

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

numărul acestor intervenții este în creștere. Acești pacienți sunt predispuși către formarea intravasculară a trombilor și lor li se administrează anticoagulante cu acțiune indirectă (Trombostop, Warfarina, Fenilina). Aceste preparate frânează formarea în organism a protrombinei, adică a substratului de formare a trombinei (3). În același timp ei adeseori necesită o asanare a cavității bucale, inclusiv și prin extracții dentare, care pot aduce la complicații hemoragice. Accidentele hemoragice la această grupă de pacienți se întâlnesc relativ frecvent (2). Ele sunt favorizate de supradozarea anticoagulantelor, legată de variațiile individuale în comportamentul farmacocinetic, precum și interferențele dictate de diferite stări patologice, sau de medicamente asociate. Pericolul hemoragiilor abundente este mare, ținând cont de efectul prelungit al anticoagulantelor (48 – 72 ore după oprirea tratamentului). Conform datelor literaturii frecvența complicațiilor hemoragice la pacienții cu tratament anticoagulant variază între 1,4 – 10%, iar la 0,5-1% poate apărea deces în urma hemoragiilor abundente (7). Pentru a preveni această complicație adeseori pacienților li se anulează administrarea acestor preparate. Acest procedeu expune pacienții la un risc major de complicații tromboembolice, uneori letale (1,2,4). Astfel, extracțiile dentare și alte intervenții chirurgicale au devenit o problemă pentru ei. De cele mai dese ori, în vederea acordării asistenței medicale specializate se recurge la utilizarea măsurilor locale de hemostază prin aplicarea suturilor sau a preparatelor hemostatice. La aceste persoane apar dificultăți în tratament, hemoragiile recidivează, ceea ce duce la alterarea stării generale și scăderea capacității de muncă.

Așadar, problema extracției dentare la pacienții sub medicație anticoagulantă are o importanță practică majoră și este insuficient studiată în literatura de specialitate. Cu aceasta pot fi lămurite complicațiile ce apar în aceste cazuri și alegerea variată, deseori neargumentată, a tacticii medicale.

Scopul studiului – aprecierea eficacității metodelor hemostatice tradiționale și determinarea condițiilor optime pentru extracția dentară la pacienții supuși medicației anticoagulante.

Material și metode

În perioada aprilie 2007- martie 2008 la CNȘPMU pentru acordarea ajutorului medical s-au adresat în cabinetul stomatologic chirurgical 8 pacienți (4/b și 4/f) sub tratament anticoagulant, dintre care 6 - cu hemoragie postextractională (HP), 1 - cu hemoragie gingivală și 1 pacient cu parodontită apicală cronică exacerbată. Vârsta varia între 42 și 71 ani. Toți pacienții au fost spitalizați în secția de Chirurgie OMF. Metodele de examen clinic au fost următoarele: anamneza, examenul obiectiv loco-regional exo și endobucal cu aprecierea sursei și tipului hemoragiei, starea gingiei marginale și apofizei alveolare în regiunea dintelui extras, determinarea indicilor hemodinamici (Ps, TA). Metodele paraclinice de investigație: analiza sângelui de urgență cu aprecierea hematocritului, analiza generală a sângelui, analiza biochimică a sângelui, analiza generală a urinei, coagulograma (indicele de protrombină, timpul recalcificării active, timpul tromboplastinei parțial activate, timpul trombinic, fibrinogenul, testul cu etanol), radiografia panoramică și retroalveolară, electrocardiografia.

Rezultate și discuții

Cauzele administrării anticoagulantelor la pacienți au fost următoarele: în 4 cazuri – intervenții chirurgicale la cord (protezări valvulare), în 3 – cardiopatiile ischemice și la 1 pacient – antecedentele tromboembolice. În urma anamnezei s-a constatat că terapia anticoagulantă nu a fost monitorizată la 2 pacienți, în 3 cazuri anticoagulantele au fost anulate de către medicul stomatolog, iar într-un caz pacientul a anulat medicația anticoagulantă de sinestătător cu o zi preextractional. În 3 cazuri pacienții s-au adresat repetat la medicul care a efectuat intervenția chirurgicală, care a recurs la efectuarea hemostazei prin diverse metode (aplicarea suturilor, cristalelor de permanganat de caliu, diatermocoagularea țesuturilor sângerânde). Aceste metode locale de stopare a hemoragiei au fost inefective și au constituit o traumă suplimentară asupra țesuturilor. Sângerările au recidivat, ceea ce a constituit un motiv de îngrijorare pentru pacient, au contribuit la alterarea stării generale și scăderea capacității de

muncă. Timpul mediu de la apariția sângerării până la adresare la CNȘPMU a fost 26 de ore. Toți pacienții s-au adresat între orele 18⁰⁰ - 4⁰⁰, 3 bolnavi au fost transportați cu ambulanța.

La examenul clinic endobucal s-a constatat că la toți pacienții sursa sângerării a fost din țesuturile moi. Hemoragia capilară a fost înregistrată în 6 cazuri, iar cea arterială – la 1 pacient.

La pacienții cu HP măsurile hemostatice locale efectuate la internare prin aplicarea suturilor au contribuit la oprirea temporară a hemoragiei, iar recidivele au fost rezolvate prin tamponament compresiv supraalveolar cu sol. Acid aminocaproic 5% și sol. Contrical. Efectul antifibrinolic al acestor preparate este datorat inhibării activatorului plasminogenului (fibrinolizinei). Fiind aplicate local, ele se depun pe fibrină și o protejează de acțiunea fibrinolică a plasmei, păstrând astfel trombul (3).

Un interes deosebit prezintă următorul caz clinic. Pe data 18.08.2007, ora 19⁴⁰ la CNȘPMU s-a adresat de sinestătător pacientul R.V. în vârsta de 67 ani, sex masculin, cu următoarele acuze: prezența hemoragiei din alveola dintelui extras, cefalee, slăbiciuni generale. Din anamneză – dintele 34 a fost extras cu 4 ore până la adresare. După extracție a fost aplicat tamponament compresiv supraalveolar și pacientul a plecat la domiciliu. Necătând la pansamentul compresiv aplicat hemoragia continua. Pacientul a fost nevoit să se adreseze la CNȘPMU pentru acordarea ajutorului medical. Cantitatea de sânge pierdut (după părerea pacientului) – 400ml. Din 1996 suferă de boală hipertensivă. Se află la evidență la medicul de familie. În aprilie 2007 a suportat infarct miocardic, după care primește Trombostop (câte 2 mg/zi).

Examenul obiectiv: fața simetrică, pielea feței de culoare roz-pală. Nodulii limfatici regionali nu se palpează. Gura se deschide liber. La examenul endobucal se constată că cavitatea bucală este plină de salivă amestecată cu sânge, în alveola dintelui 34 s-a format un cheag neretractat și sângerarea continuă din țesuturile moi. Gingia marginală la nivelul 34 lezată neînsemnat. Palparea ambelor versante ale apofizei alveolare a d.34 doloră. La examenul ortopantomografic resturi radiculare, granuloame nu au fost depistate. Determinarea indicilor hemodinamici: TA = 160/80mmHg, pulsul = 80 b/min. Pacientul a fost consultat de către medicul internist. Rezultatele analizelor paraclinice efectuate de urgență: Hb=146g/l; Erit.=4,5x10¹²/l; Ht= 0,39; Leuc.=7,2x10⁹/l. Timpul de coagulare >10 min.

În baza examenului clinic și paraclinic a fost stabilit diagnosticul : Hemoragie postextrațională din alveola dintelui 34 pe fon de medicație anticoagulantă. Hipertensiune arterială.

Bolnavul a fost internat în mod urgent în secția chirurgie OMF cu starea generală de gravitate medie. Medicația anticoagulantă (Trombostop) a fost anulată. În urma tratamentului local (revizia alveolei și aplicarea a 2 suturi) și general (antiinflamator, analgezic, desensibilizant, antihipertensiv, vasoprotector) hemoragia s-a stopat.

Pe 19.08.07. ora 8³⁰ hemoragia a reapărut. Au fost întreprinse următoarele metode de hemostază : tamponament intraalveolar, aplicarea repetată a suturilor. Hemoragia nu a fost stopată. TA = 130/80mmHg, pulsul = 100 b/min. Pacientul este transferat în secția de reanimare cu starea generală medio-gravă, unde în urma tratamentului medicamentos intensiv (Plasmă, Permanganat de kalium, Kardiket retard, Metoprolol, sol.Dicinon, Vit.C, Clorură de calciu, Furosemid, sol Ringer, Glucoză, Omnopon, Fentanil, Oxibutirat de natriu) hemoragia s-a stopat. La examenul endobucal s-a constatat că în alveola dintelui 34 s-a format un cheag sanguin retractat, marginile căruia se aflau în contact cu marginea alveolei. Pe 20.08.07. pacientul este transferat în secția chirurgie OMF cu starea generală de gravitate medie. Pe 23.08.07. se externează cu starea generală satisfăcătoare.

Rezultatele analizelor paraclinice în dinamică: Analiza generală a sângelui (19.08.07.): Hb=141g/l; Er.=4,3x10¹²/l;Ht=0,41; Lc.=5,5x10⁹/l; N.=8%; S.=76%; Lf.=6%; Mn.=10%; VSH=15 mm/h. Analiza generală a sângelui (20.08.07.): Hb=108g/l; Er.=3,5x10¹²/l; Ht=0,33; Lc.=5,5x10⁹/l; N.=8%; S.=76%; Lf.=6%; Mn.=10%; VSH=15 mm/h. Indicii coagulogrammei (19.08.07.): indicele de protrombină=**23%** (norma=90-105%); fibrinogen = 4,6g/l(norma 2-4g/l); testul cu etanol „negativ”; testul cu protamin-sulfat negativ; timpul de coagulare=4³⁰-5⁰⁰.Indicii

coagulogrammei (20.08.07.): indicele de protrombină=60%; fibrinogen=2,6g/l; testul cu protamin-sulfat negativ; timpul de coagulare=4¹⁰-4⁴⁰.

Analizând datele paraclinice putem concluziona că micșorarea conținutului de hemoglobină, a numărului de eritrocite precum și a Ht indică prezența la pacient a anemiei posthemoragice de gradul I. Micșorarea indicelui protrombinic și creșterea timpului de coagulare a fost condiționată de o supradozare cu anticoagulante indirecte (Trombostop). La pacienții sub tratament anticoagulant indicele de protrombină se apreciază lunar (7). Viteza de coagulare se dereglează doar la micșorarea concentrației protrombinei mai jos de 40% (2). Utilizarea necontrolată de către pacient a Trombostopului a determinat apariția HP, indicele protrombinic fiind 23%, iar timpul de coagulare >10¹ a demonstrat aceasta. În acest caz clinic hemoragia a fost declanșată și de o criză hipertensivă (TA = 160/80mmHg). Măsurile hemostatice locale efectuate la pacient (tamponament intraalveolar, aplicarea suturilor) au fost inefective, ceea ce a contribuit la alterarea stării generale și transferarea pacientului în secția de reanimare pentru efectuarea unui tratament medicamentos intensiv.

Cazul clinic descris denotă gravitatea extremă a hemoragiilor la pacienții sub tratament anticoagulant, ineficacitatea măsurilor hemostatice locale efectuate. Anularea Trombostopului a contribuit la creșterea indicelui protrombinic de la 23% la 60%, ceea ce a expus pacientul la pericolul de apariție a complicațiilor tromboembolice, cu pronostic vital. Folosirea cristalelor permanganatului de caliu sau diatermocoagularea țesuturilor ce sângerează trebuie considerată nocivă întrucât, chiar dacă momentan oprește sângerarea, prin leziunile necrotice consecutive, favorizează apariția infecțiilor și chiar reapariția hemoragiei. Aplicarea suturilor la pacienții sub medicație anticoagulantă este inefectivă și provoacă o traumă suplimentară asupra țesuturilor, ceea ce duce la agravarea microcirculației locale. Aceasta din urmă cauzează hipoxia țesuturilor ce are în consecință necroza țesuturilor moi prinse în nod, iar la înlăturarea suturilor crește riscul reapariției hemoragiei.

Rezumând asupra celor expuse trebuie să accentuăm că în acest caz clinic HP a fost determinată de o supradozare cu anticoagulante indirecte, măsurile hemostatice locale efectuate au fost inefective, ceea ce a contribuit la alterarea stării generale și transferarea pacientului în secția de reanimare pentru efectuarea unui tratament medicamentos intensiv. Anularea medicației anticoagulante a expus pacientul la complicații tromboembolice, cu pronostic vital.

Descriem un alt caz clinic. Pe data 2.02.2008, ora 20 la CNȘPMU s-a adresat de sine-stătător pacienta L.R. în vârstă de 57 ani cu acuze la prezența durerilor dentare la mandibulă pe dreapta, grețuri, slăbiciuni generale.

Din anamneză – durerile dentare au apărut cu 2 zile în urmă. Dinții dureroși au fost tratați endodontic cu 5 ani în urmă.

Boli concomitente: C.I. Angină pectorală de efort. HTA. Fibrilație atrială. Hepatită virală C. Se află la evidență la medicul de familie. Din 2006 primește Trombostop (câte 1-1,5 mg/zi). Ultimul control al indicelui protrombinic a fost determinat cu 1 an în urmă.

Examenul obiectiv : fața simetrică, pielea feței de culoare pală. Nodulii limfatici regionali nu se palpează. Gura se deschide liber. La examenul endobucal se constată că coroana dinților 46; 47 schimbată la culoare, prezența obturației la ambii dinți, dureroși la percuția în ax, mobili de gradul I. Palparea ambelor versante ale apofizei alveolare a d. 46; 47 sensibilă.

Ortopantomografia: prezența formațiunii ovale cu contur bine delimitat în jurul apexurilor d. 46; 47 cu dimensiuni < 0,5cm.

Indicii hemodinamici la adresare: TA = 140/90mmHg, pulsul = 70 b/min.

Pacienta a fost consultată de către medicul internist.

Rezultatele analizelor paraclinice efectuate de urgență: Hb=129g/l; Erit=4,0x10¹²/l; Ht= 0,38; Leuc.=18,3x10⁹/l. Timpul de sângerare după Duke = 2 min.(norma <4 min.); Timpul de coagulare a sângelui după Lee-White = 10 min.(norma 8-12 min.).

În baza examenului clinic și paraclinic a fost stabilit diagnosticul: Parodontită apicală cronică granulomatoasă exacerbată la d. 46; 47. Hipertensiune arterială. Risc major de hemoragie postextrațională.

Luând în considerație lipsa monitorizării medicației anticoagulante și riscului major a HP bolnava a fost internată în secția chirurgie OMF cu scop de examinare paraclinică și de profilaxie a HP. Pentru a nu expune pacienta la complicații tromboembolice medicația anticoagulantă nu a fost anulată. S-a administrat un tratament antiinflamator, analgezic, desensibilizant, antihipertensiv, sedativ.

Rezultatele analizelor paraclinice desfășurate: Analiza generală a sângelui: Hb=115g/l; Er.= $3,6 \times 10^{12}$ /l; Ic=0,97; Ht=0,35; Tr.= 217×10^9 /l; Lc.= $9,9 \times 10^9$ /l; N.=6%; S.=63%; E.=1%; Lf.=25%; Mn.=5%; VSH=11 mm/h. Analiza generală a urinei: culoarea-galb.; transparența-incompletă; dens. rel.= 1018; reacția acidă; epit. plat= 2-4; leuc.= 4-6; erit. nemed.= 0-1; săruri oxalați +. Indicii coagulogrammei: indicele de protrombină=50% (norma=90-105%); fibrinogen = 2,4g/l(norma 2-4g/l); TRA= 68”(norma 50-70”); TTPA= 28”(norma 23-36”); timpul trombinic= 28” (norma 28-32”); testul cu etanol „negativ”. Analiza biochimică a sângelui: proteina totală= 65g/l (norma 65-85g/l); ureea= 7,0 mmol/l (norma= 2,5-8,3 mmol/l); creatinina=76 mkmol/l (norma 44-88 mkmol/l); bilirubina: T= 16 mkmol/l (norma= 8,5-20,5 mkmol/l), D= 3 (norma= 0-5 mkmol/l), I=13; B-lipoproteide= 25 u.c. (norma 35-55 u.c.); ALAT= 57 u/l (norma 5-40 u/l); ASAT= 39 u/l (norma= 8-40 u/l); glucoza= 11,5 mmol/l (norma 3,3-6,2 mmol/).

La normalizarea indicilor hemodinamici (TA = 120/80mmHg, pulsul = 72 b/min.) și monitorizarea indicilor coagulogramei pe 5.02.08. s-a efectuat extracția d.46; 47. Imediat postextracțional alveolele dinților extrași s-au umplut cu sânge, care sa revărsat spre fundul de sac vestibular și lingual. Timp de 15 min. s-a format un cheag sanguin retractat, fără semne de hemoragie.

Pe 7.02.08. pacienta a fost externată cu starea generală satisfăcătoare.

Analizând acest caz clinic constatăm că la nivelul indicelui protrombinic de 50% sub medicație anticoagulantă și-n condițiile valorilor normale a indicilor hemodinamici s-a efectuat extracția a 2 dinți limitrofi fără aplicarea suturilor s-au a altor intervenții suplimentare. Semne de apariție a hemoragiei primare sau secundare au lipsit. Pacienta nu a fost expusă riscului de apariție a complicațiilor tromboembolice.

Rezumând asupra celor expuse trebuie să accentuăm că în primul caz clinic HP a fost determinată de o supradozare cu anticoagulante indirecte, măsurile hemostatice locale efectuate (aplicarea topică a cristalelor permanganatului de K, tamponament intraalveolar, aplicarea suturilor) au fost inefective, ceea ce a contribuit la alterarea stării generale și transferarea pacientului în secția de reanimare pentru efectuarea unui tratament medicamentos intensiv. Anularea medicației anticoagulante a expus pacientul la complicații tromboembolice, cu pronostic vital. În al doilea caz clinic, luând în considerație lipsa monitorizării medicației anticoagulante, prezența HTA și riscului major a HP, extracția dentară a fost efectuată în condiții de staționar la normalizarea indicilor hemodinamici și monitorizarea indicilor coagulogramei. Pentru a nu expune pacienta riscului de apariție a complicațiilor tromboembolice medicația anticoagulantă nu a fost anulată. Complicații postextracționale au lipsit.

Din cele menționate putem conchide că hemoragiile postextracționale la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă uneori sunt extrem de grave și prezintă un pericol pentru viața pacientului. Pentru a evita această complicație considerăm că extracția dentară, atunci când nu constituie o urgență terapeutică, să fie un act chirurgical planificat efectuându-se în condițiile cunoașterii cât mai amănunțite a terenului pacientului. Preoperator se va determina timpul de sângerare, numărul de trombocite, timpul de coagulare, coagulograma. Nivelul optim al anticoagulantelor orale este apreciat prin monitorizarea timpului de protrombină, reprezentat de un coeficient internațional de normalizare I.N.R.(International Normalised Ratio), cu valoare terapeutică între 2,0 și 4,0 (4,8). Cu cât I.N.R. e mai înalt cu atât hipocoagularea e mai pronunțată și prin urmare complicațiile hemoragice sunt mai frecvente și periculoase (7).

Extracțiile dentare la acești pacienți trebuie efectuate fără anularea medicației anticoagulante, astfel pacienții nu sunt expuși riscului de apariție a complicațiilor tromboembolice, cu pronostic vital.

Extracția dentară, ca orice altă intervenție chirurgicală, trebuie executată cu o tehnică cât mai perfectă, evitându-se manoperele brutale și traumatizarea țesuturilor.

Concluzii

1. Pacienții sub medicație anticoagulantă prezintă un risc crescut la hemoragie cu ocazia extracțiilor dentare sau a altor intervenții chirurgicale.

2. Extracția dentară la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă necesită o pregătire preextracțională corespunzătoare, fiind efectuată fără stoparea administrării anticoagulantului.

3. Aplicarea metodelor tradiționale de hemostază la pacienții sub medicație anticoagulantă este inefectivă, iar uneori nocivă.

4. Recidivele hemoragice postextracționale la pacienții aflați sub medicație anticoagulantă au fost rezolvate prin aplicarea locală a tamponamentului umezit cu sol. Acid aminocaproic 5% și sol. Contrical.

5. H.P. pot fi reduse la minim printr-o evaluare corectă preoperatorie și prin respectarea principiilor chirurgicale de bază.

Bibliografie

1. Al-Mubarak S, Al-Ali N, Abou-Rass M, Al-Sohail A, Robert A, Al-Zoman K, Al-Suwayed A, Ciancio S. Evaluation of dental extractions, suturing and INR on postoperative bleeding of patients maintained on oral anticoagulant therapy. *Br Dent J.* 2007 Oct 13;203(7):E15; discussion 410-1. Epub 2007 Aug
2. Cojocaru V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chișinău. 2006, p.34,155.
3. Corcimaru I. Hematologie. Chișinău. 2007, p.325.
4. Devani P, Lavery KM, Howell CJ. Dental extractions in patients on warfarin: is alteration of anticoagulant regime necessary? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Apr;36(2):107-11.
5. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW. Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Jun;40(3):248-52.
6. Garcia DA, Regan S, Henault LE, Upadhyay A, Baker J, Othman M, Hylek EM. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med.* 2008 Jan 14;168(1):63-9.
7. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. Санкт-Петербург. 2006, стр.101-109.
8. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 5. Москва. 2007, стр.61.

EVOLUȚIA TRATAMENTULUI COMPARATIV ÎN ALVEOLITA POSTEXTRACȚIONALĂ

Simion Levco, Alexei Pălărie

Ctedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Evolution of the comparative treatment in the postextractional alveolitis

The paper includes obtained treatment results in the same time with different drugs. During 2007 years in the stomatological service of T.D.M.C.A.C. postextractional complications in alveolitis form in 28 patients have been observed. There were used the following preparations in this treatment metronidazolium and levomecol. The study consists of local status description comparative with different patients group in the treatment dinamica with different drugs, fips improvement of symptoms after clinical examination, distinction among patient who were divided depending of age, treatment results in the postextractional alveolitis according to season.