

Grupul III este format din 4 cazuri clinice în care, din start, s-a hotărât că cea mai bună metodă de tratament este cea chirurgicală-rezeecția apicală. În acest grup sunt studiate 3 situațiile clinice în care, în urma tratamentului terapeutic corect efectuat anterior, pe parcursul 6 luni procesele periapicale au abcedat. La examenul radiologic s-au depistat semne de radiotransparență periapicală. De asemenea, din acest grup de studiu face parte un caz clinic în care s-a depistat radiologic un instrument endodontic fracturat în canalul rădăcinii meziale, ceea ce face imposibil sau dificil realizarea tratamentului terapeutic. Inițial, canalele radiculare au fost permeabilizate și prelucrate mecanic și medicamentos conform tehnicii expuse mai sus până la distanța posibilă, realizând controlul radiologic la fiecare etapă. Obturarea canalelor s-a efectuat cu „Уницем“ (ВладМиВа) și peste 24h s-a efectuat rezeecția apicală. Suprimarea suturilor a fost făcută la a 7–10 zi după intervenție (Fig.5).

### Concluzii

1. Analizând datele statistice expuse mai sus, tratamentul endodontic rămâne de primă elecție, cu rezultate pozitive majore (71,64%), în restul cazurilor de eșec, recurgându-se la metode chirurgicale (28,36%).
2. Din perspectivă endodontică, chirurgia periapicală este indicată doar atunci când s-a încercat realizarea unui tratament de bună calitate

sau în cazul în care nu s-a produs vindecarea după tratament. Niciodată chirurgia periapicală nu trebuie realizată înainte de a se fi realizat tratamentul convențional canalar nechirurgical. Și doar în cazurile de necesitate, vine în ajutor și chirurgia endodontică (anomalii anatomice, factori iatrogeni, leziuni traumatice, leziuni periapicale grave).

### Bibliografie

1. Bodrug V., Cu privire la frecvența formelor clinice ale parodontitelor periapicale. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XI al ASRM, Chișinău, 9–10.10.2001, p. 44–45
2. Dumitriu H.T. Parodontologie. Editura Viața Medicală Românească, 1997. p. 101–139.
3. Huuomonen S., Orstavik D. Radiological aspect of apical periodontitis. Endodontic Topics, 2002, nr.1, p. 3–25
4. Nicolaiciuc V., Sârbu S. Hemiseecția în tratamentul conservator-chirurgical al parodontitelor. Probleme actuale de stomatologie. Congresul X al ASRM, Chișinău, 7–8.09.2001. pag. 51–53
5. Orstavik D. Radiology of apical periodontitis. In: Orstavik D, Pitt Ford TR, eds. Essential endodontology. Prevention and treatment of apical periodontitis, 1st edn. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1998.
6. Nicolae Chele, Ana Nazar, Tratamentul chirurgicale al afecțiunilor periapicale cronice, Ediție consacrată jubileului de 50 ani ai Facultății de Stomatologie a USMF „N. Testemițanu” și 50 de ani ai Asociației Stomatologice din Republica Moldova, Nr. 4 (13) / 2009, pag.27–29
7. <http://www.esanatos.com/boli/boli-stomatologice/Parodontitele-apicale-cronice-21634.php>

Data prezentării: 19.06.2014

Recenzent: Nicolae Bajurea

## EFICIENTIZAREA TRATAMENTULUI STOMATOLOGIC ȘI PREGĂTIREA PSIHOEMOȚIONALĂ A PACIENTULUI

Dumitru Zabolotnii,  
doctorand

Catedra Chirurgie  
OMF, Implantologie  
orală și Stomatologie  
Terapeutică „Arsenie  
Guțan” USMF „Nicolae  
Testemițanu”

### Rezumat

Pacientul ce se adresează pentru tratament stomatologic necesită o atenție sporită pentru controlul durerii și a stării emoționale. Aceste etape pre-tratament ocupă o parte din timpul de lucru al medicului și influențează asupra duratei de aflare a pacientului în cabinet. Astfel, pentru eficientizarea lucrului medicului a fost elaborat un algoritm de pregătire a pacientului. Pe lângă faptul că oferim pacientului control asupra propriilor dureri și fobii, prin această tehnică am reușit să micșorăm și timpul de lucru rezervat fiecărei proceduri stomatologice.

**Cuvinte cheie:** Analgezie, premedicație, durere, tratament indolor, eficiență.

### Summary

#### STREAMLINING OF DENTAL TREATMENT AND PSYCHO-EMOTIONAL PREPARATION OF THE PATIENT

The patient which addresses for dental treatment requires attention to pain and emotional state control. These pretreatment steps occupies a part of the time of the doctor and influences on the duration of stay of the patient in the office. So, for streamlining of the work was developed an algorithm of the patient preparation. Besides patients control over their pain and phobias by this technique we were able to lower working time reserved to each dental procedures.

**Key words:** Analgesia, premedication, pain, painless treatment, efficiency.

## Introducere

Adeesea în practica stomatologică medicul este nevoit ca paralel cu tehnicile de analgezie să posede și deprinderi de aplicare a remediilor de pregătire psihoemoțională a pacientului. Timpul ce trece de la momentul intrării pacientului în instituția medicală și pînă la procedura propriu-zisă de care are nevoie acesta poate varia anume din cauza factorului emoțional al individului. Factorul important în tratamentul indolor este respectarea „patrulerului anestezic“ în care sunt cuprinse dezideratele principale pe care trebuie să le satisfacă anestezia. Aceste deziderate sunt: combaterea durerii (analgezia), protecția vegetativă (antișoc), relaxarea musculară și hipnoza facultativă. [12]

Anestezia modernă presupune un act medical complex și de mare responsabilitate în care trebuie să asigure, să susțină sau să mențină, funcțiile vitale fundamentale care sunt interferate în perioada intraoperatorie: funcția respiratorie, circulatorie, de excreție, echilibrul volemic și să respecte cele 4 obiective:

1. *Combaterea durerii (ANALGEZIA)*. Orice intervenție chirurgicală — ca toate actele de agresiune ale țesuturilor vii, presupune durere. Anestezia loco-regională sau generală de calitate, asigură acest deziderat major iar intervențiile terapeutice invazive se desfășoară astăzi practic, fără durere.

2. *Protecția vegetativă* sau protecția antișoc. Orice act chirurgical — chiar intervenție minoră pe scara gradelor de dificultate, determină o mobilizare neuro-endocrină importantă care de obicei depășește nevoile organismului iar cantitatea de hormoni eliberată — în special de la nivelul medulosuprarenalei, este prea mare; modificările sistemice și celulare ca vasoconstricția, ischemia, hipoxia, acidoza, devin astfel agresiuni majore pentru o funcționalitate normală. În acest mod, reacția de apărare se transformă în reacție de agresiune iar mijloacele de adaptare devin mecanisme de protecție vegetativă sau antișoc. Orice măsură de diminuare a reacției vegetative, devine măsură de protecție împotriva unei reacții postagresive prea puternice.

3. *Relaxarea musculară*. Aceasta nu constituie preocupare deosebită pentru medicii stomatologi și nici pentru chirurgii maxilo-faciali, deoarece în zonele în care se intervine nu sunt mase musculare mari, puternice, ca în chirurgia membrelor, abdominală sau peinvă care sa necesite un grad important de relaxare.

4. *Hipnoza* sau somnul anestezic este un deziderat facultativ. Prin hipnoză se protejează bolnavul intraoperator din punct de vedere psihic, deoarece nu trăiește actul chirurgical, nu aude discuțiile despre tehnica operatorie, nu aude zgomotul instrumentelor, **nu se simt** mirosuri specifice sălilor de operație. El depășește astfel **momentul** operator printr-o absență a vieții de relație, pe care o acceptă, cu plăcere. Anestezia loco-regională nu este însoțită de hipnoză, **dar** printr-o bună premedicație, pacientului i se asigură un confort satisfăcător. Elementul esențial al oricărei

anestezii rămîne ANALGEZIA. [16,18]

Pentru realizarea unei farmacoterapii a durerii cât mai eficiente și cu efecte secundare minime e necesar să cunoaștem mecanismele de producere, întreținere și agravare a acesteea. Orice medic, în primul rând, trebuie să respecte regulile de etică medicală, pacientul sau familia trebuie să cunoască ce tratament se aplică și să fie de acord cu efectuarea lui, cunoscând și complicațiile pe care acesta le poate da. În al doilea rând, se va stabili de la început prognosticul de durere, boală și de viață. În al treilea rând, trebuie știut că nu se poate aplica o terapie eficientă fără a se efectua teste de evaluare a durerii, de la cele mai simple folosite în cea acută (constante fiziologice, necesar de medicament, etc.) pînă la chestionare și examene psihologice în doloșitatea cronică. În al patrulea rând, se va aplica un tratament adecvat tipului de durere pe care îl are pacientul: acută, cronică, nevralgică, mialgică, colicativă, prin vasoconstricție sau vasodilatație, prin agenți inflamatorii sau mecanici, etc [12].

Farmacoterapia durerii trebuie să ia în considerație două lucruri: caracteristicile durerii și proprietățile farmacologice ale familiilor de medicamente. Cunoșcându-se că pacienții cu aceleași afecțiuni pot reacționa diferit la suferința dureroasă, tratamentele trebuie individualizate calitativ și cantitativ, stfel preoperator se recurge la *medicația adjuvantă*. Aceste medicamente nu sunt analgezice în sensul farmacologic al termenului, dar pot scădea durerea direct sau indirect, prin efectele lor. În general ele scad doza de analgezic potențând prin diverse mecanisme acțiunea acestuia. Principalele grupe de coanalgezice sunt: antidepresivele (amitriptilina, clomipramina, maprotilina, mianserina), neurolepticele (levomepromazina), anti epilepticele, antiinfalmatoarele steroidiene (glucocorticoizii), antispasticele și vasodilatatoarele, sedativele și tranchilizantele [7,14,15].

În afară de aceste grupe multe alte medicamente pot suprima sau preveni durerea acționând direct sau indirect. Putem cita dintre acestea protoxidul de azot, oxigenul, capsicina, blocanți adrenergici, blocanți de calciu, vasoconstrictoare, toxina botulinică (decontracturant). Cu același scop este folosit și analgezicul inhalator pe bază de Methoxyflouran. Comoditatea administrării preparatului a majorat eficiența aplicării tehnicilor de tratament stomatologic [1,8,9,10].

## Materiale și metode

În studiul efectuat a fost analizat timpul utilizat pentru efectuarea unor anumite intervenții stomatologice. Drept exemplu a servit procedura de tratare a cariei profunde la 1 dinte la un lot de 65 pacienți. Studiul a inclus pacienți cu procedura de lucru:

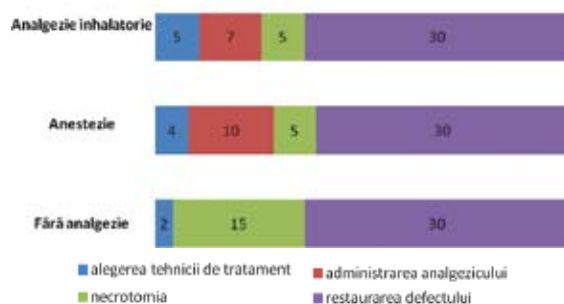
- Fără analgezie;
- Analgezie prin anestezie loco-regională;
- Analgezie inhalatorie.

## Rezultate și discuții

Timpul utilizat pentru procedură în cele trei tehnici a fost aproximativ identic și a constituit în medie

o oră, diferența nesemnificativă se explică prin particularitățile fiecărei tehnici:

- Metoda fără analgezie a necesitat o preparare intermitentă a cavității cariate, astfel la apariția senzațiilor durere necrotomia era întreruptă pentru a oferi pacientului timp de a se calma și de a evita supraexcitarea emoțională.
- Analgezia prin anestezie loco-regională a oferit o rapiditate a necrotomiei, însă a necesitat timp atât pentru convingerea pacientului despre necesitatea anestezierii, precum și așteptarea apariției efectului anestezic.
- Analgezia inhalatorie a oferit comoditatea cooperării cu pacientul și necrotomia indoloreă, însă a necesitat timp pentru convingerea de a utiliza o așa tehnică.



**Fig.1** Timpul (min) utilizat la procedura de tratare a cariei dentare

Din datele obținute s-a remarcat că medicul stomatolog utilizează o parte a timpului de lucru pentru informarea pacientului și înlăturarea manifestărilor însoțite de tensiune psihică și anxietate. Preparatele tranchilizante (anxiolitice) ce se administrează cu minim 30 minute pretratament, fac ca aflarea pacientului în sala de așteptare să fie mai îndelungată ca de obicei, ceea ce la fel s-ar putea răsfrînge asupra stării generale și a capacității de comunicare a pacientului în timpul procedurii.

Asfel a fost dedus un nou algoritm de repartizare a timpului pentru eficientizarea lucrului și obținerea unui confort operatoriu prin utilizarea analgeziei inhalatorii. Pentru aceasta au fost elaborate chestionare și broșuri informative din care pacienții pot face cunoștință cu remediile și tehnicile de control a durerii. După analiza chestionarelor și determinării parametrilor hemodinamici cei anxioși sau excitați, în timpul aflării în sala de așteptare primesc și își autoadministrează analgezicul inhalator. Aflați sub controlul personalului instruit, aceștia prin inhalări intermitente în decurs de maxim 10 minute pot obține un control asupra propriilor dureri sau a stării de fobie. Pacientul este invitat în cabinet pentru procedură la momentul când conform chestionarelor acesta relatează ameliorarea durerilor sau diminuarea anxietății. Prin implementarea acestui algoritm am reușit de a scurta

timpul aflării pacientului în fotoliul stomatologic și transferul pregătiri preoperatorii în sala de așteptare. În timpul necrotomiei pacientul își autoadministrează analgezicul la necesitate.

## Concluzii

1. Utilizarea analgeziei inhalatorii în sala de așteptare, la etapa pretratament ne permite să eficientizăm timpul de lucru al medicului stomatolog.
2. Am oferit pacienților o posibilitate reală de control asupra propriilor dureri și fobii, fapt ce a crescut interesului față de tratamentul stomatologic datorită încrederii în sine pe care au căpătat-o.

## Bibliografie

1. Babl F, Barnett P, Palmer G, et al. A pilot study of inhaled methoxyflurane for procedural analgesia in children. *Paediatr Anaesth* 2007;17:148-53.
2. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование /Е. В. Боровский. — М.: АО „Стоматология“, 2001.
3. Буșан М.: Кариес зубов лечение профилактика Кишинев 1979, p -213
4. Firn S. Methoxyflurane analgesia for burns dressings and other painful ward procedures in children. *Br J Anaesth* 1972;44:517-22.
5. Gafar Memet, Iliescu A.; *Odontologie, Caria dentară*. București 1998
6. Gănuță Nicolae, Canavea Ion, Anestezia în stomatologie și chirurgia maxilo-facială București 1993 p. 19-33, 229-249
7. Ghicavii V.; S.Sîrbu; N.Bacinschi; D.Șcerbatiuc *Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice Chișinău* 2002 p.386
8. Methoxyflurane. [Revised September 2007]. In: eTG complete [CD-ROM]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Ltd, March 2010.
9. Medical Developments International Ltd. Pentrox (methoxyflurane) inhalation. Product information, May 2009.
10. Medical Developments International Ltd. Pentrox (methoxyflurane) Consumer medicine information, November 2006
11. Nicolau Gheorghe, Terehov, Nastase, Nicolaiciu *Odontologie practică modernă*; Nasticor-Vector 2010 p.53-60
12. Office of Product Review, Therapeutic Goods Administration, Australian Government Department of Health and Ageing. Adverse drug reaction reports, methoxyflurane. (Personal Communication). 2010.
13. Petricas A., Ermilova C, Dubova M. „Клиническая эффективность и безопасность обезболивания пульпы и твердых тканей зуба современными местными анестетиками“ *ДентАрт* № 1. 2005
14. Saulea Aurel: *Fiziologia sistemului simatognat*. ed.Știința Chișinău 2009 p.47,123-152
15. Scripnicova T. „Причины малоэффективного местного обезболивания“ *ДентАрт* № 1. 2001;
16. Vares Evald : „Эмаль зубов — это рецептор, определяющий твердость тела“ *ДентАрт* № 4. 2006
17. Veisbalt S. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. К.,1962 — 5-41
18. Nicol Carmen, Maria Voroneanu, C.Budacu *Medicina stomatologică*. Ianuarie 2007. „Valoarea metodelor alternative de preanestezie în chirurgia orală de ambulator“ UMF“Gr.T.Popa“ Iași

Data prezentării: 23.05.2014

Recenzent: Valeriu Burlacu