | II | III |
| I. Spitalizarea pacienților în secția de chirurgie generală a Spitalelor raionale sau în secția specializată de chirurgie OMF a IMSP IMU. | <ul style="list-style-type: none"> • vor fi spitalizați pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare [caseta 10]. | <ul style="list-style-type: none"> • în secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza pacienții cu disfuncții severe a sistemului hemostatic, la care măsurile hemostatice locale sunt inefective; pacienții în stare gravă de șoc hemoragic. |
| II. Diagnosticul HPD A.1 | <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor. | <ul style="list-style-type: none"> • anamneza [caseta 6]; • examenul clinic [casetele 7,9]; • aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [caseta 8]; • examenul paraclinic [tabelul 1]; • la necesitate consultul medicilor de profil general (terapeut, cardiolog, hematolog). |
| III. Tratamentul HPD C.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • tratamentul HPD se va efectua imediat la adresarea pacientului. | <ul style="list-style-type: none"> • alegerea metodei de tratament depinde de factorul etiologic implicat în apariția HPD (C.1.1); • aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12]; • la necesitate tratament general în echipă interdisciplinară [caseta 13]; • tratament antimicrobian la pacienții cu risc infecțios. |
| IV. Externarea pacientului cu HPD | <ul style="list-style-type: none"> • vor fi externați pacienții care corespund tuturor criteriilor de externare [caseta 14] | <ul style="list-style-type: none"> • evaluarea criteriilor de externare [caseta 14]; • eliberarea extrasului cu conținut obligatoriu: diagnosticul clinic definitiv, rezultatele investigațiilor efectuate, tratamentul efectuat în staționar, recomandările explicite pentru pacient, recomandările pentru medicul chirurg stomatolog, stomatolog, medicul de familie. |

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de tratament al pacienților cu HPD



C.1.2. Algoritmul de profilaxie a HPD



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea HPD

Caseta 1. Clasificarea HPD după momentul producerii:

- hemoragie imediată prelungită - sângerarea nu se oprește spontan după 15-20 de minute, ci continuă;
- hemoragie precoce - se produce la câteva ore după extracție;
- hemoragie tardivă - se produce la 3-4 zile după extracție.

Caseta 1.1 Clasificarea HPD după cantitatea de sânge pierdut:

- hemoragii mici – cu o pierdere până la 100 ml de sânge;
- hemoragii mijlocii – cu pierderea a 150-300 ml de sânge;
- hemoragii grave – când pierderea de sânge poate atinge peste 30% din masa sângelui circulant.

Caseta 1.2 Clasificarea HPD după felul vasului lezat:

- hemoragii arteriale în jet;
- hemoragii venoase continue;
- hemoragii capilare care au aspectul unei sângerări în masă;
- hemoragii mixte.

Caseta 1.3 Clasificarea HPD după cauza care le-a generat:

- hemoragii care au drept cauză factori locali;
- hemoragii care au drept cauză factori generali.

Caseta 1.4 Clasificarea HPD în 3 grade:

- Gradul I – hemoragii neînsemnate – intensitatea pierderilor de sânge constituie până la 15 ml/oră;
 - Gradul II – hemoragii moderate – intensitatea pierderilor de sânge constituie de la 15 până la 30 ml/oră;
 - Gradul III – hemoragii intensive – pierderile de sânge sunt de o intensitate mai mare de 30 ml/oră.
- Notă!** În caz de hemoragii cu intensitate până la 15 ml/oră, cu o durată chiar de 24 de ore, pierderile sangvine ar fi constituit până la 360 ml, ceea ce nu depășește volumul unei donări de sânge. În caz de hemoragii cu intensitate mai mare de 30 ml/oră pot apărea reacții vegetative, deoarece pierderea de sânge timp de 24 de ore depășește 600 ml [10].

C.2.2. Profilaxia HPD

Caseta 2. Profilaxia HPD include:

- identificarea preextracțională a stării sistemului hemostatic [caseta 3, anexa 1];
- examen clinic minuțios, fiind adaptat individual în funcție de afecțiunile generale și locale, de vârstă etc.;
- minimalizarea traumatismului operator, atât asupra suportului osos, cât și asupra țesuturilor moi;
- recomandări și îngrijiri postoperatorii adecvate (evitarea băilor abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, “sugerea” alveolei etc.).

Caseta 3. Identificarea stării sistemului hemostatic al pacientului

Pentru precizarea stării sistemului hemostatic și, prin urmare, pentru depistarea semnelor de sângerare sporită, la interogare, preextractional, pacienții vor răspunde la un șir de întrebări:

- Dvs. ați observat vreodată că hemoragia este prelungită după traumatisme, după intervenții chirurgicale (extracții dentare, tonsilectomie, apendectomie etc)?
- Au fost sau se observă hemoragii gingivale, nazale, renale, gastrointestinale, hemartroze?
- Au fost sau se observă apariția hemoragiilor peteșiale (pete cutanate de culoare roșie-vișinie) pe tot corpul sau pe mâini și pe picioare, în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele, care apar spontan sau după traume neînsemnate?
- Dvs. aveți în ultimul timp menstrre excesive?
- Dintre rudele Dvs. apropiate suferă cineva de o patologie a sistemului hematopoietic sau au avut loc manifestări hemoragice la rudele apropiate (mai ales la bărbați) ale pacientului pe linia mamei?
- Dvs. aveți așa patologii concomitente cum ar fi hepatite cronice, ciroze hepatice, hipertensiune arterială, diabet zaharat etc.)?
- Folosiți Dvs. așa medicamente cum ar fi acidul acetilsalicilic, acenocumarol, warfarină, heparină, dabigatran etexilate, rivaroxaban, apixaban, edoxaban sau alte preparate cu influență asupra sistemului hemostatic?

Notă! Dacă răspunsurile la aceste întrebări au fost negative, cu mare probabilitate se poate presupune, că la bolnavul examinat sunt în normă funcțiile sistemului de hemostază. Pacienții cu datele anamnezei suspecte la dereglarea hemostazei necesită o investigație preextractională. În acest context, unele diateze hemoragice (trombocitopenia, trombocitopatia, vasopatiile) pot fi depistate prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>5 minute), iar insuficiența severă a factorilor de coagulare, supradozarea cu anticoagulante - prin creșterea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White (>12 minute).

Caseta 4. Profilaxia HPD severe și accidentelor tromboembolice la pacienții aflați sub MAO (Acenocoumarolum, Warfarinum) [anexa 2]

Luând în considerație creșterea frecvenței și letalitatea foarte mare a complicațiilor tromboembolice, decizia de a modifica terapia anticoagulantă trebuie apreciată din punct de vedere a riscului și beneficiului.

- la pacienții, INR-ul cărora (preextractional) este sub limitele diapazonului terapeutic (<2), pentru a preveni accidentele tromboembolice, doza anticoagulantului trebuie majorată până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice recomandate de către medicul de profil general;
- în cazul în care valoarea INR-lui este mai mare decât limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general, doza anticoagulantului va fi micșorată, iar extracția dentară temporizată;
- la pacienții, INR-ul cărora este în limitele terapeutice, doza medicației va fi menținută în aceleași limite.

Notă! Pentru profilaxia accidentelor hemoragice și tromboembolice recomandăm ca doza anticoagulantului să fie modificată în dependență de INR sub controlul în dinamică a coeficientului respectiv.

C.2.3. Etiologia HPD

Caseta 5. Factorii etiologici implicați în apariția HPD [8,12,13]

Factorii locali:

- plăgi mucoase întinse cu delabrări importante ale gingivomucoasei;
- fractura procesului alveolar sau a oaselor maxilare;
- lezarea unor vase importante (de exemplu: artera alveolară inferioară);
- vasodilatația secundară (paralitică), apărută în urma administrării, împreună cu anestezicul, a unor substanțe vasoconstrictoare (epinefrină, norepinefrină);
- persistența în alveolă a unor procese patologice inflamatorii cronice;
- prezența unor eschile sau proeminente osoase, resturi dentare în alveolă, care produc leziuni locale;
- lezarea unui vas situat anormal intraosos sau în țesuturile gingivale moi;
- prezența unor anomalii ale vaselor alveolare (anevrisme, angioame) în jurul rădăcinii dintelui extras;
- liza cheagului sangvin și a trombilor din capilare în cadrul alveolitei, atunci când crește esențial activitatea fibrinolitică în alveolă;
- nerespectarea de către pacient a indicațiilor privind îngrijirile postextractionale (băi abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, “sugerea” alveolei etc.), care pot provoca liza cheagului intraalveolar, urmate de hemoragii.

Factorii generali:

- deficitul ereditar al unuia dintre factorii de coagulare (hemofilia, boala Von Willebrand, afecțiunile pseudohemofilice – hipofibrinogenemii, hipoprotrombinemii, hipoproconvertinemii etc.);
- afectarea peretelui vascular în cadrul telangiectaziei hemoragice ereditare, vasculitei hemoragice, avitaminozei C, PP, lupusului eritematos sistemic, în unele boli infecțioase – febra tifoidă, tifosul exantematic, scarlatina etc.);
- insuficiența funcțională și/sau cantitativă a trombocitelor în cadrul purperei trombocitopenice, leucemiilor etc.;
- hipertensiunea arterială;
- pacienții aflați sub medicație antitrombotică (*Acidum acetylsalicylicum*, *Acenocoumarolum*, *Warfarinum*, *Heparini natrium* etc.);
- patologii hepatice cronice (ciroza hepatică, hepatitele infecțioase);
- afecțiuni ale sistemului endocrin.

C.2.4. Conduita pacientului cu HPD

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 6. Anamneza pacientului cu HPD va include:

- colectarea informației referitor la momentul apariției HPD (sângerarea a continuat postextractional fără tendință de oprire spontană sau sa declanșat la câteva ore/zile postoperator);
- colectarea datelor privitor la intervalul de timp de la apariția hemoragiei până la adresare;
- cantitatea de sânge aproximativ pierdută (ml);
- colectarea informației referitor la respectarea recomandărilor postextractionale;
- la pacienții aflați sub tratament anticoagulant oral (acenocoumarol, warfarină) se va concretiza modul de administrare și monitorizarea terapiei (săptămînal, lunar) prin aprecierea indicelui protrombinic sau a valorilor INR-lui;
- prezența sau absența deprinderilor dăunatoare (fumatul, consumul băuturilor alcoolice sau a narcoticelor etc.);
- identificarea preextractională a stării sistemului hemostatic [caseta 3];

C.2.4.2. Examenul obiectiv

Caseta 7. Examenul obiectiv general

- evaluarea stării generale a pacientului la adresare (satisfăcătoare, de gravitate medie, gravă, extrem de gravă);
- prezența sau absența manifestărilor neurologice (neliniște, agitație etc.);
- aspectul tegumentelor și a mucoaselor vizibile (roz-pale, pale, icterice, paloare pămîntie, cianotice, erupții hemoragice);
- aprecierea indicilor hemodinamici (tensiunea arterială, pulsul);
- starea altor organe și sisteme (sistemul respirator, digestiv, excretor, hematopoetic etc.).

Caseta 8. Aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [2, p.128]:

- Șoc ușor – reducerea volumului sangvin cu 10-25% (500-1250 ml.), tahicardie medie, micșorare ușoară a TA, vasoconstricție periferică nepronunțată evidențiată prin extremități palide și reci;
- Șoc mediu – micșorarea VSC cu 25-35% (1250-1750 ml.), tahicardie 110-120 b/min, micșorarea presiunii pulsului, TAs 90-100 mm Hg, transpirații abundente, paloarea tegumentelor, oligurie.
- Șoc sever – tahicardie > 120 b/min, TAs < 60 mm Hg, extremități cianotice și reci, anurie.

Caseta 9. Examenul obiectiv local (loco-regional)

- examenul obiectiv extraoral, efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților;
- examenul obiectiv intraoral include evaluarea plăgii postextractionale dentare ce sângerează. Se va aprecia:
 - ✓ sursa sângerării (din țesuturile moi sau din țesutul osos);
 - ✓ tipul hemoragiei după vasul lezat (arterială, venoasă, capilară, mixtă);
 - ✓ starea gingiei marginale (lezată, integră);
 - ✓ starea apofizei alveolare (prezența sau lipsa ciocurilor osoase neregulate, a eschilelor, a fracturii apofizei alveolare sau a septului interadicular, prezența sau lipsa în alveolă a unor procese patologice inflamatorii cronice);
 - ✓ evaluarea cheagului sangvin: raportul cheagului cu marginea alveolei (supraalveolar, la nivelul alveolei, sub marginea alveolei); prezența sau lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei; omogenitatea cheagului; extinderea cheagului vizavi de marginea alveolei (limitat – în limitele marginii alveolare sau difuz – în afara alveolei).

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu HPD

| Investigațiile paraclinice | Semnele sugestive pentru HPD | Nivel AMU | Nivel consultativ | Nivel de staționar |
|---|------------------------------|-----------|-------------------|--------------------|
| Hemoleucograma cu aprecierea hematocritului | | | 0 | 0 |
| La pacienții aflați sub MAO: INR-ul sau indicele de protrombină | | | 0 | 0 |
| Timpul de sângerare după Duke | | 0 | 0 | 0 |
| Timpul de coagulare a sângelui după Lee-White | | 0 | 0 | 0 |
| Analiza generală a sângelui | | | R | 0 |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Analiza generală a urinei | | | R | 0 |
| Analiza biochimică a sângelui | | | R | 0 |
| Indicii coagulogramei (indicele de protrombină, conținutul fibrinogenului, timpul de tromboplastină parțial activat, timpul de trombină, D-dimerii) | | | R | 0 |
| Radiografia panoramică și/sau retroalveolară | | | R | 0 |
| Grupa sangvină și Rh-factorul | | | R | R |
| Consultația specialiștilor (după indicații): terapeutului, cardiologului, hematologului | | | R | R |

Notă: 0-obligatoriu; R-recomandabil

C.2.4.4. Criteriile de spitalizare

Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu HPD

- pacienții aflați sub MAO;
- pacienții cu coagulopatii;
- pacienții cu timpul de sângerare după Duke prelungit (≥ 5 minute);
- pacienții cu timpul de coagulare a sângelui după Lee-White prelungit (≥ 13 minute);
- pacienții cu starea generală alterată (slăbiciuni generale, amețeli, paliditatea și uscăciunea tegumentelor);
- pacienții cu manifestări clinice suspecte la dezvoltarea șocului hemoragic (tahicardie, micșorarea sau prăbușirea valorilor tensiunii arteriale, puls rapid și slab, extremități palide și reci, transpirații abundente, oligo-anurie etc.);
- pacienții cu HPD la care postextractional au apărut hematoame masive în teritoriul oro-maxilo-facial care eventual pot pune viața pacientului în pericol;
- pacienții cu patologii concomitente decompensate cu impact sever asupra sistemului hemostatic (ciroza hepatică, hepatite infecțioase decompensate etc.);
- pacienții cu HPD la care măsurile hemostatice aplicate în condiții de ambulatoriu au fost ineficiente.

C.2.4.5. Tratamentul local al pacienților cu HPD

Caseta 11. Modalități locale de asigurare a hemostazei:

- prin tamponament compresiv supra- și/sau intraalveolar;
- aplicarea suturilor;
- utilizarea agenților hemostatici activi (trombina și produsele în care trombina este inclusă ca component hemostatic-adezivul fibrinic);
- utilizarea agenților hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină).

Notă! Decizia de a aplica sutura trebuie luată de la caz la caz, deoarece trauma suplimentară a țesuturilor moi poate depăși beneficiul său, în unele situații cum ar fi extracțiile dentare la pacienții aflați sub MAO.

Utilizarea metodelor termice (electrocoagularea țesuturilor sângerânde) sau a substanțelor chimice (cristalele permanganatului de potasiu) provoacă o necroză tisulară, încetinind considerabil procesele de vindecare a plăgii postextractionale și trebuie calificate drept metode ineficiente de stopare a hemoragiei.

Prin participarea activă la cascada de coagulare și ocolind fazele enzimatice inițiale, agenții hemostatici activi corespund în măsură mai mare criteriilor unui agent hemostatic ideal.

Caseta 12. Metoda de asigurare a hemostazei prin aplicarea locală a trombinei umane și *Acidum aminocaproicum* de 5%

- pulberea uscată de trombină, eliberată în flacoane în doză de 125 UI sau 250 UI, se dizolvă nemijlocit înainte de utilizare în circa 2 ml de soluție fiziologică sterilă;
- soluția obținută se injectează cu seringă în alveolă lent și fără presiune, prin spațiul dintre marginea cheagului sangvin și marginea alveolei;
- protejarea ulterioară a cheagului de acțiunea fibrinolitică a plasmei este obținută prin aplicarea locală, necompresivă, de 4-5 ori/zi, a meșei îmbibate în soluție de acid aminocaproic de 5%.

Notă! Metoda respectivă este inefficientă la pacienții cu afibrinogenemie, situație rar întâlnită (un caz la un milion de oameni), la pacienții cu HPD pe un fondal hipertensiv moderat/sever și prezența hemoragiei de tip arterial în jet.

C.2.4.6. Tratamentul general al pacienților cu HPD

Caseta 13. Tratamentul general aplicat pacienților cu HPD

Tratamentul general va urmări: restabilirea condițiilor normale ale hemostazei spontane, oprirea hemoragiei, tratând cauza generală care a favorizat-o.

Până la concretizarea factorului etiologic al hemoragiei poate fi administrat:

- soluție *Calcii gluconas* de 10%-10 ml intravenos lent;
- soluție *Etamsylatum* 12,5%-2 ml, intravenos sau intramuscular 2-4 ml la prima injecție, apoi la fiecare 4-6 ore câte 2 ml sau 2 comprimate (500 mg);
- soluție *Acidum ascorbicum* de 5%-5 ml, intravenos 2-4 ml.

În hipoprotrombinemii se indică preparate din grupul vitaminei K: *Phytomenadionum* administrat pe cale orală, la 30 minute postprandial, câte 0,01-0,02 g de 3-4 ori pe zi (până la 6 ori pe zi) sau *Medioni natrii bisulfis* oral câte 0,015-0,03 g de 2-3 ori pe zi sau i/m câte 1-2 ml de 1% pe zi timp de 3-4 zile.

În cazul activității fibrinolitice crescute a sângelui se indică câte 100 ml de *Acidum aminocaproicum* de 5% în perfuzie, lent, i/v. În cazul permeabilității vasculare crescute se indică *Rutosidum* câte 1 comprimat (0,02-0,05 g) de 2-3 ori pe zi sau *Ascorutinum* (conține acid ascorbic și rutină câte 0,05 g și 0,2 g de glucoză). La pacienții cu hipertensiune arterială – antihipertensive. La pacienții cu hemofilie (forma A sau B) se administrează plasma proaspăt congelată sau crioprecipitat, sau concentrat de factorilor de coagulare, conform formei de deficiență diagnosticată (factorul VIII sau IX).

În hemoragiile grave se impune de urgență tratamentul conform standardelor/protocoalelor conform managementul hemoragiilor la pacientul chirurgical, în chirurgia non-cardiacă.

Notă! Tratamentul general în cadrul hemoragiilor apărute pe un teren hemoragipar reprezintă o problemă extrem de complexă, care se realizează numai în echipă interdisciplinară, în condiții obligatorii de spitalizare, succesul acesteia depinzând de coordonarea reciprocă a acțiunilor medicului stomatolog, terapeutului și/sau a hematologului.

Obligatoriu de efectuat **antibioticoprofilaxia endocarditei infecțioase** la persoanele cu proteze valvulare: doza unică cu 30-60 de minute preextractional *Amoxicillinum* sau *Ampicillinum* 2.0 g p/o sau i/v. În caz de alergie la peniciline se va administra *Clindamycinum* 600 mg p/o sau i/v.

C.2.4.7. Criteriile de externare a pacienților cu HPD

Caseta 14. Criteriile de externare a pacienților cu HPD

- normalizarea stării generale;
- la pacienții aflați sub MAO - valorile INR-lui în limitele diapazonului terapeutic;
- lipsa sindromului hemoragipar;
- prezența în alveolă a cheagului sangvin retractat, neomogen, marginile căruia se află în contact cu marginile alveolei;
- lipsa unor eventuale complicații postextractionale dentare.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

| | |
|---|---|
| D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă | Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic de urgență; • felcer/asistent medical |
| | Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • defibrilator |
| | Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml; • sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml; • sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml; • sol. <i>Acidum aminocaproicum</i> 5%-100 ml; • sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml; • sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml; • sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml; • tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg; • <i>trombin, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI; • agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină); • meșe de tifon |
| D.2. Instituțiile, secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu | Personal: <ul style="list-style-type: none"> • chirurg stomatolog; • asistent medical; • medic de laborator; • medic radiolog; • R-laborant |
| | Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard |
| | Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml; • sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml; • sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml; • sol. <i>Acidum aminocaproicum</i> 5%-100 ml; • sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml; • sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml; • sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml; • tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg; • preparate antibacteriene: <i>Amoxicillinum</i> 500 mg etc. • preparate antimicotice: <i>Fluconazolom</i> 150 mg; • preparate antipiretice: <i>Paracetamolom</i> 500 mg; • <i>trombin, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI; • <i>Hydrogenii peroxydum</i> 3%; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • meșe de tifon; • material de sutură; • agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină) |
| <p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau secția specializată de chirurgie OMF a IMSP IMU</p> | <p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • chirurg stomatolog; • chirurg oro-maxilo-facial; • chirurg generalist; • terapeut; • cardiolog; • reanimatolog • asistente medicale; • medic de laborator; • medic radiolog; • R-laborant |
| | <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • stetofonendoscop; • electrocardiograf; • defibrilator; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard; |
| | <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml; • sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml; • sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml; • sol. <i>Acidum aminocaproicum</i> 5%-100 ml; • sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml; • sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml; • sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml; • tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg; • preparate antibacteriene: <i>Amoxicillinum</i> 500 mg, <i>Clindamycinum</i> 600 mg etc.; • preparate antimicotice: <i>Fluconazolom</i> 150 mg; • preparate antipiretice: <i>Paracetamolom</i> 500 mg; • meșe de tifon; • <i>trombin, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI; • <i>plasmă proaspăt congelată</i>; • <i>Hydrogenii peroxydum</i> 3%; • ung. <i>Heparini natrium</i> 1000 UI/g-30 g; • material de sutură; • agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină) |

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII

PROTOCOLULUI

| Scopurile protocolului | Măsurarea atingerii scopului | Metoda de calculare a indicatorului | |
|--|--|--|---|
| | | Numărător | Numitor |
| 1. Ameliorarea calității profilaxiei HPD | Proporția medicilor stomatologi care utilizează în profilaxia HPD recomandările „PCN HPD” | Numărul medicilor stomatologi care efectuează profilaxia HPD conform recomandărilor „PCN HPD”, pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul medicilor stomatologi care activează pe parcursul ultimului an |
| 2. Reducerea ratei de dezvoltare a accidentelor hemoragice și tromboembolice la pacienții aflați sub tratament antitrombotic supuși extracțiilor dentare | Proporția pacienților aflați sub tratament antitrombotic la care au fost efectuate extracții dentare fără apariția accidentelor hemoragice și a evenimentelor tromboembolice | Numărul pacienților aflați sub tratament antitrombotic la care au fost efectuate extracții dentare fără apariția accidentelor hemoragice și a evenimentelor tromboembolice pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți aflați sub tratament antitrombotic care se află la supravegherea medicului stomatolog pe parcursul ultimului an |
| 3. Sporirea calității examenului clinic și paraclinic al pacienților cu HPD | Proporția pacienților cu diagnosticul de HPD cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN HPD” | Numărul pacienților cu diagnosticul de HPD cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN HPD” pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți cu diagnoza de HPD, care sunt supravegheați de medicul stomatolog pe parcursul ultimului an |
| 4. Sporirea calității tratamentului pacienților cu HPD | Proporția pacienților cu diagnoza de HPD cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN HPD” | Numărul pacienților, cu diagnoza de HPD cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN HPD” pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienți cu diagnoza de HPD care se află la supravegherea medicului stomatolog pe parcursul ultimului an |

CHESTIONAR

de identificare preextractională a stării sistemului hemostatic

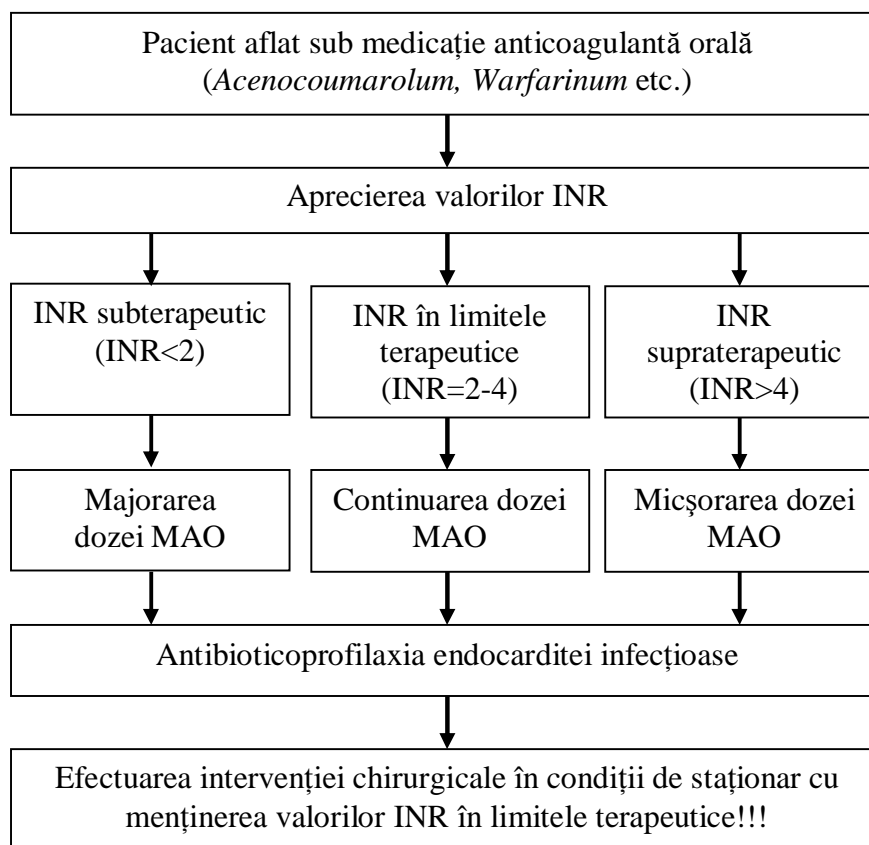
Pentru precizarea stării sistemului hemostatic și, prin urmare, pentru depistarea semnelor de sângerare sporită, la interogare, preextractională, pacienții vor răspunde la un șir de întrebări.

| Nr. | Întrebarea | Varianta de răspuns |
|-----|--|---------------------|
| 1 | Dvs. ați observat vreodată că hemoragia este prelungită după traumatisme, după intervenții chirurgicale (extracții dentare, tonsilectomie, apendectomie etc)? | Da Nu |
| 2 | Au fost sau se observă hemoragii gingivale, nazale, renale, gastrointestinale, hemartroze? | Da Nu |
| 3 | Au fost sau se observă apariția hemoragiilor peteșiale (pete cutanate de culoare roșie-vișinie) pe tot corpul sau pe mâini și pe picioare, în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele, care apar spontan sau după traume neînsemnate? | Da Nu |
| 4 | Dvs. aveți în ultimul timp menstrue excesive? | Da Nu |
| 5 | Dintre rudele Dvs. apropiate suferă cineva de o patologie a sistemului hematopoietic sau au avut loc manifestări hemoragice la rudele apropiate (mai ales la bărbați) ale pacientului pe linia mamei? | Da Nu |
| 6 | Dvs.aveți așa patologii concomitente cum ar fi hepatite cronice, ciroze hepatice, hipertensiune arterială, diabet zaharat etc.)? | Da Nu |
| 7 | Folosiți Dvs. așa medicamente cum ar fi <i>Acidum acetylsalicylicum</i> , <i>Acenocoumarolum</i> , <i>Warfarinum</i> sau alte remedii cu impact asupra sistemului hemostatic? | Da Nu |

Notă: Dacă răspunsurile la aceste întrebări au fost negative, cu mare probabilitate se poate presupune, că la bolnavul examinat sunt în normă funcțiile sistemului de hemostază.

Pacienții cu datele anamnezei suspecte la dereglarea hemostazei necesită o investigație preextractională. În acest context, unele diateze hemoragice (trombocitopenia, trombocitopatia, vasopatiile) pot fi depistate prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>5 minute), iar insuficiența severă a factorilor de coagulare, supradozarea cu anticoagulante - prin creșterea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White (>12 minute).

Conduita preextrațională la pacienții aflați sub MAO



Notă! La pacienții, INR-ul cărora (preextrațional) este sub limitele diapazonului terapeutic (<2), pentru a preveni accidentele tromboembolice, doza anticoagulantului trebuie majorată până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice. Și invers, în cazul în care valoarea INR-lui este mai mare decât limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general, doza anticoagulantului va fi micșorată. La pacienții, INR-ul cărora este în limitele terapeutice, doza MAO va fi menținută în aceleași limite.

Astfel, pentru profilaxia accidentelor hemoragice și tromboembolice recomandăm ca doza anticoagulantului să fie modificată în dependență de INR sub controlul în dinamică a coeficientului respectiv.

Ghidul pacientului cu hemoragie postextractională dentară

Ce este hemoragia postextractională dentară?

Hemoragia postextractională dentară este hemoragia care continuă sau apare din alveolă după extracția dintelui.

Care este cauza hemoragiei postextractionale dentare?

Aceste hemoragii apar datorită unor factori locali (extracții dentare traumatice cu sau fără fracturarea procesului alveolar, lezarea unor vase importante etc.) și/sau generali (trombocitopenii, vasopatii, coagulopatii, hipertensiunea arterială, medicația antitrombotică, patologii hepatice cronice, afecțiuni ale sistemului endocrin etc.). Este necesar de remarcat că un rol aparte în apariția hemoragiilor le revine pacienților care nu respectă indicațiile privind îngrijirile postextractionale (băi abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, “sugerea” alveolei etc.), care pot provoca liza cheagului intraalveolar, urmate de hemoragii.

Când apare hemoragia postextractională dentară?

În mod normal, sângerarea plăgii postextractionale se oprește după 15-20 de minute prin formarea cheagului sangvin. Există însă situații când sângerarea nu se oprește de sine stătător, ci continuă sau se declanșează la câteva ore/zile de la intervenția chirurgicală. Astfel, hemoragia poate continua după extracția dintelui sau apare la câteva ore sau 3-4 zile postextractional.

Cum procedăm în cazul hemoragiei postextractionale dentare?

La apariția hemoragiei în cavitatea bucală după extracția dintelui, aplicați câteva meșe compresive la nivelul zonei sângerânde timp de 30-60 de minute. În cazul în care hemoragia nu încetează, contactați medicul care a efectuat extracția sau adresați-vă cât mai curând posibil la serviciul medical de urgență.

Cum se tratează hemoragia postextractională dentară?

În vederea acordării asistenței medicale specializate, se recurge la utilizarea măsurilor locale de hemostază prin tamponament compresiv supra- și/sau intraalveolar, aplicarea suturilor sau a preparatelor hemostatice. În cazul în care aceste metode nu sunt eficiente se indică tratamentul general, care va urmări: restabilirea condițiilor normale ale hemostazei spontane, oprirea hemoragiei, tratând cauza generală care a favorizat-o. În hemoragiile grave se impune de urgență restabilirea volumului sângelui circulant prin administrarea de plasmă, soluții macromoleculare și sânge.

BIBLIOGRAFIE

1. Burlibaşa C. Chirurgie orală și maxilo-facială. Bucureşti: Editura Medicală, 2007.1312 p.
2. Cojocaru V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chişinău: Art-Grup Brivet, 2006. 180 p.
3. Gănuţă N. Chirurgie oro-maxilo-facială. Vol.II. Bucureşti: Editura Medicală Naţională, 1998. 496 p.
4. Grosu A. Profilaxia accidentului vascular cerebral ischemic și a altor complicații tromboembolice în fibrilația atrială. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2006, nr 1 (5), p. 189-202.
5. Hartman M. J., Caccamese J. F., Bergman S. A. Perioperative management of a patient with Bernard-Soulier syndrome for third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007, vol. 103, no. 5, p. 626-629.
6. Henderson J. M. et al. Management of the oral and maxillofacial surgery patient with thrombocytopenia. J Oral Maxillofac Surg, 2001, vol. 59, no. 4, p. 421-427.
7. Stelea C. G., Voroneanu M., Popa C. Vindecarea postextracțională – între complicație locală, iatrogenie și malpraxis. Iași: Casa Editorială Demiurg, 2008. 189 p.
8. Zănoagă O. Hemoragiile postextracționale dentare. Teză de dr. în medicină. Chişinău, 2010.
9. Бернадский Ю. И. Основы челюстно–лицевой хирургии и хирургической стоматологии, 3-е изд. Перераб. и доп. Москва: Медицинская литература, 2007. 416 с.
10. Лысенко С. И. Профилактика и патогенетическое лечение кровотечений после удаления зубов. Автореф. дисс. на соискание учёной степени канд.м.н. Киев, 1991. 16 с.
11. Панчишин М., Готь И., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. Львов: ГалДент, 2004. 42 с.
12. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология, 3-е изд. Перераб. и доп. Москва: Медицина, 2003. 504 с.
13. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев:000«Червона Рута-Туре»,2002.1024 с.