

re perfectă. Metodele de osteosinteză aplicate cât mai precoci după accident, asigură re poziționarea corectă și fixarea rigidă a bonturilor osoase, astfel favorizează o vindecare mai rapidă.

Factorii dependenți de bolnav-adresarea tardivă a bolnavului, nerespectarea de către bolnav a indicațiilor, alimentația, înlăturarea de către bolnav a blocajului intermaxilar înainte de timp, dorința bolnavului de a se vindeca.

Factorii dependenți de medic (capacitățile medicului): Repoziția fracturii — cu cât e mai mare spațiul dintre fragmente cu atât mai mult timp este necesar pentru formarea calosului care în timp se va organiza în os. Imobilizarea perfectă va micșora timpul aflării accidentatului pe buletin de boală. Imobilizarea necorespunzătoare va duce la distrugerea chiagului sanguin, punctul cheie din care se formează calosul. Mobilitatea patologică între fragmente distruge calosul ce se formează între bonturi, deci imobilizarea perfectă pe toată perioada tratamentului e cheia succesului. Asanarea cavității bucale cu extracția dinților cu infecție, resturi radiculare, eschile osoase, corpi străini. Igiena perfectă a cavității bucale e îndrumarea, controlul și lămurirea pacientului.

Factorii dependenți de complexitatea tratamentului: cu cât trauma va fi mai gravă cu atât tratamentul va fi mai îndelungat. Trauma asociată duce la etapizarea tratamentului care va duce la diferite complicații. Factorii dependenți de terenul biologic: bolile de sistem; vârsta bolnavului, gravidele și la femeii în perioada de alăptare a copilului. Factorii dependenți de disponibilitățile tehnice a instituției medicale: cu

cât instituția medicală are un complex diagnostic bun, materiale pentru operații, reabilitare, laborator tehnic cu atât bolnavul se va vindeca mai repede.

Concluzii

1. Tratamentul chirurgical prin diferite metode de osteosinteză a fost aplicat la 19,19% cazuri din bolnavii cu fracture de mandibulă.
2. Fracturile de mandibulă cu deplasare sau înregistrat în 71,21% și duble 47,47%.
3. Fracturile de mandibulă în 31,81% sunt asociate.

Bibliografie:

1. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 572-652
2. Chele, N. Optimizarea tratamentului complex al fracturilor de mandibulă. Teza de doctor în medicină. Chișinău. 2006. Pag. 124
3. Railean, Silvia. Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-facială la copii. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2001. pag. 20.
4. Lupan, I. Unele aspecte ale asistenței de urgență oro-maxilo-facială pediatrică / Iu. Cuja, S. Țatova, ... // Materialele conferinței anuale a colaboratorilor USMF „N. Testemițanu”. — Chișinău, 1999. — P. 494.
5. Popescu, Eugenia Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței. — Iași, 1999. — P. 13-14.
6. Sirbu, D. Osteosinteza mandibulei prin acces endobucal. Chișinău, 2008, pag. 166.
7. Гуцан, АЕ. Остеосинтез нижней челюсти гетерогенными фиксаторами. (Экспериментально-клинические исследования). Автореф. дисс. д-ра. мед. наук.- Кишинёв, 1994. 40 стр.

Data prezentării: 16.05.2013.

Recenzenți: Ion Munteanu, Dumitru Șcerbatiuc

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI PERIOSTITEI ODONTOGENE ACUTE

Marina Ciobotaru,
studentă anul V
Facultatea Stomatologie
a USMF "Nicolae
Testemițanu"

Dumitru Hițu,
d.m., conf. univ.
Catedra de Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială și
Implantologie Orală
„A. Guțan”,
USMF „Nicolae
Testemițanu"

Rezumat

Cele mai bune rezultate ale tratamentului bolnavilor cu periostită odontogenă sunt oferite de către terapia complexă, ceea ce implică asocierea intervenției chirurgicale cu tratamentul medicamentos și agenți fizici.

Tratamentul chirurgical presupune evacuarea colecției purulente și extracția dintelui cauzal, dacă acesta și-a pierdut valoarea funcțională sau tratamentul endodontic nu face față.

Tratamentul medicamentos include remedii din clasa antibioticelor, antimicoticele, analgeticelor, hiposensibilizantelor, vitaminelor și asociat cu fizioterapie duce la scurtarea procesului de vindecare.

Însă erorile de tratament, precum și reactivitatea scăzută a organismului, pot conduce la apariția diferitor complicații, cum ar fi: flegmoane, osteomielită, sinusită, mediastinită, tromboflebite, sepsis și uneori deces.

Cuvinte cheie: periostita odontogenă, tratament chirurgical, medicamentos, complicații.

Summary

PARTICULARITIES TREATMENT OF ACUTE ODONTOGENIC PERIOSTITIS

The best results of treatment of patients with odontogenic periostitis are provided by complex therapy, which involves the combination of surgery with medication and physical agents.

Surgical treatment involves removal purulent exudate collection and extraction of the tooth concerned if it lost his functional value or endodontic treatment not cope.

The medical treatment includes: antibiotics, antimycotics, analgesics, antihistamines, vitamins associated with physiotherapy leads to shortening the healing process.

However, treatment errors and low reactivity of the body can lead to various complications such as phlegmons, osteomyelitis, sinusitis, mediastinitis, thrombophlebitis, sepsis, and sometimes death.

Key words: *odontogenic periostitis, surgical treatment, medicines, complications.*

Introducere

Periostita odontogenă reprezintă o inflamație acută a periostului procesului alveolar al maxilarelor, cu formarea abcesului subperiostal mai frecvent pe partea vestibulară a procesului alveolar și mai rar pe partea lingvală sau palatinală [10].

Periostita odontogenă a maxilarelor constituie o problemă actuală atât a stomatologiei terapeutice, cât și a chirurgiei oro-maxilo-faciale datorită frecvenței mari a acestei patologii, în special în rîndul populației tinere și de vîrstă mijlocie (16-40 ani) [11].

După datele colaboratorilor de la catedra chirurgie OMF (1990) bolnavii cu periostită a maxilarelor constituie 5,2-5,4% din numărul total de bolnavi aflați la tratament în staționarele stomatologice și 83% din bolnavii cu procese inflamatorii odontogene acute în ambulator [5].

Conform datelor secției de chirurgie oro-maxilo-facială din anul 2003 periostita maxilarelor se află pe primul loc printre infecțiile odontogene, întîlnindu-se la 29,7% din pacienți [6].

După datele Робыстова Т. Г. și a altor autori din străinătate, în anii 1990, periostita maxilarelor era o complicație inflamatorie odontogenă frecvent întîlnită, alcătuiind 20-40% [8, 11].

Шаргородский А. Г. (2001) descrie în studiile sale că au fost diagnosticați cu periostită 10-15% din pacienții aflați la tratament în policlinica chirurgicală și 70-80 % din pacienții cu afecțiuni inflamatorii din staționar [13].

După datele lui Тимофеев А. А. (2002) periostita se întîlnește la 7% din pacienții care se tratează în policlinică, iar la 20-23% din pacienții care se tratează în staționar s-au observat forme complicate ale periosti-

tei. Bolnavii se adresează în 90-95% cu forma acută a periostitei și 5-6% cu forma cronică [12].

Cu toate progresele realizate în privința măsurilor de prevenire, igienice, de imunizare activă sau pasivă, totuși în ultimii ani s-a identificat o creștere remarcabilă a numărului de bolnavi cu periostită odontogenă, precum și a complicațiilor acesteia, cum ar fi flegmoane, osteomielită, sinusită, mediastinită, sepsis etc. În același timp, leziunile inflamatoare în regiunea oro-maxilo-facială au un impact negativ asupra întregului organism prin instalarea unor focare stomatogene de infecție și intoxicație.

Problema îmbunătățirii asistenței stomatologice acordate pacienților cu afecțiuni

odontale și elaborarea metodelor eficiente de tratament rămâne actuală, iar aplicarea metodelor de lichidare a focarelor odontogene de infecție este una din sarcinile principale ale stomatologiei moderne. **Scopul studiului** Studiul clinico-statistic al periostitelor la pacienții tratați în staționar pe parcursul anului 2011 și analiza datelor contemporane a literaturii de specialitate privind metodele de tratament ale periostitei odontogene acute pentru reabilitarea precoce a pacienților și reducerea numărului complicațiilor acesteia.

Materiale și metode

În scopul cercetărilor au fost utilizate fișele medicale a 227 de pacienți cu periostită odontogenă ce s-au tratat în secția de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală pe parcursul anului 2011. Analiza fișelor din cadrul arhivei Centrului Științifico-Practic a Spitalului Clinic Municipal de Urgență a permis extragerea următoarelor date: sexul, vîrsta, locul de trai, tipul de adresare, profesia, etiologia, localizarea procesului, durata spitalizării și tratamentul utilizat.

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2011, în secția de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală, cu periostită odontogenă acută au fost spitalizați 32,7% din numărul bolnavilor cu procese inflamatorii odontogene aflați la tratament în staționar, astfel se atestă o creștere cu 3% comparativ cu anul 2003.

Tablelul 1. Frecvența periostitei în dependență de sex și locul de trai

Locul de trai	Repartizarea după sex	
	Femei	Bărbați
Urban	88	56
Rural	51	32
Total	139 (61,2%)	88 (38,8%)

Din numărul total al bolnavilor cu periostită odontogenă 61,2% corespunde sexului feminin, adresa mai frecventă a acestora fiind cauzată de cerințele estetice ale aparatului dento-maxilar, de fobia lor de eventualele complicații precum și de responsabilitatea cu care acestea urmează indicațiile medicului. Majoritatea bolnavilor probabil se tratează la locul de trai,

căci doar aproximativ 37% din cazuri cu stări grave s-au adresat la Spitalului Clinic Municipal de Urgență din alte județe ale republicii (Tab.1).

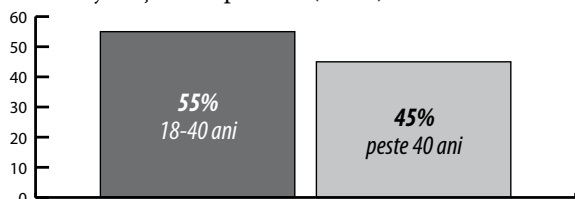


Fig. 1. Repartizarea după vîrstă

Cel mai frecvent sunt afectate persoanele cu vîrsta cuprinsă între 18 și 40 de ani — 55%, cea mai frumoasă și aptă de muncă (fig.1).

Adresarea de sine stătătoare a pacienților cu periostită odontogenă este destul de mare, constituind 71,8%, în timp ce transportarea cu ambulanța este mult mai mică — 14,5%, iar cu îndreptare s-au adresat în 13,7% din cazuri (fig.2). Această situație se explică prin faptul că cabinetele private nu dispun de serviciul chirurgical, iar asimetria feței și alte dereglări funcționale majore îl „stimulează” pe pacient să se adreseze în instituțiile medicale specializate.

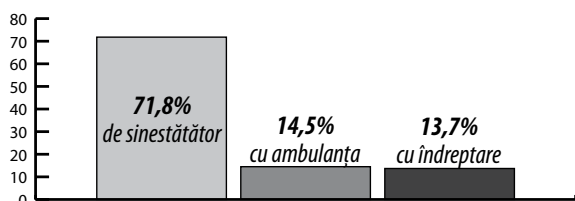


Fig. 2. Repartizarea după modul de adresare

În ceea ce privește statutul social, majoritatea pacienților sunt angajați — 56,8%, cei fără un loc de muncă constituie 22,9%, pensionarii — 10,6% și invalizii — 9,7%, respectiv 43,2% din pacienți sunt reprezentanți ai păturilor social vulnerabile care prezintă dificultăți în achitarea serviciilor medicale.

După localizarea procesului inflamator: abces subperiostal vestibular în 67,4% din cazuri, abces al șanțului mandibulo-lingual — 30,8%, abces palatinal — 1,8% (fig.3). De aici se evidențiază că zona topografică cel mai des afectată de periostită este partea vestibulară a procesului alveolar, iar cel mai puțin afectate sunt partea lingvală și palatinală, în funcție de topografia apexului dintelui cauzal.

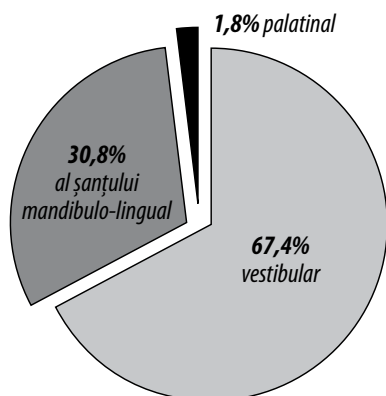


Fig. 3. Raportul după topografia periostitei

Conform datelor obținute la investigații, am stabilit că cei mai frecvenți dinți care cauzează procesul inflamator sunt în ordine: leziunea molarului trei — 30,5%, leziunea primului premolar — 14,2% și a celui secund — 12%. După cercetările autorilor: Guțan A, Безрукова В. М., Тимофеев А. А., sursa cea mai frecventă a periostitei o constituie afecțiunile dinților în ordine — molarul 1, molarul 3, molarul 2, premolarii, incisivul lateral și foarte rar incisivii centrali și caninii [5, 8, 12].

Tratamentul periostitei presupune evacuarea colecției purulente și extracția dintelui cauzal, dacă acesta și-a pierdut valoarea funcțională sau tratamentul endodontic nu face față, precum și asocierea terapiei medicamentoase.

Astfel, în 35,7% din cazuri s-a efectuat doar periostotomia, iar în 64,3% s-a asociat și cu extracția dintelui cauzal (fig.4).

Intervenția chirurgicală s-a realizat în 98,7% din cazuri sub anestezie loco-regională, iar în 1,3% a fost necesară anestezie generală.

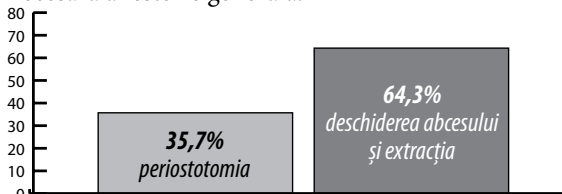


Fig. 4. Repartizarea în funcție de metoda de tratament chirurgicală efectuată

Bolnavii care s-au aflat în staționar 1-4 zile constituie 53,3%, cei care s-au tratat timp de 5 zile — 26,9%, iar cei cu forme grave de periostită care s-au aflat la tratament în staționar 6 și mai multe zile reprezintă 19,8% (fig.5).

În structura afecțiunilor stomatologice care se dovedesc a fi cauza incapacității temporare de muncă, periostita odontogenă încă mai deține majoritatea cu 68,1%, urmată de pericoronarită-6,9%, alveolită-5,8% și alte afecțiuni-19,2% [15].

Majoritatea pacienților tratați în staționar cu periostită odontogenă sunt asigurați, însă 14,1% din cazuri au achitat costul intervenției și spitalizarea, care constituie în medie suma de 760 de lei pentru fiecare pacient.

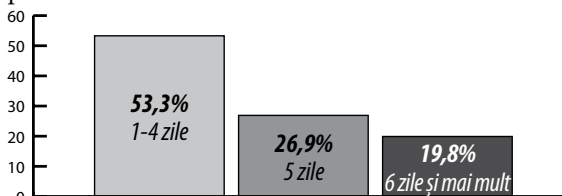


Fig. 5. Repartizarea după durata tratamentului

Particularitățile tratamentului chirurgical

Tratamentul periostitei odontogene se efectuează de obicei în condiții de policlinică și doar în cazuri deosebite (pacienți cu afecțiuni generale asociate; pacienți cu status imun compromis; evoluție rapidă a supurației; supurații extinse cu tulburări funcționale majore în respirație, masticatie, deglutiție; stare febrilă).

lă; risc crescut de hemoragie postoperatorie; sarcină; în tratamentul complex în care este indicat o terapie antibacteriană intensivă etc.) — în staționar [1, 2, 11].

Deschiderea chirurgicală a abcesului subperiostal se realizează sub anestezie loco-regională (infiltrativă sau tronculară), iar în unele cazuri sub anestezie generală: pacienți necooperanți, copii, bolnavi excitați psihomotor, etilici, epileptici, alergici la anestezicele locale [2, 11].

Incizia trebuie efectuată conform următoarelor principii:

- se practică în zone declive pentru a permite drenajul gravitațional;
- nu se practică în zonele centrale ale tumefacției, slab vascularizate;
- alegerea locului de incizie trebuie să țină cont de spațiile anatomice afectate, de o eventuală evoluție în spațiile vecine, de structurile vitale prezente la acel nivel, de tipul de drenaj, de posibilele sechele postoperatorii;
- incizia trebuie să faciliteze pătrunderea în spațiile afectate, dar și în spațiile vecine ce ar putea fi afectate de extensia supurației [1].

Unii autori afirmă că incizia trebuie să se practice la nivelul bombării maxime și să aibă un traiect longitudinal [8, 9, 11].

Drenajul supurației se asigură cu simple fișii de cauciuc steril tăiate dintr-o mânășă, lame de cauciuc sub formă de jgheab sau cu tuburi subțiri de politilen cu diametrul de 2,5 mm. Drenul permite evacuarea în continuare a secrețiilor purulente, păstrînd în același timp îndepărtate marginile plăgii. Acesta se menține 24-48 de ore, pînă cînd se remit fenomenele loco-regionale [2, 9].

Pentru deschiderea abceselor subperiostale este necesară o abordare specifică, deoarece acestea se localizează predilect vestibular, lingual sau palatinal, în funcție de situația anatomică a apexului dintelui cauzal.

Pentru deschiderea *abcesului vestibular superior* se efectuează o incizie cu lungimea nu mai mică de 2-2,5 cm, care se practică la nivelul bombării maxime a tumefacției, avînd întotdeauna un traiect longitudinal în lungul șanțului vestibular. Bisturiul va inciza, printr-o singură mișcare, atît mucoasa, cît și periostul, mergîndu-se dintr-o dată pînă pe corticala osoasă [1, 2, 3, 5, 13]. Alți autori afirmă că incizia trebuie practică în limitele a 2-3 dinți [9] sau că aceasta trebuie să realizeze pe toată regiunea infiltrată în regiunea a 3-5 dinți, cu scopul asigurării unui drenaj mai eficient [8,11].

Incizia *abcesului vestibular inferior* trebuie să evite lezarea vaselor mentoniere sau a unor ramuri din vasele faciale, iar pentru aceasta este necesar să se secționeze cu bisturiul avînd lama îndreptată spre os, perpendiculară pe acesta, iar în regiunea gării mentoniere incizia va fi plasată mai aproape de coletul dinților [3].

Pentru deschiderea *abceselor palatinale* există mai multe variante de plasare a inciziei sau exciziei în funcție de locul unde este cantonată infecția: în colecțiile anterioare se va face o incizie pe bombarea maximă a tumefacției; în abcese cu evoluție către marginea

gingivală, se va face simpla decolare a fibromucoasei, cu ajutorul unei pense boante sau a unui decolorator fin, pătrunzîndu-se astfel în colecția supurată; în colecțiile localizate mai aproape de linia mediană, incizia va fi făcută paramedian, paralelă cu artera palatină, dar interesînd toată zona de fibromucoasă bombată. [1, 2, 3, 11, 12].

Marginile plăgii palatine fiind rigide au tendința să se apropie imediat, nepermițînd evacuarea exudatului purulent, de aceea este necesară excizia unei porțiuni de fibromucoasă în „felie de portocală” sau triunghiulară (după Васильев Г. А.). Aplicarea unui dren din cauciuc nefiind posibilă (acesta neavînd stabilitate) se va introduce pentru 24 de ore o meșă iodoformată în plagă, care va menține îndepărtate marginile și va asigura hemostaza [1, 2, 3, 8, 9, 11].

Abcesul șanțului mandibulo-lingual se deschide printr-o incizie longitudinală de 1-1,5cm, pe bombarea maximă a colecției, paralelă și cît mai aproape de festonul gingival. În timpul inciziei bisturiul va fi orientat spre os, pentru a nu leza vasele linguale, nervul lingual sau canalul Warthon [2, 3, 11, 12].

Dintele cauzal va fi extras cînd acesta nu poate fi supus tratamentului endodontic, nu are valoare protectică, posedă o mobilitate ireversibilă, se află în focarul de infecție sau provoacă complicații septice. Extracția dintelui care servește drept sursă de infecție se realizează concomitent cu deschiderea colecției purulente, însă în unele cazuri această operație se amînă pînă cînd fenomenele inflamatorii acute retrocedează (starea generală gravă a bolnavului sau intervenția poate întîlni dificultăți tehnice) [5, 8, 11].

În celelalte cazuri dintele se păstrează și beneficiază de tratament conservator chirurgical care constă în chiuretajul periapical cu rezecție apicală, amputație radiculară, premolarizare sau reimplantarea dintelui. Acesta se aplică după remiterea fenomenelor acute și este precedat de drenajul endodontic ce se efectuează în timpul episodului acut [1, 3].

După intervenția chirurgicală se recomandă pacientului: băi bucale cu soluții slab antiseptice (permanganat de potasiu 1%-20ml, hidrocarbonat de Na 1-2% sau furacilină 1:5000 de 3-4 ori pe zi), preparate medicamentoase (antibiotice, antifungice, analgezice, antihistaminice, vitamine), fizioproceduri [4, 8, 9].

Peste o zi-două după instalarea drenajului colecției purulente, starea generală a bolnavului se ameliorează. În locul inciziei în șanțul vestibular apare cicatricea, dispăre temperatura avansată a corpului. În cazul periostitei bolnavul nu este apt de muncă 1-5 zile [5].

Tratamentul medicamentos și fizioterapie

Pe lîngă tratamentul chirurgical se aplică și cel medicamentos ca remediu antiinfecțios, analgetic, de susținere și stimulare a stării generale a bolnavului [4].

Ținînd cont de testările de laborator privind sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene din supurațiile odontogene, dar și de experiența medicului, pentru tratamentul periostitei se folosesc, în ordine: *peniciline* (oxacilina, ampicilina, amoxicilina), *lincosamide*

(lincomicina, clindomicina), *macrolide* (eritromicina, azitromicina), *cefalosporine*, *sulfamide* și *metronidazol* [2, 11, 14].

Cu scopul de a evita dezvoltarea candidozei se indică antimicotice: nistatina, ketoconazol, fluconazol, clotrimazol, miconazol etc.

Pentru combaterea durerii postoperatorii se folosesc analgezice curente, care mai posedă efecte antiinflamatorii și antipiretice: acetaminofen, acid acetilsalicilic, ketorolac, indometacină, ibuprofen etc. [3, 4].

Pentru hiposensibilizarea organismului se recomandă preparatele de calciu (sol. de 10 % de clorură de calciu, gluconat de calciu, calciu lactat) și preparatele antihistaminice (difenhidramina, clemastina, cloropiramina, prometazina, ceterizina) [4, 11, 12].

Tratamentul de susținere și stimulare a organismului se va face în funcție de starea generală a bolnavului. Alimentația va fi la început ușoară, cu alimente lichide și moi. Este necesară o bună hidratare a bolnavului, iar atunci când deglutiția nu permite, se va recurge la administrarea parenterală (perfuzii cu soluție de glucoză 5%, reopoliglucină). Se va asocia tratamentul vitaminic din care nu trebuie să lipsească vitamina C și complexul B. Din preparatele care stimulează rezistența specifică a organismului se administrează: anatoxină stafilococică, serul antistafilococic, gama-globulina antistafilococică, bacteriofagul stafilococic [3, 4].

Terapia cu agenți fizicali sau fizioterapie își găsește rolul în contextul periostitelor odontogene după 2-3 zile de la tratamentul chirurgical și în scop biotrofizant în fazele de evoluție cronică. Electroterapia, diatermia, magnetoterapia, laserterapia cu He-Ne, termoterapia, fototerapia (RUV, RIR cu lămpi Sollux), electroforeza cu substanțe medicamentoase, sunt doar câteva dintre mijloacele terapeutice care furnizează agenți fizicali cu largă aplicabilitate asupra patologiei inflamatorii prezentate [7]. Alegerea metodei de fizioterapie depinde de stadiul de dezvoltare și evoluția clinică a procesului inflamator, precum și de reactivitatea generală a organismului și afecțiunile asociate.

Erori de tratament și complicațiile periostitei odontogene

Terapia periostitei odontogene poate fi urmată uneori de eșec, fapt care poate fi pus în legătură cu: alegerea metodei de tratament conservator (ceea ce este insuficient chiar și în starea incipientă a procesului), efectuarea tratamentului chirurgical cu întârziere sau aplicarea unui tratament chirurgical neadecvat (incizie mică sau incorect plasată, nerealizarea unui drenaj suficient sau eficient prin lipsa de declivitate), capacitate scăzută de apărare a organismului față de agresiunea microbiană și lipsa tratamentului medicamentos adecvat, existența unor corpi străini care întrețin procesul supurativ și/sau administrarea incorectă a antibioticelor, fără respectarea prescripțiilor medicale, sau chiar refuzul de a lua antibiotice, apariția candidozelor bucale etc [2, 7, 14].

Astfel, erorile de tratament, precum și reactivitatea scăzută a organismului, pot conduce la creșterea

riscului apariției diferitor complicații septice, cum ar fi: flegmoane, osteomielită, sinusită, mediastinită, tromboflebite, meningită, abces cerebral, sepsis și uneori deces [14].

Concluzii

1. Periostita se situează pe primul loc printre infecțiile odontogene, întâlnindu-se la 32,7% din numărul bolnavilor cu procese inflamatorii odontogene aflați la tratament în staționar în anul 2011.
2. Cel mai frecvent sunt afectate de periostită persoanele cu vîrsta cuprinsă între 18 și 40 de ani, întâlnindu-se preponderent la sexul feminin.
3. Localizarea de predilecție a procesului inflamator o constituie versantul vestibular al procesului alveolar.
4. Tratamentul chirurgical al periostitei odontogene de cele mai multe ori se rezumă la deschiderea abcesului subperiostal și extracția dintelui cauzal, efectuate sub anestezie loco-regională.
5. Terapia medicamentoasă și fizioterapia dețin un rol major în tratamentul și reabilitarea pacienților cu periostită odontogenă, scurtînd procesul de vindecare.

Bibliografia

1. Bucur A. Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială. București, 2009, p.245-249.
2. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2005, p. 296-304.
3. Gănuță N. Chirurgie oro-maxilo-facială, Volumul II. București: Editura Națională, 1998, p. 395-421.
4. Ghicavii V., Sirbu S., Șcerbatiuc D. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice (Ghid). Chișinău, 2002, 628 p.
5. Guțan A., Șcerbatiuc D. Stomatologie chirurgicală, anul III. Chișinău, 1990, p. 70-74.
6. Hîțu D., Scutelnic V., Cebotari M. Periostita odontogenă. Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Volumul IV, Probleme clinico-chirurgicale, Chișinău, 2012, p. 460-462.
7. Tache G. Fizioterapie — prezentare și aplicații în patologia medicinei dentare. București, 2006, p. 45-62.
8. Безрукова В. М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Москва: Медицина, 2000, -с. 210-220.
9. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2000, -с. 93-98.
10. Муковозов И. Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области., Ленинград, 1982, -с. 46.
11. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Москва, 2010, -с. 191-197.
12. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002, -с. 195-201.
13. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. Москва, 2001, -с. 39-47.
14. Щербатюк Д. И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кишинев: Штиинца, 1987, -с. 35-41.
15. Яценко Л. Г., Шинкаренко В. Н., Панченко А. М. Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности у стоматологических больных. Probleme actuale de stomatologie, Chișinău, 1995, p. 72.

Data prezentării: 08.04.2013.

Recenzent: Ion Munteanu