

Periostita acută seroasă apare în primele 1 – 3 zile de la debutul bolii cu apariția durerii difuze în regiunea maxilarelor și edem difuz în regiunea țesuturilor moi adiacente.

Debutul periostitei acute purulente, la 2 – 4 zile, este de obicei acut, pacientul acuzând apariția durerilor la nivelul „dintelui cauzal”, apar modificări clinice în țesuturile moi.

Durerile se intensifică în regiunea procesului alveolar a maxilarelor, ele pot iradia pe treptul hemimaxilarelor pe treptul nervului trigemen, dar se micșorează la dintele cauzal. Dereglarea funcției în dependență de dintele afectat.

Semnele clinice generale a periostitei acute: Semnele generale incipient ușoară subfebrilitate; Slăbiciuni; Indispoziție; Astenie; Pierderea poftei de mâncare; Insomnie.

Diagnosticul periostitei: Acuza bolnavului: prezența edemului care treptat s-a mărit, cu apariția durerilor. Istoricul dezvoltării bolii: indică factorul etiologic. Examenul clinic exo- și endobucal. Clinica - Diagnosticul preventiv.

Explorările paraclinice: Examenul radiologic; Examenul de laborator; Antibioticograma; Puncția; Termometria .

Tratamentul medicamentos al periostitei include: Antibiotic cu spectrul larg de acțiune sau conform antibioticogramei; Antifungice; Antidolorante; Antipiretice; Vitaminoterapia; Alimentația semilichidă.

Profilaxia periostitei: Informația privind adresarea populației în instituțiile curativo-profilactice. Asanarea cavității bucale. Ridicarea imunității organismului. Ridicarea nivelului de trai și cultural al populației. Accesul la serviciile medicale a fiecărui cetățean a statului.

Evoluția pacientului ce a suportat o periostită este în majoritatea cazurilor favorabilă și rezultatul reabilitării este bun. Recomandări: Asanarea cavității bucale la timp. Vizita medicului stomatolog de două ori pe an. Adresarea cât mai urgentă la specialist în cazul unei infecții.

### **Concluzii**

1. Periostita se situează pe I loc printre infecțiile odontogene.
2. Mai frecvent procesul este localizat vestibular.
3. Procesele inflamatorii se întâlnesc preponderent la bărbați.

### **Bibliografie**

1. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003:347-353.
2. Stoica I., S. Ababii, N. Covalciuc. Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii OMF, aspecte statistice. Anale științifice ale USMF “Nicolae Testemițanu”, Volumul III, Probleme clinico - chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului, Chișinău, 2003:376 - 380.
3. Безрукова В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А., Бодолян В. А. Амбулаторная хирургическая стоматология. (современные методы) Москва; 2002:186.
4. Муковозов Н. И. Дифференциальная диагностика ХЗЧЛЮ. Ленинград «Медицина». 1982:46.
5. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Москва: Медицина, 2003:173-183.

## **OSTEOMIELITA MAXILARELOR**

**Nadejda Zgherea, Ilie Hîțu, Dumitru Hîțu, Maxim Constantinov**

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială „Arsenie Guțan”, USMF ”Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Osteomyelitis jaw***

During 2006 the department oro-maxillo-facial surgery (ChOMF) were examined and treated 1883 patients. Posttraumatic osteomyelitis was recorded in 59 patients, representing 3.13%. Patients from other districts than Chisinau is 59.32%. In patients without a job in 62.71% more often fracture was complicated by osteomyelitis and 64.4% of cases was made to open the

abscess, and in 59.32% cases were addressed independently. After 5 days of illness onset were sent to 32.2%. In 67.8% cases patients received medical insurance.

### **Rezumat**

Pe parcursul anului 2006 în secția Chirurgie oro-maxilo-facială au fost examinați și tratați 1883 de bolnavi. Osteomielița posttraumatică a fost înregistrată la 59 bolnavi, ce constituie 3,13%. Pacienții din alte raioane decât Chișinău constituie 59,32%. La pacienții fără un loc de lucru în 62,71% mai frecvent fractura s-a complicat cu osteomieliță și în 64,4% din cazuri s-a efectuat deschiderea abscesului, iar în 59,32% cazuri s-au adresat sinestătător. După 5 zile de la debutul bolii s-au adresat 32,2%. În 67,8% cazuri pacienții au asigurare medicală.

### **Introducere**

Studiul proceselor infecțioase prezintă o importanță crescândă în ultimul deceniu prin varietatea aspectelor clinice și a problemelor pe care le ridică osteomielițele, atât pentru reabilitarea lor morfologică, cât și funcțională. Incidența diferă atât după zona geografică, nivelul dezvoltării economice și sociale a diferitor state, iar unele calcule statistice în acest sens se pot utiliza pentru a programa măsurile de profilaxie și tratamentul adecvat.

O parte importantă a patologiei este legată de afecțiunile periapicale a dinților și de manevrele de tratament endodontic a dinților. Una din principalele cauze ale morbidității maxilarelor de origine odontogenă este traumatizarea în timpul și după diverse manipulații chirurgicale asupra dinților.

Etiologia multifactorială în care modificările morfofuncționale ce însumează cantitativ practic cu accentuarea manifestărilor clinice, conferă osteomielițelor o evoluție clinică de lungă durată, ceea ce duce chiar la schimbări ireversibile din partea țesutului osos. Agresiunea bacteriană din mediul cavității bucale, favorizează declanșarea fenomenelor distructive.

În tratamentul osteomielițelor odontogene acute și cronice, în care procesul patologic provoacă o lezare, este necesar afară de manoperele clasice, de a folosi metode noi care n-ar provoca o traumă adăugătoare a țesuturilor afectate și ar favoriza regenerarea mai rapidă a țesuturilor distruse.

Osteomielița odontogenă aduce un prejudiciu nu numai prin deteriorarea sănătății pacientului, aflarea la tratament mult timp, suportul financiar suportat de societate, dar și prin complicațiile grave la care poate să ducă. Studiul acestui compartiment pentru viitorul specialist este de o mare importanță: stabilirea diagnosticului preventiv, explorările paraclinice, îndreptarea pacientului în secția respectivă, tratamentul și evidența în dinamică a pacientului după externare. Din considerentele enumerate mai sus osteomielițele sunt studiate într-un compartiment aparte a chirurgiei oro-maxilo-faciale.

Osteomielița /Osteomyelitis/ [Gr. Osteon=os; myelos=măduvă; 1tă.]. inflamație concomitentă a osului și măduvei osoase, determinată de o infecție [3]. După Ermolaev G., (1977) osteomielița – proces septico-necrotic care afectează țesuturile dure și moi adiacente ce apare sub acțiunea factorilor nocivi (fizici, chimic, biologic), pe fonul dereglărilor preventive neuromorale și hipersensibilizării organismului care au precedat boala [5].

**Scopul** studiului dat a fost de a efectua o analiză a datelor contemporane a literaturii de specialitate în vederea constatării privind frecvența, etiologia, clinica, diagnosticul și tratamentul bolnavului cu osteomieliță.

### **Material și metode**

S-a efectuat o analiză selectivă a surselor bibliografice referitoare la frecvența, etiologia, clinica, diagnosticul și tratamentul bolnavului cu osteomieliță, studierii lucrărilor originale prezentate în literatura de specialitate periodică, pe Internet și Medline și cazurile clinice proprii. Pe parcursul anului 2006 în secția Chirurgie oro-maxilo-facială (ChOMF) ce se află în incinta Centrului Național Practico – Științific Medicină pe Urgență (CNPȘMU) au fost examinați și

tratați 1883 de bolnavi. Osteomielite posttraumatică a fost înregistrată la 59 bolnavi ce constituie 3,13%. Ca surse informative s-au folosit fișele de observație a pacienților.

### **Rezultate și discuții**

După datele secției de ChOMF din Chișinău infecția ocupă I loc printre entitățile nozologice facial. Peste 80% din adresări după ajutor la chirurg stomatolog în policlinică și peste 50% din cei aflați în staționar revin bolnavilor cu procese inflamatorii ale regiunii OMF[1,5]. Osteomielite odontogenă conform datelor secției de ChOMF din 2003 ocupă 6% pe când osteomielite posttraumatică ocupă 10,7% [4] Osteomielite posttraumatică a mandibulei după datele lui M. Radzichevici (2012) pe baza datelor statistice a secției de ChOMF ce se află în incinta CNPȘMU, orașul Chișinău constituie 2,47% din numărul total de bolnavi tratați pe parcursul anilor 2005-2009 [2]

Frecvența pacienților cu leziuni traumatiche indică o incidență mărită pentru sexul masculin. Repartizarea pe sexe a pacienților a evidențiat ca 3,4% dintre aceștia erau de sex feminin, iar 96,6% de sex masculin, deci o prevalență crescută a complicațiilor posttraumatice constituie la pacienții de sex masculin. Etiologia osteomeielitei posttraumatice s-a constatat a fi în 47,46% de cazuri – căderi, iar în 52,54% cazuri – a gresiuni. Pacienții din Chișinău prezintă o frecvență de 40,68%, iar cei din restul raioanelor țării prevalează cu 59,32%. Numărul pacienților șomeri este 37, cel al pensionarilor – 3, funcționarilor – 10, muncitorilor – 7, elevi – 1, studenți – 1. Din pacienții cu osteomielite posttraumatică s-au adresat la medic de sinestătător – 35, prin îndreptare – 21, transportați de ambulanță – 3. Pacienții care s-au spitalizat la a 3-a zi sânt în număr de 11, cei care s-au adresat la a 5-a zi-8, cei care s-au adresat la a 7-a zi- 8, pacienții care s-au adresat la a 4-a zi- 7, la a 2-a zi-5, restul pacienților prezentînd termene diferite de spitalizare, de la 1 pâna la a 60-a zi. După numărul zilelor petrecute în spital, cea mai mare frecvență prezintă pacienții spitalizați pe un termen de 6 zile – 11 persoane, cei spitalizați pe un termen de 5 zile – 6 persoane, cei spitalizați pe 9 zile – 6 persoane, iar cei spitalizați pe 7 zile – 5 persoane, restul persoanelor fiind spitalizați pe un termen între 1 – 14 zile. Numărul pacienților cu vârsta cuprinsă între 19 – 25 ani – 11 persoane, între 26 – 35 ani - 11 persoane, între 36 – 45ani - 18 persoane, 46 ani și mai mult - 19 persoane.

Diagnosticul pacienților a fost stabilit în 34 cazuri – osteomielite cronică posttraumatică exacerbată, în 21 cazuri – osteomielite cronică posttraumatică exacerbată, abces, în 1 caz- osteomielite cronică posttraumatică exacerbată, fractură radiculară d.1.3, în 1 caz – osteomielite acută posttraumatică, în 1 caz – osteomielite cronică posttraumatică exacerbată, abces submaseterian, în 1 caz – osteomielite cronică posttraumatică exacerbată, abces submandibular. În cursul studiului efectuat s-a stabilit că 3,39% pacienți s-au prezentat în stare de ebrietate, iar 96,61% în stare normală.

Frecvența pacienților asigurați medical este de 67,8%, iar a celor cărora li s-au acordat servicii medicale contra plată – 32,2%. În cursul studiului efectuat, s-a stabilit că la 9 dintre pacienți ca metodă de tratament s-a realizat deschiderea cu extracția dintelui cauzal, la 38 – deschiderea ,la 2 – sechestrectomia, la 1 – sinusotomia, la 2 – sechestrectomia cu extracția dintelui, la 1 – atele individuale, la 1 – atele individuale, deschidere, extracția, la 1 – atele individuale, osteosintetă cu fir matalic, extracția, la 1 – atele individuale, deschiderea, la 1 – atele individuale, extracția, iar 1 pacient a refuzat tratamentul. În cursul tratamentului s-a realizat anestezie generală la 4 pacienți, anestezie locală – la 54 pacienți.

Sunt mai multe clasificări ale osteomeielitei odontogene și au la bază criterii diferite. În clinica de ChOMF ne folosim de următoarea clasificare după evoluția procesului infecțios: osteomielite odontogenă acută; osteomielite odontogenă subacută; osteomielite odontogenă cronică; osteomielite odontogenă exacerbată. După localizarea procesului infecțios: limitat și generalizat(extins).

Particularitățile anatomice favorizează mai frecvent localizarea osteomeielitei odontogene la maxilare: prezența dinților, raportul anatomic de vecinătate cu cavități(bucală, nazală, sinusale). Maxilarul superior e mai bogat vascularizat, are o corticală mai subțire, pe când la mandibulă

corticala e mai groasă, vascularizarea mai bogată, este prezent canalul mandibular și dintele de minte. Etiologia proceselor inflamatorii în osteomielite odontogenă s-a repartizat în felul următor. Pe primul loc s-a plasat inflamația de la molarul de minte cu 24,2% cazuri, urmați de molarul 1 cu 15,3% cazuri și molarul 2 cu 12% cazuri.

Sursa de infecție a mandibulei poate fi: paradontita apicală, dinții incluși, chisturile, pericoronarita, traumatismele, plăgile postextractionale în deosebi a molarului de minte, furunculul, etc. Germenii patogeni produc exotoxine și endotoxine care provoacă diferite dereglări ale țesutului: dereglează circulația sangvină, provoacă spasmul periferic. Micșorează microcirculația și măresc permeabilitatea capilarelor ce duc la extravazarea lichidului cu crearea condițiilor pentru creșterea viscozității și formarea trombilor în vase. Asocierea infecției la embol va declanșa procesul infecțios. Sunt cunoscute mai multe teorii ale patogeniei osteomeiitei odontogene ca: inflamatorie-embolică(Lexer-Bobrov), sensibilizării(Artius, Saharov, Derijanov), dezechilibrului neuro-reflector(Semencenco), imunitară(Soloviev). Însămânțarea osului are loc pe cale directă, de la distanță, per continuu și prin canalele Havers, cale hematogenă.

Clinica osteomeiitei are un debut acut cu dureri, febră, frisoane, mobilitatea grupului de dinți, disfagii, trism, eliminări purulente bilaterale de procesul alveolar, etc. Simptomul Vincent, sechestrile, granulațiile și fistulele se asociază în faza cronică.

Acuzele, istoricul dezvoltării bolii, examenul clinic endobucal și exobucal va permite a stabili diagnosticul preventiv, explorările paraclinice și diagnosticul diferențiat va permite stabilirea diagnosticului clinic definitiv. Examenul radiologic va permite depistarea dintelui cauzal, volumul distrucției osoase și raportul cu formațiunile anatomice învecinate. Examenul de laborator inclusiv antibioticograma va determina flora microbiană precum și remediile medicamentoase sensibile sau rezistente la agentul patogen. Diagnosticul fazei subacute este extrem de dificil din cauza tabloului clinic șters din această perioadă.

Tratamentul medicamentos se indică până, în timpul și după intervenția chirurgicală. Antibioticul de dorit osteotrop (lincomicin, gentamicin, cnamicină) cu spectru larg de acțiune sau e preferabil conform rezultatei antibioticogramei pe 7-10 zile. În tratamentul conservativ mai sunt incluse următoarele grupe de preparate: analgetice, antipiretice, desensibilizante, soluții perfuzabile (glucoză 5%, sol.NaCl 0,9%, vit.C), etc.

Tratamentul chirurgical în osteomielite odontogenă va depinde de prezența procesului acut sau cronic. În faza acută supurativă a osteomeiitei odontogene drenarea și înlăturarea factorului cauzal e necesar de efectuat cât mai precoce. În osteomielite odontogenă cronică se recurge la sechestrrectomia și sechestrnecrectomia.

Etapete sechestrnecrectomia include: 1. Prelucrarea câmpului operator cu soluții antiseptice; 2. Izolarea câmpului operator cu scutece sterile, anestezia; 3. Accesul pe straturi la focarul purulent; 4. Sechestrnecrectomia; 5. Antibioticograma și morfologia; 6. Chiuretajul-osului demineralizat, granulațiilor, sechestre; 7. Prelucrarea cu soluții antiseptice, regularizarea marginilor ascuțite; 8. La necesitate umplem cavitatea cu substituenți de os; 9. Sutura pe straturi, drenarea, pansament.

Profilaxia osteomeiitei odontogene include: vizita stomatologului de 2 ori pe an, asanarea cavității bucale, înlăturarea factorilor etiologici, organizarea locurilor de muncă și timpului liber, ridicarea imunității organismului, iluminarea sanitară a populației și accesul populației la serviciile medicale. Reabilitarea bolnavului cu osteomielite odontogenă va include tratamentul ortopedic a breșelor cauzate de odontectomii, înlăturarea cicatricelor postoperatorii, ridicarea imunității organismului și recomandarea unui mod sănătos de viață. Complicațiile osteomeiitei odontogene sunt diverse ca: fractură patologică a mandibulei la cei ce utilizează droguri, sinusita odontogenă, mediastenite, sepsis, chiar și decese.

## **Concluzii**

1. Conform datelor anului 2006 a secției de ChOMF osteomielite posttraumatică constituie 3,13%.

2. Pacienții din alte raioane decât Chișinău reprezintă 59,32%.
3. La pacienții fără un loc de lucru în 62,71% mai frecvent fractura se complică cu osteomielită.
4. În 64,4% din cazuri s-a efectuat deschiderea abcesului.
5. După 5 zile de la debutul bolii s-au adresat 32,2%.
6. În 67,8% cazuri pacienții au beneficiat de polița de asigurare medicală.

### **Bibliografie**

1. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003:347-353.
2. Radzichevici M, Sporirea efectivității tratamentului chirurgical a osteomielitei posttraumatice a mandibulei. Teză de doctor în medicină, 2011, pag. 123.
3. Rusu V. Dicționar medical. Editura medicală București, 2004, pag. 812
4. Stoica I., S. Ababii, N. Covalciuc. Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii OMF, aspecte statistice. Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu", Volumul III, Chișinău, 2003, Pag. 376 - 380.
5. Щербатюк, Д. И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. – Кишинев: Штиинца, 1987. – С. .3-34

## **TRATAMENTUL DEFECTULUI CUNEIFORM, PRIN METODĂ MINIINVAZIVĂ**

**Gheorghe Nicolau, Valentina Bodrug, Ion Roman, Alexandru Danici**  
Catedra Stomatologie Terapeutică a USMF „N.Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Wedge-shaped defect, direct method of treatment***

This article is an analysis of hard tissue lesions of teeth, which occurs after the tooth erupts namely wedge-shaped defect. The analysis of evolution and contemporary method of treatment by direct restoration of wedge-shaped defect with use composite Esthet X HD and Filtek TM. The latter presenting high potential esthetic.

### **Rezumat**

Acest articol reprezintă o analiză asupra leziunilor țesuturilor dure ale dintelui, care apar după eruperea dintelui și anume defectul cuneiform. Analiza evoluției acestei afecțiuni și metoda contemporană de tratament prin refacerea directă a defectului cuneiform cu folosirea compozitului Esthet X HD și Filtek TM. Acesta din urmă prezentând potențial înalt estetic.

### **Actualitatea**

Excluderea suferințelor, disconforturilor și stresurilor psihoemoționale provocate de diferite defecte dentare ca: estetice și funcționale de culoare, mărime, formă, impun medicii stomatologi să recurgă la metodele cele mai moderne pentru un tratament miniinvaziv, cu păstrarea integrității și vitalității dintelui.

Gama largă de materiale compozite fotopolimerice, tehnologii moderne și inovatoare apărute, ne dau posibilitatea restabilirii integrității estetice, celei funcționale ale dinților, fără a apela la distrugerii masive a țesuturilor dentare dure indispensabil pentru soluționarea problemelor.

Toate cele expuse anterior au determinat scopul lucrării de a studia metodele moderne de tratament a defectului cuneiform utilizând metoda terapiei de refacere directă a defectului cuneiform cu folosirea compozitului Esthet X HD și Filtek TM, urmărindu-se următoarele scopuri:

1. Aprecierea adezivității materialului.