

**Școala doctorală în domeniul Științe medicale**

Cu titlul de manuscris

C.Z.U: 616.314.8-007-085.38(043.2)

**MOTELICA Gabriela**

**TRATAMENTUL COMPLEX AL PACIENȚILOR  
CU PERICORONARITE**

**323.01 – STOMATOLOGIE**

**Rezumatul tezei de doctor în științe medicale**

**Chișinău, 2023**

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală  
„Arsenie Guțan” a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Conducător**

Chele Nicolae, dr. hab. șt. med., prof. univ. \_\_\_\_\_

**Membrii comisiei de îndrumare:**

Șcerbatiuc Dumitru, dr. hab. șt. med., prof. univ. \_\_\_\_\_

Hîțu Dumitru, dr. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

Zănoagă Oleg, dr. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

Susținerea va avea loc la 27.09.2023, ora 14<sup>00</sup> în incinta USMF „Nicolae Testemițanu”, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, biroul 204 în ședința Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat, aprobată prin decizia Consiliului Științific al Consorțiului din 25.05.2023 (*proces verbal nr.8*).

**Componența Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat:**

***Președinte:***

Ciobanu Sergiu,  
dr. hab. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

***Secretar:***

Spinei Aurelia,  
dr. hab. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

***Membri:***

Chele Nicolae,  
dr. hab. șt. med., prof. univ. \_\_\_\_\_

***Referenți oficiali:***

Burlacu Valeriu,  
dr. șt. med., prof. univ. \_\_\_\_\_

Agop-Forna Doriană,  
dr. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

Zănoagă Oleg,  
dr. șt. med., conf. univ. \_\_\_\_\_

Cirimpei Vasile,  
dr. șt. med. \_\_\_\_\_

**Autor:**

Motelica Gabriela \_\_\_\_\_

## CUPRINS

REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII .....	4
1. PARTICULARITĂȚILE PATOLOGIEI INFLAMATORII ASOCIATE ERUPȚIEI DENTARE .....	6
2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE .....	6
2.1. Caracteristica generală a cercetării .....	6
2.2. Metode de investigație .....	7
2.3. Metode de tratament .....	9
2.4. Variabilele de studiu .....	10
2.5. Metode de procesare statistică a rezultatelor .....	12
3. TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU PERICORONARITE ACUTE ALE MOLARIILOR TREI INFERIORI .....	12
3.1. Rezultatele generale ale loturilor de studiu.....	12
3.2. Evaluarea rezultatelor variabilelor de studiu pe loturi.....	17
4. SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE .....	26
5. CONCLUZII GENERALE .....	30
RECOMANDĂRI PRACTICE .....	30
BIBLIOGRAFIE .....	31
ANEXA 1. ALGORITMUL DE TRATAMENT ÎN CAZUL PERICORONARITEI ACUTE...33	
INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA REZULTATELOR CERCETĂRII LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI MANIFESTĂRILOR ȘTIINȚIFICE.....	33

## REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

**Actualitatea și importanța temei abordate.** Pericoronarita (din limba greacă *peri-* „în jurul”, din limba latină *corona* „coroană” și *-itis* „inflamație”), percepută ca denumire de prof. A. Laskin (1985) și operculită, este un proces inflamator al țesuturilor moi înconjurătoare și al sacului pericoronar al unui dinte inclus sau parțial erupt. Această patologie, cel mai frecvent, afectează al treilea molar inferior (Sayed N., 2019, Huang X. și colab., 2020) având o incidență de 95% dintre cazuri [1] și poate fi un factor etiologic alor complicații septice în părțile moi perimaxilare, în țesutul osos, în ganglionii limfatici regionali și la distanță (mediastinite, tromboflebite ale sinusului cavernos etc.).

În cazul erupției dificile a molarului de minte inferior, în determinarea tratamentului optim apare dilema păstrării sau extracției dintelui de minte. Cele mai multe dintre metodele de optimizare a tratamentului pacienților cu pericoronarită a molarilor de minte inferiori utilizează noi medicamente antibacteriene, antiinflamatoare, desensibilizante și homeopate (Blaeser B. F., și colab., 2003; Shishkin G. B., 2008, Huang X., 2020), însă extracția dintelui rămâne una dintre cele mai frecvente proceduri invazive în chirurgia dento-alveolară și maxilo-facială (Jerjes și colab., 2010, Shoshani-Dror D. Și colab. 2018).

Deși nu există dovezi care să susțină sau să respingă teoria de extracție a molarilor de minte asimptomatici (Mettes și colab., 2012; Ghaemini și colab., 2016), Asociația Americană de Chirurgie orală și maxilo-facială (AAOMS) sprijină pe deplin odontectomia profilactică a acestor dinți, capabili să provoace complicații în timpul erupției (Lieblich și colab., 2012). Acest concept de extracție a molarilor trei asimptomatici nu este acceptat de Institutul Național pentru Sănătate și Excelență în Îngrijire (NICE), care recomandă extracția dintelui de minte, doar în cazul în care acesta dezvoltă o patologie (NICE, 2000).

Pericoronarita este inflamația țesuturilor moi asociată cu erupția parțială a coroanei dentare și în majoritatea cazurilor se referă la molarii trei mandibulari. Simptomele și semnele comune sunt durerea, mirosul neplăcut, inflamația și exsudatul, apărut sub țesuturile pericoronare și agravarea lor din cauza traumei produse de dintele opus. Acestea reprezintă criteriile convenite de NIH (Institutul Național de Sănătate a Americii, în 1980) pentru înlăturarea molarilor de minte, acestea fiind cele mai frecvente motive pentru odontectomia molarilor de minte [2].

Frecvența complicațiilor erupției molarului trei este semnificativă și constituie 56%. În conformitate cu datele din literatura de specialitate [3], 17,7% din cazuri dintelui de minte este cauza principală a diferitelor procese inflamatorii din teritoriul oro-maxilo-facial, iar conform altor opinii - în 23,64% cazuri [4]. Mai mult ca atât, incidența complicațiilor septice grave, cauzate de acest dinte constituie 2,5% [3].

Totuși, factorii determinanți ai apariției pericoronaritelor rămân în continuare neelucidați definitiv. Se presupune că este o asociere între anomaliile de erupție a molarilor trei inferiori și pătrunderea florei microbiene în spațiile peridentare [5].

În unele studii cu referire la infecțiile odontogene, cel mai frecvent întâlnite microorganisme rămân a fi cocii grampozitivi facultativ-anaerobi din genul *Streptococcus*. În timp ce alte investigații demonstrează că cea mai mare prevalență corespunde bacililor anaerobi gramnegativi, reprezentați de speciile negre pigmentate din genurile *Porphyromonas* și *Prevotella*, urmați îndeaproape de cocii grampozitivi anaerobi din genul *Peptostreptococcus* și bacilii gramnegativi anaerobi ai genului *Fusobacterium* [6].

Astfel, la momentul actual tratamentul infecțiilor odontogene se bazează pe două elemente fundamentale: managementul mecanic chirurgical și antibioticoterapie. În unele cazuri, prescrierea

empirică a antibioticelor se bazează pe starea clinică a pacientului, de aceea, adeseori tratamentul este incorect și duce la dezvoltarea rezistenței bacteriene a macroorganismului [7,8].

Chiar și așa, problema apariției complicațiilor nu este depășită complet, pentru că pot urma și cele postoperatorii după extracția molarilor de minte. Astfel este binevenită utilizarea diferitelor remedii medicamentoase care au abilitatea să îmbunătățească atât rezultatele procedurilor chirurgicale, cât și confortul pacientului.

**Scopul:** Sporirea eficacității asistenței medicale a pacienților cu pericoronarite prin optimizarea metodelor de tratament.

**Obiective:**

1. Determinarea factorilor favorizanți locali implicați în apariția pericoronaritei molarilor de minte inferiori.
2. Evaluarea statutului clinico – radiologic a pacienților cu pericoronarita molarilor trei inferiori.
3. Studiul spectrului microbiologic și sensibilitatea acestuia la diferite grupe de medicamente antimicrobiene la pacienții cu pericoronarită, la etapa inițială de tratament.
4. Analiza comparativă a metodelor de tratament a pericoronaritei cu și fără utilizarea autoplasmiei îmbogățite cu trombocite.
5. Elaborarea algoritmului de tratament a pacienților cu pericoronarită.

**Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare propuse.**

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării ne-am propus să efectuăm un studiu clinic prospectiv controlat pentru a compara 2 metode de tratament chirurgical al pacienților cu pericoronarite ale molarilor trei inferiori: extracția dentară standard și utilizarea autoplasmiei îmbogățite cu trombocite înainte și după odontectomie. Studiul complex a fost efectuat pe două loturi a câte 60 de pacienți adulți cu vârsta cuprinsă între 18 și 40 de ani.

Toți pacienții incluși în studiu au fost examinați prin următoarele metode de cercetare: epidemiologică analitică, clinico-instrumentală și paraclinică – investigații de laborator (determinarea germenului patogen și antibioticograma), examenul radiologic (ortopantomografia și CBCT-ul).

**Semnificația teoretică a cercetării.** În baza analizei variabilelor de studiu, am constatat eficiența comparativă a tratamentului cu autoplasmă îmbogățită cu trombocite și odontectomie convențională: durerea / scorul de confort, trismus, indicele de regenerare după Landry și edemul facial. Stabilirea în premieră pentru R. Moldova a unor măsuri raționale de tratament etapizat cu stadiul conservator (medicamentos) apriori de cel chirurgical (conservativ – chirurgical prin operculectomie sau radical chirurgical prin odontectomie) în cazul pericoronaritelor acute a molarilor trei inferiori cu utilizarea autoplasmiei îmbogățite cu trombocite cu efect regenerativ al țesuturilor postextractionale.

**Aprobarea rezultatelor tezei.** Rezultatele studiului au fost prezentate și discutate în cadrul următoarelor foruri științifice naționale și internaționale: *Conferința științifico-practică națională cu participare internațională consacrată aniversării a 90 de ani de la nașterea ilustrului savant Nicolae Testemițanu*. Chișinău, Republica Moldova, 29 septembrie, 2017; *Conferința științifică anuală a Institutului de Medicină Urgentă a tinerilor specialiști „Actualități și controverse în managementul urgențelor medico-chirurgicale”*. Chișinău, Republica Moldova, 10 noiembrie, 2017; *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, Republica Moldova, 21-23 octombrie, 2020; *Congresul Medespera*, 12-14 mai 2022; *Conferința științifică anuală a IP USMF „N. Testemițanu”*, Chișinău, Republica Moldova, 19-20 octombrie, 2016; *Conferința dedicată zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. 15-19 octombrie

2018, Chișinău, Republica Moldova; *International Medical Congress for Students and Young Doctors MedEspera*, 24-26 septembrie 2020, Chișinău, Republica Moldova; *Conferința dedicată zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. 20-22 octombrie 2021, Chișinău, Republica Moldova.

Aprobarea temei tezei a avut loc în cadrul ședinței Consiliului Științific de Profil 323.01 Stomatologie din 02.05.2017 (proces-verbal nr.3). Avizul favorabil din 26.04.17 nr.82 și Protocolul de cercetare la tema tezei realizate, aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu”. Rezultatele au fost aprobate la ședința Catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan” a USMF „Nicolae Testemițanu” din 27.03.2023 (proces-verbal nr.7).

**Cuvinte-cheie:** pericoronarită, molar trei inferior, incluzie dentară, autoplasmă îmbogățită cu trombocite.

## 1. PARTICULARITĂȚILE PATOLOGIEI INFLAMATORII ASOCIATE ERUPȚIEI DENTARE

Capitolul 1 este o sinteză a literaturii din domeniul chirurgical stomatologic, realizată astfel încât să accentueze actualitatea studiului realizat. În subcapitolul 1 și 2 sunt descrise etiologia și patogenia pericoronaritei molarilor trei inferiori, apariția căreia este într-o strânsă relație cu dezvoltarea și erupția dinților de minte, care pot duce la diferite complicații de ordin local și general. În subcapitolul 3 sunt descriși factorii determinanți în apariția acestei patologii, reprezentați prin diferite grupe de microorganisme patogene. În subcapitolul 4 sunt reliefate semnele și simptomele clinice ale diferitor forme de pericoronarită, iar complicațiile septice induse de această patologie sunt descrise în subcapitolul 5. În subcapitolul 6 sunt expuse opțiunile de tratament chirurgical și medicamentos al pacienților cu pericoronarita molarului de minte inferior.

## 2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE

### 2.1. Caracteristica generală a cercetării

În studiul clinic prospectiv controlat au fost incluși consecutiv 120 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 18-40 de ani cu pericoronarita molarului de minte inferior, care au fost selectați din Clinica Stomatologică Universitară nr. 2 a IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Toți au fost examinați prin metode clinice și paraclinice cu elaborarea diagnosticului și stabilirea planului de tratament pentru care pacienții și-au dat consimțământul în scris. Pacienții au fost divizați în două loturi: de studiu (60 de pacienți) și de control (60 de pacienți).

Luând în considerare că rezultatul primar al tezei prezintă evaluarea comparativă a rezultatelor tratamentului pericoronaritei acute cu utilizarea autoplasmăi îmbogățite cu trombocite (APT), comparativ cu metoda standard, exprimată în durata regenerării (zile), care, la rândul ei, prezintă o variabilă continuă, testul statistic potrivit va fi testul t-student unilateral sau testul Mann-Whitney unilateral pentru grupele independente. Selectarea metodei va fi efectuată după analiza primară a datelor colectate. În cazul în care testul aplicat va fi t-student, volumul eșantionului este estimat la un nivel de 51 de pacienți în fiecare lot pentru  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.2$  (puterea testului 0.8) și mărimea efectului mediu ( $d = 0.5$ ) (figura 1a). Pentru parametrii similari volumul eșantionului în cazul testului Mann-Whitney unilateral va fi 53 de respondenți în fiecare lot (figura 1b). Astfel, în fiecare lot de cercetare vor fi colectați nu mai puțin de 53 de respondenți.

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)			t tests – Means: Wilcoxon–Mann–Whitney test (two groups)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size		Options:	A.R.E. method	
Input:	Tail(s)	= One	Analysis:	A priori: Compute required sample size	
	Effect size d	= 0.5	Input:	Tail(s)	= One
	$\alpha$ err prob	= 0.05		Parent distribution	= Normal
	Power (1– $\beta$ err prob)	= 0.80		Effect size d	= 0.5
	Allocation ratio N2/N1	= 1		$\alpha$ err prob	= 0.05
Output:	Noncentrality parameter $\delta$	= 2.5248762		Power (1– $\beta$ err prob)	= 0.8
	Critical t	= 1.6602343	Output:	Allocation ratio N2/N1	= 1
	Df	= 100		Noncentrality parameter $\delta$	= 2.5152354
	Sample size group 1	= 51		Critical t	= 1.6603560
	Sample size group 2	= 51		Df	= 99.2225438
	Total sample size	= 102		Sample size group 1	= 53
	Actual power	= 0.8058986		Sample size group 2	= 53
				Total sample size	= 106
				Actual power	= 0.8032180

a

b

Figura 1. **Estimarea volumului eşantionului pentru testul t-student unilateral (a) și pentru testul Mann-Whitney unilateral (b).**

Pacienții au fost incluși în studiu în funcție de o serie de criterii de includere și criterii de excludere, studiul fiind astfel mai bine delimitat și centrat pe un anumit grup reprezentativ.

Criteriile de **includere** în studiu:

1. Prezența pericoronaritelor acute.
2. Vârsta cuprinsă între 18 și 40 de ani.
3. Pacienții care au semnat acordul informat.

Criteriile de **excludere** din studiu:

1. Vârsta în afara limitelor stabilite;
2. Patologii locale acute și sistemice care pot afecta reușita tratamentului;
3. Cazuri când extracția molarului inferior 3 nu este posibilă, din cauza situației anatomice ale M3;
4. Pacienții care nu respectă condițiile de igienă și profilaxie;
5. Pacienții cu anamneză generală alergic predispusă;
6. Solicitarea de a ieși din studiu;
7. Refuzul de participare în studiu sau indisponibilitatea de supraveghere pe parcursul studiului.

## 2.2. Metode de investigație

Eșantionul uman s-a abordat ca metodologie de lucru pe câteva direcții de cercetare: epidemiologică analitică, clinico-instrumentală și paraclinică – examenul radiologic, prelevarea probelor microbiologice.

**Evaluarea clinică preoperatorie.** Pacienții incluși în studiu au fost examinați clinic înainte de randomizarea simplă. Examenul clinic s-a realizat conform protocolului standard.

**Metode paraclinice.** Din metodele paraclinice s-a recurs la examenul radiologic (ortopantomografie și/sau tomografia computerizată cu fascicul conic (CBCT)) și examenul bacteriologic.

Examenul radiologic s-a efectuat înainte de intervenția chirurgicală. Au fost apreciați următorii parametri (figura 2): angularea molarului de minte inferior (clasificarea Winter); relația cu ramul ascendent mandibular și relația cu planul ocluzal (clasificarea Pell&Gregory); relația cu nervul alveolar inferior, morfologia rădăcinii; dimensiunea sacului folicular;

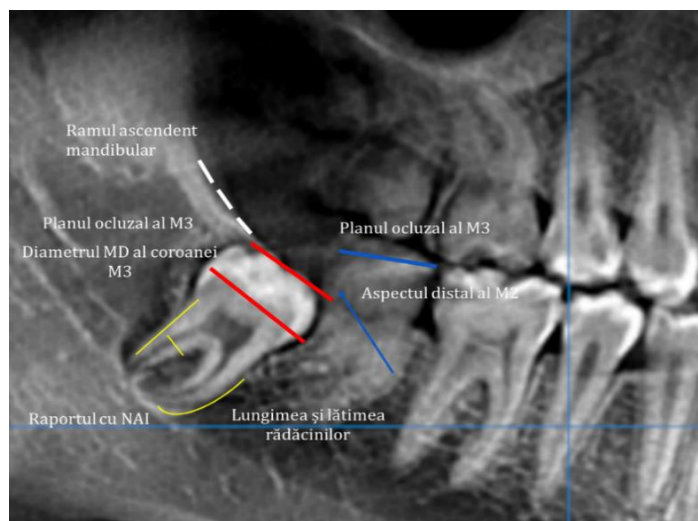


Figura 2. Secțiune de radiografie panoramică cu stabilirea parametrilor

*Examenul bacteriologic.* O direcție importantă a cercetării a fost - în cadrul ambelor loturi de pacienți - identificarea spectrului etiologic al agenților microbieni implicați din prelevatele colecțiilor seroase sau purulente, de aceea, examenul bacteriologic posedă, indubitabil, o importanță majoră în atingerea scopului propus.

Abordarea cercetării microbiologice a fost posibilă datorită colaborării cu Laboratorul de Diagnostic Medical *Micromed*, ICS „Centrul de Diagnostic German” SRL din Chișinău, Laboratorul medical „Invitro Diagnostics” și Laboratorul clinic diagnostic din cadrul IMSP SCR „Timofei Moșneaga”.

Tehnica de recoltare:

1. Pacientul se așază în scaunul stomatologic cu fața spre sursa de lumină și ceafa sprijinită de tetieră.

2. Se tamponează ferm, printr-o mișcare circulară se șterge ușor cu tamponul steril mucoasa zonei inflamate sau cu depozite purulente ce acoperă coroana dintelui cauzal (figura 3), fiind atenți atât la introducerea, cât și la scoaterea tamponului, ca să se evite atingerea bazei limbii și a palatului moale.



Figura 3. Prelevarea probei bacteriologice

3. Se introduce tamponul în tubul protector prevăzut cu mediu de transport (Amies, Stuart sau Cary-Blair) (figura 4), care se etichetează corespunzător și se trimite la laborator sau se introduce în mediul de transport până la prelucrare.



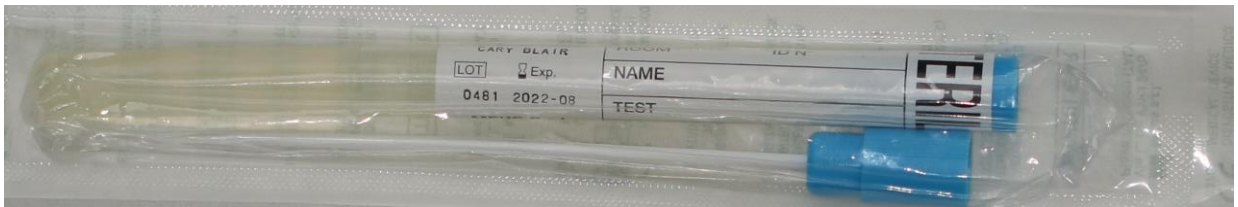


Figura 4. Bagheta cu tampon steril și tubul cu material de transport

4. Transportul probelor către laborator se face în maximum 2 ore de la prelevare. Deși probele prelevate pe tamponuri în tuburi conțin mediu de transport, care asigură condiții optime pentru menținerea viabilității microorganismelor, probele prelevate pot fi păstrate până la 24 de ore din momentul recoltării până la însămânțare. Pentru o mai sigură recuperare a microorganismelor urmărite, este recomandat ca însămânțările pe mediile de cultură să se facă imediat ce probele ajung la laborator.

Determinarea sensibilității la antibiotice s-a realizat după metoda clasică – **Antibiograma difuzimetrică**, care permite testarea mai multor antibiotice pe aceeași placă, dar gradul de corelație reală cu CMI este de numai 70-90% [9]. Interpretarea rezultatelor **S**-sensibil, **I**-indiferent, **R**-rezistent se face conform standardului **EUCAST**.

### 2.3. Metode de tratament

Pentru determinarea eficacității tratamentului complex administrat, la 120 de pacienți în vârstă de 18 - 40 de ani, cu periconarita acută a molarului de minte inferior, pacienții au fost repartizați în 2 loturi. Inițial, la prima vizită, s-au prelevat probe bacteriologice din exudatul seros sau purulent de sub capușonul molarului de minte inferior cauzal.

- **Lotul martor** - 60 de pacienți ce au primit tratament chirurgical standard: anestezie tronculară, instilația spațiului de sub opercul cu soluții antiseptice. În cazul în care abcesul pericoronar este evident, se face o incizie anteroposterioară cu un bisturiu #15 pentru drenajul acestuia, lavaj cu soluții antiseptice (Sol. Clorhexidină 0.05%), antibioticoterapia (antibiotice cu spectru larg de acțiune, cu precădere din grupul penicilinelor, Amoxicilină 875 mg cu acid clavulanic 125 mg, câte o pastilă de 2 ori pe zi minimum 5 zile), antiinflamatoare nesteroidiene (Ibuprofen 400mg, câte o pastilă de 2 ori pe zi, 3 zile). Extracția dintelui cauzal are loc după rezolvarea fazei acute de inflamație, de obicei la 2-4 zile după tratamentul conservativ (figura 5).

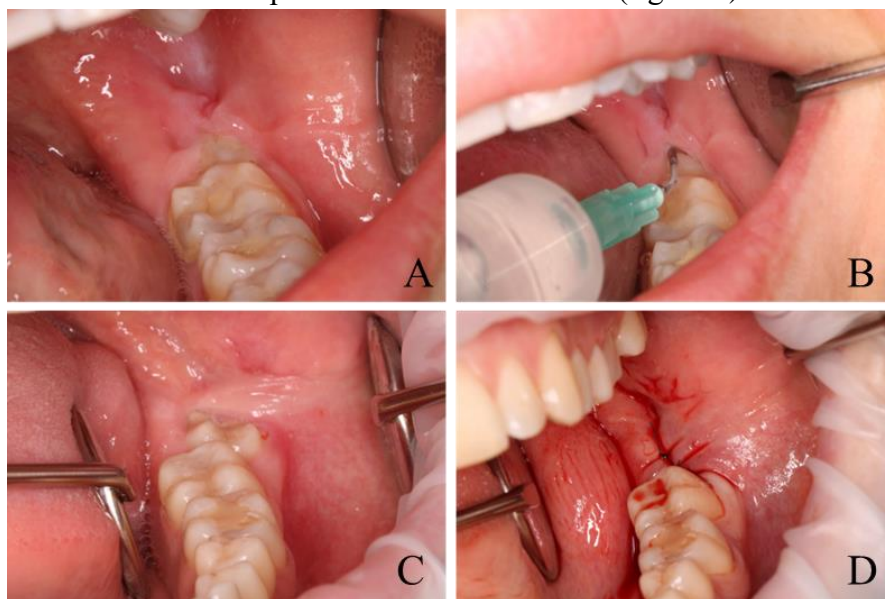


Figura 5. Etapele tratamentului pentru lotul de control (A. starea inițială, B. lavajul cu soluții antiseptice, C. rezolvarea fazei acute, D. extracția dintelui cauzal)

- **Lotul de de studiu** – 60 de pacienți la care, tratamentul sus-menționat a fost completat cu utilizarea autoplasmiei îmbogățite cu trombocite atât la prima etapă de tratament, cât și postextractional (figura 6). Metoda de tratament este brevetată.

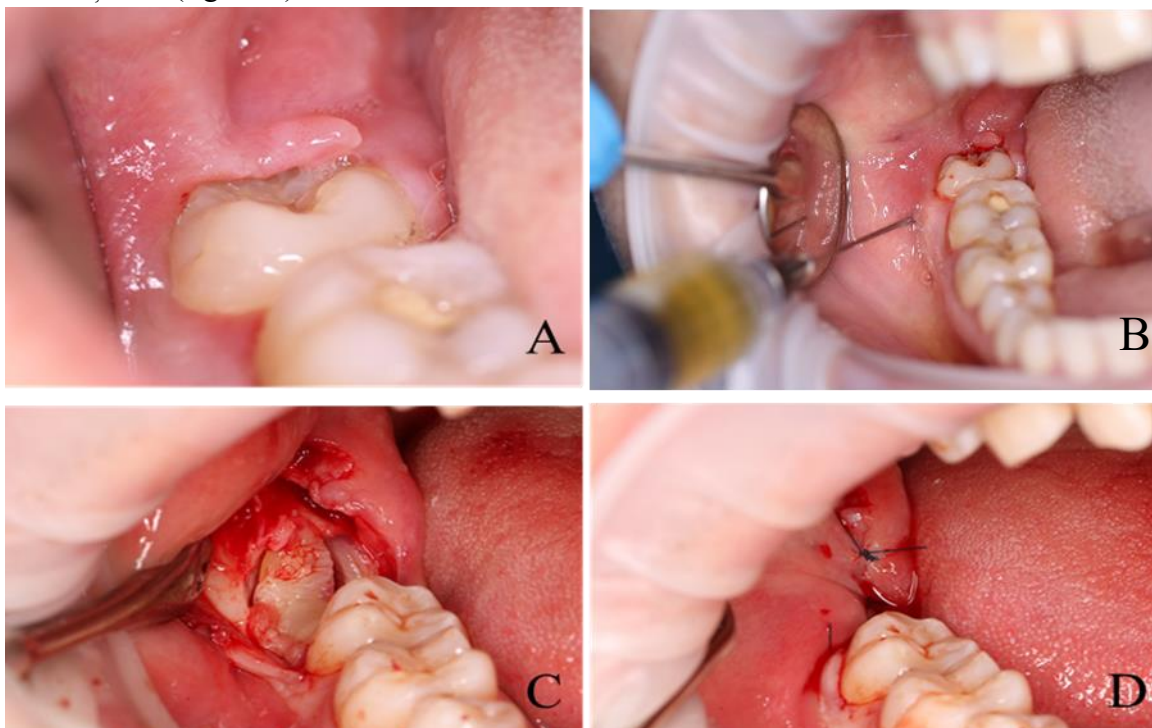


Figura 6. Etapele tratamentului pentru lotul de studiu (A. starea inițială, B. utilizarea APT preextractional, C, D. extracția dintelui și aplicarea PRF-ului postextractional)

#### 2.4. Variabilele de studiu

Pacienții au fost examinați printr-un protocol standardizat de revizuire la 1, 3, și 7 zile după intervenție, unde s-au determinat următorii indici:

- Determinarea microbiotei prelevate (la etapa inițială de tratament);
- Determinarea agenților antimicrobieni susceptibili microbiotei analizate (analiza de laborator);
- Determinarea rezultatelor tratamentului pe loturi de studiu al pericoronaritei în corelație cu indicii de:
  - ✓ Durere / scor de confort
  - ✓ Trismus
  - ✓ Indicele de regenerare (Landry și col.)
  - ✓ Edemul facial

##### *Durerea*

Se va lua în considerare diminuarea / lipsa durerilor la controlul plăgii posttratament pe fondal medicamentos. Subiecții au fost rugați să marcheze scala vizuală analogică (SVA) (figura 7) pentru evaluarea durerii. În mod operațional, SVA este, de obicei, o linie orizontală de 100 mm în lungime, ancorată de descriptorii de cuvinte la fiecare capăt. Subiecții au fost rugați să marcheze cifra la care simt că reprezintă percepția lor asupra stării lor actuale de durere.








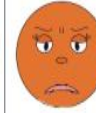




											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Fără durere	Foarte ușoară	Discomfort	Tolerabilă	Durere supărătoare	Durere deranjantă	Durere intensă	Foarte intensă	Oribilă	Insuportabilă	De nelăgănat	
Fără durere	Durere minoră			Durere moderată			Durere severă				

Figura 7. Scala vizuală analogică (SVA)

#### *Gradul de deschidere a gurii*

Subiecților din loturile de studii li s-a cerut să deschidă gura maxim posibil. Cu un șubler calibrat în milimetri s-a măsurat distanța de la marginea incizală a incisivilor superiori până la marginea incizală a incisivilor inferiori.

Gradul deschiderii gurii s-a măsurat la fiecare pacient: în prima zi (\_\_\_ cm) zi, a 3 (\_\_\_ cm) zi și a 7 (\_\_\_ cm) zi pe fondal medicamentos.

#### *Indicele de regenerare (Landry și col.):*

gradul 1 – culoarea gingiei  $\geq 50\%$  roșie, sângerândă la palpare, prezența granulațiilor, neepitelizat, cu lipsă de țesut epitelial sub linia de incizie

gradul 2 – culoarea gingiei  $\geq 50\%$  roșie, sângerândă la palpare, prezența granulațiilor, neepitelizat, cu țesut conjunctiv sub linia de incizie

gradul 3 – culoarea gingiei  $\geq 25\% < 50\%$  roșie, nu este sângerândă la palpare, nu sunt prezente granulații, nu este expus țesut conjunctiv sub linia de incizie

gradul 4 – culoarea gingiei  $\geq 25\%$  roșie, nu este sângerândă la palpare, nu sunt prezente granulații, nu este expus țesut conjunctiv sub linia de incizie

gradul 5 – culoarea gingiei roz-pală, nu este sângerândă la palpare, nu sunt prezente granulații, nu este expus țesut conjunctiv sub linia de incizie

#### *Edemul facial postoperator*

Edemul postoperator se măsoară cu o bandă flexibilă vs. șubler digital folosind 3 planuri de referință (figura 8): [10]

- linia AC - unește punctul posterior al tragusului auricular cu punctul lateral al colțului gurii;
- linia AD - unește punctul posterior al tragusului auricular până la regiunea tegumentară pogonionului;
- linia BE - unește unghiul extern al ochiului până la punctul inferior al unghiului mandibular;

Rezultatul edemului facial se calculează ca diferența dintre edemul preoperator (AC+AD+BE) și cel postoperator (AC+AD+BE).

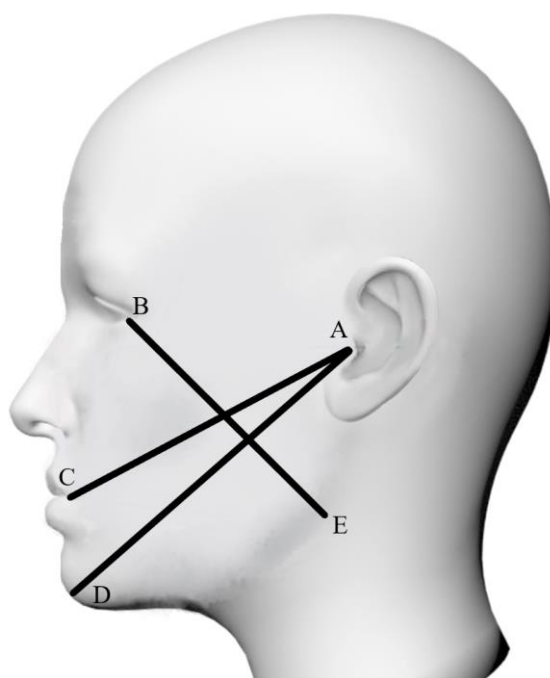


Figura 8. Planurile de referință

Edemul, în mod normal, se compensează cu leziunea chirurgicală provocată și se diminuează între a 3-a și a 4-a zi postoperatorie.

### 2.5. Metode de procesare statistică a rezultatelor

Datele colectate au fost prelucrate prin intermediul programului IBM SPSS Statistics 26, fiind utilizate testele non-parametrice Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, metodele statistice Likelihood Ratio, Fisher Exact, Linear-by-Linear Association.

## 3. TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU PERICORONARITE ACUTE ALE MOLARILOR TREI INFERIORI

### 3.1. Rezultatele generale ale loturilor de studiu

Participanții la studiu au fost repartizați în loturi omogene după vârstă și gen biologic. Distribuția pe gen biologic (Tabelul 1) a arătat că cele mai multe cazuri - 57.6% ÎÎ95% (45.5, 69.0) au fost reprezentate de femeile din lotul de studiu, iar cele din lotul de control au constituit 42.4% ÎÎ95% (31.0, 54.5). Bărbații incluși în cercetare au fost repartizați în 59.3% ÎÎ95% (46.0, 71.6) de cazuri în lotul de control și în 40.7% ÎÎ95% (28.4, 54.0) în lotul celor cu tratament complex al pericoronaritei acute ale molarilor trei inferiori. Diferențele observate nu au o semnificație statistică (Pearson Chi-Pătrat test cu Corecția de Continuitate = 2.727, df = 1, p = 0.099) după cum se poate vedea în tabelul 2.

Tabelul 1. Repartizarea pe gen biologic și vârstă a pacienților din loturile de studiu și de control

		Lotul de studii		
		Control	Studiu	
Genul biologic	B	Număr	32	22
		%	59.3	40.7
		95,0% ÎÎ limita de jos	46.0	28.4
		95,0% ÎÎ limita de sus	71.6	54.0

	F	Număr	28	38
		%	42.4	57.6
		95,0% ÎI limita de jos	31.0	45.5
		95,0% ÎI limita de sus	54.5	69.0
Vârsta, ani	Minim	17	18	
	Maxim	46	40	
	Media	27	27	
	Deviația standard	7	5	
	Mediana	25	26	
	Percentila 25	22	23	
	Percentila 75	30	31	

**Tabelul 2. Analiza distribuției pe gen biologic în loturile de studiu**

	Valori	Grade de libertate	p	p (ipoteza bilaterală)	p (ipoteza unilaterală)
Test Chi-pătrat	3.367	1	.067		
Corecția de continuitate	2.727	1	.099		
Likelihood Ratio	3.384	1	.066		
Testul Fisher				.098	.049
Linear-by-Linear Association	3.339	1	.068		
Nr de cazuri valide	120				

Conform vârstei participanților la studiu, după cum se poate observa în tabelul 8, cei mai tineri pacienți au avut 17 și 18 ani pentru loturile de control și de studiu respectiv. Cei mai vârstnici pacienți au fost înregistrați în lotul de control – 46 de ani, în timp ce, în lotul de studiu, maxima de vârstă a fost de 40 de ani. Mediile de vârstă ale celor incluși în studiu au fost identice și au constituit 27 de ani, iar medianele au fost diferite, 25 de ani în lotul de control și 26 de ani în lotul de cercetare, dar această diferență nu are semnificație statistică așa cum se poate observa din tabelul 3.

**Tabelul 3. Analiza distribuției pe vârstă în loturile de studiu**

Număr Total	120
Mann-Whitney U	1906.000
Wilcoxon W	3736.000
Test Statistic	1906.000
Eroarea Standard	189.967
Test Statistic Standardizat	.558
p (ipoteza bilaterală)	.577

Similitudinea valorilor vârstei pacienților incluși în cercetare poate fi remarcată și vizual din figura 9 de unde se poate vedea că, în afara a două valori extreme, distribuția este una asemănătoare.

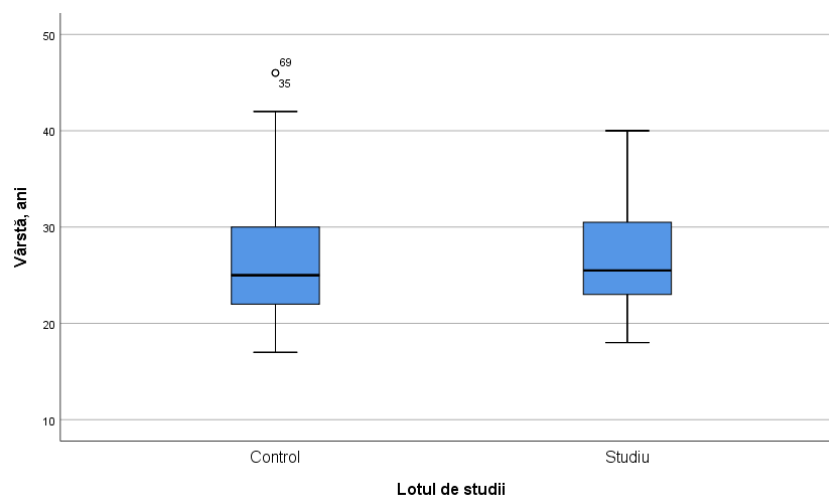


Figura 9. Distribuția după vârstă în loturile de studiu

Distribuția descrisă de cifrele prezentate mai sus vin să confirme datele literaturii de specialitate unde s-a stabilit că problemele legate de erupția dificilă a molarului trei inferior au fost caracteristice persoanelor tinere, fără o predilecție majoritară de sex.

Pentru a evalua gradul de dificultate a extracției dentare exprimat în diferite clasificări, de care va depinde tehnica chirurgicală de odontectomie a molarului trei, perioada de recuperare și riscul de apariție a complicațiilor intra- și postoperatorii, au fost înregistrate: angularea, relația cu ramul ascendent mandibular; relația cu planul ocluzal; morfologia rădăcinii și dimensiunea sacului folicular.

Poziția dintelui după Pell și Gregory divizată în trei clase conform relației molarului trei cu ramul ascendent al mandibulei a fost înregistrată la toți 120 de participanți. Distribuția acestor cazuri este ilustrată în figura 10.

Cei mai mulți participanți, în total 73 de cazuri din ambele loturi (tabelul 4), au fost persoanele care au avut diametrul mezio-distal al coroanei complet liber față de marginea anterioară a ramului ascendent mandibular, încadrându-se în clasa I. În lotul de control, majoritatea, 55% Î95% (42.4, 67.1), s-a încadrat în această clasă. Pacienții din lotul de studiu cu aceeași clasă au avut o pondere de 66.7% Î95% (54.2, 77.6) din lot. Cazurile din lotul de control care s-au încadrat în clasa II au constituit 43.3% Î95% (31.4, 55.9), iar numărul celor din lotul de studiu a fost de 26.7% Î95% (16.8, 38.8).

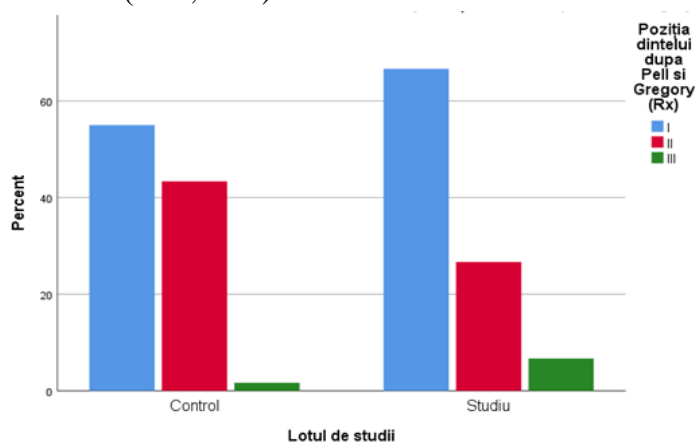


Figura 10. Distribuția după relația molarului trei cu ramul ascendent al mandibulei în loturile de studiu

Cele mai puține cazuri au avut coroana molarului inclus total acoperită de ramul mandibular. Astfel de pacienți au alcătuit 1.7% Î95% (0.2, 7.5) din lotul de control și 6.7% Î95% (2.3, 15.1) din lotul de studiu.

**Tabelul 4. Statistica descriptivă conform clasificării Pell & Gregory în loturile de cercetare**

			Lotul de studii	
			Control	Studiu
Poziția dintelui după Pell și Gregory (Rx)	I	Număr	33	40
		%	55.0	66.7
		95,0% Î limita de jos	42.4	54.2
		95,0% Î limita de sus	67.1	77.6
	II	Număr	26	16
		%	43.3	26.7
		95,0% Î limita de jos	31.4	16.8
		95,0% Î limita de sus	55.9	38.8
	III	Număr	1	4
		%	1.7	6.7
		95,0% Î limita de jos	0.2	2.3
		95,0% Î limita de sus	7.5	15.1
Poziția dintelui după Pell și Gregory (Rx)_1	A	Număr	44	48
		%	73.3	80.0
		95,0% Î limita de jos	61.2	68.6
		95,0% Î limita de sus	83.2	88.6
	B	Număr	16	8
		%	26.7	13.3
		95,0% Î limita de jos	16.8	6.5
		95,0% Î limita de sus	38.8	23.6
	C	Număr	0	4
		%	0.0	6.7
		95,0% Î limita de jos	.	2.3
		95,0% Î limita de sus	.	15.1

Alt aspect descris din clasificarea Pell & Gregory a fost profunzimea dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarului de 6 și 12 ani. Conform acestui criteriu, pacienții din lotul de control au avut nivelul molarului trei de două tipuri din trei posibile. Cei mai mulți dintre ei, 73.3% Î95% (61.2, 83.2) s-au încadrat în clasa A, iar celelalte 26.7% Î95% (16.8, 38.8) au avut fața ocluzală a molarului trei între planul ocluzal și linia verticală a molarului doi, fiind repartizați în clasa B. În lotul de control, nu au fost pacienți din clasa C conform clasificării Pell & Gregory. Lotul de studiu a inclus pacienți din toate trei clase (figura 11).

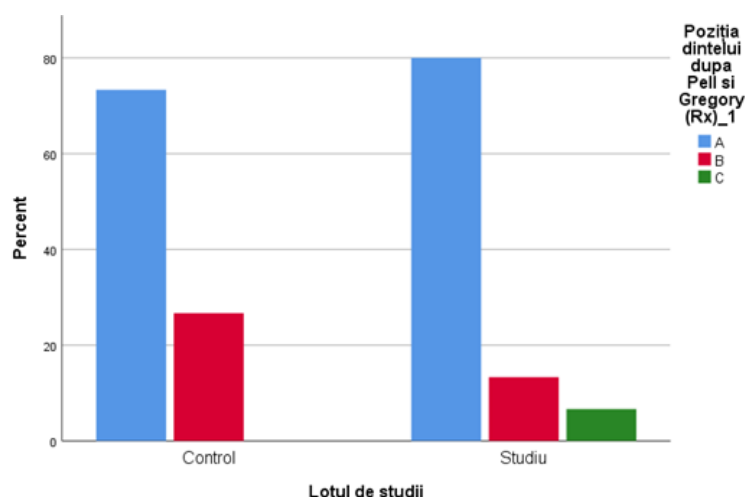


Figura 11. Distribuția după profunzimea dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarului de 6 și 12 ani în loturile de studiu

Conform criteriului de profunzime a dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarilor I și II, putem spune că loturile au fost diferite (tabelul 5). Prezența la unii pacienți din lotul de studiu a molarilor trei cu fața ocluzală sub linia cervicală a molarului doi este statistic semnificativă (Pearson Chi-Pătrat test = 6.841, df = 2, p = 0.033).

Tabelul 5. Profunzimea dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarilor I și II după Pell și Gregory

Testul Chi-Pătrat			
	Valori	Grade de libertate	P (ipoteza bilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	6,841a	2	,033
Likelihood Ratio	8,438	2	,015
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
Nr. de cazuri valide	120		

Diferența observată, care face acest lot ca fiind unul mai complicat din punctul de vedere al evoluției procesului inflamator, timpului necesar pentru procedura de extracție și gradul de lezare a țesuturilor adiacente în timpul extracției, trebuie luată în considerare la comparația rezultatelor tratamentului.

Spațiul folicular, care poate servi drept mediu prielnic pentru proliferarea bacteriană, a fost măsurat la pacienții celor două loturi (tabelul 6).

Tabelul 6. Dimensiunile spațiului folicular la pacienții ambelor loturi

		Lotul de studii	
		Control	Studiu
Spațiu folicular, mm	Minimum	.10	.10
	Maximum	4.00	4.00
	Media	1.14	1.06
	Deviația standard	.94	.93
	Mediana	1.00	.93
	Percentila 25	.50	.10
	Percentila 75	2.00	1.66



În lotul de control, dimensiunea acestuia a variat între un minim de 0.1mm până la 4.0 mm, media dimensiunii fiind de 1.14 mm cu o deviație standard de 0.94mm. Mediana dimensiunilor înregistrate a constituit 1.0 mm, valorile înregistrate în lotul de control fiind dispersate între percentila 25 cu valoarea de 0.50mm și percentila 75 cu valoarea 2.0mm.

Tabelul 7. Spațiul folicular în loturile din cercetare

	Spațiu folicular, mm
Mann-Whitney U	1685,500
Wilcoxon W	3515,500
Z	-,606
P (ipoteza bilaterală)	,544

Pacienții lotului de studiu au avut spații foliculare cu dimensiuni din același interval ca în lotul de control, minim de 0.1mm și maxim de 4.0 mm cu o valoare medie de 1.06mm și o deviație standard de 0.93mm, mai mică decât în lotul de control. Mediana în cazul pacienților din lotul de studiu a constituit 0.93mm, iar percentilele 25 și 75 egale cu 0.1mm și 1.66mm respectiv. Se poate observa din figura 12 o concentrare spre dimensiuni mai mici, diferență care nu prezintă semnificație statistică (Mann-Whitney U test = 1685.500, Wilcoxon W test = 3515.500, scor Z = -0.606, p = 0.544) (tabelul 7).

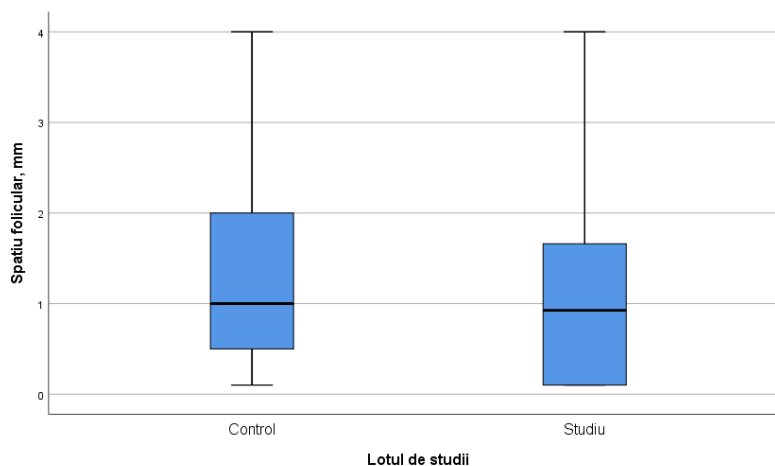


Figura 12. Distribuția după dimensiunea spațiului folicular în loturile din cercetare

### 3.2. Evaluarea rezultatelor variabilelor de studiu pe loturi

Pacienții din ambele loturi au fost evaluați după câteva criterii: Indicele de regenerare (Landry și colab.), durerea și edemul postoperator, gradul de deschidere a gurii.

Indicele de regenerare (Landry și colab.) a înregistrat în ambele loturi valori medii și sporite de regenerare (figura 13). Gradul 3 de regenerare a fost înregistrat doar la pacienții din lotul fără autoplasmă trombocitară administrată postextracțional (tabelul 8). Aceștia au fost în număr de 3.3% Î95% (0.7, 10.3) din pacienții lotului de control. Indicele 4 de regenerare a fost observat la 90% Î95% (80.5, 95.7) din cazurile lotului de control și la 53.3% Î95% (40.8, 65.6) din pacienții lotului de cercetare.

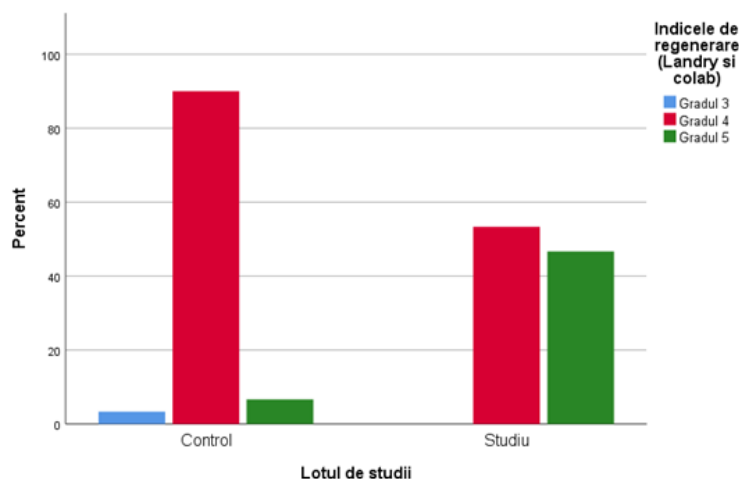


Figura 13. Distribuția după Indicele de regenerare (Landry și colab.)

Majoritatea persoanelor cu indicele maxim de regenerare, care a constituit 46.7%  $\hat{I}95\%$  (34.4, 59.2), a fost înregistrată în lotul de cercetare. Indicele maxim de regenerare 5 a fost prezent la doar 6.7%  $\hat{I}95\%$  (2.3, 15.1) din cei înregistrați în lotul de control, frecvență care a fost de câteva ori mai mică decât cea observată în lotul de cercetare (tabelul 8).

Tabelul 8. Indicele de regenerare (Landry și colab.)

			Lotul de studii	
			Control	Studiu
Indicele de regenerare (Landry și colab.)	Gradul 3	Număr	2	0
		%	3.3	0.0
		95,0% $\hat{I}$ limita de jos	0.7	.
		95,0% $\hat{I}$ limita de sus	10.3	.
	Gradul 4	Număr	54	32
		%	90.0	53.3
		95,0% $\hat{I}$ limita de jos	80.5	40.8
		95,0% $\hat{I}$ limita de sus	95.7	65.6
	Gradul 5	Număr	4	28
		%	6.7	46.7
		95,0% $\hat{I}$ limita de jos	2.3	34.4
		95,0% $\hat{I}$ limita de sus	15.1	59.2

Diferențele observate în figura 13 nu poartă un caracter stocastic. Cifrele prezentate în tabelul 9 demonstrează existența unei diferențe statistice semnificative între rezultatele utilizării autoplasmii îmbogățite cu trombocite administrată postextracțional comparate cu datele pacienților lotului de control al studiului dat (Pearson Chi-Pătrat test = 25.628, df = 2,  $p < 0.001$ ).

Tabelul 9. Indicele de regenerare (Landry și colab.)

Testul Chi-Pătrat			
	Valori	Grade de libertate	P (ipoteza bilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	25,628a	2	,000
Likelihood Ratio	28,712	2	,000
Linear-by-Linear Association	25,297	1	,000
Nr. de cazuri valide	120		

Prin urmare, s-ar putea afirma că, în lotul de studiu, au fost mai mulți pacienți la care valorile indicelui de regenerare au fost mai mari. Din punct de vedere clinic, acest fapt ar putea sugera existența beneficilor tehnicii aplicate în cercetarea curentă mai ales dacă se va lua în considerare faptul că pacienții din lotul de studiu erau diferiți și după angulația conform clasificării Winter descrisă mai sus și după poziția dintelui din clasificarea Pell & Gregory.

Relația molarului trei cu ramul ascendent al mandibulei și profunzimea dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarului de 6 și 12 ani au fost observate separat pentru fiecare indice de regenerare (Landry și colab.), înregistrat în loturile de cercetare (tabelul 10). După cum se poate observa, cei mai mulți pacienți din lotul de control, 24 de persoane, erau concentrați în grupul cazurilor mai puțin dificile după complexitatea procedurii de extracție, făcând parte din grupul I A al clasificării Pell&Gregory, la ei, observându-se un indice de regenerare 4 din clasificarea Landry. Aceștia au fost urmați de 16 cazuri din grupul II A și 9 persoane din grupul II B, mai dificil de abordat comparativ cu grupul I, la care s-a observat tot indicele 4 de regenerare. Indicele maxim, 5, s-a observat la doar 3 pacienți cu cea mai puțin traumatizantă poziție a molarului trei inferior I A și la un singur pacient cu poziția II A.

Tabelul 10. **Poziția dintelui după Pell și Gregory pentru fiecare indice de regenerare înregistrat în loturile din cercetare**

				Lotul de studii					
				Control			Studiu		
				Indicele de regenerare (Landry și colab.)					
				Gradul 3	Gradul 4	Gradul 5	Gradul 3	Gradul 4	Gradul 5
				Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr
Poziția dintelui după Pell și Gregory (Rx)	I	Poziția dintelui după Pell și Gregory	A	0	24	3	0	19	18
			B	2	4	0	0	1	2
			C	0	0	0	0	0	0
	II	Poziția dintelui după Pell și Gregory	A	0	16	1	0	6	4
			B	0	9	0	0	2	1
			C	0	0	0	0	1	2
	III	Poziția dintelui după Pell și Gregory	A	0	0	0	0	1	0
			B	0	1	0	0	1	1
			C	0	0	0	0	1	0

Comparativ cu lotul de control, în cel de studiu, nu s-a înregistrat niciun pacient cu indicele de regenerare 3. Indicele 4 a fost observat la 19 persoane din grupul I A, la o persoană din grupul I B, la 6 persoane din grupul II A, la 2 persoane din II B și seria continuă cu pacienți care au avut poziții de complexitate în creștere până la cele mai traumatizante și dificil de extras grupul III C. Aceeași tendință s-a observat și la pacienții cu autoplasmă îmbogățită cu trombocite administrată postextracțional, care au avut indicele 5 de regenerare. Dintre aceștia, 18 pacienți au făcut parte din grupul I A și 2 persoane au avut poziția I B. Poziția II A s-a observat în 4 cazuri, II B într-un caz, iar 2 pacienți au avut molarii trei inferiori în poziția II C. Indicele de regenerare maxim, chiar și în cazul unei poziții dificile de extras III B, a fost înregistrată tot în lotul de studiu.

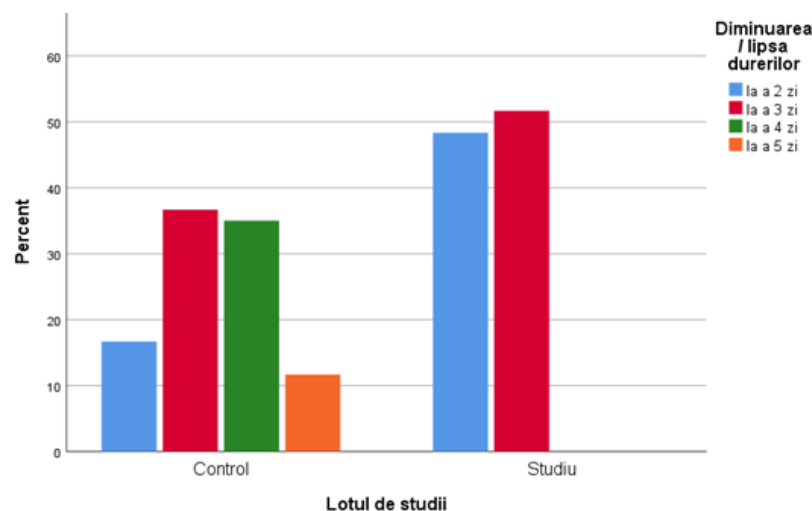


Figura 14. Distribuția după lipsa/diminuarea durerilor în loturile din cercetare

Durerea și edemul prezente la a 7-a zi postextractional au fost următorii indicatori observați postoperator. Cifrele prezentate vorbesc despre lipsa diferențelor între loturi conform acestor indicatori, durerea și edemul fiind absente la o săptămână atât în lotul de control, cât și în cel de studiu. Pentru a identifica unele posibile diferențe, în cercetare, s-a măsurat prezența acestor simptome la perioade mai scurte după extracție.

Durerea a dispărut postoperator la intervale cuprinse între 2 și 5 zile (figura 14) la pacienții din lotul de control și cel târziu, la 3 zile în lotul de studii.

În lotul de control, durerea s-a diminuat sau a dispărut în a 2-a zi în 16.7%  $\hat{I}95\%$  (8.9, 27.6) din cazuri, în a 3-a zi, la 36.7%  $\hat{I}95\%$  (25.3, 49.3) din pacienți. Spre deosebire de lotul de studii, s-au înregistrat 35.0% ( $IC95\%$  23.9, 47.5) de pacienți la care durerea a cedat în ziua a 4-a, dar au fost și 11.7%  $\hat{I}95\%$  (5.4, 21.5) pacienți cu durere până în ziua a 5-a după extracție.

Pacienții lotului de studiu au avut durere care a dispărut în ziua a 2-a, 48.3%  $\hat{I}95\%$  (36.0, 60.8), iar la celelalte 51.7%  $\hat{I}95\%$  (39.2, 64.0), durerea a cedat în ziua a 3-a. Nu s-au înregistrat pacienți la care durerea să nu lipsească sau să nu se diminueze în ziua a 4-a sau a 5-a în lotul de studiu, iar acest fapt are o semnificație statistică în cazul cercetării date după cum se poate observa în tabelul 11 (Pearson Chi-Pătrat test = 38.785, df = 3, p < 0.001).

Tabelul 11. Lipsa/diminuarea durerii în loturile din cercetare

Testul Chi-Pătrat			
	Valori	Grade de libertate	P (ipoteza bilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	38,785	3	,000
Likelihood Ratio	50,015	3	,000
Linear-by-Linear Association	32,910	1	,000
Nr. de cazuri valide	120		

Edemul, ca rezultat normal al procedurii traumatizante de extracție a molarului trei inferior, s-a diminuat/a lipsit până la a 5-a zi în lotul de control și până la a 4-a zi în lotul pacienților cu autoplasmă îmbogățită cu trombocite după extracție (figura 15).

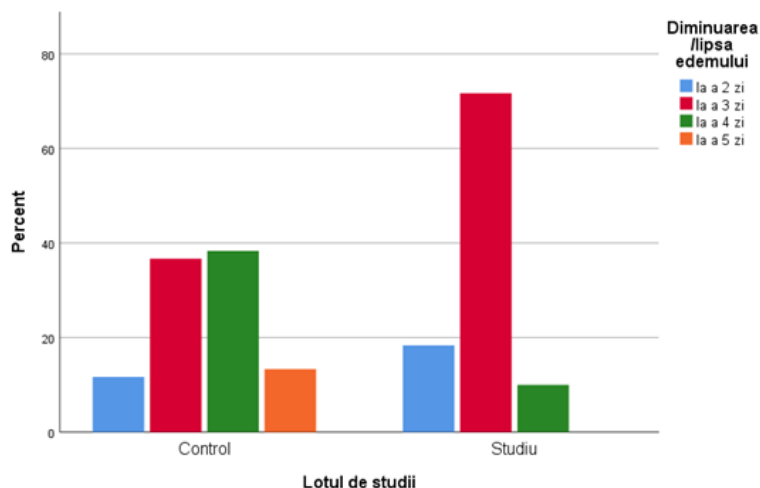


Figura 15. Distribuția după lipsa/diminuarea edemului în loturile din cercetare

În lotul de control, edemul s-a diminuat/a dispărut în a 2-a zi la 11.7%  $\hat{I}95\%$  (5.4, 21.5) din pacienți, în a 3-a zi la 36.7%  $\hat{I}95\%$  (25.3, 49.3) de persoane, în a 4-a zi în 38.3%  $\hat{I}95\%$  (26.8, 50.9) din cazuri și s-au înregistrat și pacienți cu edem în a 5-a zi care au constituit 13.3%  $\hat{I}95\%$  (6.5, 23.6).

În lotul de studiu, chiar dacă poziția molarilor trei inferiori era mai dificil de abordat chirurgical, la majoritatea pacienților, 71.7%  $\hat{I}95\%$  (59.4, 81.9), edemul a dispărut/s-a diminuat deja în a 3-a zi după extracție. Din cei rămași, la 18.3%  $\hat{I}95\%$  (10.2, 29) din pacienți, edemul a dispărut sau s-a diminuat în următoarea zi de la intervenție și la doar 10.0%  $\hat{I}95\%$  (4.3, 19.5) edemul a lipsit/ s-a diminuat în a 4-a zi. Nu s-au înregistrat pacienți cu edem care să persiste până în a 5-a zi așa cum a fost cazul lotului fără autoplasmă îmbogățită cu trombocite aplicată după extracția molarului trei inferior.

Diferențele observate în cazul comparării loturilor după criteriul diminuării/lipsei edemului au semnificație statistică (Pearson Chi-Pătrat test = 25.639, df = 3, p < 0.001) (tabelul 12) care trebuie subliniată în cadrul cercetării date, reiterând poziția după Winter și Pell&Gregory mai dificilă caracteristică pentru lotul de studiu.

Tabelul 12. Lipsa/diminuarea edemului în loturile din cercetare

Testul Chi-Pătrat			
	Valori	Grade de libertate	P (ipoteza bilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	25,639	3	,000
Likelihood Ratio	29,528	3	,000
Linear-by-Linear Association	18,616	1	,000
Nr. de cazuri valide	120		

Gradul de deschidere a gurii care putea fi limitat la 1 sau 2 cm (figura 16) din cauza durerii, edemului sau altor factori a fost alt indicator urmărit în loturile de cercetare.

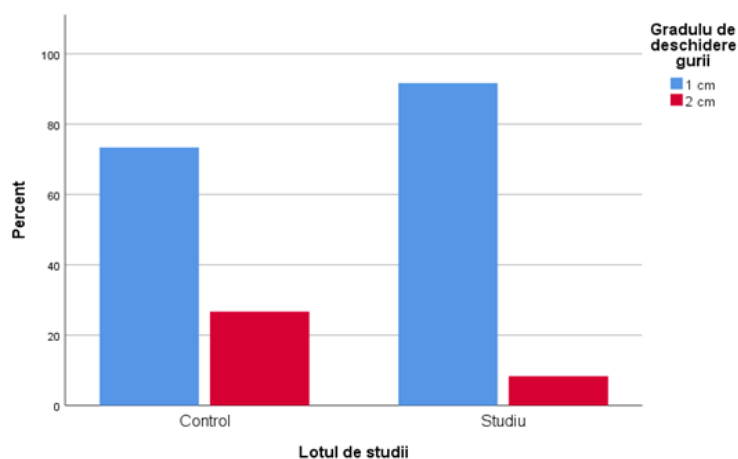


Figura 16. Distribuția după lipsa/diminuarea gradului de deschidere a gurii în loturile din cercetare

La pacienții fără autoplasmă îmbogățită cu trombocite aplicată postoperator, deschiderea gurii a fost limitată la 1 cm în 73.3% Î95% (61.2, 83.2) de cazuri observate, iar la celelalte 26.7% Î95% (16.8, 38.8) de persoane din acest lot, deschiderea s-a limitat la 2 cm.

Tabelul 13. Lipsa/diminuarea edemului în loturile din cercetare

Testul Chi-Pătrat					
	Valori	Grade de libertate	p	p (ipoteza bilaterală)	p (ipoteza unilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	6,984	1	,008		
Corecția de continuitate	5,772	1	,016		
Likelihood Ratio	7,284	1	,007		
Testul Fisher				,015	,007
Linear-by-Linear Association	6,926	1	,008		
Nr. de cazuri valide	120				

În lotul de studiu, limitarea deschiderii la 1 cm a constituit 91.7% Î95% (82.7, 96.7), iar pentru ceilalți 8.3% Î95% (3.3, 17.3) de pacienți, deschiderea a fost limitată la 2 cm. Conform indicatorului urmărit în acest caz, pe baza datelor din tabelul 13, putem spune că a existat o diferență statistic semnificativă între loturile din cercetarea curentă (Pearson Chi-Pătrat test după corecția de continuitate = 5.772, df = 1, p = 0.016).

Edemul observat în a 3-a zi postoperator a fost prezent de grad ușor, moderat sau pronunțat la pacienții lotului de control (figura 17) și doar de grad ușor sau moderat la cei cu autoplasmă trombocitară aplicată după extracția molarului trei inferior.

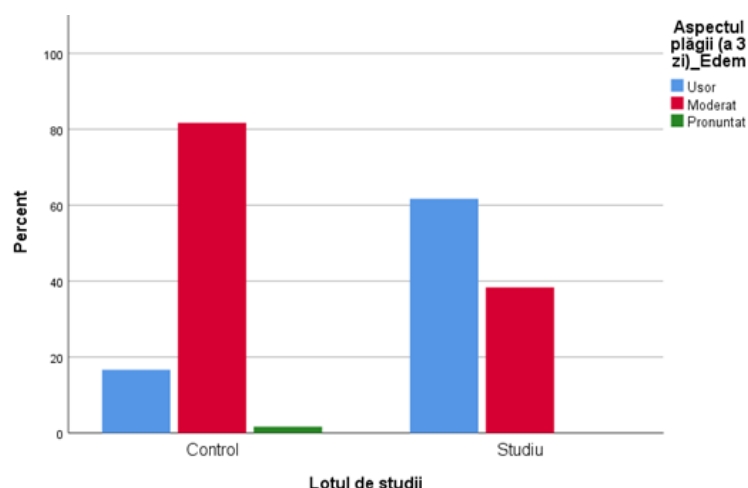


Figura 17. Distribuția după aspectul plăgii la a 3-a zi (Edem) în loturile din cercetare

Edemul ușor a fost observat la 16.7% Î95% (8.9, 27.6) din pacienții lotului de control comparativ cu 61.7% Î95% (49.1, 73.2) care au constituit majoritatea pacienților lotului de studiu cu gradul ușor de edem. Gradul moderat s-a înregistrat la majoritatea pacienților lotului de control care au constituit 81.7% Î95% (70.5, 89.8) din pacienții acestui lot, iar în lotul de studiu, ponderea celor cu edem moderat în a 3-a zi a fost de 38.3% Î95% (26.8, 50.9). Edemul de grad pronunțat a fost înregistrat la 1.7% Î95% (0.2, 7.5) din pacienții lotului de control, iar la cei la care s-a administrat autoplasmă îmbogățită cu trombocite, nu s-a observat edem de grad pronunțat.

S-a observat clar și în acest caz existența diferenței între valorile indicatorilor măsurați după aplicarea tratamentului studiat. Datele din tabelul 14 vin să confirme diferența observată în situația dată (Pearson Chi-Pătrat test = 25.900, df = 2, p < 0.001).

Tabelul 14. Lipsa/diminuarea edemului în loturile din cercetare

Testul Chi-Pătrat			
	Valori	Grade de libertate	P (ipoteza bilaterală)
Pearson Chi-Pătrat	25,900	2	,000
Likelihood Ratio	27,492	2	,000
Linear-by-Linear Association	25,603	1	,000
Nr. de cazuri valide	120		

Alt obiectiv al cercetării curente a fost stabilirea florei bacteriene patogenă care poate cauza pericoronarita molarului trei inferior în loturile de pacienți. Rezultatele analizei bacteriologice efectuate sunt prezentate în tabelul 15.

În lotul de control, cel mai frecvent factor cauzal al infecției molarului trei inferior a fost *Streptococcus viridans*, care a fost depistat în culturile a 37.9% Î95% (22.1, 56.0) de pacienți. Al doilea cel mai frecvent patogen a fost *Streptococcus mitis* (aerob) depistat la 20% Î95% (8.8, 36.7) de persoane din lotul de control. Pe locul trei, s-a clasat *Streptococcus oralis* cu o frecvență relativă de 17.2% Î95% (6.9, 33.7) urmat de *Streptococcus haemolyticus* observat la 10.3% Î95% (3.0, 25.1) din cazuri. Cu o frecvență relativă de 7.1% Î95% (1.5, 21.0), a fost înregistrată *Candida albicans*, după care s-au clasat *Streptococcus pneumoniae*, *Prevotella intermedia* și *Actinomyces israeli* cu câte 6.9% Î95% (1.5, 20.3) fiecare. *Peptostreptococcus* a fost observat cu frecvența relativă de 6.7% Î95% (1.4, 19.7), iar *Capnocytophaga gingivalis* a fost identificată la 3.6% Î95% (0.4, 15.5) din respondenții lotului de control. Examenul bacteriologic a arătat prezența a

Escherichia coli, Streptococcus mutans și Streptococcus sanguinis în 3.4% Î95% (0.4, 15.0) din pacienții fără autoplasmă trombocitară.

Tabelul 15. Distribuția patogenilor identificați în loturile din cercetare

	Lotul de studii					
	Control			Studiu		
	%	95.0% Î limita de jos	95.0% Î limita de jos	%	95.0% Î limita de jos	95.0% Î limita de sus
<b>Streptococcus mitis (aerob)</b>	20.0	8.8	36.7	16.7	6.7	32.7
<b>Haemophilus parainfluenzae</b>	0.0			0.0		
<b>Streptococcus anginosus</b>	0.0			10.0	2.9	24.3
<b>Streptococcus viridans</b>	37.9	22.1	56.0	33.3	18.6	51.1
<b>Streptococcus pneumoniae</b>	6.9	1.5	20.3	3.3	0.4	14.5
<b>Streptococcus oralis</b>	17.2	6.9	33.7	13.3	4.7	28.7
<b>Streptococcus constellatus</b>	0.0			0.00		
<b>Candida albicans</b>	7.1	1.5	21.0	16.7	6.7	32.7
<b>Escherichia coli</b>	3.4	0.4	15.0	10.0	2.9	24.3
<b>Streptococcus haemolyticus</b>	10.3	3.0	25.1	10.0	2.9	24.3
<b>Streptococcus mutans</b>	3.4	0.4	15.0	16.7	6.7	32.7
<b>Streptococcus gingivalis</b>	0.0			3.3	0.4	14.5
<b>Prevotella intermedia</b>	6.9	1.5	20.3	13.3	4.7	28.7
<b>Streptococcus haemolyticus</b>	0.0			0.0		
<b>Propionibacterium</b>	0.0			3.3	0.4	14.5
<b>Peptostreptococcus</b>	6.7	1.4	19.7	6.7	1.4	19.7
<b>Fusobacterii</b>	0.0			3.3	0.4	14.5
<b>Actinomicet odontoliticum</b>	0.0			3.3	0.4	14.5
<b>Streptococcus sanguinis</b>	3.4	0.4	15.0	10.0	2.9	24.3
<b>Veillonella</b>	0.0			6.70	1.40	19.70
<b>Actinomices israeli</b>	6.9	1.5	20.3	0.0		
<b>Capnocytophaga gingivalis</b>	3.6	0.4	15.5	0.0		

În lotul de studiu, la fel ca în lotul de control, cel mai des factor cauzal al infecției molarului trei inferior a fost Streptococcus viridans (tabelul 16) observat cu o frecvență relativă de 33.3% Î95% (18.6, 51.1). Au urmat Streptococcus mitis (aerob), Candida albicans și Streptococcus mutans care s-au depistat în 16.7% Î95% (6.7, 32.7) din cazuri.

Mai puțin frecvent, s-au înregistrat Streptococcus oralis și Prevotella intermedia la 13.3% Î95% (4.7, 28.7) din pacienții lotului de studiu. În 10% Î95% (2.9, 24.3) din cazuri, s-a depistat prezența a fiecare dintre Streptococcus haemolyticus, Escherichia coli, Streptococcus sanguinis și Streptococcus anginosus. Aceeași frecvență 6.7% Î95% (1.4, 19.7) au avut-o Peptostreptococcus și Veillonella. Streptococcus pneumoniae, Streptococcus gingivalis, Propionibacterium, Fusobacterii și Actinomicet odontoliticum au fost prezenți la 3.3% Î95% (0.4, 14.5) din pacienții lotului de studiu ultimii patru nefiind observați la pacienții lotului de control. În lotul de studiu, examenul bacteriologic nu a depistat prezența Actinomices israeli, Capnocytophaga gingivalis, Haemophilus parainfluenzae, Streptococcus constellatus sau a Streptococcus haemolyticus.



Pentru a identifica diferențe între distribuțiile după factorul cauzal al infecției molarului trei inferior în loturile cercetate, s-au calculat testele Pearson Chi-Pătrat pentru fiecare patogen din listă (tabelul 16). După cum se poate vedea, nu au existat diferențe statistic semnificative în niciun caz din cele calculate.

Tabelul 16. Factorul cauzal al infecției în loturile din cercetare

Pearson Chi-Pătrat Tests			
Patogen	Chi-pătrat	Grad de libertate	Sig.
Streptococcus mitis	.111	1	.739
Haemophilus parainfluenzae	.	.	.
Streptococcus anginosus	3.055	1	.080
Streptococcus viridans	.136	1	.712
Streptococcus pneumoniae	.388	1	.533
Streptococcus oralis	.174	1	.676
Streptococcus constellatus	.	.	.
Candida albicans	1.238	1	.266
Escherichia coli	1.002	1	.317
Streptococcus haemolyticus	.002	1	.965
Streptococcus mutans	2.820	1	.093
Streptococcus gingivalis	.983	1	.321
Prevotella intermedia	.669	1	.413
Streptococcus haemolyticus	.	.	.
Propionibacterium	.983	1	.321
Peptostreptococcus	.000	1	1.000
Fusobacterii	.983	1	.321
Actinomyces odontolyticus	.983	1	.321
Streptococcus sanguinis	1.002	1	.317
Veillonella	2.001	1	.157
Actinomyces israeli	2.142	1	.143
Capnocytophaga gingivalis	1.090	1	.296

Pentru a identifica speciile de patogeni întâlnite mai des la pacienții din ambele loturi, frecvențele relative cumulate s-au ordonat descrescător (tabelul 18). S-a observat că Streptococcus viridans a fost identificat la 35.6% Î95% (24.3, 48.3) din pacienții incluși în cercetare, urmat de Streptococcus mitis cu o frecvență relativă cumulată de 18.3% Î95% (10.2, 29.5). Al treilea cel mai frecvent patogen a înregistrat o frecvență relativă cumulată de 15.3% Î95% (7.8, 26.0). În analiza finală, a fost inclus și Candida albicans care a fost prezentă la 12.1% Î95% (5.6, 22.2) din pacienții ambelor loturi cumulate din cercetarea curentă.

La pacienții din cercetare la care s-a depistat microfloră în cavitatea bucală, s-a testat și sensibilitatea la preparate antibacteriene și antimicotice.

Floră bacteriană s-a depistat separat sau în combinații de două sau trei tipuri de microorganisme la 52 de pacienți, iar sensibilitatea acestora a fost testată la un număr mai mare de preparate antibiotice. Sensibilitatea maximă a fost caracteristică pentru Amoxicilina combinată cu Acidul clavulanic. La combinația dată, toate bacteriile depistate izolat sau în combinații de doi sau trei germeni patogeni au fost sensibile. Rezultatele obținute s-au conformat ultimelor date a literaturii de specialitate, care recomandă Amoxicilina și Acidul clavulanic drept combinație efektivă în cazul infecțiilor orale. Fenomenul rezistenței la antibiotice a fost observat și în cercetarea curentă. Dintre pacienții la care s-a determinat prezența unui singur tip de bacterii în cavitatea bucală, în cele mai multe cazuri (80%, IC95% 64.7, 90.6), acestea erau rezistente la

Amikacină, urmată de Gentamicină, la care, au fost rezistente 77.1% Î95% (61.5, 88.6) și de Tobramicină cu 68.6% Î95% (52.2, 82.0) din pacienți rezistenți la antibioticele testate. Atunci când s-au identificat două sau trei tipuri de bacterii în cavitatea bucală, preparatele antimicrobiene cu cea mai mare rezistență au fost în mare parte aceleași, ele fiind astfel nerecomandate în tratamentul infecțiilor din cavitatea bucală.

#### 4. SINTEZA REZULTATELOR OBTINUTE

Pericoronarita este o patologie de tip inflamator infecțios a țesuturilor moi ce înconjoară dintele în faza de erupție, asociată cel mai frecvent molarilor de minte inferiori. La rândul său, incluzia dentară a M3 inferior se dezvoltă din cauza spațiului insuficient în zona retromolară, fapt ce determină retenția acestuia [11].

Pericoronarita, o patologie frecvent asociată erupției dificile a dintelui de minte inferior este caracteristică persoanelor tinere, cu o vârstă medie de 27 de ani conform studiului curent, 25 de ani în lotul de control și 26 de ani în lotul de cercetare, dar această diferență nu are semnificație statistică, fără o predilecție majoritară de sex (Бородулина И.И., Ланцова Е.С., 2007), indice relevat și în studiul dat, bărbații incluși în cercetare au fost repartizați în 45%, iar femeile în 55%. Diferențele observate nu au o semnificație statistică (Pearson Chi-Pătrat test cu Corecția de Continuitate = 2.727, Grade de libertate = 1,  $p = 0.099$ ).

În mod fiziologic în cavitatea bucală există un ecosistem microbial complex, cu precădere specii de Streptococi și Stafilococi [12], care în urma acumulărilor excesive în spațiul dintre coroana dintelui și țesuturile moi ce înconjoară dintele, servește drept factor determinant în apariția procesului inflamator infecțios.

Apariția operculitei este condiționată și de factorii sistemici, pentru că patologiile de ordin general afectează sistemul imunitar și în consecință și statutul local. Acești factori pot fi tranzitorii, cum ar fi stresul mental și infecțiile tractului respirator superior. Având un caracter infecțios, există o prevalență a numărului de adresări în perioada rece a anului, fapt frecvent asociat cu apariția în masă a infecțiilor respiratorii [13]. Acestea pot acționa direct prin afectarea echilibrului normal al microflorei orale sau indirect, din cauza reducerii auto-curățării pasive, precum și prin inhibarea igienei orale active de către pacient [1,14]. Aceste supoziții sunt reliefate și în acest studiu, unde pacienții s-au adresat cu precădere iarna – în total 40 de adresări în ambele loturi (57,5%). Următorul sezon după frecvența adresărilor a fost cel de toamnă, în care infecțiile respiratorii se acutizează, fiind un factor de risc [13,15] pentru 38 de pacienți (31,66%) din loturile cercetate. Primăvara, din cauza imunității scăzute a organismului, frecvența pericoronaritei are un indice crescut [13], ceea ce este reflectat și în studiul nostru, unde s-au adresat în total 34 de persoane (38,33%). Deși în literatura de specialitate [1] în sezonul cald al anului, vara, există și o conexiune între modificările generale legate de stres (examene) în sistemul imunitar care pot contribui la acutizarea pericoronaritei, în studiul nostru cei mai puțini pacienți (6,66%) s-au adresat vara.

Cu toate că pericoronarita este un proces infecțios, pe lângă impactul agentului patogen, un rol major i se atribuie și condițiilor morfologice locale. O influență primordială în etiologia acestui proces o are poziția molarului de minte, forma și mărimea operculului și a spațiului folicular, pentru că mucoasa pericoronară cu cât este mai groasă și acoperă mai mult coroana dintelui, prezintă o predispoziție majoră către acumulare de bacterii și inițierea procesului infecțios. Tipul de incluzie dentară evaluat după Pell&Gregory (1933) și Winter (1926) [16] are o importanță relevantă în etiologia pericoronaritei. 77% de persoane din ambele loturi au avut molarii trei cu angulație verticală, următoarea poziție fiind cea mezioangulară. 60% dintre pacienții cercetați au avut molarii de minte în poziția I, după Pell&Gregory, iar clasa A după aceeași clasificare a

numărat 76%. În această ordine de idei, poziția A și clasa I după Pell&Gregory sunt cele care favorizează acumularea de bacterii cu apariția pericoronaritei, iar incluzia verticală (clasificarea Winter) este asociată cu un factor de risc major [4,17]. Pe lângă dependența poziției molarului de minte inferior cu apariția pericoronaritei, aceasta influențează și asupra dificultății extracției acestuia [18]. În ordinea creșterii gradului de dificultate a intervenției de odontectomie acestea sunt: mezioangulară, orizontală, verticală și distoangulară [19]. Din cele patru, doar trei variante au fost observate la pacienții din cercetarea curentă, iar poziția cea mai dificilă a fost observată doar la pacienții din lotul de studiu, ceea ce presupune că metoda aleasă de tratament are beneficii mai mari.

Atunci când aceste trei posibilități de poziții sunt asociate incluziei molarului trei inferior, în asociere cu implicarea microbiotei orale este inevitabilă apariția semnelor celsiene ale inflamației – durere, temperatură locală, hiperemie, tumefacție (edem), dereglări de funcție [17].

Primul simptom atestat de către pacienți este durerea, care poate fi evaluată subiectiv cu ajutorul scalei vizual analogică (SVA). Durerea începe local și este limitată la țesuturile moi din jurul dintelui în erupție, iar în majoritatea cazurilor, în fazele inițiale se atestă o valoare medie [20] după SVA, aceasta fiind stabilită în cercetarea dată, această valoare a fost întâlnită de cele mai multe ori la pacienții din ambele loturi (în total, 63 de persoane). Cei mai mulți pacienți care au acuzat o durere cu intensitatea de 4 puncte pe SVA au fost din lotul de studiu. Ei au constituit 57.1%  $\hat{I}_{95\%}$  (44.8, 68.8). Respondenții din lotul de control care și-au apreciat durerea la același nivel au fost în proporție de 42.9%  $\hat{I}_{95\%}$  (31.2, 55.2).

Odată cu progresarea fenomenului inflamator, durerea capătă un caracter pulsatil și iradiant către țesuturile înconjurătoare și/sau spațiile vecine (temporal, retro- și submandibular, auricular) [21], în acest studiu durerea de tip iradiant a fost observată în total la 59 de pacienți, 54.2%  $\hat{I}_{95\%}$  (41.6, 66.5) dintre ei fiind din lotul de control, iar 45.8%  $\hat{I}_{95\%}$  (33.5, 58.4) din lotul de studiu. De obicei se intensifică în timp și devine mai accentuată la atingere. Durerea poate perturba, de asemenea, somnul, iar exacerbarea acesteia în timpul masticăției poate limita aportul alimentar. În timpul examenului clinic, se denotă țesut moale edemațiat și hiperemiat deasupra și în jurul dintelui. În unele cazuri, ca urmare a progresării procesului inflamator infecțios, de sub opercul se pot observa eliminări sero-purulente sau chiar purulente [22].

Intensitatea și amploarea edemului și a durerii poate impune ca pacientul să ocupe o poziție forțată a mandibulei în retropulsie și cu cavitatea bucală ușor deschisă. Totodată produsele de descompunere tisulară și bacteriană deseori implică asocierea halenei în cavitatea bucală, drept semn al progresiei procesului inflamator. Halena a fost înregistrată la 66 de pacienți în total, dintre care 59.1%  $\hat{I}_{95\%}$  (47.0, 70.4) au fost din lotul de studiu, iar 40.9%  $\hat{I}_{95\%}$  (29.6, 53.0) au fost din lotul de control. Diferența observată este una semnificativă statistic, fapt demonstrat de rezultatele analizei prezentate în tabelul 19 (Pearson Chi-Pătrat test cu Corecția de Continuitate = 4.074, Grade de libertate = 1, p = 0.044).

Ca și oricare patologie infecțioasă, în cazul lipsei tratamentului și progresare a bolii, pericoronarita se poate asocia cu implicarea unui proces purulent (pericoronarita purulentă). Dacă nu se întreprind măsuri de evacuare a colecției purulente la un timp oportun, clinic, se poate determina formarea unui abces a spațiului pericoronar, iar secreția purulentă în continuare având tendința de a se propaga către spațiile vecine. Prezența multiplelor căi de comunicare între spațiile anatomice a regiunii cap și gât, facilitează progresarea infecției din regiunea acumulării colecției purulente, către lojele vecine molarului de minte cum ar fi spațiul sublingual, submandibular, para și retrofaringian, pterigomandibular și cel infratemporal [21].

Conform studiilor statistice din totalitatea de 213 pacienți cu infecții odontogene ce s-au adresat la IMSP IMU, secția chirurgie OMF timp de jumătate de an în 2017, 78 dintre aceștia au fost diagnosticați cu patologii asociate infecției pericoronare a dinților de minte inferiori. Gravitatea situației este redată prin faptul că 25 dintre aceștia, au prezentat complicații postextracționale de tip inflamator infecțios a dintelui de minte, ceea ce indică faptul nerespectării protocolului standard de extracție a molarului trei inferior. Acest lucru impune necesitatea unui protocol etapizat al extracției dinților de minte inferiori, cu atât mai mult în cazul prezenței unor infecții asociate acestui grup de dinți.

Tratamentul adecvat și administrat precoce este esențial în gestionarea pericoronaritei ceea ce salvează pacientul de complicații, reduc incapacitatea de muncă a pacientului și într-un final elimină sau diminuează necesitatea prescrierii antibioticelor precum și riscul dezvoltării rezistenței la acestea [9,23].

Antibioticoterapia este atât o etapă cheie, cât și un subiect controversat în tratamentul pericoronaritei. Cu toate că utilizarea antibioticelor duce la dezvoltarea rezistenței către acestea și respectiv la scăderea eficienței în timp, în cazurile de pericoronarită purulentă, aceasta este de o importanță mare [9]. Trebuie să se ia în considerare caracterul infecțios al acestei patologii și posibilitatea difuzării infecției în spațiile învecinate, de aceea balanța va înclina spre utilizarea preparatelor antimicrobiene.

În majoritatea cazurilor de pericoronarită, flora bacteriană este formată de microorganisme aerobe și anaerobe, streptococi hemolitici și bacterii din genul *Prevotella*, *Veillonella*, *Bacteroides* și *Capnocytophaga* [15]. O bună parte dintre aceste microorganisme fac parte din flora microbiană normală a cavității bucale. În urma examenului bacteriologic, s-a observat că *Streptococcus viridans* a fost identificat la 35.6%  $\hat{I}I_{95\%}$  (24.3, 48.3) din pacienții incluși în cercetare, urmat de *Streptococcus mitis* cu o frecvență relativă cumulată de 18.3%  $\hat{I}I_{95\%}$  (10.2, 29.5). Al treilea cel mai frecvent patogen a înregistrat o frecvență relativă cumulată de 15.3%  $\hat{I}I_{95\%}$  (7.8, 26.0). Prin urmare, etiologia microbiană a pericoronaritei impune necesitatea administrării antibioticelor în mod empiric, până la obținerea rezultatelor antibioticogramei. Antibioticele cum ar fi Amoxicilina, Penicilina V, Metronidazolul, urmate de Amoxicilină în combinație cu Acidul clavulanic s-au dovedit a fi printre cele mai eficiente în cazul inițierii tratamentului empiric (26). Studiile de specialitate argumentează că Amoxicilina în combinație cu Acidul clavulanic este unul dintre cele mai active antibiotice asupra microorganismelor incriminate în dezvoltarea pericoronaritei, lucru demonstrat și în studiul curent, microorganismele fiind sensibile la Amoxicilină în combinație cu acidul clavulanic în 100%, Penicilina G în 90%, antibioticele din grupul cefalosporinelor în 80%. Totodată este important, ca antibioticele să fie prescrise într-o doză care să respecte concentrația inhibitorie minimă și pe o perioadă bine determinată. În cazurile severe, durata antibioticoterapiei precum și doza, pot fi ajustate conform cazului, iar uneori se vor prescrie chiar și combinații de antibiotice (ex. Metronidazol + Amoxicilină).

Pentru pacienții cu alergii la peniciline, lincosamidele ar fi antibiotice alternative cu eficiență sporită. Cu privire la Metronidazol, un aspect important este prevenirea pacientului la renunțarea de la consumul de alcool pe durata perioadei de tratament.

Metoda de selecție a tratamentului pericoronaritei acute a molarilor trei inferiori depinde de o multitudine de factori. Însă una dintre condițiile de bază în alegerea acestuia este poziția dintelui inclus.

Metoda chirurgical radicală de odontectomie a molarilor de minte inferiori are indicațiile care sunt în corelație cu o serie de parametri ce trebuie luați în calcul: angularea molarului de minte

inferior (clasificarea Winter); relația cu ramul ascendent mandibular și cu planul ocluzal (clasificarea Pell&Gregory) [3]. Conform acestui criteriu, 73.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (61.2, 83.2) s-au încadrat în clasa A, iar celelalte 26.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (16.8, 38.8) au avut fața ocluzală a molarului trei între planul ocluzal și linia verticală a molarului doi, fiind repartizați în clasa B. În lotul de control, nu au fost pacienți din clasa C conform clasificării Pell & Gregory. Lotul de studiu a inclus pacienți din toate trei clase. Alte criterii sunt relația cu nervul alveolar inferior, morfologia rădăcinii, care a avut o distribuție cu raporturi similare, majoritatea pacienților (88.95%) având rădăcini sudate; dimensiunea sacului folicular, în acest studiu pacienții au avut dimensiuni de minim 0.1mm și maxim 4.0mm, media dimensiunilor fiind de 1,1mm și nu în ultimul rând tipul de pericoronarită: acută, cronică și cronică în acutizare (protocolul va fi descris în recomandări practice).

În lotul de control, una dintre etapele tratamentului chirurgical este utilizarea autoplasmiei îmbogățite în trombocite. Această metodă, utilizată preoperator cub formă injectabilă, cât și postoperator, sub formă de dop de fibrină, are ca și scop să diminueze semnele clinice post-tratament prin diminuarea durerii, edemului, trismusului, cât și favorizează regenerarea tisulară locală.

Durerea a dispărut postoperator la intervale cuprinse între 2 și 5 zile la pacienții din lotul de control și cel târziu, la 3 zile în lotul de studii.

În lotul de control, durerea s-a diminuat sau a dispărut în a 2-a zi în 16.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (8.9, 27.6) din cazuri, la a 3-a zi, la 36.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (25.3, 49.3) din pacienți. Spre deosebire de lotul de studii, s-au înregistrat 35.0%  $\hat{I}_{95\%}$  (23.9, 47.5) de pacienți la care durerea a cedat în ziua a 4-a, dar au fost și 11.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (5.4, 21.5) pacienți cu durere până la ziua a 5-a după extracție.

Pacienții lotului de studiu au avut durere care a dispărut în ziua a 2-a, 48.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (36.0, 60.8), iar la celelalte 51.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (39.2, 64.0), durerea a cedat în ziua a 3-a. Nu s-au înregistrat pacienți la care durerea să nu lipsească sau să nu se diminueze în ziua a 4-a sau a 5-a în lotul de studiu (Pearson Chi-Pătrat test = 38.785, Grade de libertate = 3,  $p < 0.001$ ).

Edemul postextracțional s-a diminuat/a lipsit până în a 5-a zi în lotul de control și până la a 4-a zi în lotul pacienților cu autoplasmă îmbogățită cu trombocite după extracție.

În lotul de control, edemul s-a diminuat/a dispărut în a 2-a zi la 11.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (5.4, 21.5) din pacienți, în a 3-a zi la 36.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (25.3, 49.3) de persoane, în a 4-a zi în 38.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (26.8, 50.9) din cazuri și s-au înregistrat și pacienți cu edem în a 5-a zi care au constituit 13.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (6.5, 23.6).

La pacienții din lotul de studiu deschiderea gurii a fost limitată la 1 cm în 73.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (61.2, 83.2) de cazuri observate, iar la celelalte 26.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (16.8, 38.8) de persoane din acest lot, deschiderea s-a limitat la 2 cm. În lotul de studiu, limitarea deschiderii la 1 cm a constituit 91.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (82.7, 96.7), iar pentru ceilalți 8.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (3.3, 17.3) de pacienți, deschiderea a fost limitată la 2cm. Conform indicatorului urmărit în acest caz, putem spune că a existat o diferență statistic semnificativă între loturile din cercetarea curentă (Pearson Chi-Pătrat test după corecția de continuitate = 5.772, Grade de libertate = 1,  $p = 0.016$ ).

Indicele de regenerare (Landry și colab.) a înregistrat în ambele loturi valori medii și sporite de regenerare. Gradul 3 de regenerare a fost înregistrat doar la pacienții din lotul fără autoplasmă trombocitară administrată postextracțional. Aceștia au fost în număr de 3.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (0.7, 10.3) din pacienții lotului de control. Indicele 4 de regenerare a fost observat la 90%  $\hat{I}_{95\%}$  (80.5, 95.7) din cazurile lotului de control și la 53.3%  $\hat{I}_{95\%}$  (40.8, 65.6) din pacienții lotului de cercetare.

Majoritatea persoanelor cu indicele maxim de regenerare, care au constituit 46.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (34.4, 59.2), a fost înregistrată în lotul de cercetare. Indicele maxim de regenerare 5 a fost prezent

la doar 6.7%  $\hat{I}_{95\%}$  (2.3, 15.1) din cei înregistrați în lotul de control, frecvență care a fost de câteva ori mai mică decât cea observată în lotul de cercetare.

În concluzie, tratamentul selectat corect și diagnosticul precoce este esențial în managementul pericoronaritei, fapt ce este redat în algoritmul clinic elaborat (Anexa 1).

## 5. CONCLUZII GENERALE

1. Factorii favorizanți locali implicați în apariția pericoronaritei molarilor de minte inferioari sunt incluzia dentară parțială (asocierea poziției verticale cu tipul I de relație a molarului trei cu ramul ascendent al mandibulei și tipul A de profunzime a dintelui inclus raportată la planul ocluzal al molarului de 6 și 12 ani).
2. Rezultatele cercetărilor proprii au relevat faptul că pericoronarita este frecvent asociată cu poziția verticală (76,66%) a molarului de minte inferior după Winter și cu clasele I (60,83%) și A (73.3%) după Pell&Gregory, iar spațiul folicular al dinților de minte afectați are valoare medie de 0,99mm.
3. Analiza examenului bacteriologic al colecției purulente de sub capușonul inflammat al molarilor de minte inferioari a constatat prezența cea mai frecventă *Streptococcus viridans* (35,6%), *Streptococcus mitis* (18,3%) și *Streptococcus oralis* (15,3%). Determinarea sensibilității la antibiotice a demonstrat faptul că microorganismele depistate prezintă o sensibilitate maximă (100%) față de Amoxicilină în combinație cu acidul clavulanic.
4. În urma analizei comparative a metodelor de tratament a pericoronaritei cu și fără utilizarea autoplasmelor îmbogățite cu trombocite, s-a constatat faptul că utilizarea autoplasmelor contribuie atât la ameliorarea semnelor celsiene în perioada postoperatorie, cât și la regenerarea mai rapidă a țesuturilor moi, reliefată prin gradul 4 (53.3%) și 5 (46,7%) a indicelui Laundry &co.
5. Algoritmul curativ, elaborat în baza rezultatelor, permite ghidarea selecției metodei optime de tratament pentru managementul pacienților cu pericoronarită cu reducerea riscului de apariție a complicațiilor postextractionale dentare.

## RECOMANDĂRI PRACTICE

Fiindcă atât **pericoronarita acută**, cât și cea **cronică în acutizare**, în cele mai dese cazuri se manifestă prin prezența exudatului inflamator, fie acesta seros, purulent sau seropurulent, una din premisele de bază ale tratamentului acestei entități clinice este remedierea fazei acute, ce presupune tratamentul medicamentos conservativ, urmat fie de tratamentul chirurgical conservativ prin operculectomie, fie de cel chirurgical radical prin extracția dintelui cauzal.

După stabilirea diagnosticului de pericoronarită acută, sarcina primară este stoparea evoluției fazei acute de inflamație ce presupune următorii pași:

1. Anestezia plexală în regiunea molarului de minte inferior.
2. Decolarea capușonului mucos și evacuarea infiltratului inflamator atât prin metoda compresivă, cât și prin irigații abundente cu substanțe antiseptice (ex. CHX de 0,05%).
3. Injectarea locală la nivelul fundului de șanț vestibular în regiunea molarului de minte inferior a APT.

Odată cu realizarea tratamentului local, acesta se va asocia cu antibioticoterapie sistemică, prioritate având antibioticele cu spectru larg de acțiune, cu precădere din grupul penicinelor. Totodată, până în ziua tratamentului chirurgical pacientului i se recomandă:

1. Băi bucale cu soluții antiseptice (ex. CHX de 0,05%).
2. Administrarea AINS.

Cu privire la intervenția chirurgicală, momentul oportun (în zile) se decide de către medic, odată ce se constată lipsa semnelor celsiene locale (de regulă după 2-3 zile de la tratamentul local).

### **Tratamentul chirurgical radical (odontectomia)**

1. Anestezia tronculară periferică simultană a ramurilor nervului mandibular.
2. Incizia și crearea lamboului mucoperiostal.
3. Osteotomia de acces (în cazul necesității acesteia).
4. Extracția dintelui cauzal și revizia plăgii postextractionale.
5. Utilizarea APT.
6. Sutura postextractională
7. Aplicarea unui pansament aseptice.

Cu privire la recomandările postextractionale, acestea sunt următoarele:

1. Băi bucale cu soluții antiseptice (ex. CHX de 0,05) timp de 3-4 zile.
2. Administrarea AINS timp de 3-4 zile.
3. Consumul alimentelor și lichidelor la o temperatură optimă.
4. Prezența la o vizită de control la 7 zile postoperator.

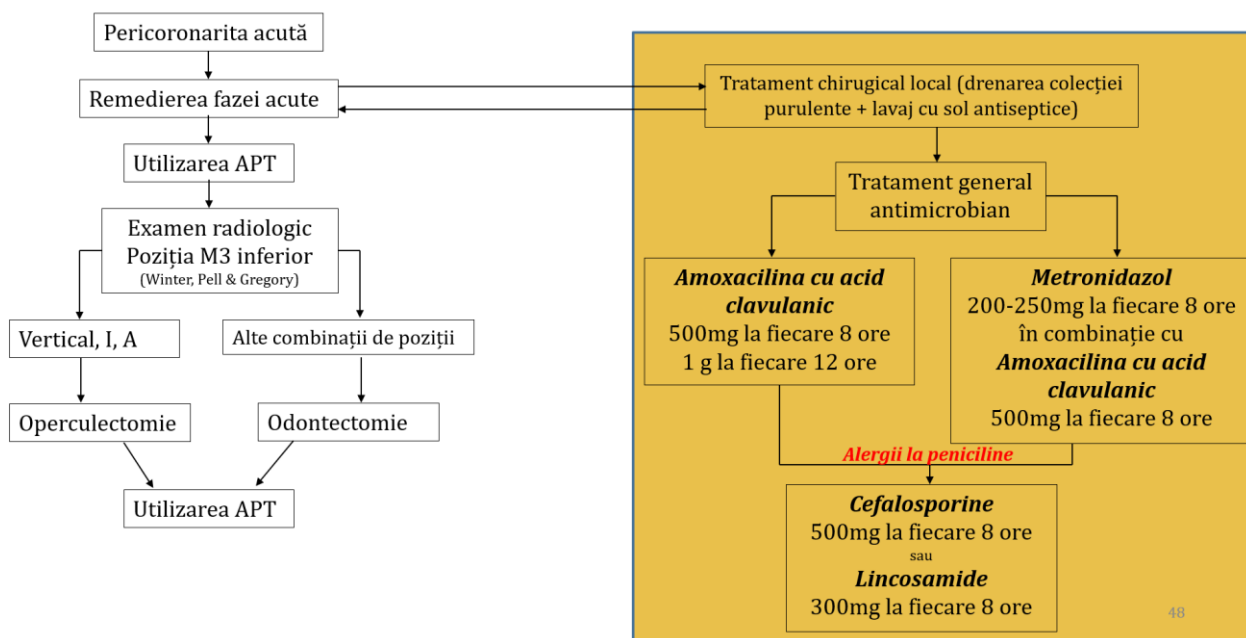
### **BIBLIOGRAFIE**

1. Nitzan DW, Tal O, Sela MN, Shteyer A. Pericoronitis: a reappraisal of its clinical and microbiologic aspects. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 1985 [cited 2022 Nov 20];43(7):510–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3859594/>
2. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. *Approach to the Patient with Third Molars*. 2016.
3. **Motelica G**, Mostovei A, Zănoagă O, Chele N. Frecvența pericoronaritei molarilor 3 inferioari în corelație cu vârsta și sexul pacienților. *Med Stomatol*. 2017 Sep 28;44(3):24–7.
4. Ye ZX, Qian WH, Wu YB, Yang C. Pathologies associated with the mandibular third molar impaction. *Sci Prog* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23];104(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913399/>
5. Schmidt J, Kunderova M, Pilbauerova N, Kapitan M. A review of evidence-based recommendations for pericoronitis management and a systematic review of antibiotic prescribing for pericoronitis among dentists: Inappropriate pericoronitis treatment is a critical factor of antibiotic overuse in dentistry. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Nov 21];18(13):6796. Available from: </pmc/articles/PMC8296928/>
6. Sixou JL, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2003 [cited 2022 Nov 21];41(12):5794. Available from: </pmc/articles/PMC308963/>
7. Kanchan T, Chugh V, Chugh A, Meshram V, Shedge R, Patnana AK, et al. Age estimation using third molar maturation based on Demirjian's criteria. *Leg Med (Tokyo)* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Nov 23];53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34454321/>
8. Staderini E, Patini R, Guglielmi F, Camodeca A, Gallenzi P. How to Manage Impacted Third Molars: Germectomy or Delayed Removal? A Systematic Literature Review. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Nov 23];55(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30917605/>
9. Licker M. *Curs de microbiologie specială* [Internet]. Universitatea de Medicină și Farmacie,

- ,Victor Babeș, din T, editor. Vol. 1. Timișoara: Editura „Victor Babeș”; 2020 [cited 2023 Feb 4]. 131 p. Available from: [www.umft.ro/editura](http://www.umft.ro/editura)
10. Moisei M, **Motelica G**, Chele N. Eficacitatea medicației locale postextractionale la pacienții cu molarul trei inferior inclus. *Med Stomatol*. 2018 May 1;46(1):68–73.
  11. Menon RK, Gopinath D. Microbiology of postoperative infections after third molar surgery: A systematic review of case reports. *World Journal of Dentistry*. 2018.
  12. Ribeiro MHB, Ribeiro PC, Retamal-Valdes B, Feres M, Canabarro A. Microbial profile of symptomatic pericoronitis lesions: a cross-sectional study. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 23];28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800877/>
  13. Qudah A. The predisposing factors of pericoronitis of mandibular third molars in a Jordanian population.
  14. Caymaz MG, Buhara O. Association of Oral Hygiene and Periodontal Health with Third Molar Pericoronitis: A Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23];2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33728338/>
  15. Sencimen M, Saygun I, Gulses A, Bal V, Acikel CH, Kubar A. Evaluation of periodontal pathogens of the mandibular third molar pericoronitis by using real time PCR. *Int Dent J* [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 21];64(4):200–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24835305/>
  16. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classification and modified technique for removal. Vol. 39, *The dental digest*. 1933. p. 330–8.
  17. **Motelica G**, Chele N, Roșca L. Evaluarea influenței florei microbiene în evoluția și tratamentul pericoronaritei acute. *Med Stomatol*. 2020;56(3):84–91.
  18. Cho H, Lynham AJ, Hsu E. Postoperative interventions to reduce inflammatory complications after third molar surgery: review of the current evidence. *Aust Dent J* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Nov 24];62(4):412–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498604/>
  19. Nagata M, Ono N, Ono W. Mesenchymal Progenitor Regulation of Tooth Eruption: A View from PTHrP. *Journal of Dental Research*. 2020.
  20. Shoshani-Dror D, Shilo D, Ginini JG, Emodi O, Rachmiel A. Controversy regarding the need for prophylactic removal of impacted third molars: An overview. *Quintessence Int* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 21];49(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30109309/>
  21. Tormes AK, De Bortoli MM, Júnior RM, Andrade ES. Management of a Severe Cervicofacial Odontogenic Infection. *J Contemp Dent Pract*. 2018;19(3):352–5.
  22. Dhonge RP, Zade RM, Gopinath V, Amirisetty R. An Insight into Pericoronitis. *Int J Dent Med Res* | MAR-APR Dr Roshan P Dhonge. 2015;
  23. Kay LW. Investigations into the nature of pericoronitis. *Br J Oral Surg* [Internet]. 1966 [cited 2022 Nov 23];3(3):188–205. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5222538/>
  24. Zănoagă O, Frăsineanu D, Zgîrcea A, Mostovei A, Hachi G. Antibioticoprofilaxia în stomatologie la pacienții cu risc sporit de endocardită infecțioasă. *Med Stomatol*. 2018;46(1):45–9.
  25. Sirbu D, Racovita M, Chele N, **Motelica G**. Influence of the microbial factor in acute pericoronitis occurrence. *Bull Acad Sci Mold Med Sci*. 2021;70(2):179–84.



## ANEXA 1. ALGORITMUL DE TRATAMENT ÎN CAZUL PERICORONARITEI ACUTE



### INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA REZULTATELOR CERCETĂRII LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI MANIFESTĂRIILOR ȘTIINȚIFICE

la care au fost prezentate rezultatele cercetărilor la teza de doctor în științe medicale cu tema „Tratamentul complex al pacienților cu pericoronarite”

- **Monografii:**

1. Chele N., **Motelica G.** *Anestezia loco-regională în stomatologie și chirurgia OMF. Note de curs pentru studenții și rezidenții Facultății de Stomatologie.* Chișinău: S. n., 2020, 99 p. ISBN 978-9975-82-164-3.
2. Chele N., **Motelica G.** *Local-regional aneshtesia in OMF dentistry and surgery. Course notes for pentru students and residents of Dentistry Faculty.* Chișinău: S. n., 2020, 110 p. ISBN 978-9975-82-162-9.
3. Chele N., **Motelica G.**, Agop-Forna D. *Anestezia în stomatologie și chirurgia oro-maxilo-facială.* Chișinău: S. n., 2022, 195 p. ISBN 978-9975-57-331-3.
4. Chele N., **Motelica G.**, Zănoagă O., Slabari E. *Extracția dentară. Tehnici, accidente și complicații.* Chișinău: S. n., 2022, 143 p. ISBN 978-9975-57-332-0.

- **Articole în reviste științifice naționale acreditate:**

- ✓ **articole în reviste de categoria B**

5. **Motelica G.**, Mostovei A., Zănoagă O., Chele N. Frecvența pericoronaritei molarilor 3 inferiori în corelație cu vârsta și sexul pacienților. În: *Medicina Stomatologică*. 2017; 3(44): 24-27. ISSN 1857-1328
6. Zănoagă O., Croitor T., Mostovei A., **Motelica G.**, Chele, N. Tratatamentul complex al pacienților cu pericoronarite acute. În: *Medicina Stomatologică*. 2017; 1-2(42-43): 36-38. ISSN 1857-1328
7. Zănoagă O., Mostovei, A., **Motelica, G.**, Nosaci, A., Chele, N. Chisturile odontogene ale maxilarelor. Date statistice. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2017; 2(54): 54-58. ISSN 1857-0011
8. **Motelica, G.** Risk assesment of pericoronitis in correlation with the position of the inferior third molar. In: *Moldavian Journal of Health Sciences*, 2022; 29(3): 39-43. ISSN 2345-1467
- ✓ **articole în reviste de categoria C**
9. Moisei M., **Motelica G.**, Chele N. Eficacitatea medicației locale postextractionale la pacienții cu molarul trei inferior inclus. În: *Medicina Stomatologică*. 2018; 1(46): 68-73. ISSN 1857-1328
10. **Motelica G.**, Chele N. Evaluarea semnelor și simptomelor în incluzia molarului de minte. În: *Medicina Stomatologică*. 2019; 4 (53): 19-24. ISSN 1857-1328
11. **Motelica G.**, Chele N., Roșca L. Evaluarea influenței florei microbiene în evoluția și tratamentul pericoronaritei acute. În: *Medicina Stomatologică*. 2020; 3(56): 84-91. ISSN 1857-1328
12. Beliniuc S., **Motelica G.** Coronectomia molarilor de minte: alternativa extracției dentare. În: *Medicina Stomatologică*. 2021, 3(59): 12-17. ISSN 1857-1328
13. Axenti C., **Motelica G.** Efectele utilizării plasmei bogate în trombocite în terapia plăgii postextractionale. În: *Medicina Stomatologică*. 2021; 3(59): 7-11. ISSN 1857-1328
14. Sîrbu D., Racoviță M., Chele N., **Motelica G.** Influența factorului microbial în apariția pericoronaritei acute. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2021; 2(70): 179-184. ISSN 1857-0011
- **Articole în culegeri științifice internaționale:**
15. **Motelica G.**, Chele N. Device for excision of soft tissues in pericoronaritis. In: *The scientific bulletin addendum. The Official Catalogue of the "Cadet INOVA" Exhibition Research and Innovation in the Vision of Young Researchers*, 2022. Sibiu, România. 2022; 180-189. ISSN 2501-3157.
16. Babuci A., Catereniuc I., Zorina Z., Bendelic A., Botnari T., Stepco E., Lehtman S., Strisca S., Nastas L., **Motelica G.**, Procopenco O. Morphology and variability of the facial nerve trunk dependent on branching pattern, gender, anthropometric type and side of the head in Moldovan population. In: *Folia Morphol (Warsz)*. 2022 Oct 18. doi: 10.5603/FM.a2022.0088. Epub ahead of print. PMID: 36254108.
17. Babuci A., Catereniuc I., Zorina Z., Botnari T., Stepco E., Lehtman S., Nastas L., **Motelica G.** Connections of the facial nerve in human embryos. В: *Достижения морфологии: внедрение новых технологий в образовательный процесс и практическую медицину [Электронный ресурс]: сб. науч. ст., посвящ. 75-летию профессора П.Г. Пивченко*. Минск: БГМУ, 2022. 430. с. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). ISBN 978-985-21-1113-3. (стр.413-417).

- **Rezumate/abstracte/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale**
  18. Chele D., **Motelica G.** The IIIrd molar postextractional complications, therapeutical and surgical prophylaxys. In: *Abstract book The 6th International Medical Congress for Students and Young Doctors MedEspera*. Chisinau; Republic of Moldova; 12-14 of may 2016, p. 310. ISBN 978- 9975-3028-4-5.
  19. Mostovei A., Topalo V., Chele N., Dabija I., Zănoagă O., **Motelica G.** Lateral sinus floor elevation and simultaneous implants placement in one surgical step. In: *The 27<sup>th</sup> Annual Congress of European Association for Osseointegration*, 11-13 October, 2018, Vienna, Austria. *Clinical Oral Implants Research*. 2018, vol. 29, 17 (suppl.), 457, ISSN 0905-7161.
  20. **Motelica G.**, Chele N., Roșca L. Assessment of the influence of microbial flora in acute pericoronitis evolution and treatment. In: *Culegere de rezumate științifice. Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF "Nicolae Testemițanu"*, Chișinău; 2020, p. 716. ISSN-978-9975-118-61-3.
  21. **Motelica G.** Microbiology of mandibular third molar pericoronitis. In: *Abstract book The 8th International Medical Congress for Students and Young Doctors MedEspera*, Chisinau; 24-26 September 2020, pp. 336-337. ISBN 978-9975-151-11-5.
  22. **Motelica G.**, Chele N., Rusu A. Device for excision of soft tissues in pericoronaritis. In: *The 14 th Edition of Euroinvent 2022. European exhibition of creativity and innovation*. Iași, România; 2022, p.174. ISSN 2601-4564.
- **Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții**
  1. Chele N., **Motelica G.**, Rusu A. *Dispozitiv pentru excizia țesuturilor moi în pericoronarită*. Brevet de invenție MG 1539. 2021-06-30.
  2. Chele N., **Motelica G.**, Rusu A. *Metodă de tratament al pericoronaritei*. Brevet de invenție MG 1540. 2021-06-30.
- **Participări cu comunicări la foruri științifice:**
  - ✓ **Naționale**
    23. **Motelica G.** Frecvența pericoronaritei molarilor 3 inferiori în corelație cu vârsta și sexul pacienților. *Conferința științifico-practică națională cu participare internațională consacrată aniversării a 90 de ani de la nașterea ilustrului savant Nicolae Testemițanu*. Chișinău, 29 septembrie 2017.
    24. **Motelica G.** Influența factorilor de vârstă și sex asupra apariției pericoronaritei molarilor trei inferiori. *Conferința științifică anuală a Institutului de Medicină Urgentă a tinerilor specialiști „Actualități și controverse în managementul urgențelor medico-chirurgicale”*. Chișinău, 10 noiembrie 2017.
    25. **Motelica G.** Evaluarea influenței microbiene în evoluția și tratamentul pericoronaritei acute. *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 21-23 octombrie 2020.
  - ✓ **Internaționale**
    26. **Motelica G.** Odontectomia molarilor trei inferiori incluși. *Connect Dentistry summit Moldova România 2, Provocări și performanțe în stomatology modernă*, 05-07 aprilie 2021, online.
  - ✓ **Naționale cu participare internațională**

27. **Motelica G.** Tehnici atipice de extracție dentară. Key-note speaker, Congresul Medespera, 12-14 mai 2022.
- **Participări cu postere la foruri științifice:**
    - ✓ **naționale**
28. **Motelica G.**, Chele N., Melnic S., Cheptanaru O., Ivasiuc I., Poștaru C. Influența factorilor de vârstă și sex asupra apariției incluziilor molarilor trei inferiori. *Conferința științifică anuală a IP USMF „N.Testemițanu”*, Chișinău, 19-20 octombrie 2016.
29. **Motelica G.**, Chele N. Utilizarea PRP-lui în regenerarea plăgii postextractionale a molarului 3 inferior. *Conferința dedicată zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 15-19 octombrie 2018.
30. **Motelica G.** Microbiology of mandibular third molar pericoronitis. *The 8<sup>th</sup> International Medical Congress for Students and Young Doctors MedEspera*, Chișinău, 24-26 septembrie 2020.
31. Axenti C., **Motelica G.**, Chele N. Outcome of using platelet rich plasma in postextractional wound treatment. *Conferința dedicată zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 20-22 octombrie 2021.
32. Beliniuc S., **Motelica G.**, Chele N. Coronectomy of the wisdom teeth: the dental extraction alternative. *Conferința dedicată zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 20-22 octombrie 2021.

MOTELICA Gabriela

TRATAMENTUL COMPLEX AL PACIENȚILOR CU PERICORONARITE

323.01 – STOMATOLOGIE

Rezumat al tezei de doctor în științe medicale

Aprobat spre tipar: Hârtie ofset. Tipar digital. Coli de tipar: 2.1	Formatul hârtiei: A4 Tiraj: 50 ex. Comanda nr.:
---	---

Tipografia

Str.

Tel.: