

5. Powell LD, Bales JD: Tooth bleaching: its effect on oral tissues. *J Am Dent Assoc* 122: 50-53, 1991
6. Collins JF, Perkins L. Clinical evaluation of the effectiveness of three dentifrices in relieving dentin sensitivity. *J Periodontol* 1984;55:720-5. Attin T, Kielbassa AM, Schwanenberg M, Hellwig E. Effect of fluoride treatment on remineralization of bleached enamel. *J Oral Rehabil* 1997;24:282-6.
7. Shannon H, Spencer P, Gross K, Tira D: Characterization of enamel exposed to 10% carbamide peroxide bleaching agents. *Quint Int* 24: 39-44, 1993
8. Potocnik I, Kosec L, Gaspersic D. Effect of 10% carbamide peroxide bleaching gel on enamel microhardness, microstructure, and mineral content. *J Endod* 2000;26:203-6.
9. Smidt A, Weller D, Roman I, Gedalia I. Effect of bleaching agents on microhardness and surface morphology of tooth enamel. *Am J Dent* 1998;11(1):83-5.
10. Rodrigues JA, Basting RT, Serra MC, Rodrigues AL Jr. Effects of 10% carbamide peroxide bleaching materials on enamel microhardness. *Am J Dent* 2001;14(2):67-71.
11. Pinheiro Junior EC, Fidel RA, da Cruz Filho AM, Pécora JD. In vitro action of various carbamide peroxide gel bleaching agents on the microhardness of human enamel. *Braz Dent J* 1996;7(2):75-9.
12. Featherstone JD, O'Really MM, Shariati M, Brugler S. Enhancement of remineralization in vitro and in vivo. In: Leach AS. Factors relating to demineralization and remineralization of the teeth. Oxford, England: IRL; 1986:23-34.
13. Hegedus C, Bistey T, Flóra-Nagy E, Keszthelyi G, Jenei A. An atomic force microscopy study on the effect of bleaching agents on enamel surface. *J Dent* 1999;27:509-15.
14. Topbasi B, Turkmen C, Gunday M. An investigation of the effect of a desensitizing dentifrice on dentinal tubules in vitro and in vivo. *Quintessence Int* 1998;29(3):197-9.
15. Ong G, Strahan JD. Effect of a desensitizing dentifrice on dentinal hypersensitivity. *Endod Dent Traumatol* 1989;5:213-8.
16. Haywood VB. History, safety, and effectiveness of current bleaching techniques and applications of the nightguard vital bleaching technique. *Quintessence Int* 1992;23:471-88.
17. Zinner DD, Duany LF, Lutz HJ. A new desensitizing dentifrice: preliminary report. *JADA* 1977;95:982-5.
18. Justino L.M., Tames D.R., Demarco F.F. (2003) *In situ and in vivo* effect of blaching with carbamide peroxide on human enamel *Operative Dentistry* 29(2) 219-225.
19. C. Zantner, N. Beheim-Schwarzbach, K. Neumann, A. Kielbassa Surface microhardness of enamel after different home bleaching procedures *Dental Materials*, Volume 23, Issue 2, Pages 243-250
20. Basting R.T, Rodrigues A.L.Jr, Serra M.C. (2003) The effects of seven carbamide peroxide bleaching agents on enamel microhardness over time *Journal of the American Dental Association* 134(10) 1335—1342.

INFLAMAȚA SISTEMULUI LIMFATIC (PRELEGERE)

Rezumat

Procesele inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale ocupă primul loc printre entitățile nozologice ale bolnavilor ce se tratează în secția de chirurgie oro-maxilo-facială. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată. Maladiile sistemului limfatic sunt procese inflamatorii secundare. În prelegere este oglindit datele etiologiei, patogeniei, frecvenței, metodelor diagnostice, metodelor de tratament, a complicațiilor și profilaxia maladiilor sistemului limfatic. La elaborarea prelegerii sa ținut cont de metodele existente de diagnostic și tratament cât și unele metode noi neelucidate în literatura didactică de specialitate. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student, rezident a materialului din prelegerea dată. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română. Cuvinte chee: sistemului limfatic, etiologiei, patogeniei, frecvenței, diagnostice, tratament, complicațiilor, profilaxia, prelegere.

Summary

SYSTEMIC INFLAMMATORY LYMPH

Inflammatory processes of oro-maxillo-facial region ranks first among the entities that nozologice of patients treated in Department of oro-maxillo-facial surgery. Infectious processes of the lymphatic system occupies 9.1% of all patients with infectious processes or treated in every department. Lymphatic system diseases are secondary inflammatory processes. The lecture is mirrored data etiology, pathogenesis, frequency, diagnostic methods, treatment methods, complications and prevention of lymphatic system diseases. In preparing the lecture to take account of existing methods of diagnosis and treatment as well as some new methods for teaching literature specialist unclear. New surgical methods would allow early patient rehabilitation and assimilation by the student, resident of the material in lecture time. Lecture time comes to supplement inadequate teaching material in Romanian. Chee words: lymphatic system, etiology, pathogenesis, frequency, diagnosis, treatment, complications, prevention, lecture.

Hițu Dumitru,
doctor în medicină,
conferențiar universitar

Catedra de chirurgie
oro-maxilo-facială,
USMF "Nicolae
Testemițanu"

INTRODUCERE

Procesele inflamatorii ale regiunii oro-maxilo-faciale ocupă primul loc printre entitățile nozologice ale bolnavilor ce se tratează în secția de chirurgie oro-maxilo-facială. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată. În prelegere este oglindit datele etiologiei, patogeniei, frecvenței, metodelor diagnostice, metodelor de tratament, a complicațiilor și profilaxia maladiilor sistemului limfatic. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student, rezident a materialului din prelegerea dată. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română.

O sarcină importantă a organelor și instituțiilor ocrotirii sănătății o constituie efectuarea permanentă a măsurilor profilactice preventive și curente în combaterea bolilor infecțioase. E știut că limfadenita este un proces infecțios secundar. Morbiditatea reprezintă un criteriu important în aprecierea stării de sănătate a populației sub diverse aspecte: vârstă, sex, profesie, localitate, caracterul sezonier, condiții de trai, muncă, factori ai mediului ambiant, forme nozologice. Acești indici influențează plinitudinea și veridicitatea informației, care la rândul ei depinde de volumul, caracterul, calitatea, accesibilitatea și gradul de specializare a asistenței medicale (1-10).

MATERIALE ȘI METODE

Pentru pregătirea prelegerii date sau utilizat datele literaturii și fișele de observație a bolnavilor cu procese infecțioase ale sistemului limfatic ce sau tratat în secția de chirurgie oro-maxilo-facială pe parcursul anului 2009.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Frecvența proceselor infecțioase ale sistemului limfatic variază de la autor la autor:

- După datele profesorului D. Șcerbatiuc limfadenitele ocupă 9,7% și adenoflegmonul-10,6% din numărul total de infecții odontogene tratați în secție.
- Leziunile inflamatorii a sistemului limfatic variază între 30—48% din bolnavii cu procese inflamatorii ce se tratează în secția de ChOMF.
- Conform datelor statistice ale secției de ChOMF pe anul 2009 procesele infecțioase ale sistemului limfatic alcătuiește 9,1% din numărul bolnavilor cu procese infecțioase.

Clasificarea proceselor patologice ale sistemului limfatic

După clinică: acută (seroasă, purulentă) și cronică (purulentă, proliferativă), cronică exacerbată. Nespecifică-traumatice și infecțioase. După structura histologică granulom odontogen migrator subcutan se deosebesc cinci tipuri: exudativ-productiv, productiv, cicatrizat, mixt și granulomatos. După etiologie: odontogenă, rinogenă, tonzilogenă, traumatică, der-

matogenă, tumorală, stomatogenă, specifice. După nozologie: limfangita, limfadenita, adenoabcesul, adenoflegmonul.

Etiologia adenitelor e compusă din două grupe de factori și anume: Factorii predispozanți: gripa, infecții virale acute, cașexia, stresul, diabetul, psihozele... Factorii determinanți: Odontogene-pulpita, parodontita, pericoronarita, periostita, ostiomielita, alveolita, abces, flegmon, sinusitele, granulom migrant. Stomatogene — stomatita ulceronecrotică, gingivita, stomatita. Specifice-tuberculoza, luis, actinomicoza, SIDA. ORL-amigdaliene, rinogene, otogene. Dermatogene-piodermite, acnee, furuncul, carbuncul, antrax. Glandele salivare-sialodochita, sialoliteaza, sialoadenitele. Traumatici-fractură, plagă, hematom. Tumorii — chist.

Patogenia adenitelor:

În normă pielea și mucoasa este apărată de agenții microbieni prin acizii grași care au o acțiune bactericidă asupra microbilor patogeni și lizocima, imunoglobulinele, din saliva cavității bucale. De cele mai dese ori, procesul infecțios procedat de o limfangită trece neobservat, din aceste considerente de multe ori nu se poate de stabilit etiologia. Calea de pătrundere a microbilor în organism: directă-traumă, carie, periodonțiu, percontinua, hematogenă. Limfadenita este un proces infecțios secundar — particularitate clinică. Germenii patogeni este polimorfă, corespunzând, în general, cu cea prezentă la nivelul porții de intrare. De aceea nu e corect de a se folosi de o numire veche „granulomul odontogen migrător subcutan”. Mai bine de indicat diagnoza — limfadenita în dependență de origine (odontogen, rinogen, otogen, actinomicoza, etc.), fază de inflamație (acută, cronică) și complicațiile.

Particularitățile anatomo-patologice ale sistemului limfatic:

1. ...microorganismele se pot afla mult timp în ganglionii limfatici faciali și să nu producă modificări majore morfo-funcționale, acești microbi pot fi sursa unor stări septic.
2. Limfadenita este o maladie secundară, poat însoți altă boală.
3. Evoluția limfadenitei poate fi în două forme:
 - Apare maladia(periodontita, pulpita, abces) și concomitent apare limfadenita.
 - Apare maladia(periodontita, pulpita, abces), spațiul mort, maladia de bază se vindecă și mai apoi apare limfadenita (ne amintește clinica periostita).

Anatomia patologică:

Particularitățile anatomo-topografice ale sistemului limfatic:

1. De la dinte (alt organ) limfa se drenează în mai mulți (3—5) ganglioni limfatici.
2. Rețeaua deasă de drenare limfatică anastomizează dreapta cu stînga.

În stadiul de congestie(seroasă)-ganglionul crește în volum, devine sensibil, rămînînd însă mobil, se

produce o reacție inflamatorie. Periadenita este redusă. Acest stadiu este reversibil.

Forma supurativă-limfonodulului se rămoleşte, parenchimul devine friabil, apar mici focare de supurație. Datorită reacției de periadenită limfonodulul este fixat de țesuturile din jur. Dacă puroiul depășește capsula limfonodulului, supurația difuzează în țesutul adiacent, căpătând caracterul unui adenoabces. Dacă puroiul depășește capsula limfonodulului, supurația difuzează în lojile vecine, căpătând caracterul unui adenoaflegmon. În adenitele cronice este prezentă reacția fibrolimfatică cu o periadenită moderată. După ce limfonodulul se distruge, după vindecare rămâne țesut fibroconjunctiv. Limfangita: — inflamația vaselor limfatice. (Limfangioitele-limfangite), care se dezvoltă în rezultatul penetrării microflorei, toxinelor în căile limfatice. Particularitățile vaselor limfatice — lungimea și calibrul vaselor limfatice sunt mai reduse în comparație cu celelalte regiuni ale corpului, ceea ce explică lipsa semnelor clinice de limfangită în afecțiunile inflamatorii ale sistemului limfatic de la acest nivel.

Limfadenita

Clinica limfadenitei seroase acute — treptat în decurs de 1—2 săptămâni se lichidează. Palpat — se depistează un nodul mărit diferit, migrător, de consistență slab elastică. Preventiv de această se observă acutizarea focarului de cauză. Starea generală satisfăcătoare, temperatura corpului — subfebrilă. Limfadenita seroasă acută se poate transforma în proces purulent — care aduce la intensificarea durerilor pulsătoare în regiunea nodulului mărit — conturul căruia se pierde, devine mai puțin migrator, starea generală se agravează și temperatura corpului 38 grade C și mai sus.

Clinica adenitelor acute purulente: Debutul nodular este de obicei ușor sesizat de bolnavi, care au tendința de a-l palpa frecvent. Nodul de consistență elastică, puțin sensibil la presiune, mobil. Tegumentele nemodificate. Ulterior crește în volum, devine dureros și spontan și la presiune. Cu timpul se fixează de țesuturile din jur datorită procesului de periadenită. Semnele generale incipient ușoară subfebrilitate, indispoziție. La trecerea din faza seroasă în cea purulentă clinic se manifestă prin alterarea stării generale și locale. Starea generală este alterată prin febră astenie. Local — tegumentele care acoperă limfonodulul congestionat, destinse, zona dureroasă la presiune, nodulul este fixat și apare fluctuența la presiune.

Clinica adenitelor cronice: Apar sub forme acute, subacute, congestive, care se cronicizează, fie după un tratament incomplet antiinfecțios, fie că nu a fost îndepărtată cauza, dar pot avea și de la început cu o evoluție cronică. Frecvent se întâlnesc la copii și adulți. Nodulul mărit în volum, dur, aderent de țesuturile din jur sau ușor mobil, puțin dureros la presiune și spontan sau nedureros. Starea generală ca regulă nedereglată. Dacă focarul de infecție timp îndelungat „bom-

bardează“ nodulii limfatici, atunci ei se descompun, se înlocuiesc cu țesut granular, nu rare ori — acutizarea, care perforază pielea cu formarea fistulei, care în timp se închide și se cicatrizează. Apoi în imediata vecinătate se formează o altă fistulă, în literatură acest proces e cunoscut sub diagnosticul „granulom migrator“ al feței.

Diagnosticul adenitelor

Datele literaturii autohtone și celor de peste hotare ne indică o rată mare a erorilor în diagnosticul maladiilor sistemului limfatic:

— Diagnosticul nestabilit sau stabilit greșit după datele secției de ChOMF din 2008 — 22%.

— Diagnosticul greșit stabilit în procesele inflamatorii ale sistemului limfatic variază între 26-56,3% după datele Нанашев В. К. (1989).

— După datele lui Тимофеев А. А. (1998) diagnosticul greșit stabilit în procesele inflamatorii ale sistemului limfatic constituie 29%.

Diagnosticul preventiv începe cu culegerea datelor anamnestice, acuzelor și istoricul dezvoltării bolii.

1. Acuzele bolnavului: prezența limfonodulului care treptat s-a mărit în volum, cu apariția durerilor și modificări ale țesuturilor din jur.

2. Istoricul dezvoltării bolii: de obicei în 22-56% nu se poate de stabilit etiologia adenitelor. Bolnavul indică factorul etiologic, după care a apărut limfonodulul. Limfonodulul apare odată cu maladia ce l-a generalizat. Adenita apare după o vreme de la vindecarea maladiiei ce a precedat-o.

3. Examenul clinic confirmă inflamația nodulului limfatic

Pentru a confirma sau infirma diagnosticul preventiv e nevoie de explorări paraclinice și diagnosticul diferenciat.

Explorările paraclinice ca la și orice proces infecțios, dar se atrage atenția preponderent la explorările care ar determina factorul etiologic.:

— Temperatura.

— ECG și consultația internistului.

— Examenul de laborator, inclusiv antibioticograma.

— Examenul patomorfologic(biopsii).

— Puncția.

— Examenul radiologic.

Diagnosticul diferențiat:

Abcesele lojilor unde este localizat limfonodulul, spre exemplu loja submandibulară. Tumeafacția depășește marginea bazilară a mandibulei, sunt prezente modificări ale mucoasei planșeului bucal și vestibulului bucal. Trism, disfagii, jenă de mastisație.

— Submaxilita acută-semne de retenție salivară în anamneză, modificarea dimensiunii glandei salivare legate de alimentație, congestia mucoasei sublinguale în „creastă de cucoș“, modificări ale canalului Warthon. Saliva amestecată cu puroi la masajul glandei. Palparea bimanuală a glandei submandibulare mărită în volum. Radiologic-calcului. Disfagii de diferit grad.

— Parotidita falsă Gerțenberg-inflamația ganglionilor limfatici localizați în glanda parotidiană. La masajul glandei parotidiene saliva este curată în comparație cu parotidita. De obicei unilateral.

— Adenita tuberculoasă: Nodulul-mărit în volum, cu reacții de periadenită, nedureros, cu o zonă centrală rămolită, care uneori abscedează, rămânând o fistulă persistentă, se afectează mai mulți limfonoduli. Diagnosticul-clinic, examenul radiologic, reacțiile intradermice, depistarea bacilului Koh. Puncția. Examenul citologic. Extirparea și examenul histologic este indispensabil.

— Adenite luetice: Stadiu primar-șancru. RW.

— Mononucleoza infecțioasă: sunt însoțite de adenopatiile submandibulare și laterocervicale care au un caracter acut, fără însă să ajungă la faza de supurație, alterare marcată a stării generale, prezența și a altor localizări limfonodulare, leziuni ale mucoasei bucale, de tip stomatic.

— Limforeticuloza benignă de inoculare(boala ghearelor de pisică-Debre): evoluează sub forma unei poliadenopatii regionale cronice cu periadenită, fără supurație, dureroasă spontan și la presiune. Diagnosticul foarte dificil. Se remite spontan în 2-3 săptămâni.

— Boala Hodgkin: Adenopatie cervicală superficială asociată inconstant cu: adenopatie axială, mediastinală sau abdominală. E însoțit de febră, prurit, hiperleucocitoză și eozinofilie. Diaagnoza — celule Paltauf-Sternberg.

Tratamentul medicamentos al adenitelor:

1. Antibiotic cu spectru larg de acțiune sau conform antibioticogramei. Datele literaturii ne relatează că preparatele medicamentoase din seria macrolidelor (midecamițin(macropen), azitromițin și altele) au acțiune topică asupra sistemului limfatic și pot penetra bariera capsulei limfonodulului.
2. Antifungice-nistatin-500000 de 3 ori pe zi; apo-fluconazol 150 o capsulă a 3, 5 zi, levorin,
3. Antidolorante:
4. Antihistaminice:
5. Antipiretice:
6. Dezintoxicarea-picurători
7. Imunostimulante: dibazol, metiluracil, dicarles,
8. Vitaminoterapia: Vit. A, B2, B2, C, PP,
9. Electroforeza cu caliu iod, cu dimexid, fermeți.
10. Razele ultrascurte,
11. Alimentația: lactate, vegetale.

Tratamentul chirurgical al adenitelor:

— Înlăturarea factorului cauzal: extracția dintelui; tratamentul endodontic; tratarea alveolitei; pericoronarectomia; drenarea abceselor; chistotomia; imobilizarea fracturii.

— Limfadenita acută se deschide după regulile

generale de prelucrare a unui focar purulent.

1. Adenitele acute seroase-se pot remite după antibiotici, vitamine și tratament local prin suprîmarea factorului cauzal să se facă sub protecție de antibiotici. Pentru ca adenopatiile să nu treacă în faza cronică e necesar ca antibioticele să fie administrate conform antibioticogramei, în doze suficiente. Pansament după Dubrov, pansament cu unguent și caliu iod (KI), Raze ultrascurte, fizioproceduri, blocade cu anestestici și antibiotici vor însoți tratamentul general și vor facilita reabilitarea pacientului.

2. Adenita purulentă: În cazul când zona centrală de fluctuență este redusă, se poate încerca evacuarea puroiului prin puncții repetate. Tratamentul cu antibiotici este obligatoriu. Avantajul metodei date este lipsa cicatricei. Dacă colecția este mică, bine delimitată, superficială, se poate încerca drenajul filiform, prin introducerea unor fire de nailon sau setolină, care au funcția de drenaj. Avantajul metodei date este cicatrice punctiformă după operație. Deschiderea focarului infecțios prin microincizi și drenat cu duburi speciale, avantajul metodei cicatrice minime după operație. Metodă actuală de tratament cu deschiderea largă a focarului purulent, dezavantajul cicatricea mare după vindecare și necesitatea operației repetate pentru înlăturarea cicatricii operatorii. O particularitate a tratamentul chirurgical este: drenarea trebuie menținută mai mult timp pentru a permite eliminarea întregului țesut a ganglionului limfatic afectat și altă particularitate a tratamentului chirurgical este necrotizarea limfonodulului e mai lentă.

— Adenitele cronice tratament chirurgical cu excizia limfonodulului cu capsulă. Adenitele cronice pot retroceda, însă lent, după îndepărtarea factorului cauzal.

Adenoflegmonul

Adenoflegmonul e o formă difuză a procesului supurativ cu implicarea țesutului adipos, cauzat de propagarea infecției din limfonodul. În cazul adenoflegmonului procesul inflamator trece mai multe faze clinice ca: limfadenita acută seroasă, limfadenita purulentă și adenoflegmonul. Factorii etiologici sunt aceiși ca la limfadenită. Nu este de prisos de menționat și alți factori care pot duce la apariția maladiilor infecțioase OMF ca: rezistența scăzută a organismului, vârsta pacientului, adresarea tardivă a pacientului, nerespectarea indicațiilor recomandate de medic, lipsa adresării la controlul profilactic a pacientului de două ori pe an, și altele.

Localizarea adenoflegmonului mai frecvent este în regiunea submandibulară, submentonieră, rar parotidiană și jugală. Anamneza adenoflegmonului coincide cu cea a limfadenitei. Debutul lent, cu evoluție liniștită și proces infecțios limitat. Limfonodulul de dimensiunile unei „fasole” treptat se mărește, mai apoi în locul

formațiunii (fasolă) apare o indurație slab limitată în comparație cu osteoflegmonul. În cazul adenoflegmonului lipsesc reacțiile inflamatorii din partea periostului și lipsește contractura musculară inflamatorie. Paralel se instalează semnele clinice general și locale în cazul adenoflegmonului în comparație cu flegmon și osteoflegmon sunt mai minore, spre exemplu: temperatura, slăbiciuni, indispoziție. Infiltratul, edemul și hiperemia sunt limitate au „graniță“ cu țesutul sănătos.

Diagnosticul adenoflegmonului e identic cu a unui proces infecțios a sistemului limfatic sau altă infecție a regiunii oro-maxilo-faciale.

Diagnosticul diferențiat al adenoflegmonului, spre exemplu flegmonul odontogen și osteoflegmonul. În flegmonul odontogen și osteoflegmonul mobilitatea dinților este prezentă și lipsește în adenoflegmon. Legătura semnelor clinice a limfadenitei permite de a suspecta adenoflegmonul. Adenoflegmonul se dezvoltă și decurge mai încet și mai liniștitit ca osteoflegmonul. Adenoflegmonul dezvoltat pe baza limfadenitei se deosebește de limfadenită prin majorarea zonei de afectare.

- Parotidita și sialoadenita glandei submandibulare se deosebesc prin prezența eliminării din ducturile salivare a salivei cu fulgi sau chiar pură.
- La limfadenita cronică e caracteristic suprafața-rugosă, de exclus tumora e necesar biopsia.
- Afectarea nodulilor de Luis se caracterizează prin indurația lor majoră și prezența anamnezei, stării obiective corespunzătoare datelor.
- Flegmonul postinjecțional — în cazul utilizării substanțelor anestetice nesterile, utilizarea seringii nesterile, încălcarea regulilor de aseptică și antiseptică în efectuarea anesteziei. După ce senzația anesteticului a trecut apare contractura musculară și peste 2-3 zile apare semnele inflamatorii. Din cele relatate mai sus flegmonul postinjecțional este inflamarea unui hematom.
- Contractura reflectoră care apare după efectuarea anesteziei, care mai apoi trece în contractura inflamatorie.
- Apariția durerii la deglutiție, care anterior de anestezie nu a fost.
- Prezența infiltratului după anestezie.

Tratamentul medicamentos al adenoflegmonului e indicat până la și după operație, și conține următoarele grupe de preparate medicamentoase:

1. Împotriva microbului-antibiotici-conform antibioticogramei sau cu spectru larg de acțiune.
2. Antifungice-nistatin, levorin,
3. Antidolorante: analgin, ketanol, tramal,
4. Antihistaminice: CaCl, dimidrol, suprastin, tavigil, pipolfen
5. Dezintoxicarea-picurători- NaCl 0,9%, gluciza 5%, hemodez, sol Ringer-staționar.
6. Antipiretice-aspirin, paracetamol,
7. Imunostimulante-dicaries, metiluracil

Tratamentul chirurgical al adenoflegmonului se efectuează după regulile de prelucrare a unui proces infecțios a regiunii OMF. După prelucrarea antiseptic, izolarea lui se anesteziază cîmpului operator. Incizia se efectuează în dependență de topografia focarului infecțios și se drenează. Propunem o modificare a metodei de drenarea proceselor infecțioase ce constă în deschiderea cu microincizii la ambele extremități a procesului infecțios, introducerea tubului de drenare dintr-o parte și iese de cealaltă parte, fixate de marginile plăgii, prelucrarea cu soluții antiseptice, introducerea medicamentelor în plagă și aplicarea pansamentului steril, timp de 4-6 zile. Avantajul metodei de drenare cu utilizarea dispozitivului propus are mai multe avantaje și anume: micșorează durata tratamentului, aspectul mai estetic postoperator a pacinetului cu microcicatrici și micșorarea costului tratamentului.

Complicațiile proceselor infecțioase a sistemului limfatic sunt următoarele: Din faza seroasă trece în cronică, din limfadenită în abces, din abces în flegmon și din flegmonul infecția se poate răspîndi în mediastenită, meningită, sepsis, flebită.

Profilaxia proceselor infecțioase a sistemului limfatic sunt complexe efectuate individual sau în colectiv, ne vom opri la unele din ele. Informația privind adresarea populației în instituțiile curativo-profilactice ne permite să determinăm și așa factori obiectivi, cum sunt volumul asistenței medicale, calitatea lor, accesibilitatea asistenței medicale, grija bolnavului față de propria sănătate, gradul de îndeplinire a documentației medicale, asigurarea medicală a populației, nivelul de cultură generală și sanitară. Pe baza informației despre nivelul morbidității prin limfadenită și particularitățile ei de vîrstă, sex, profesie, localitate, caracterul sezonier, condiții de trai, muncă, factori ai mediului ambiant, forme nozologice, etc., se elaborează măsuri concrete pe profilaxia primară și secundară, se stabilește necesitatea în cadre medicale, de paturi în spital. Studiul statistic, stabilirea cauzelor apariției și factorilor de risc prevăd de asemenea efectuarea profilaxiei primare în cazul infecției prin asanarea cavității bucale și organelor ORL, excluderea factorilor etiologici ce duc la afectarea sistemului limfatic, ridicarea imunității organismului, ridicarea nivelului de trai și cultural al populației și accesul la serviciile medicale a fiecărui cetățean a statului.

CONCLUZII

1. Procesele infecțioase ale sistemului limfatic ocupă 9,1% din toți bolnavii cu procese infecțioase ce sau tratat în secția dată.
2. Metodele noi de tratament chirurgical vor permite reabilitarea precoce a bolnavului și însușirea de către student și rezident a materialului dat.
3. Prelegerea dată vine pentru a suplimenta materialul didactic insuficient în limba română.

S21075

Bibliografia

1. Burlibaşa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 338 — 344.
2. Brițchiu A., T. Crețu. Procesele inflamatorii ale sistemului limfatic. Aspecte statistice pe anul 2006. Congresul Internațional de Medicină Dentară. Metode și tehnici minim invazive în medicina dentară. Revista Medico- Chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. Zilele facultății de Medicină Dentară. Ediția a XI-a, Iași, 23-28 a-04-07 aprilie 2007, pag. 459-464.
3. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea II. Pag. 58-62.
4. Timoșca G., Burlibaşa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 343-348.

5. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice : ghid /S. Sârbu, N. Bacinschii, D. Șcerbatiuc. Ed. a 2-a rev. și compl. — Chișinău, 2002. — P. 341-342.
6. Matcovschi C., V. Procopișin, B. Parii. Chid farmacoterapeutic. Chișinău, 2004.
7. Pricop M., E. Urtilă. Infecțiile buco-maxilo-faciale. Timișoara 1994, pag. 97-108.
8. Андриеш В. Н. Анатомия лимфатической системы. Лекция, Кишинёв, 1998. стр. 79.
9. Бернадский Ю. И. Хирургия челюстно-лицевой области. Москва, 1998. — С. 186 — 193.
10. Гудан А. Е. Справочник челюстно-лицевых операций /И. Бернадский, П. Д. Годорожа, Д. И. Щербатюк. Кишинев, 2001. стр. 44-45.