

Conținutul IgM la începutul studiului a fost mai înalt la internare în ambele grupe, comparativ cu grupul sănătos. În dinamică acești indici în ambele grupe au avut tendința de scădere.

Conținutul IgE a fost mărit, în ambele grupe la internare, comparativ cu grupul sănătos. În dinamică nu s-au depistat schimbări esențiale a acestor indici. În grupul de studiu s-a înregistrat o dinamică descendentă a acestui indice, iar în grupul de control indicii practic nu s-au modificat.

Așa deci, indicii imunității umorale au dovedit o normalizare efectivă a lor în grupul de studiu, unde se utiliza preparatul BioR.

### **Bibliografie**

1. Ghinda S., Rudic V., Darii V., Bulimaga V., Chiriac T., Parii A. Acțiunea preparatului BioR asupra reactivității imunologice și rezistenței naturale la bolnavii cu tuberculoză pulmonară „in vitro” // Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (științe biologice, chimice și agricole), 2004, v. 3 (294), p. 100-107.

2. Rudic V., Bulimaga V., S.Ghinda, Chiriac T., Ghelbet V., Darii V., Gulea A., Ciapurina L., Melnic S., Tehnologii de obținere a noi bioremedii imunomodulatoare de origine algală, în „Buletinul academiei de științe a Moldovei (științe biologice, chimice și agricole)”, v. 3 (294), 2004, p. 95-100.

3. Власов В.В. Эффективность диагностических исследований. - Москва. - «Медицина». - 1988. - 256 с.

4. Воропаева М.И., Коржова В.В., Широкова Ю.А. Иммунологический статус у женщин при пародонтозе. // Материалы IV Международного конгресса «Иммунореабилитация и реабилитация в медицине», International Journal on Immunorehabilitation, juli 1998, number 8, p. 141.

5. Лукавенко А.В. Клинико-лабораторная оценка применения лазерного излучения в комплексном лечении и профилактике заболеваний пародонта. // Автореф. Дисс... к.м.н., Санкт-Петербург, 2006, 20 с.

6. Минцер О.П., Угаров Б.Н., Власов В.В. Методы обработки медицинской информации. - Киев. - «Выща школа». - 1991. - 271 с.

Славин М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях. - Москва. - «Медицина». - 1998. - 304 с.

## **DEPARTAJAREA DIAGNOSTICĂ A HERPESULUI ORAL ȘI AFTELOR BUCALE RECURENTE**

**Diana Uncuța**

Catedra Chirurgia OMF pediatrică, pedodonție și ortodonție

### **Summary**

#### ***Differential diagnosis in the oral herpes and recurrent bucal aphthae***

Aphthous ulcers in the clinical aspect are very difficult to differentiate by Herpes simplex. That is way additional explanations include: inaugural phenomenologia, symptomatology, herpetic or pseudoherpetic element appearances. It is not quiet sufficient very frequent to establish a diagnosis of herpes or recurrent aphthous stomatitis, especially in the herpetiform one, which includes the morphostructural picture and bacterial and fungal infections. The diagnosis principle represents the main research hypothesis in the complex clinical and instrumental examination for author, which includes specific modern tests of monoclonal antibodies detection or DNA viral hybridization techniques and tests for district stomatologists also- cytologic examination.

**Key words:** herpes simplex, recurrent oral aphthae, Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS), herpetic stomatitis.

## Rezumat

Ulcerule aftoase în aspectul caracterelor de afișare clinică sunt adesea greu de delimitat de infecția cu Herpes simplex de aceea se impun precizări suplimentare care să observe: fenomenologia inaugurală, expresia simptomatică, contextul apariției elementelor herpetice sau pseudoherpetice. Sunt destul de frecvente situațiile, când doar aceste cercetări nu sunt suficiente pentru a stabili cu certitudine, dacă este vorba de un herpes acut sau o stomatită aftoasă recidivantă, mai ales forma herpetiformă, care include în tabloul caracterelor morfostructurale și vestigii ale infecției bacteriene, fungice. Principiul de abordare diagnostică pentru care optează autorul ce și-a pus respectiva întrebare și deci ipoteza de cercetare în această cheie este examinarea clinică și instrumentală complexă, folosind nu numai teste moderne specifice de detecție a anticorpilor monoclonali sau tehnicile de hibridizare a ADN –ului viral, dar și un test la îndemâna tuturor stomatologilor din teritorii - examenul citologic.

**Cuvintele cheie:** herpes simplex, afte bucale recidivante, stomatita aftoasă recidivantă (SAR), stomatită herpetică

## Introducere

Cercetările din ultimele decenii (1, 2, 7, 9) asupra afecțiunilor mucoasei bucale au impus revizuiți esențiale ale opiniilor emise anterior asupra proceselor patologice cantonate la nivelul cavității bucale.

Aftele bucale recidivante și stomatitele herpetice au ajuns actualmente să reprezinte o sferă largă de patologii orale caracterizate de leziuni reprezentate de erupții și ulceratii inclusiv leziuni reactive și afecțiuni mixte la declanșarea cărora concură bacterii, fungi (3, 4, 10, 11, 12) etc. În special, din cauza stărilor imunodeficitare, acum aceste afecțiuni sunt foarte numeroase și dificil de diferențiat prin simplu examen bucal doar conform manifestărilor locale (5, 6, 8, 13, 14, 15).

Maladiile herpetice sau fenomenele ce simulează erupția herpetiformă sunt în prezent printre cele mai incidente afecțiuni habituale orale (adeseori pot fi confundate) și care necesită revederea principiilor de clasificare și delimitare a variantelor evolutive și a substratului organic, prin care să se poată elimina dificultățile de diagnosticare și respectiv de adoptare a unui tratament cât mai adecvat. Tratarea unei asemenea leziuni herpetice cu steroizi topici (ca pentru o ulceratie aftoasă (I. Rudinc și coaut., 2007) poate duce la sechele grave.

## Scopul

În conformitate cu obiectivul investigațional am încercat să delimităm niște criterii sigure și de mai multă informativitate pentru diagnosticul herpesului oral și ale aftelor bucale recurente. Pentru aceasta am examinat și triat atent întreg spectrul de semnalmente și fenomene clinice prin care se manifestau elementele herpetice sau aftoase observate în lotul de studiu la 197 pacienți, având vârste cuprinse între 5 și 67 ani.

## Materiale și metode

În studiul nostru am elaborat o schemă orientativă pentru diferențierea leziunilor aftoase de alte maladii similare cu manifestare orală după diferite criterii (etiologice, suprafețe orale afectate, numărul leziunilor, aparența clinică, prezența erupțiilor bucale și eventual manifestarea extraorală a maladiilor examinate.

La pacienții observați în studiul clinic activ diagnosticul definitiv s-a elaborat în baza fenomenelor clinice prin care se anunțase fiecare din cazurile urmărite, apoi și în urma explorărilor paraclinice, prioritare fiind cercetările de aspect morfocitologic completate în funcție de situația concretă cu alte tehnici de valoare informativă recunoscută (fibroesofagoduodenoscopie, examene hematologice, serologice, teste biochimice, teste imunologice, virusologice etc.).

**Criteriile de includere în cercetarea pacienților :** existența a cel puțin unei leziuni aftoase sau herpetice dureroase ce măsoară 1-10 mm în diametru și care are obișnuința de a

reveni în 3 și mai multe episoade anuale, fenomenul persistând de cel puțin 2-3 ani. Toți pacienții din lotul de studiu au fost triați conform vechimii bolii.

**Gestionarea la etapa de simptome prodromale.** Cercetând atent fenomenele ce anticipă apariția celor două varietăți de leziuni a mucoasei orale herpetice și afte bucale recurente se poate formula diagnosticul prezumtiv.

După aspectul manifestărilor clinice elementele aftoase din cavitatea bucală la bolnavii cu SAR în studiul nostru s-au distins în afte de formă minoră, afte majore și afte herpetiforme.

În grupul SAR de formă minoră acuzele se manifestau prin ușoare senzații de disconfort și dureri ocazionale, fără să afecteze starea generală a pacientului. În subplotul de bolnavi cu SAR de forma majoră este vorba de leziuni mai severe și mult mai persistente.

Durerea resimțită de pacienți cu afte de gen herpetiform variază ca intensitate, senzație însă care nu este corelată cu dimensiunile elementelor aftoase.

Se consideră că herpesul cronic recidivant reprezintă reactivarea periodică a virusului Herpes simplex retras în ganglionul Gasser după primul eveniment de stomatită herpetică acută pe zona buco-labială. Elementele aftoase herpetice devin dureroase, generând uneori dificultăți la masticatie, care se rezolvă mult mai greu și implică răspunsul ganglionilor limfatici regionali, măriți în volum și dureroși la palpare (adenopatie).

#### **Apariția leziunilor și sediul de predilecție**

Virusul herpetic (Herpes simplex), precum consemnăm, rămâne cantonat intracelular în anumite zone și, în special, pe ariile de trecere piele –mucoasă. Afectul poate reveni la orice vârstă, prezentându-se sub forma stomatitei herpetice recurente. Reapariția erupțiilor specifice cu elemente herpetice (vezicula, afte, eroziuni) respectă zona primoafecțiunii, adică joncțiunea cutaneo-mucoasă și mucoasa orală masticatorie cheratinizată. Erupțiile veziculo-herpetice recurente sunt situate pe acelaș loc (fig.1), sunt dispuse tot în grupuri, se sparg rapid, lăsând eroziuni ce tind să conflueze în leziuni policiclice cu contur neregulat, acoperite cu depozite difteroide, moderat sau ușor detașabile, dureroase spontan și provocat și suscitând o salivatie abundentă.



Fig.1. Stomatita herpetică forma gravă

Erupțiile mai frecvent cuprind sectorul labial, nazal, pot fi angajate pe aceleași segmente orale și altfel se denumesc „herpes fix”, evoluând spre cruste.

Stomatitele aftoase recidivante de forma minoră apar cu afte ca element eruptiv vizibil de dimensiuni mici, de formă ovală sau rotundă, acoperite de pelicule aderente, greu detașabile, de culoare gri-gălbui și înconjurată de un halou eritematos bine delimitat. Elementele aftoase se află

cantonate pe arii de mucoasă necheratinizată, pe mucoasa labială și parietală. Aftele de formă majoră (fig.2) sunt mai profunde și se localizează pe marginile latero-inferioare ale limbii, la nivel palatinal. Mărimea și configurația acestora variază în funcție de segmentul pe care s-au produs.



Fig.2 . Afte recidivante de formă majoră.

Aftele recidivante de gen herpetiform apar sub formă de elemente aftoase multiple minuscule (B. Neville și coaut, 1991) pe mucoasa necheratinizată. Deși asemănătoare mult cu herpesul simplu, pot conflua, rezultând afte de proporții, dar care fiind asistate adecvat, se sting în medie peste 7-10 zile. Elementul distinctiv al aftelor herpetiforme ale mucoasei orale spre deosebire de herpes, este faptul că ele nu sunt anticipate de afecțiuni respiratorii și nu se asociază cu leziuni cutanate.

**Studiul investigational complex** a inclus: analize sumare de sânge și urină, fibroesofagogastroduodenoscopie, examenul radiologic, teste biochimice, bacteriologice, imunologice, citomorfologice, virusologice etc.

Observând apanajul clinic și afecțiunile ce preced apariția aftelor de expresie minoră, majoră și herpetiformă în SAR am constatat prevalența diferitor disfuncțiuni tubulo-digestive, care au suscitată hipersensibilizarea organismului purtător de afte rebele grave, urmată de incidența remarcabilă a diferitor dereglări ale SNC și SNV, stare care cu siguranță se implică ca moment cauzal, dar și ca element agravant în evoluția bolii. Bacteria *Helicobacter pylori* ne-a interesat ca o posibilă cauză în patogenia SAR.

În herpesul cronic recidivant recrudescențele sunt precipitate de mai multe stări de stres: deficiențe imunitare, iradiere ultraviolete, unele stări fiziologice ca ciclul menstrual, o expunere la frig. Au fost evidențiate și premise generale: boli infecțioase, intoxicații, afecțiuni febrile, digestive, tulburări dispeptice, hepatice, leucemii, cât și premise locale: tratamente stomatologice, afecțiuni ale pulpei dentare, extracție dentară, intervenții chirurgicale buco-dentare, estetice.

Examenle de rutină relevate nu exclud și nici nu pot suplini testele virusologice, serologice și imunologice, ce trebuie operate în cazul bolnavilor, care s-au prezentat la medic cu erupții herpetice și afte bucale recidivante.

Testele de laborator la care ne-am referit sunt totuși costisitoare și necesită mijloace și tehnici performante, de aceea am revenit asupra posibilităților diagnostice citologice pe care ni le oferă o serie de teste uzuale și accesibile, posibile în laboratoarele cu dotare modestă.

### Diagnosticul citologic

Examenul citologic a 417 frotiuri amprente se practică destul de eficient întru departajarea diagnostică a aftelor bucale recurente și manifestărilor herpetice recidivante cu leziuni agresive, care în unele cazuri la persoanele imunocompromise evoluează spre forme generalizate și devin un pericol vital real. Rezultatele citomorfologice a 417 frotiuri amprente au fost clasate și specificate în funcție de varianta clinică (minoră, majoră, herpetiformă) a stomatitei aftoase recurente și herpesului oral.

Astfel în frotiurile ce conțin material preluat de pe suprafața aftelor de formă minoră (fig.3) s-au evidențiat celule din straturile epiteliale superficiale și intermediare, fiind dispuse izolat și în grupuri. În citoplasma acestor celule deseori se pot remarca vacuole mici. Nucleii epitelocitelor de suprafață sunt mici și picnotici, iar în celulele straturilor mai profunde cromatina nucleelor apare fin granulată și hipocromă. Se disting neutrofile, fiind, de regulă, modificate distrofic. Limfocitele sunt observate izolat.

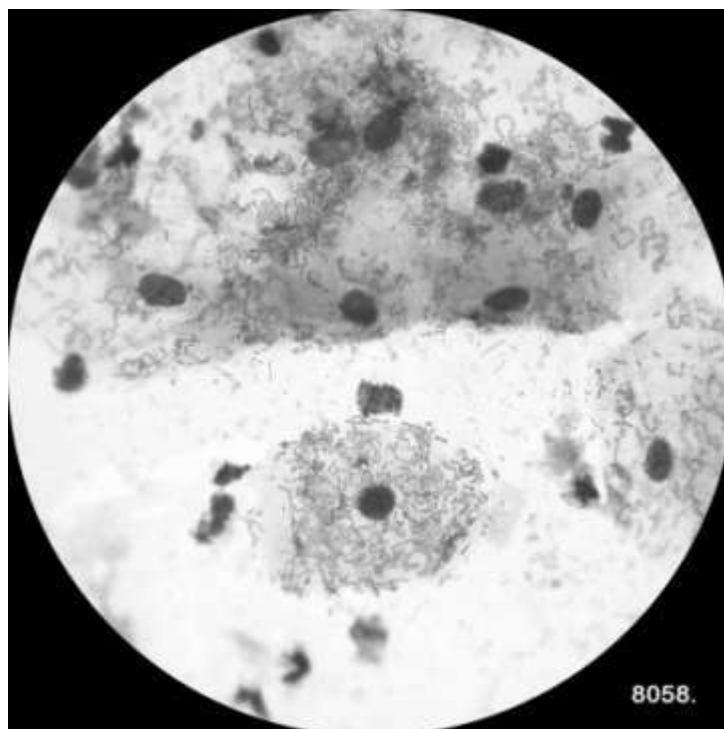
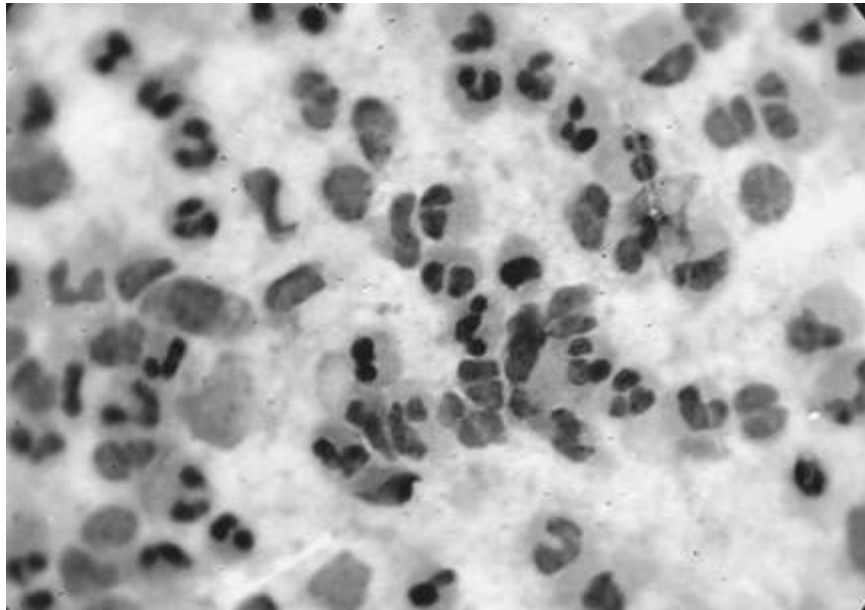


Fig.3. Stomatita aftoasă recidivantă minoră. Un grup de celule epiteliale x 900.

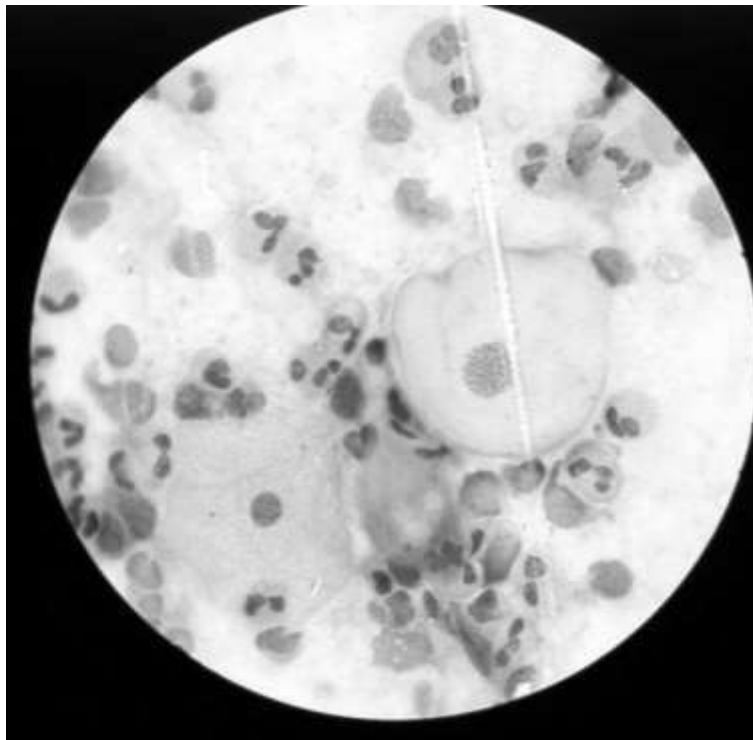
În piesele de material prelevat din ulcerele calificate ca fiind SAR de formă majoră epitelocitele apar în aglomerări mici, care uneori au aspect de simplast fără limite intercelulare distincte vizual. Cromatina în nucleu se distribuie neuniform (fig.4) are o textură densă, iar în unele celule apare de aspect reticulat. Preparatele cercetate abundă în eritrocite și leucocite dispuse aglomerativ, fiind modificate distrofic, multe se află evident în proces de scindare.

Spectrul citologic al aftelor herpetiforme (fig.5) prezintă elemente celulare din straturile superficiale ale epitelului plat. Pe frotiuri epitelocitele apar de formă poligonală sau ovalară, sunt dispuse neuniform. Epitelocitele din straturile superficiale au nuclee mici, moderat colorate, sunt dispuse central având o structurare incertă a cromatinei. Elementele celulare epiteliale din straturile profunde, deși au dimensiuni mai mici decât cele superficiale, au nuclee masive, de culoare mai deschisă cu cromatina fin granulată.

Un alt detaliu estimativ care ne-a sugerat în delimitarea aftelor cu potențial recidivant este prezența populațiilor microbiene, care deși în cantități variabile, este relevată pe toare frotiurile examinate inclusive sub aspect de micrococi, mai rar de bacili, habitând atât în interiorul celulelor, cât și liber.



**Fig. 4.** Stomatită aftoasă recidivantă de formă majoră. Modificări distrofice ale leucocitelor, vacuolizarea citolasmei. Colorație cu azur-eozină X900.



**Fig. 5.** Stomatită aftoasă recidivantă, forma herpetiformă. Celule epiteliale și leucocite. Colorație cu azur-eozină.x 900.

Așadar în SAR preponderente sunt elementele celulare inflamatorii ca rezultat al alterării patologice nespecifice.

Studiul citologic al frotiurilor amprente recoltate de la pacienți cu afecțiuni virale sub aspect de stomatite herpetice a fost aplicat pentru a elucida și particulariza modificările structurale în faza de manifestare activă a maladiilor înglobate de acest generic.

În frotiurile ce conțin material preluat de pe sectoarele cu afecte herpetice de grad ușor, sunt prezente celule epiteliale superficiale cu nucleu picnotic, hiperchrom și citoplasma slab colorată. La fel se întâlnesc celule intermediare cu nucleu mare cu cromatină dispersată, citoplasma acestor celule este slab vacuolizată. Celulele parabazale sunt înzestrate cu nucleu intens colorat cu o citoplasmă bazofilă.

Analiza citomorfologică a frotiurilor obținute prin raclaj de la pacienții cu afecțiuni virale herpetice avansate denotă că celulele epiteliale, apar balonizate, adică modificate prin efectul citopatic de virusul herpetic. Sunt prezente celulele epiteliale cu citoplasma vacuolizată și cu formarea unui halou centrocitolar, care deplasează nucleul hiperchrom spre periferia celulei (fig. 6). Prof. D. Lange (Germania, 1999) a remarcat aceste celule cu aspectul unui « ochi de taur ».

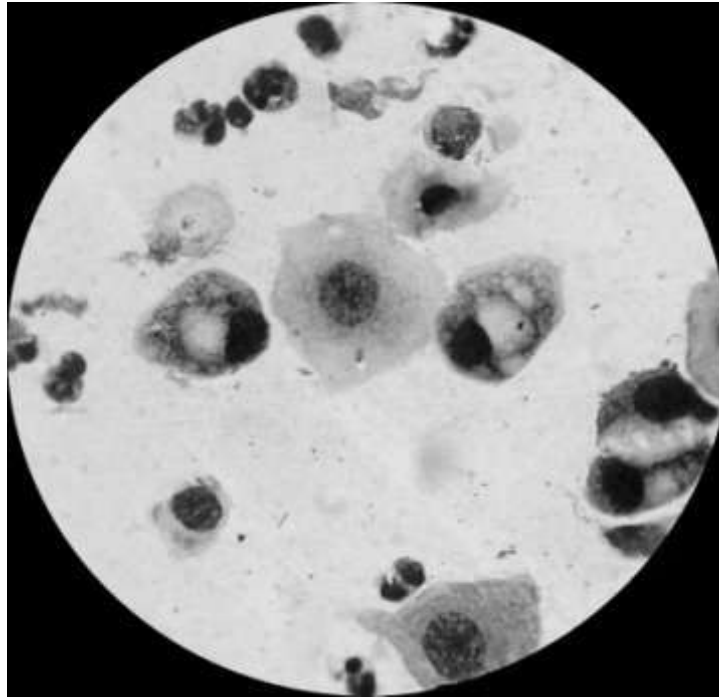


Fig.6. Celule epiteliale balonizate cu modificări structurale citoplasmatică și ale nucleului. Prezența epiteliocitelor în formă de « ochi de taur ».

În citomorfogramele cu afecte herpetice recurente este caracteristic un polimorfism celular și nuclear pronunțat al epiteliocitelor. Pot fi distinse celule gigante, care conțin mai multe nuclee și nuclee polilobate, deoarece celula infectată cu herpes virus continuă să se dividă.

Aceste celule cu incluziuni eozinofilice în nucleu (V. Aramă cu coaut., 2002; D. Uncuța, 2007) sunt cunoscute sub denumirea de celulele Unna (fig.7), caracteristice pentru afecțiunile virale herpetice. Permanent sunt prezente aglomerări masive de neutrofile cu nucleu segmentat la diferite etape de degradare. De menționat, că populația microbiană, atât din interiorul, cât și din afara celulelor epiteliale în afecțiunile herpetice este secundară.

### **Discuții**

Reflectând asupra celor relatate în cadrul acestei comunicări și comparând cele două afecțiuni este relevant faptul că ambele devin ulcerative, dar progresia fiecăreia din acestea spre stadiul ulcerativ diferă complet, de aceea anamnezicul, nivelul de angajare și aspectul leziunilor trebuie cercetate atent pentru a stabili un diagnostic prezumtiv cât mai aproape de adevăr. Un moment foarte important este faptul că ulcerăția aftoasă recidivantă nu este contagioasă, iar leziunea herpetică se poate transmite unei gazde susceptibile, mai ales în timpul perioadei de debut.

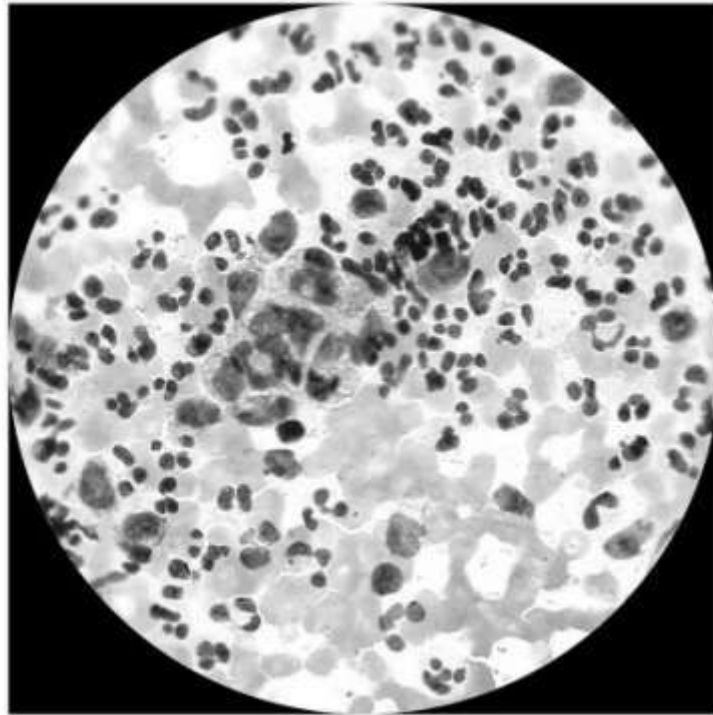


Fig.7. Infiltrații masive cu polimorfonucleare alterate. Celule multinucleate gigante (celulele Unna) x 100.

### Concluzii

1. Herpesul oral recurent și aftele bucale recidivante menționate reprezintă un grup foarte neomogen de leziuni orale, care se manifestă în diferite variante, dar și cu mai multe asemănări de aspect clinic, care se corelează cu examinări paraclinice și probe citomorfologice și care în opinia noastră pot sugesiona diagnosticul decisiv de infecție virală herpetică cât și la diferențierea cu alte maladii banale de similitudine.
2. Avantajul examenului citomorfologic: este ușor de executat, rapid, destul de ieftin și accesibil.

### Bibliografie

1. Amir J. et al. The natural history of primary herpes simplex type 1, gingivostomatitis in children // *Pediatr. Dermatol.* 1999; 16: 259- 63.
2. Aramă V. și coaut. Virusurile Herpes Simplex 1 și 2 // *Infecții cu Herpes Virusuri.* București 2002, p.11- 149.
3. Christie S. N. et al. Recrudescență herpes simplex infecție mimicking primary herpetic gingivostomatitis // *J. Oral Pathol. Med.* 1998; 27: 8- 10.
4. Godoroja P. și coaut. Herpesul obișnuit (simplu ).// *Stomatologie terapeutică pediatrică.* Chișinău 2003, p. 285- 290.
5. Grenberg M., Click M. Ulcerative Vezicular, and Bulous Lesions.// *Burcket`s Oral Medicine BC Decker Inc,* 2003, p. 50- 60.
6. Michel B. și coaut. Stomatitii du nourrisson e de l`enfant // *Journal de pediatrie et de puericulture* 2003, V. 16, № 5, 267- 280.
7. Neville B. et al. Recurrent herpeticiform Aphthous ulcerations. Recurrent Herpes labialis // *Color Atlas of clinical oral pathology,* 1991, p. 102- 118.
8. Rudnic I. cu coaut. Diagnostic diferențial - Herpes sau afte? // *Medicina stomatologică,* 2007, v. 11, № 1, Iași, p. 398- 402.



9. Spînu C. cu coaut. // *Infecția cu herpes simplex- particularități clinico- epidemiologice de evoluție, diagnostic, tratament, profilaxie* (ghid practic) Chișinău, 2006, p.124.
10. Țovaru Ș. Infecții virale ale mucoasei bucale // *Patologie medicală stomatologică*, București 1999, p. 192- 216.
11. Uncuța D.// *Stomatitele herpetice- clasificări actuale și sugestii de departajare diagnostică*. Recomandare metodică. Chișinău 2007, 23 p .
12. Виноградова Т. и др. Острый герпетический стоматит. // *Стоматология детского возраста*. 1987, стр. 354- 364.
13. Ланге Д. Диагностика, клиника и лечение везикулобуллезных и десквамативных поражений полости рта. // *Клиническая стоматология*, 1999, № 4, стр. 44- 47.
14. Ласкарис Д. Простой герпес // *Лечение заболеваний слизистой оболочки рта*. МИА. Москва, 2006, стр. 194- 196.
15. Мельниченко Э. и др. Особенности клиники и патогенеза острого герпетического стоматита у детей, относящихся к группе риска перехода заболевания в хроническую форму. // *Стоматология* 1991, 3, стр. 57-59.

## **METODE DE TRATAMENT A SINUSITEI**

**Dumitru Hâțu, Gabriela Cocieru, Vasile Vlas**

Catedra Chirurgie OMF USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Sinusitis treatment methods***

The present study comes with a presentation of the optimal possibilities in treating maxillary sinusities, that still remain a common problem in surgeon's practice. For realizing this material it had been selected a number of patients that were treated at CNȘPMU, and, these cases were analyzed based on their sex, age, localization and time to adresection to the surgeon. Although maxillary sinus is at the crossroad of two specialists: ORL and maxillo-facial surgeon, the methods that they both use, remain to be discussed in order to find the best treatment.

### **Rezumat**

Prin studiul de față s-a încercat realizarea unei prezentări a modalităților optime de tratament al sinusitei maxilare, care rămâne a fi o problemă des întâlnită în practica chirurgului stomatolog. Pentru realizarea acestui material a fost selectat un lot de pacienți tratați la CNȘPMU și s-au evaluat cazurile în funcție de sex, vârstă, localizarea sinuzitei, timpul scurs până la adresarea la medic. Deși sinusul maxilar este la intersecția a doi specialiști: ORL-istul și chirurgul maxilo-facial, metodele pe care le folosesc ambii, rămân a fi discutate și evaluate pentru a se găsi un tratament de elecție ce nu va avea repercursiuni asupra pacientului.

### **Actualitatea**

Sinuzita cronică odontogenă este o afecțiune cu frecvență crescută, diferitele statistici găsind o prevalență situată între 8-12%, adulții de peste 30 de ani fiind cel mai frecvent afectați, existând o distribuție omogenă pe sexe. Sinuzitele cronice ale adulților sunt cel mai frecvent de cauză odontogenă, infecțiile dentare, constituind 5-10% din totalul sinuzitelor semnalate. (1)

Propagarea infecției se produce de la nivelul rădăcinilor dinților posteriori, sinusali, ai arcadei dentare superioare, care se află în proximitatea planșeului sinusului maxilar. Cele neodontogene se dezvoltă cel mai des după infecțiile acute virale ale căilor respiratorii superioare, care produc obstrucția pasajelor de drenaj ale mucusului și infectarea acestuia în 2% dintre cazuri. Sinuzita maxilară odontogenă este importantă atât din punctul de vedere al frecvenței, cât și din punctul de vedere al complicațiilor sistemice, loco-regionale și locale pe care le poate dezvolta: neurologice, oftalmologice, dentare. Astfel, este deosebit de important ca