

# UNELE MĂSURI DE URGENȚĂ ÎN ENDODONȚIA PRACTICĂ

## Rezumat

Unul din cele mai mari progrese în stomatologia modernă a fost atins în endodonție, care manifestă simptomul de bază — duritatea.

O organizare corectă a urgențelor stomatologice în bolile pulpei și țesutului periapical vor include obligatoriu un șir de măsuri.

Diagnosticarea cu stabilirea anamnezicului general și stomatologic, evoluția clinică și manifestările temporale, intensitatea durerii, investigațiile clinice și fizice (palparea, percuția, testele diagnostice: de temperatură, încălzire, răcire, electrometric) vor fi obligatorii. Unicul simptom în regiunea maxilo-facială poate fi edemul.

Tratamentul de urgență în endodonție va urma trei regulii:

1. Tratamentul va fi efectuat doar după confirmarea diagnosticului.

2. Mai bine nu se va trata, decât să se trateze incorect.

3. La apariția dubiilor diagnostice, va fi obligatorie consultația altor stomatologi.

În urgența endodontică principala procedură de tratament va fi cea simptomatică.

**Cuvinte cheie:** urgență endodontică, durere, edem, reguli.

## Summary

### SOME EMERGENCY ORGANIZATIONAL ACTIONS IN PRACTICAL ENDODONTICS

One of the greatest advances in modern stomatology was reached in endodontics, which present the pain like basic symptom.

A proper organization of dental emergencies in the dental pulp and periapical tissue diseases will obligatory include a number of actions.

The diagnosis which will establish the general and stomatological anamnesis, the clinical evolution and the temporal manifestations, the pain intensity, the physical and clinical investigations (palpation, percussion, diagnostic tests: temperature, heating, cooling, electrometric) will be compulsory. The only possible symptom in maxillofacial region may be the swelling.

Endodontics emergency treatment will follow three rules:

1. Treatment will be performed only after confirming the diagnosis.

2. Better not to treat than to treat incorrectly.

3. In case of diagnostic doubt, the consultation of other stomatologists will be mandatory.

In case of endodontic emergency the main treatment procedure will be the symptomatic one.

**Key words:** endodontic emergency, pain, swelling, rules.

## Introducere

Unul din cele mai mari progrese ale stomatologiei moderne a fost obținut în domeniul tratamentului bolilor pulpei dentare și a țesutului periapical.

Majoritatea covârșitoare a ființelor umane care necesită asistența de urgență stomatologică, prezintă duritate, condiționată de consecințele leziunilor pulpare sau celor periapicale.

În așa situații pacientul întotdeauna v-a avea posibilitatea să se adreseze stomatologului. Medicului îi vor fi provocate unele dificultăți de activitate, deoarece pentru consultarea urgenței apare necesitatea de a modifica vremea de acordare a asistenței profesionale pacienților înscriși, rapid și precis de determinat diagnoza și de acordat asistența stomatologică eficientă.

Se v-a insista o atenție deosebită, când medicul v-a primi decizia să trateze starea de urgență stomatologică în afara orelor de primire. Preventiv vom deter-

**Valeriu Burlacu,**  
*d.ș.m prof. universitar*

**Angela Cartaleanu,**  
*d.ș.m., conferențiar  
universitar*

**Boris Golovin,**  
*d.ș.m., conferențiar  
universitar*

**Tudor Costru,**  
*d.ș.m., conferențiar  
universitar*

**Oleg Chiriac,**  
*doctorand anul III*

*Catedra Chirurgie  
OMF, Implantologie  
și Stomatologie  
Terapeutică „Arsenie  
Guțan“, USMF „Nicolae  
Testemițanu“*

**Victor Burlacu,**  
*medic stomatolog,  
Galați, România*

mina, dacă situația prezentată este de urgență. Vom duce cont de securitatea personală și posibilitățile pacientului de a se adresa în organele juridice, în cazul acordării tratamentului în lipsa asistentului medical.

#### **Diagnosticarea:**

Pentru tratamentul corect al pacientului cu simptomatice de afectare a sectorului maxilo-facial v-a fi necesar de apreciat precis diagnoza stării de urgență. De regulă, situațiile endodontice sunt niște încercări, ale măiestriei de diagnosticare a medicului, din care considerente rezolvarea lor corectă v-a provoca pacientului sentimentul de o recunoștință sinceră și profundă.

#### **Anamnestical clinic:**

Unii pacienți cu patologii somatice generale, de exemplu, endocardită cronică, atacuri reumatice din anamneză sau terapie chimio-ionizantă a tumorilor, pot insista tratament profilactic cu antibiotice. Dacă pacientul a suferit sau suferă de hepatită infecțioasă, herpes sau SIDA, medicul stomatolog și asistentul vor lua măsuri deosebite de protejare a contaminării posibile.

Prin urmare, numai prin anamneza clinică poate fi determinată necesitatea unei protecții speciale necesare medicului stomatolog și asistentului, anticipat realizării cercetărilor de diagnoză și efectuare a tratamentului. Mai mult de cât atât, pentru a preîntâmpina intoleranța preparatelor folosite de pacient cu medicamentele care vor fi administrate și pot fi prescrise de medicul stomatolog în timpul tratamentului endodontic, stomatologul este obligat să cunoască ce remedii curative primește pacientul. Nu vom exclude și posibilitatea prezenței la pacient a deranjelor psihice, despre care unii din ei le cunosc, iar alții nu.

Dacă vor apărea dubii, cât de mici, față de stările somatice sau psihice ale pacientului și respectiv faptului, cum poate fi de ele influențată terapia stomatologică, vom consulta obligatoriu medicul curator. În așa situații vom insista o concluzie succintă și dată în fișă de evidență a pacientului.

Din punct de vedere a diagnosticului diferențiat, aprecierea minuțioasă a anamnezei clinice poate înainta factori, care la rândul său pot favoriza determinării etiologiei-acuzării principale a pacientului cu stări de urgență. De exemplu, prezența în anamneză a anemiei cu hematii falciform-celulare sau rahitismului vitamin-D rezistent va indica posibilitatea necrozei spontane a pulpei.

Medicul, care stabilește diagnosticul, v-a atrage atenție la următoarele momente:

1. Maladii somatice severe;
2. Dezintegrări lezionale severe;
3. Emoționalitatea pacientului;
4. Obiceiurile (fumatul, alcoolul, drogurile);
5. Spitalizările precedente clinicii prezentate;
6. Folosirea medicamentelor;
7. Tratamentul evolutiv;
8. Simptoamele, care pot presupune patologii ne-diagnosticate sau deranje diverse a sistemelor organismului.

#### **Anamneza stomatologică:**

Ulterior selectării anamnezei clinice, medicul stomatolog v-a fi obligat să acumuleze datele anamnezei stomatologice, foarte grijuliu înscrise în fișa pacientului, conchis oglindind acuzele și simptoamele principale evidenționate, menționând debutul maladiei și ce după părerea pacientului, îmbunătățește sau agravează situația clinică.

Informația v-a fi acumulată, impunând pacientului întrebări direcționate spre proces, în același timp foarte grijuliu analizându-le.

V-a fi necesar de a scoate la evidență factorii, care îmbunătățesc sau agravează situația prezentată. Răspunsul la așa întrebări prezintă medicului informație necesară, întru obținerea datelor succinte despre starea pacientului.

La o bună parte de pacienți sunt prezente vădit fie doloritatea, fie proeminarea, ceea ce obligă o majoritate de întrebări direcționate lor.

Interogarea, cu astfel de întrebări, v-a facilita procesului de apreciere a localizării, originea, caracterul și gradul severității stării clinice prezentate.

Dacă medicul propune câteva întrebări orientative pacientii devin conștienți nu numai să răspundă la ele, dar și de sinestătător să aducă la cunoștință alte date capabile să suplinească tabloul verbal a situației acuzate. Destul de frecvent, în faza obținerii anamnezei stomatologice poate fi determinată diagnoza preventivă a procesului patologic. Și de regulă, examenările și testările, care urmează, confirmă presupunerea. Și poate rămânea doar situația determinării dintelui afectat. Vom duce cont de faptul că, în cadrul situațiilor clinice, când medicul determină dintele masiv distrus, pacientul prezintă semne de inflamație acută, cu simptoame clare, selectarea datelor anamnestică clinice v-a fi succintă, deoarece problema va fi clară.

Durerea de regulă apare în afecțiunile pulpare și devin un simptom mai frecvent necesar pentru determinarea diagnozei. Sursa doloității este determinată în timpul selectării datelor anamnestică, examinării și investigației. Sunt situații, când determinarea ei devine foarte complicată. Mai mult decât atât, din cauza stării psihologice a pacientului, în particular, a fricii, intensitatea de apreciere a durerii poate deveni neadecvată iritantului. Dacă pacientul acuză doloitate de proveniență odontogenă, de regulă, în majoritatea cazurilor ea este consecința pulpei cu o necrotizare inflamatorie focară sau fără ea.

Pacienții pot prezenta durerea ca proces acut, surd, îndelungat, periodic, slab, violent etc. Deoarece pulpa conține doar terminațiuni dolore, în cazul inflamației limitate doar în țesut pulpar, pacientul îi v-a fi imposibil să determine sursa durerii. În situațiile când inflamația se răspândește după foramenul apical și implică în proces și țesutul periodontal, care prezintă și terminațiuni nervoase proprioceptive, pacientul v-a fi capabil să determine dintele cauză, apreciat și prin procedura de percutare a dintelui afectat.

Durerea poate iradia în cavitatea orală, iar uneori și după hotarele ei. Mai frecvent ea v-a fi simțită

în dinții aceluiași cvadrant sau în dinți antagoniști și rarism poate intersecta linia medie a capului. Vom menționa că durerea nu obligatoriu v-a iradia în alți dinți, ea poate, de exemplu, să degajeze în sectorul auricular de aceeași parte a dintelui suferind sau în sus spre tâmplă, sau în jos în gât. În aceste situații sursa durerii iradiate extraoral devine molarul.

Durerea dentară, presupusă de origine neodontogenă poate fi de proveniență neurologică, cardio-vasculară, tumorală sau provocată de sinusită.

Medicul va conștientiza că sunt pacienții la care deranjele emoționale se pot manifesta la ei în forma durerilor dentare. În cazul, când cauza durerii dentare devine imposibilă de a fi determinată, va deveni necesară consultarea pacientului de specialiști de profil general.

Dacă pot fi determinate începutul, durata, frecvența, caracterul durerii și factorii care modifică perceperea ei și dacă ea poate fi inițiată sau calmată cu teste clinice, devine incontestabil faptul că durerea este de origine odontogenă.

Pacientul în așa situație v-a primi o satisfacție psihologică, deoarece medicul i-a demonstrat cu fermitate, că sursa de durere a fost determinată și că i se va efectua un tratament capabil să înlăture sindromul dolo-

Medicul stomatolog v-a cunoaște faptul, că deoarece durerea se manifestă ca un fenomen subiectiv complicat, interpretarea sau controlul reacției pacientului v-a fi un proces destul de anevoios.

În procesul de interogare vom ilucida unele aspecte simptomatologice:

1. Localizarea — locul unde se determina simptomul (simptomele);
2. Cronologie — debutul, evoluarea clinică și parametrii provizorii ai simptomelor;
3. Calitatea — descrierea caracterului acuzei dominante;
4. Intensitatea — puterea manifestărilor simptomatice;
5. Factorii acțiune — iritanții, care majorează, ameliorează sau prezintă alte acțiuni asupra simptomelor;
6. Anamneza suplimentară — tratamentul realizat precedent și alte detalizări, referitoare la regiunea afectată.

Primul aspect al acuzilor, care v-a fi investigat v-a fi — localizația. Pacientul v-a fi rugat să prezinte localizarea acuzei principale cu ajutorul degetului — proces care v-a preântâmpina erorile, care pot fi susținute de descrierea verbală. Dacă doloiritatea iriază sau se răspândește în alte regiuni, pacientului i se propune să determine direcția și durata simptomului.

Vom duce cont de faptul, că doloiritatea endodontică dintr-un focar, poate fi simțită în alt sector sau chiar în câteva din aceeași parte a feței. Devine axiomă situația, când până la debutul unui oarecare tratament paliativ ireversibil sau terapeutic este necesar ca localizarea și cauza acuzării principale să fie confirmată prin intermediul metodologiilor diagnostice. Prin așa

metodologie de cercetare medicul poate acumula date satisfăcătoare întru aprecierea corectă a diagnosticului, iar în cazul când acest proces nu a avut loc, v-a fi nevoie de investigații ulterioare.

Cronologie. Manifestările simptomelor endodontice provizorii sunt variabile și potențiale simultane. Din aceste considerente medicul v-a insista ca pacientul să expună precis faptele necesare întru determinarea corectă a diagnozei.

Debutul. Pacientul v-a fi rugat să precizeze, când de prima dată au apărut simptomele găsite în directă legătură cu acuzarea principală. Ulterior pacientului i se v-a sugera necesitatea de ași aminti amănunțele unor situații specifice, cum ar fi tratamentul stomatologic, cauzele traumelor sau stărilor de stres emoțional, care pot avea legătură cu debutul manifestărilor simptomatice.

Evoluția clinică și manifestările temporare. Urmează desfășurarea episoadelor în debut și cele ulterioare a durerii și altor simptome, concentrându-se atenție deosebită pe următoarele sugestii:

1. Caracterul manifestărilor — apariția sau dispariția fiecărui simptom, spontan sau provocat, pe neașteptate sau permanent? Pot fi găsite legături între provocarea sau atenuarea simptomelor și de stabilit factorii provocanți? După acțiunea factorilor provocanți simptomele apar imediat sau peste un interval de timp?
2. Periodicitatea — se repetă permanent simptomele din momentul apariției lor sau ele sunt periodice? Dacă ele sunt episodice, care-i frecvența apariției lor? Frecvența apariției fiecărui simptom rămâne nemodificată, se majorează sau devine minimală?
3. Durata — după apariție simptomele, se păstrău durată scurtă sau lungă? Durata păstrării simptomelor v-a fi necesară să fie stabilită aproximativ în secunde, minute, ore sau în unități și mai majore. Dacă factorii provocanți sunt determinați, va fi necesar de depistat sunt simțite simptomele induse doar pe durata acțiunii iritantului sau și după îndepărtarea lui?

Calitatea. Pacientul detaliat v-a descrie fiecare simptom, cauzat de situația dată de urgență. Caracterul simptomelor prezintă o mare însemnătate pentru diagnoza diferențiată, deoarece poate servi pentru medic în determinarea cauzei acuzării principale.

De exemplu, senzația de durere oarbă, săcâitoare sau dureri cu semne de tracțiune, de regulă, caracterizează durerea tisulară profundă. Durerea pulsatilă manifestă o stimulare patologică a vaselor arteriale (pulpită ireversibilă, cefalee de tipul migrenului). Durerea acută pongitivă, repetată este provocată de localizarea plexelor neurale radiculare, gangliilor sensibile sau nervilor periferici (exemplu pulpită ireversibilă, neuralgie trigemică), pe când o durere solictară poate fi rezultatul leziunii musculare sau ligamentare.

Deoarece pulpa se prezintă ca un țesut conjunctiv, alcătuit din diverse elemente (nervoase, vasculare, fibrilare, celulare și substanță fundamentală) și

comunică cu spațiul periodontal, fiind învecinată cu structuri ale scheletului facial, nu vom manifesta nedumeriri la senzațiile subiective multiple și frecvent variabile în cadrul stării endodontice acute. Pentru descrierea simptomelor de proveniență endodontică sunt folosiți mulți termeni: duritate, durere cu semne de tracțiune; în iradiere; dureri acute pongitive; durere vie, săcăitoare; pulsatilă; lancinantă, etc. Vom duce cont de faptul, că aceste dureri pot fi și de origine neendodontică, în urma spasmului muscular; dureri cardiace; dureri în consecința deranjelor nervoase și numai o examinare interogatoare minuțioasă v-a permite corectitudinea în apreciere.

După stabilirea caracterului durerii medicul v-a favoriza pacientul spre descrierea factorilor de influențare asupra ei. De exemplu, iritantul temperatural poate majora sau minimaliza durerea, provoca iradierea și îndepărtarea durerii pulsatile, cauzată de pulpita ireversibilă și chiar modifica caracterul durerii de bază.

Intensitatea durerii în cadrul maladiilor stomatologice poate să varieze considerabil. În același timp reacția pacientului la durere, funcția sistemului nervos central deasemenea poate fi variabilă. Asupra ei influențează mulți factori, care sunt dependenți atât de pacient, cât și de situația clinică. Dezvoltarea sau severitatea procesului patologic nu pot fi determinate doar prin manifestările durerii simțite de pacient. În același timp pentru medicul stomatolog, care acordă asistența endodontică, intensitatea durerii v-a servi în calitate de cel mai însemnat factor pentru selectarea procedurii de terapie a situației de urgență.

Medicul stomatolog v-a aprecia intensitatea durerii, prezentate de pacienți, cărora li se va propune să determine nivelul ei după una din categoriile propuse: slabă, moderată, pronunțată. Simptomatologia durerii poate fi apreciată și mai concret, dacă medicul stomatolog cunoaște bine situațiile clinice în cadrul cărora ea îi prezentă. Stimulanții locali, capabili să provoace duritate:

1. Caldul;
2. Recele;
3. Dulcele;
4. Mușcătura;
5. Mestecarea;
6. Percuția;
7. Legănatul capului;
8. Palparea.

Vom atrage atenția și la factorii situaționali:

- a. Schimbarea poziției capului;
- b. Perioada pe parcursul „zi-noapte“
- c. Tensionarea fizică;
- d. Modificări hormonale.

Toate datele diagnosticării, obținute prin acumularea anamnezei stomatologice, vor fi înregistrate.

Investigarea clinică în situațiile de urgență își are scopul de depistare și apreciere precisă a sursei acuzării de bază.

Investigațiile clinice sunt compuse din două părți:

1. Cercetările fizice;
2. Teste diagnostice.

Investigațiile fizice vor debuta prin procedura examinării vizuale minuțioase foarte atente, după care v-a urma palparea, percuția și examinarea parodontului.

Palparea: În cazul când inflamația țesuturilor periapicale îi cauzată de necroza pulpară, exudatul poate pătrunde prin lamina dură externă sub periost. Cu ajutorul pulpei degetului arătător comprimăm mucoasa la os, în sectorul modificat, făcând mișcări „dute-vino“. În cazul, când periostul v-a fi inflamăat, pacientul va acuza durerea. În cazul, când medicul a determinat prin palpăre sectorul sensibil (dolor), devine necesară investigarea în fișă a localizării, densității și distanței de suprafață. În cadrul prezenței abcesului devine necesară și palpația sectorului submandibular (cervical) a ganglionilor limfatici regionali. Modificările lor pot fi apreciate prin palpările bimanuale. Palpația ca procedură poate fi realizată extraoral și intraoral.

Percuția: v-a permite de apreciat starea ligamentului periodontal. Anticipat aprecierii acestui test pacientul va fi atenționat, că în cazul apariției „sensibilității crescute“, „diversității de sensibilitate“ sau „dolorității“, dânsul v-a anunța stomatologul fie prin voce sau ridicarea mâinii.

Înainte de percuție a dintelui cu ajutorul mânerului oglinzii stomatologice poate fi executată palparea lui cu degetul arătător, procedură mai puțin dură și ușor suportată de pacient.

Dinții vor fi supuși percuției prin tactica selectivă, proces care nu va permite pacientului să prevadă ordinea de percutare a dintelui următor. Percuția v-a fi efectuată în direcțiile ocluzală, vestibulară, linguală. Puterea loviturii percutorii v-a fi ușoară și satisfăcătoare, ca pacientul să aibă posibilitatea să determine diferența dintre dintele sănătos și cel cu periodonțiul afectat.

Cercetările parodontiului vor include: sondarea profunzimii pungilor (gingivală, parodontală), determinarea nivelului de fixare a gingiei și mobilității dentare. Căile fistulelor gingivale vor fi examinate pe întreaga lor lungime cu conuri de gutapercă (apreciate radiologic).

Teste diagnostice prezintă faza a doua a cercetărilor clinice.

Informatizitatea acestor teste depinde de precizitatea aplicării lor și capacitățile medicului stomatolog de a interpreta rezultatele lor.

Teste de temperatură. Unul din cele mai frecvente teste ale inflamației pulpare v-a fi duritatea, provocată de iritățile cu fierbinte sau rece. Aceste testări vor servi ca criterii de apreciere diagnostică foarte prețioase, deoarece în unele leziuni pulpare durerea influențată de factorul termic se poate calma sau agrava. Pentru o diagnosticare mai corectă sensibilitatea termică v-a fi executată la mai mulți dinți învecinați. Anticipat realizării procedurii de testare termică pacientului îi vor fi descrise senzațiile care pot apărea în urma ei. Vor fi cercetați în debut unul-doi dinți în partea opusă. Oferindu-i pacientului posibilitatea de a aprecia senzațiile apărute. La examinarea dintelui cauză, pacientul v-a avea încrederea în medicul sto-

matolog, că la prezentarea senzației subiective, dânsul imediat v-a stopa acțiunile iritantului. În debut, dintele supus examinării, v-a fi izolat și uscat cu un șervețel din tifon, incluzându-se și aspiratorul de salivă. Dinții nu vor fi uscați cu jet de aer, capabil să provoace hipotermia și să formeze stropi de salivă.

Testul cu încălzirea poate fi efectuat (corect) cu gutaperca încălzită cu flacăra până la 65,5°C (ea devine strălucitoare și moale). Dinții acoperiți cu coroane metalice vor fi testați cu fuloarul încălzit (5-10 sec) la flacăra, ulterior fiind apropiat de suprafața metalului.

Testul cu răcirea poate fi efectuat cu ajutorul Cloretilei, fragmente mici de gheață, freon. De exemplu: cu ajutorul Cloretilei se irigă fragmentul de vată înfășurată pe o baghetă, fiind înlăturat surplusul de lichid. După ce, vata umectată v-a fi rapid aplicată pe suprafața vestibulară a dintelui-cauză (izolat și uscat).

Testul electrometric este bazat pe efectul stimulării terminațiilor nervoase ale pulpei cu curent electric. Testarea electrică a pulpei prezintă doar presupunerea vitalității ei, servind în același timp ca o tehnologie prețioasă în procesul de diagnosticare diferențială. Vom duce cont de faptul că reacția fiziologică în limelele 2-6 mka v-a prezenta pulpa sănătoasă, iar odată cu apariția inflamației pulpare reacția v-a insista creșterea intensității curentului electric aplicat. Nu sunt excluse rezultate false.

Cauzele principale a reacțiilor false pozitive:

1. Contactul conductorului cu un metal sau gingie;
2. Retrăirile pacientului;
3. Necroza pulpară calicativă;
4. Lipsa izolării de lichidul oral.

Cauze principale a reacțiilor false negative:

1. Găsirea pacientului sub influența analgeticilor, narcoticilor, alcoolului și tranchilizanteilor;
2. Contact necalitativ cu adamantina;
3. Traumă dentară proaspătă;
4. Obliterarea pronunțată de canal;
5. Lipsa contactului cu sursa de curent;
6. Dinte permanent imatur cu termen scurt după erupere;
7. Necroză pulpară incompletă.

Edemul în regiunea maxilo-facială servește în calitate de manifestare frecventă și potențial periculoasă a patologiei odontogene. Edemul țesuturilor moi, corăportat cu starea dinților se poate manifesta, debutând de la Parulisul obișnuit până la infecțiile țesuturilor profunde spațiale și flegmonul, procese periculoase pentru viața pacientului, poate fi unicul simptom sau susținut de durere, de la cea mai slabă până la insuportabilă.

Majoritatea edemelor de proveniență endodontică sunt condiționate de ieșirea din sistemul canalului radicular a microorganismelor sau maselor necrotice, care răspândindu-se prin căile periapicale sau perilaterale alveolare invadează țesuturile moi.

Cauze iatrogenice a edemelor endodontice pot servi:

1. Acces neadecvat și necalitativ (ne menținerea stricta a regulei 3 „A”);
2. Curățarea și formarea incorectă de canal cu o obturare endodontică necalitativă;
3. Capacitățile de iritare a materialelor de obturare endodontică.

Nu se exclude, că cauzele apariției edemului acut și emfiseului tisular să fie neatenția realizării manipularilor cu hipocloritul de sodiu și apă oxigenată în formă de irigări endodontice.

Stomatologul care v-a practica acordarea asistenței de urgență pacienților la care edemul v-a fi principalul și unicul simptom de manifestare, prezentată, v-a fi obligat să-l diferențieze pe cel odontogen de la edemul în cadrul maladiilor de sistem, stărilor inflamatorii neodontogene, proceselor neoplazice etc.

Pentru diagnosticarea edemelor în regiunea maxilo-facială recomandăm algoritmul:

1. Determinați manifestările clinice a edemului (v-a fi obținută prin examinarea sistemică și palparea manual extraorală și intraorală). Atenție deosebită vom atrage:
  - 1.1. Topografie:
    - a. Localizația;
    - b. Dimensiunile;
    - c. Forma.
  - 1.2. Particularități fizice:
    - a. Consistența;
    - b. Mobilitatea;
    - c. Fluctuarea;
    - d. Temperatură de suprafață.
  - 1.3. Țesuturile lezate:
    - a. Determinarea țesuturilor lezate;
    - b. Răspândirea leziunii în țesuturi și spații anatomice.
2. Pentru aprecierea caracterului și gradului de lezare a osului efectuați cercetări radiologice necesare. Vom aprecia care-i natura lezării: osteosclerotică, osteogenă sau osteolitică. Nu se v-or exclude fotografiile suplimentare;
3. Examinați minuțios parodontiul. În cadrul edemelor de origine parodontală sau endodonto-parodontală sondarea va depista punji profunde;
4. Pentru determinarea afectării organului pulpar efectuați teste diagnostice necesare. Toți dinții învecinați locului edemului vor fi testați la vitalitatea lor. De regulă, cauză edemului odontogen sunt dinții cu pulpa necrotizată;
5. Pentru determinarea definitivă a diagnozei histologice orișice tumefacție atipică de etiologie neodontogenă va fi supusă biopsiei;
6. Până la intervenția chirurgicală conținutul edemului tisular v-a fi aspirat cu seringă pentru cercetare. Dacă la examinarea vizuală a conținutului din seringă prezența puroiului nu se confirmă, în așa caz incizia și drenarea nu vor fi efectuate.

Investigații R-logice vor fi indicate după obținerea datelor anamnestice și cercetărilor fizicale.

Radiografiile diagnostice v-or cuprinde suprafața regiunii cercetate, prezentând calitate suficientă a tabloului radiologic. Pentru depistarea modificărilor rentghenologice, care vor fi capabile să lămurească natura simptomaticei prezentate, stomatologul v-a fi obligat să cunoască anatomia normală a regiunii cercetate, variantele normei și patologiilor posibile.

Medicul va cunoaște despre diverse cercetări radiologice, folosite pentru diagnoza diferențiată a durerii în regiunea oro-maxilo-facială:

1. Film intraoral:
  - a. Proiecție periapicală;
  - b. Proiecție interproximală;
  - c. Proiecție ocluzală.
2. Film panoramic;
3. Film exo-oral în trei proiecții:
  1. Transparietal;
  2. Transfaringial;
  3. Lateral a mandibulei:
    - a. Lateral oblic;
    - b. În profil.

Medicul stomatolog este obligat să memoreze posibilitățile interpretării incorecte a datelor rentghenologice și nu v-a aprecia radiografia ca unicul criteriu ce ar permite începerea tratamentului.

Determinarea diagnosticului, proces foarte responsabil, care este concluzionat din analiza tuturor datelor prezente, obținute prin interogare, cercetările clinice și radiologice. Scopul constă în ilucidarea cauzei concrete a simptomaticei prezentate de pacient, care ar permite de executat sau recomandat tratamentul necesar stării de urgență.

Vom fi precauți în aprecierea localizării cauzei simptomaticei doli și edemice, deoarece, în dependență de ea v-a fi manifestata corectitudinea măsurilor de combatere a lor și prin urmare a stării de urgență. În paralel studiarea testelor pulpare și parodontale v-a permite de prognozat posibilitățile de refacere a dintelui afectat.

Vom fi obligați să efectuăm diagnoza diferențială cu evidența asemănărilor simptomatice a patologiilor pulpo-parodontale cu procese de proveniență neodontogenă.

Poziția dată v-a deveni foarte însemnată, în cazul când simptomele prezentate de pacient nu corespund totalmente patologiilor pulpo-parodontale.

Cauzele neodontogene a simptomaticei prezentate în regiunea oro-maxilo-facială pot fi divizate condițional în:

1. Organice;
2. Funcționale;
3. Vasculare;
4. Neuralgice;
5. Psihogene.

Deranjele organice pot fi consecința lezării structurale a organelor sau țesuturilor, acomodată într-un împlinirea funcțiilor specific. Exemplu: parestezie neodontogenă a mandibulei poate fi cauzată de prezența procesului tumoral, pe când același proces al maxilei poate apărea în consecința maladii sinusului ei.

Stările patologice cu afectare sinusului maxilei (inflamație, chist, tumoră, traumă) sunt cele mai frecvente cauze organice neodontogene de manifestări simptomatice oro-maxilo-faciale. Pe lângă simptomele specific lor pot fi prezente semne faciale cum ar fi parestezia regiunii suboculare, a aripioarelor nazale sau a buzei superioare, edemul, doliitatea. Manifestările intraorale a acestor patologii pot prezenta dolierea, parestezia, anestezia, sensibilitatea și doliitatea regiunii molarilor și premolarilor superiori la percuția și palparea părții afectate. În situațiile date nu v-a fi exclusă consultația specialistului. Întru corectitudinea diagnozei diferențiale vom executa palparea, percuția și testele vitalității pulpare.

Deranjele funcționale se pot manifesta prin dezechilibrarea stării fiziologice a organului sau țesutului fără modificări vizibile structural-organice. O manifestare a unui astfel de deranj poate servi sindromul doli de disfuncție miofacială (SDDM) cu angajarea regiunii articulației temporo-mandibulare.

Acest sindrom psihofiziologic poate fi susținut de stres emoțional major, constricție dentară și bruxism, deranj ocluzal.

Particularitățile de bază a SDDM va fi prezența doli unilaterale, limitarea mobilității mandibulei și doliitatea mușchilor masticatori la palpate. De regulă dolierea este oarbă. Dolierea în regiunea oro-maxilo-facială poate iradia în dinți, limbă, palat, articulația temporo-mandibulară (ATM), ureche, cap și gât. Sindromul v-a fi mai frecvent la femei.

Sindromul doli de origine vasculară prezintă stări clinice cu aprecierea simptomelor caracteristice modificărilor în vasele sanguine.

Cea mai mare parte a cefaleelor este provocată de deranje vasculare din regiunea craniană. În rândul a astfel de deranje domină cele funcționale conjugate cu migrenă.

Migrena clinic se manifestă prin crize de doli majore de cap, pulsatile, unilaterale. Pot fi prezente doli și bilaterale cu localizare în spatele bulbului olfactiv. Frecvent în timpul crizelor apar greață și vomă. Durata doliității poate ține și chiar zile în șir. Rar cauza apariției cefaleelor de migrenă poate fi premolarii și molarii maxilei.

Simptome de prodromă a migrenei clasice pot servi vertijul, paliditatea, transpirația, frisoanele, tremurul membrelor.

Dolierea migrenoasă este condiționată de dilatarea arteriilor extracraniene și de regulă sunt provocate de factorii psihici.

Ca factor de predispunere poate servi deranjele emoționale și stres.

Cefaleea poate frecvent să prezinte simptomatice infecției intracraniene sau de sistem, hiperesteziei, traumei externe sau celei intracraniene. Maladiilor oculare, de ureche, nasale, laringe și dentare pot provoca cefalee, despre care medicul stomatolog va duce evidență.

Deranje neuralgice — stare, în cadrul căreia criza doli dominantă se răspândește pe traiectul nervului respectiv sau regiunii inervate de el.

Pentru stomatolog însemnătate majoră va prezenta neuralgia trigemenului, deoarece în situația dată va fi afectată perechea a V-a de nervi cranieni (de regulă ramura II și III).

La moment, cea mai frecventă cauză a neurologiei date este cea de iritare cronică a trigemenului și lipsa frânării în nucleele lui, provocând descărcări electrice paroxismale în ele.

Durerea în cadrul neuralgiei trigemice clar este recepționată în formă de criză acută apărută pe neașteptate, asemănătoare loviturii cu curent electric. Crizele sunt caracterizate prin repetări neașteptate de intensitate exprimată și durată scurtă (de regulă pe parcursul a câtorva secunde). Simptomele acute sunt recepționate unilateral. Semnul specific al neuralgiei va fi prezența zonei trigger — sector dermic, mucozal etc, sensibil la atingere sau mișcare de aer (fonația, masticția, deglutiția, suflul, spălarea pe față).

Deranje psihogene — stări, în cadrul cărora simptomele prezintă proveniența psiho-emoțională și nu organică. În aceste situații durerea poate fi dominantă (de exemplu: în melanholie, depresie, ipohondrie).

Determinarea corectă a diagnozei endodontice va obliga medicul stomatolog să anunțe pacientul despre ea, gradul de lezare pulpo-parodontală, părerile profesionale despre refacere, planul de tratament recomandat, posibilitățile de tratament alternativ, gradul de risc și prognoză.

Tratamentul de urgență în endodonție va insista necesitatea menținerii a trei reguli:

1. Nu vom efectua tratamentul, până nu a fost confirmată diagnoza;
2. Mai bine nu de tratat, decât de tratat incorect;
3. Dacă apar dubii, mai bine trimiteți pacientul la alt medic stomatolog.

Menținerea strictă a acestor reguli va favoriza medicului să activeze calitativ și fără stresuri.

În toate situațiile clinice, care prevăd tratament endodontic foarte complicat, care va insista tehnici și tehnologii endodontice deosebite, v-om apela la specialiști endodontiști perfecțați în domeniul dat.

Tratamentul simptomatic:

Durere cauzată de factorii termici. Pot fi prezente trei categorii de situații, când pacientul poate manifesta așa tip de durere:

1. Înainte de tratamentul endodontic — v-a fi necesar de determinat sursa a astfel de durere. În caz când simptomatice și datele anamnestice certifică că diagnoza manifestă pulpita reversibilă, v-om apela la următoarea tactică:
  - a. Aplicarea pansamentului sedativ pe câteva săptămâni pentru a oferi pulpei posibilități de revenire în stare clinică de intactitate și lipsa de inflamație;
  - b. În cazul depistării cavității cariate, după o anestezie locală și izolare cu Kofferdam ea va fi preparată și obturată;
  - c. În cazul apariției durerilor la factorii termici, până la obturare definitivă, obturatorul v-a fi înlăturat, după ce cavitatea v-a fi ermetizată

cu un obturator provizoriu. După expirarea termenului de anestezie pacientul v-a menționa o ameliorare. După câteva săptămâni, dacă toate simptomele v-or dispărea, iar pulpa v-a prezenta reacție moderată, trecătoare la testele termice și electrice, obturația provizorie va fi înlocuită cu obturație de izolare și definitivă.

În caz de simptomatice și anamneză stomatologică, care indică pulpita ireversibilă, apare necesitatea de îndepărtare urgentă a pulpei. V-om duce cont de faptul, că în cazul când periodonțiul încă nu este afectat, suplimentar la anestezia locală de rutină, este recomandată și anestezia intraligamentară.

Injectarea corectă intraligamentară devine foarte efectivă întru obținerea anesteziei profunde în deosebi la prezența simptomelor acute. Mai mult decât atât, ea va favoriza minimalizării retrăierelor pacientului și tensionării medicului.

Și v-om da preferință terapiei endodontice bazate pe înlăturarea totală a pulpei cu o curățare minuțioasă a sistemului canalului radicular, care va permite să nu folosim pansamentul medicamentos intracanal, ci doar o sferă de vată sterilă, ermetizată cu o masă provizorie.

Ulterior debutului tratamentului endodontic, anticipat obturației de canal, în cazul când anamneza indică pulpita reversibilă, tratată conservativ, sau ireversibilă, după înlăturarea totală corectă a pulpei, orișice durere cauzată de factorii termici va testa-o ca semnul provocat de un alt dinte. Numai extirpația totală a pulpei din dinte cauză rapid va înlătura sensibilitatea termică. După o obturare corectă de canal, apariția durerii cauzată de factorii termici v-a menționa prezența altui dinte cauză.

Doloritatea percutorie va determina inflamația ligamentului periodontal, pe când pulpa inflamată v-a reacționa la factorii termici și electrice. În cazul, când dinte v-a fi acoperit cu coroană artificială, pentru aprecierea stării pulpare, v-a fi necesar de a provoca formarea unei comunicări diagnostice în ea.

În cazul, când organul pulpar este viabil, v-om aprecia ocluzia dentară cu ajutorul foitei articulative, efectuând la necesitate corectarea ocluzională (situația poate fi condiționată de o obturație a molarilor realizată în timpul apropiat). După efectuarea șlefuirii punctiforme, întru înlăturarea supracontactelor, recomandați pacientului, ca pe parcursul a câtorva zile să nu mestice pe partea respectivă, perioadă necesară pentru reînțoarcerea la normal a ligamentului periodontal cu dispariția discomfortului acuzat.

În caz, când pulpa nu prezintă semne de vitalitate (exemplu în necroză pulpară cu răspândire periapicală a procesului ca și în cadrul abcesului acut periapical, sau acutizării periodontitei cronice apicale) tratamentul endodontic v-a fi început urgent. După o anestezie locală și izolare cu Kofferdam efectuăm acces bun spre spațiul periapical pe cale odontogenă (regula a 3 „A”). Ulterior aprecierii lungimii de lucru a canalului, v-om înștrăina toate rămășițele pulpare și v-om curăța minuțios spațiul lui. În cavitatea pulpară

v-om aplica o sferă sterilă de vată, cu un antiseptic, ermetizând spațiul endodontic cu un pansament provizoriu.

Dacă simptomatologia îi prezintă la unul din dinții masticatori, el v-a fi scos din ocluzie.

În cazurile excepționale, și numai când de pe canal se elimină exudat, dintele (camera pulpară) poate fi lăsat deschis, recomandându-se pacientului ermetizarea cu vată, înainte de alimentație, cu excluderea ei după ea și folosirea analgeticilor slabi (aspirină sau alte).

În cazul când canalul v-a fi bine curățat, dintele cauză va fi închis cu un pansament provizoriu sub care se va găsi o sferă de vată sterilă.

Medicul v-a proceda corect, dacă a doua zi v-a suna pacientul, care la acel timp v-a prezenta o stare de sănătate mai confortabilă, situație care-i v-a provoca pacientului un efect psihoemoțional pozitiv.

În cadrul tratamentului endodontic a dinților cu pulpă vitală sau celor devitali, nu v-om uita că pot fi prezente și semnele unei inflamații trecătoare a periodonțiului apical, situație care este necesar de a fi lămurită și pacientului. Unii din pacienți v-or suporta ușor semnele inflamației periodontale, alții v-or necesita primirea analgeticilor slabi. În caz, când dintele este sensibil la percuție ușoară, sau reacția-i pronunțată, v-a urma anestezia locală și izolare cu kofferdam, îndepărtarea pansamentului provizoriu și cercetarea minuțioasă a canalului (canalelor) la prezența exudatului. La determinarea lui va fi obligatorie irigarea (spălarea) abundentă a spațiului endodontic cu soluție de hipoclorit de sodiu 2.5 — 3%. În paralel v-a fi repetate aprecieri a lungimii canalului radicular și efectuate curățarea și formarea lui.

Înainte de obturare a dintelui cauză, folosind cunoscutele de hârtie higroscopică ne v-om conforma că canalul radicular este uscat, procedură după care în camera pulpară va fi aplicată o sferă de vată sterilă, iar spațiul v-a fi ermetizat cu un pansament provizoriu. La necesitate v-or fi prescriși pe câteva zile analgetici slabi.

Nu v-om uita, că în cazul, când eliminările exudatului sunt prezente și chiar după o curățare minuțioasă și formare de canal, dintele v-a fi lăsat deschis pentru drenare (24 ore), pacientului îi se recomandă să mestece alimentația numai pe altă parte, frecvent executând gargare calde și sistematic și minuțios să se spele pe dinți.

V-om fi foarte precauți, când v-a apărea necesitatea de a lăsa camera pulpară deschisă, deoarece întotdeauna prioritatea îi va fi dată ermetizării cu un pansament provizoriu. Un dinte deschis, provoacă condiții întru infectarea canalelor radiculare cu microflora cavității orale — pericol capabil să majoreze posibilitatea apariției repetate a infecției.

Ulterior obturației endodontice frecvent la mușcătura sau masticăție, dintele cauză poate prezenta o duritate puțin exprimată, situație care poate fi prezentă până la 7 zile. Este obligatoriu, ca pacientul să fie preântâmpinat despre această posibilitate, fapt ca-

re-l și liniști. La pacienții emoționali v-or fi prescrise calmante și analgetici slabi. Dacă durerile sunt violente, iar în situațiile când ele sunt prezente în manifestare ușoară și după 7 zile pacienții sunt obligați să se prezinte imediat la medicul stomatolog. În cazul durerii violente la mușcătura pe dintele cauză adresarea la medicul stomatolog va fi imediată.

Edemul prezent până la realizarea tratamentului endodontic va obliga de a fi apreciat din mai multe aspecte: caracterul, localizarea și dimensiunile lui, vitalitatea organului pulpar.

Dacă în urma interogării, investigațiilor clinice și radiologice a fost determinat, că edemul este de origine odontogenă, iar pulpa este viabilă (în limitele fiziologice), diagnoza posibilă poate fi abcesul paradontal, în cadrul căruia nu se efectuează tratament endodontic. Procesul poate fi drenat prin pungea paradontală.

În cazul când pulpa este devitală, diagnoza procesului poate fi apreciată ca abces apical acut sau cronic. Palparea și examinarea obiectivă v-or demonstra ce prezintă edemul — formațiune moale cu fluctuație sau dură cu indurație. Localizarea poate fi în vecinătatea apexului, sau ceva mai îndepărtată de dinte, pe larg răspândită sub periost, sau localizată în jurul dintelui. În cazul infiltratului moale cu fluctuație și depistare a dintelui cu pulpă nevitală, va fi indicată incizia nu mai mică de 2,0 cm și drenarea.

Până a efectua incizia pentru drenarea edemului v-om efectua următoarele manipulări:

1. După anestezie tronculară se efectuează submucozal în regiunea edemului, introducerea unui ac injectabil cu diametrul 0,4mm, fixat pe seringă de aspirație, care v-a conține 0,5 a carpulei de anestezic: v-om împinge 2-3 picături de anestezic, după ce va urma tragerea pistonului seringii;
2. În cazul prezenței exudatului purulent, el va apărea în carpula, ce va servi ca indicatorul efectuării inciziei. În cazul, când exudatul va fi hemoragic, efectuarea inciziei va fi anulată;
3. În cazul când focarul nu este pregătit pentru incizie și drenare vor fi recomandate gargarisme frecvente. Vom prescrie la necesitate antibioticele, iar în cazul mării edemului sau devenirii lui mai moale, pacientul se va adresa urgent.

Independent de efectuarea inciziei și drenării, dintele cauză a apariției edemului v-a fi supus tratamentului imediat. După anestezie tronculară și izolare dintelui cu Kofferdam, el va fi exclus din ocluzie. Cu ajutorul piesei pneumatice cu o freză fără vibrații și la turații majore va fi realizat accesul spre spațiul endodontic. O descoperire bună a camerei pulpare va favoriza procesului de drenare odontogenă — apariția picăturii de exudat purulent sau hemoragic. Câte odată după acces la camera pulpară canalul radicular poate rămânea uscat, însă după trecerea lui cu un fail medicul realizează deblocarea, după care în câteva secunde din canal va apărea exudatul purulent sau hemoragic. În cazul apariției exudatului îi vom permite câteva minute pentru drenare. Ulterior canalul va fi



minuțios curățit și format. În cazul când eliminările v-or dura 5-10 min, dintele va fi lăsat deschis pentru o drenare până la ziua următoare. Pacientului în așa caz îi vor fi prescrise antibioticele, fiind recomandată efectuarea testării sensibilității exudatului la ele, cât și a microorganismelor.

Ulterior începerii tratamentului endodontic, obligatoriu anticipat obturației de canal vom duce cont de situațiile de bază, predispușe stărilor de urgență, cum ar fi:

1. Periodontita cronică apicală fără formarea fistulei;
2. Intervenție endodontică repetată în regiunea canalului radicular anticipat tratat;
3. Înstrăinarea parțială a pulpei dentare necrotizate;
4. Blocarea ireversibilă a acului de irigare în canal la introducerea soluției de irigare.

Pentru primile trei situații clinice sunt comune deranjele echilibrului dinamic dintre microorganismele, toxinele, detritusul necrotic din sistemul canalului radicular și celulele inflamației cronice, care înconjoară apexul radicular. Vom efectua tratamentul edemului după tehnologia descrisă mai sus. Medicul v-a fi obligat:

1. Să aprecieze viabilitatea pulpară a dinților vecini, deoarece nu poate fi exclusă coincidența, când cauza edemului este dintele vecin;
2. Vom aprecia starea parodontiului, deoarece nu poate fi exclusă situația, că în jurul dintelui care primește asistența endodontică se poate dezvolta abcesul parodontal lateral. În cadrul terapiei stărilor de urgență endodontică pacientul v-a sesiza o îmbunătățire a sănătății orale după câteva minute.

Un alt tip de stări de urgență asociate cu edem și dureri, poate fi inițiat în cazul când, pacientul se găsește în fotoliu stomatologic.

În timpul irigării canalului radicular poate apărea:

1. Durere acută ne așteptată (chiar după anestezie);
2. Apariția edemului în câteva minute;
3. Apariția hemoragiei profuză și îndelungată de pe canal.

Toate aceste situații pot fi provocate în executarea ne atentă a irigării de canal cu hipocloritul de sodiu. Căuza v-a fi blocarea acului de irigare pe canal în timpul introducerii soluției, situație care v-a expulza hipocloritul de sodiu în țesuturile periapicale. Vom ține cont de faptul, că reacția pacientului v-a fi foarte rapidă și puternică — situație care va insista autoposedarea de a preântâmpina panica.

Terapia situației date va include:

1. Păstrați autocontrolul și nu provocați panică;
2. La necesitate apelați la câteva persoane în ajutor pentru a fixa pacientul în fotoliu într-o realizare a anesteziei tronculare în scopul atenuării durerii. Devine necesară o intervenție intramusculară a mijloacelor sedative și analgetice;

3. Nu opriți hemoragia. Organismul de sinestă-tător va dilua lichidul toxic, înlăturându-l din el. Prelunghiți aspirația, până nu se va încetini hemoragia. Perioada poate dura 5-20 min, fiind dependentă de cantitatea, concentrația și temperatura soluției expulzate periapical;
4. Intramuscular (prioritar) sau per os prescriem un antibiotic puternic;
5. Pentru tratamentul ulterior trimiteți pacientul urgent în chirurgia oro-maxilo-facială.

V-a deveni prompt faptul, că situațiile date pot fi preântâmpinate, dacă în timpul irigației vom menține strict două reguli foarte simple:

1. Nu v-om permite blocarea (anclavarea) acului pe canal;
2. Soluția să fie introdusă foarte lent.

V-om duce cont de faptul, că numai în cazul când în capul tratamentului endodontic se v-a găsi procedura de sterilitate prezentă la toate etapele: de lărgire, de irigare, de irigare preobturativă și de obturare endodontică tridimensională avem toate șansele de a preântâmpina apariția complicațiilor post tratament endodontic.

#### Durerea spontană:

a. Apărută până la executarea tratamentului endodontic — în cazul când este acuzată durerea de origine pulpară (de bază) diagnosticul poate fi: pulpita ireversibilă, necroza pulpară parțială sau necroza pulpară cu lezarea zonei peripapale. Situații care insistă o asistență de urgență.

Foarte eficace devine curățirea întregii sisteme a canalului radicular independent de răspândirea inflamației pulpare. La pacienții care anticipat adresării au suportat durere de lungă durată, pronunțată și permanentă va fi efectuată o injecție cu anesthetic local, care-i v-a îmbunătăți considerabil situația sănătății. O atitudine binevoitoare a stomatologului și asistentului prin vocea atentă și grijulie, contactul moale manul cu suprafețele suferinde, vor favoriza unui mare efect terapeutic (susținere psihologică).

După determinarea diagnozei corecte medicul v-a efectua anestezia, v-a infraocluziona dintele cauză, v-a aplica kofferdamul și pe calea unei curățiri și formării minuțioase a spațiului endodontic v-a înstrăina pulpa și rămășițele ei. Tratamentul executat poate provoca durere provizorie și întru ameliorarea posibilității apariției ei vom prescrie un analgetic de tipul Ibuprofen. În condițiile casnice pacientul frecvent își va clăti gura cu soluții de antiseptice slabe, alimentându-se regulat și caloric, după ermetizarea cavității dentare cu o vată.

Pe parcursul evoluției tratamentului endodontic, anticipat obturației radiculare, cauza posibilă a durerilor spontane poate fi extirparea pulpară parțială din conținutul prezenței canalului accesoriu, rămas nedetectat. În situația apărută vom executa anestezia locală și vom aplica kofferdamul. Vom înstrăina pansamentul provizoriu la prezenta lui, după care v-om aprecia prezența exudatului în fiecare canal aparte cu conuri de hârtie higroscopică subțiri. Suplimentar vom stu-

dia radiograma și camera pulpară întru determinarea canalelor suplimentare. În cazul prezenței exudatului, canalul ( canalele) v-a fi curățat și format repetat, după care v-a urma uscarea cu conuri de hârtie. Vom duce cont de faptul, că dacă durerea (exudatul) a fost de origine pulpară, după curățare ușor va fi obținută uscarea, pe când cea de origine periodontală poate să se prelungească. În cazul doi vom introduce pe canal, cu ajutorul faillelor, o pastă de hidroxid de calciu, care v-a opri eliminările exudatului, iar dintele v-a fi supus ermetizării până la 3 săptămâni și mai mult.

La ședința a doua, medicul v-a determina canalul (lele) uscat, după care v-a urma procedura de finalizare a tratamentului prin obturarea tridimensională de canal (e).

Cauză a durerilor postobturaționale de canal poate fi expulzarea instrumentului endodontic după apex sau materialelor de obturație (sealer, filer). În același timp stomatologul v-a demonstra grad major de suspiciune referitor la prezența unui alt dinte afectat sau a durerii neodontogene.

În cazul obturației radiculare corecte, fără expulzări de masă peripaical, vom combate durerea cu anti-inflamante și analgetice. În situația clinică, când masa de canal a fost expulzată minimal peripical, vom preîntâmpina pacientul, că în cazul dat pot apărea sensibilizări dolore, proces care-i v-a minimaliza pacientului emoțiile negative. La apariția durerilor violente adresarea urgentă va fi obligatorie.

Pacientul rapid iritabil v-a primi un analgetic slab (de tipul aspirinei), cunoscând faptul, că în câteva zile durerile vor dispărea.

În cazul expulzărilor mai pronunțate, dacă durerile vor fi prezente mai mult de câteva zile, pacientul se va adresa medicului pentru o intervenție chirurgicală (rezeecție apicală, chiuretarea masei expulzate la lipsa formațiunilor anatomice învecinate).

Nu vom uita, că procesele inflamatorii peripaicale pot deveni capabile ușor să supraocluzioneze dintele cauză, situație care v-a insista corectarea ocluzală.

Diagnoza precisă și tratamentul corect a strârilor acute v-a fi obligațiunile deosebite a centrului stomatologic. Tratamentul atent și eficace a stărilor endodontice urgente v-a fi de mare folos nu numai pacienților, dar și v-a servi considerabil serviciului stomatologic.

### Bibliografie

1. Cara M. Miyasaki-Ching., Elemente clinice de stomatologie. București, 2001 p. 352-377;
2. Constantin Mocanu, Maria Vataman, Endodonție practică. Ed. Apolonia, Iași, 2000, p.276-285;
3. Ковальов Е.В., Петрушанко В.М., Сидорова А.И. Пульп[г. Патоморфология. Клиника. Лікування. Полтава, 1998, стр. 87-91;
4. Данилевский Н. Ф., Сидельникова А. Ф., Рахний Ж.И. Пульпит. Київ, „Здоров’я“, 2003, стр.154-162;
5. Николишин А.К., Современная эндодонтия практического врача, Полтава, 1998, 155 стр;
6. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология, Санкт-Петербург, 2001. Стр. 193-336;
7. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Практическая эндодонтия, Киев, Из-во Книга плюс, 2001. Стр. 184-196;
8. Эльмар Хельвиг, Йоахим Климчек, Томас Агтин, Терапевтическая стоматология. Из-во „Гал-Дент“, Львов, Украина, 1999. Стр. 221-294.

Data prezentării: 20.10.2014

Recenzent: Mihail Cojocar

## UNELE ASPECTE DE PREVENȚIE ȘI TRATAMENT ALE CARIILOR DENTARE

**Eduard Untila,**  
*doctorand*

*Catedra Chirurgie  
OMF, Implantologie  
și Stomatologie  
Terapeutică „Arsenie  
Guțan“, USMF „Nicolae  
Testemițanu“*

### Rezumat

Caria dentară este unul din cele mai răspândite procese patologice ale organismului uman și reprezintă un proces cronic distructiv al țesuturilor dure dentare care evoluează prin fenomene inflamatorii atipice și care în final, interesează pulpa dentară și parodontiul apical, iar prin complicațiile sale întregul organism.

**Cuvinte cheie:** caria dentară, prevenție, factor de risc, complicații.

### Summary

#### PREVENTION AND TREATMENT OF CARIES

Caries is one of the most common diseases of the human body. It represents a chronic disease that causes demineralization of the hard tissues of the teeth, which evolves through atypical inflammatory processes, affecting the pulp and the periodontal tissues, causing complications throughout the body.

**Key words:** caries, prevention, risk factors, complications.