



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Osteomielite toxică a maxilarului superior la pacienții consumatori de droguri

Protocol clinic național

PCN - 281

Chișinău 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 30 martie 2017, proces verbal nr.1**

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 436 din 06.06.2017

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național

„Osteomielite toxică a maxilarului superior la pacienții consumatori de droguri”

Elaborat de colectivul de autori:

Mihail Radzichevici	USMF „N. Testemițanu”
Natalia Rusu-Radzichevici	USMF „N. Testemițanu”
Dumitru Șcerbatiuc	USMF „N. Testemițanu”
Nicolae Chele	USMF „N. Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavîi	Comisia de specialitate a MS în Farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în Medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în Medicina de familie
Vladislav Zara	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul	3
A.2. Codul bolii	3
A.3. Utilizatorii	3
A.4. Scopurile protocolului	3
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informație epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară	6
B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu	6
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	9
C.1.1. Algoritm de tratament al pacienților cu OTMx	9
C.1.2. Algoritm de profilaxie a OTMx	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1. Clasificarea OTMx	11
C.2.2. Profilaxia OTMx	12
C.2.3. Etiologia OTMx	12
C.2.4. Factorii de risc	12
C.2.5. Conduita pacientului cu OTMx	13
<i>C.2.5.1. Anamneza</i>	13
<i>C.2.5.2. Examenul obiectiv</i>	13
<i>C.2.5.3. Investigațiile paraclinice</i>	14
<i>C.2.5.4. Criteriile de spitalizare</i>	14
<i>C.2.5.5. Tratamentul local chirurgical al pacienților cu OTMx</i>	15
<i>C.2.5.6. Tratamentul general al pacienților cu OTMx</i>	18
<i>C.2.5.7. Criteriile de externare</i>	19
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	20
D.1. Serviciul de asistență medicală primară	20
D.2. Instituțiile, secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	20
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească	21
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	22
Gradul de dovadă științifică	23
ANEXE	24
Anexa 1. Chestionar pacienților cu OTMx	24
Anexa 2. Ghidul pacientului cu OTMx	26
Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical	27
BIBLIOGRAFIE	28

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

OMF	Oro maxilo-facială
OOM _x	Osteomielite odontogenă a maxilarului
OTM _x	Osteomielite toxică a maxilarului
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
IMU	Institutul de medicină urgentă
CT	Tomografia computerizată
OPG	Ortopantomogramă
PCN	Protocol clinic național

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP IMU.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind afecțiunile inflamatorii odontogene ale teritoriului oro maxilo-facial și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Osteomilita toxică a maxilarului superior.

Exemple de diagnostice clinice:

1. Osteomilită toxică cronică a maxilarului superior localizată. Sechestrare a procesului alveolar. Sinusită maxilară cronică. Hepatită virală cronică C.
2. Osteomilită toxică cronică acutizată difuză a maxilarului superior. Sechestrare a procesului alveolar bilateral, a procesului zigomatic pe stînga. Sinusită maxilară cronică acutizată. Flegmon hemifacial pe stînga. Hepatită virală cronică C.
3. Osteomilită toxică cronică acutizată difuză a maxilarului superior. Sechestrare a procesului alveolar bilateral. Sinusită maxilară cronică acutizată. Abces retrobulbar pe dreapta. Stare septică. Hepatită virală cronică C. HIV/SIDA.

A.2. Codul bolii: K10.2

A.3. Utilizatorii

- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- instituțiile/secțiile consultative (stomatolog, chirurg stomatolog);
- secțiile de chirurgie din spitalele raionale (chirurghi stomatologi);
- secția de chirurgie oro maxilo-facială a IMSP IMU

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Scopurile protocolului

1. A spori nivelul informațional cu privire la măsurile profilactice în prevenirea osteomilitei toxice a maxilarului superior.
2. A spori eficacitatea tratamentului pacienților cu osteomielite toxică a maxilarului superior.
3. A spori calitatea asistenței medicale la etapele consultative și de diagnostic primar, pentru prevenirea răspândirii procesului inflamator în spațiile învecinate și la distanță.

4. A reduce numărul de complicații grave secundare și tardive prin aplicarea unui tratament succed în ordinea priorităților.

5. A contribui ca întreaga conduită terapeutică și chirurgicală să respecte cerințele de refacere morfologică, funcțională, estetică și psihică prin aplicarea metodelor contemporane de tratament.

6. A contribui la recuperarea pacienților cu osteomielită toxică a maxilarului superior.

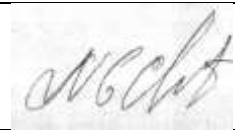


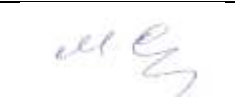
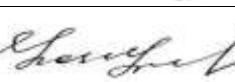
A.5. Data elaborării protocolului: 2017

A.6. Data următoarei revizuirii: 2019

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor care au participat la elaborarea protocolului.

Numele	Funcția deținută
Mihail Radzichevici	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF “Nicolae Testemițanu”.
Natalia Rusu-Radzichevici	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF “Nicolae Testemițanu”.
Dumitru Șcerbatiuc	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”.
Nicolae Chele	d.ș.m., conferențiar universitar, șef catedră, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”.

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Catedra de Chirurgie OMF și Implantologie orală „A.Guțan”	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Stomatologie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Osteomielita toxică a maxilarului este o entitate aparte a osteomielitei odontogene, apărută preponderent postexteracțional, fără delimitare clară și fără tendință de vindecare pe un termen prelungit și apare pe fondalul consumului de droguri cu conținut de fosfor și efedrină [7, 8].

Osteomielita toxică (osteonecroza) maxilarelor indusă de bisfosfonați este patologia reprezentată de ariile necrotice dureroase vizibile în cavitatea orală, la nivelul maxilarului sau mandibulei, apărute spontan sau induse chirurgical (de regulă, după extracții dentare), cu o evoluție de peste 8 săptămâni, fără tendință la vindecare, semnalate la pacienții tratați cu

medicamente din grupul bifosfonaților și care nu au efectuat radioterapie pe segmentele cap-gât [4,5,6,11].

A.9. Informație epidemiologică

Osteomiелita toxică a maxilarelor este provocată de drogul perventin. Narcomania perventinică este relativ tânără, acest drog fiind sintetizat pentru prima dată din anii 2000, din această cauză vârsta utilizatorilor este cuprinsă între 25-40 ani. În mediul utilizatorilor de droguri acest drog este supranumit „vint”. Acest drog este sintetizat clandestin din preparate care conțin efedrină, fosfor roșu și iod fiind ieftin și accesibil de sintetizat [2,3].

Osteomiелita maxilarului superior este însoțită de astfel de complicații ca abcese ori flegmoane a țesuturilor moi regionale, sinusite purulente, frontite, etmoidite. Printre complicațiile severe pot fi citate meningita și septicemia, ceea ce aduce frecvent la letalitate. În ultimul timp în legătură cu răspândirea preparatelor narcotice sintetice, se atestă o creștere semnificativă a frecvenței apariției osteomiелitelor atipice ale oaselor scheletului facial. Narcomania este una din cele mai importante probleme sociale ale actualității, care ultimul timp capătă în lume un caracter de pandemie [12,13,14].

S-a efectuat studiul retrospectiv al unui număr de 9599 foi de observație clinică a pacienților prezentați în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială a Centrului Național Științifico-Practic în Medicina de Urgență din Republica Moldova, în perioada anilor 2005 – 2009. În urma studierii foilor de observație am constatat că în anul 2005 din numărul total de pacienți internați, osteomiелitele maxilarelor s-au întâlnit în 89 (4,4%) cazuri, dintre care osteomiелite odontogene ale mandibulei – 42 (47,2%), osteomiелite posttraumatice a mandibulei - 37 (41,5%), osteomiелite odontogene ale maxilarului – 5 (5,7%) cazuri, osteomiелite posttraumatice ale maxilarului – 3 (3,3%), osteomiелita toxică a mandibulei – 2 (2,2%), pe parcursul anilor numărul de pacienți afectați de osteomiелită toxică fiind în creștere, în anul 2009 constatăm o rată de osteomiелite odontogene ale mandibulei – 24 (40,5%), osteomiелite posttraumatice ale mandibulei - 25 (42,4%), osteomiелite toxice ale mandibulei – 9 (15,3%), osteomiелită toxică a maxilarului superior – 1 (1%). Pentru anul 2015 se atestă o creștere semnificativă a numărului de pacienți cu OTMx. Din 1970 de spitalizări în secția chirurgie OMF a IMSP IMU cu osteomiелită a maxilarelor au fost diagnosticați 124 pacienți (6% din numărul total), dintre care 50(38%) cu osteomiелită posttraumatică, 44 cazuri (33%) cu osteomiелită odontogenă și 39 cazuri (29%) cu osteomiелită toxică. Din datele prezentate se observă sporirea, în ultimul timp a frecvenței acestei afecțiuni. Ca vârstă mai frecvent sunt afectate persoanele între 31 – 40 ani (73%). Funcție de sex mai frecvent (69%) sunt afectați bărbații. Datele noastre coincid cu cele prezentate în literatura de specialitate. În spitalul clinic din Astrahan, Rusia în perioada 2009-2013 au fost operați 72 pacienți cu osteomiелită toxică a maxilarelor cu vârsta cuprinsă între 19 și 55 ani, dintre care rata bărbaților a fost de 67% [1].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară.

Descriere <i>Măsuri</i>	Motivele <i>Repere</i>	Pașii <i>Modalitatea și condiții de realizare</i>
I	II	III
I. Profilaxia primară a OTMx	<ul style="list-style-type: none"> • OTMx poate fi prevenită prin măsurile profilactice [casetă 7]. • Reducerea riscului complicațiilor inflamatorii se va face în baza lecțiilor de iluminare sanitară în colectivele de tineri, potențiali consumatori de droguri de către medicii stomatologi. [casetele 9; 10]. • Asanarea stomatologică terapeutică timpurie a cavitații orale asigură prevenirea complicațiilor postextracționale inflamatorii. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acordarea asistenței educaționale sanitare în rândurile populației prin informarea despre pericolul infecțiilor odontogene și necesitatea respectării igienei orale și a tratamentului timpuriu al cariilor dentare și a complicațiilor acestora [casetele 2; 3; 5]. • Informarea populației despre necesitatea de a frecventa stomatologul o dată la o lună, la 3 luni și la 12 luni cu scop de a efectua asanarea cavitații orale la terapeutul stomatolog. [casetă 4].
I. Diagnosticul	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul precoce a OTMx • Determinarea prognozei complicațiilor generale și locale posibile, cu îndreptarea către serviciul specializat în dependență de volumul ajutorului preconizat. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză, timpul parcurs de la debutul OTMx [casetele 6,7,8] • Examenul obiectiv al regiunii OMF. [casetele 7,8]. • Aprecierea gradului de afectare a organelor și sistemelor [casetă 1]. • Aprecierea gradului de afectare a regiunii OMF și trierea pacienților conform lor [casetă 1.1]. <p>Recomandabil: estimarea indicațiilor pentru consultația altor specialiști: chirurg general, internist, neurochirurg, ORL, oftalmolog, narcolog, psiholog.</p>

B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (chirurg-stomatolog)

Descriere <i>Măsuri</i>	Motivele <i>Repere</i>	Pașii <i>Modalitatea și condiții de realizare</i>
I	II	III
I. Diagnosticul OTMx	Evaluarea gradului de severitate a procesului inflamator în vederea prevenirii complicațiilor inflamatorii grave.	<ul style="list-style-type: none"> - Anamneza [casetă 6] - Examenul clinic [casetele 7,8] - Examenul paraclinic [casetele 2.5.3, tabelul 1]

II. Selectarea metodei de tratament, localul (staționar ori ambulator) și forma anesteziei.	Asistența medicală la acest nivel este redusă doar la stabilirea diagnosticului și evidența evoluției în dinamică, extracția dentară fiind temporizată.	-Evaluarea criteriilor de spitalizare [casetele 1;1.1;9] -Selectarea pacienților pentru transportarea în serviciul republican de specialitate – secția de Chirurgie OMF a IMU.
III. Transportarea pacienților în secția de Chirurgie OMF a IMU.	Transportarea pacienților cu procese inflamatorii odontogene extinse la țesuturile moi perimaxilare și mai ales cervical în staționarul specializat reduce riscurile complicațiilor ulterioare.	-Asistența medicală generală și locală -Antibiototerapie și dezintoxicare.
IV. Tratamentul definitive	Selectarea pacienților cu OTMx localizată, infecții ale țesuturilor moi perimaxilare fără tendință de extindere, la care această etapă este definitivă. La pacienții cu procese distructive extinse, cu tendință de sechestrare se va efectua sechestrrectomia conform tabloului clinic.	-Tratamentul chirurgical (deschiderea abcesului) și medicamentos. -În cazul sechestrării unor fragmente mici afectate se va interveni prin sechestrrectomie endooral la ameliorarea proceselor inflamatorii a țesuturilor moi perimaxilare. -Evidența postoperatorie în dinamică.
V. Supravegherea și recuperarea postoperatorie	Are ca scop îngrijirea plăgilor postoperatorii până la ameliorarea locală absolută și urmărirea evoluției postoperatorii.	-Supravegherea timp de 7-10 zile. -Monitorizarea pentru depistarea precoce a complicațiilor posibile.

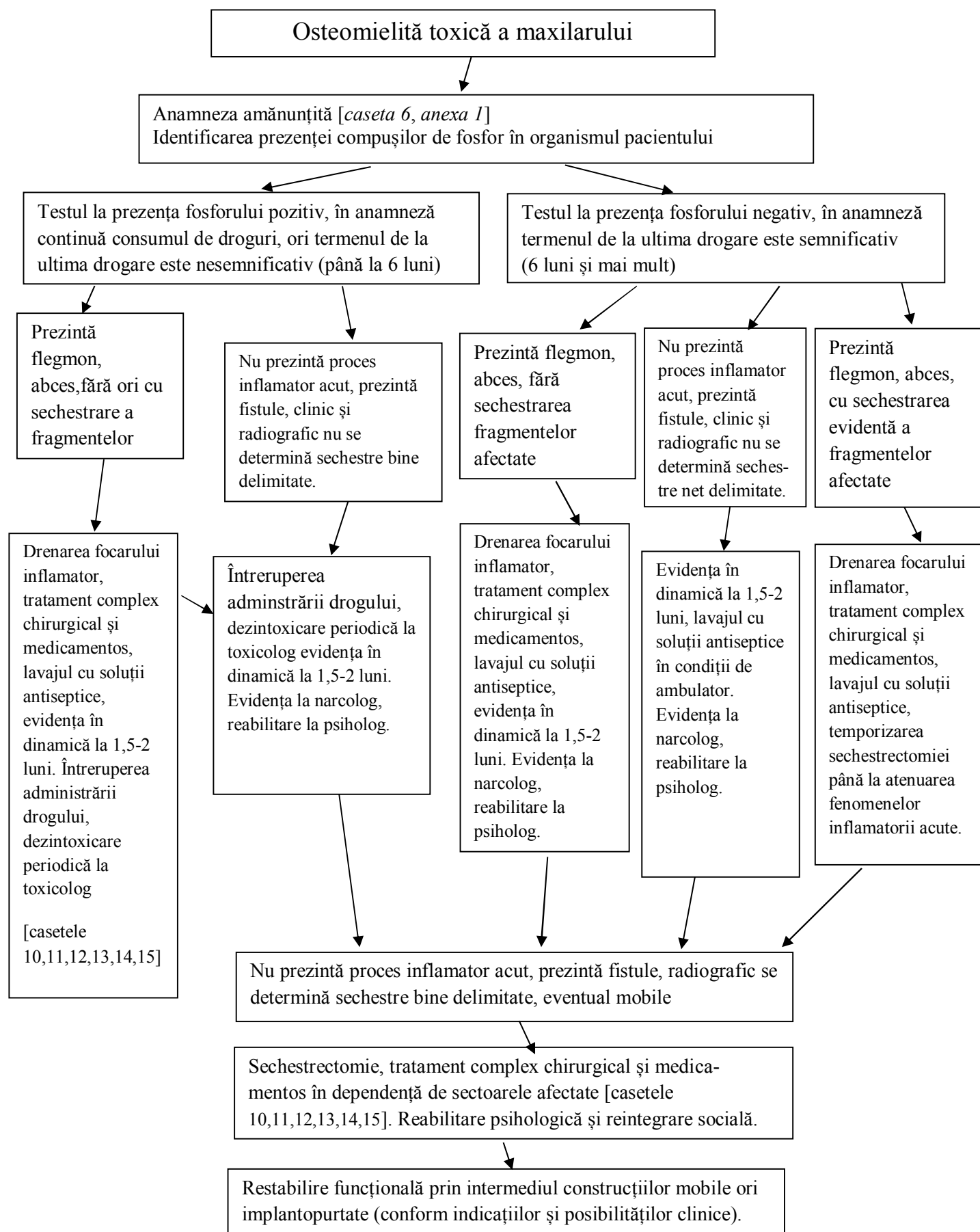
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (secția de chirurgie oro-maxilo-facială).

Descriere Măsurii	Motivele Repere	Pașii Modalitatea și condiții de realizare
I	II	III
Spitalizare		
I. Spitalizarea pacienților conform gravității procesului inflamator, prezenței maladiilor concomitente și prioritatea terapeutică (Pacienții se vor spitaliza în secția specializată de chirurgie OMF a IMU).	Vor fi spitalizați pacienții cu procese inflamatorii care invadează țesuturile moi în mai multe spații, afectarea regiunii cervicale, cele cu semne de extindere în mediastin ori cu semne neurologice (meningeale sau de intoxicație inflamatorie).	În secția de reanimare postoperator vor fi internați pacienții cu abcese și flegmoane grave, anaerobe, cei cu traheostomie, de asemeni pacienții cu semne de intoxicație și cei cu riscul de răspândire a supurației în mediastin și regiunea cerebrală.

<p>II. Aprecierea nivelului de extindere a procesului inflamator</p>	<p>Diagnosticarea precoce și completă a tuturor spațiilor afectate de procesul supurativ și drenarea adecvată va preveni dezvoltarea complicațiilor ulterioare.</p>	<p>Obligatoriu: -Colectarea minuțioasă a anamnezei, examen clinic general și local cât mai amănunțit. [casetele 6;7;8] -Examenul radiologic sau CT cranio-viscerală și cranio-facială spiralată 3D. (tabelul 1). -Examenul de laborator (tabelul 1). Evaluarea riscului de dezvoltare a complicațiilor [caseta 9]. Recomandabil (la necesitate): Consultația specialiștilor (internist, chirurg, ORL, oftalmolog, infecționist, narcolog, neurochirurg, anesteziolog, reanimatolog, etc.).</p>
<p>III.Tratamentul pacienților cu OTMx</p>	<p>Tratamentul de urgență a OTMx (revizia chirurgicală și drenarea procesului inflamator) se va efectua imediat la adresarea pacientului în mod urgent. Tratamentul definitiv (sechestrectomia și asanarea focarului destructiv) se va efectua la ameliorarea stării locale și generale în mod planificat</p>	<p>-Pregătirea preoperatorie. -Tratamentul general și local în echipă cu medicii anesteziologi-reanimatologi [casetele 10,11,12, 13,14,15]. - Prelucrarea chirurgicală a procesului inflamator [casetele 10,11,12, 13,14,15] - Tratament medicamentos (antimicrobian, antalgic, dezintoxicant, desensibilizant) [caseta 15] - Evidența postoperatorie</p>
<p>IV.Externarea, continuarea tratamentului în condiții de ambulator la chirurg-stomatolog.</p>	<p>Starea satisfăcătoare a pacientului permite externarea, cu evidență și continuarea tratamentului în condiții de ambulator. Evidența în dinamică la fiecare 1,5-2 luni timp de cel puțin 2 ani pentru monitorizarea sechestrării și extinderii procesului de distrucție osoasă</p>	<p>Obligatoriu: -Evaluarea criteriilor de externare [caseta 16] -Eliberarea extrasului cu conținut obligatoriu: -Diagnosticul definitiv. -Rezultatele investigațiilor. -Tratamentul efectuat în staționar. -Recomandări pentru pacient. -Recomandările pentru medicul de familie, chirurg stomatolog.</p>

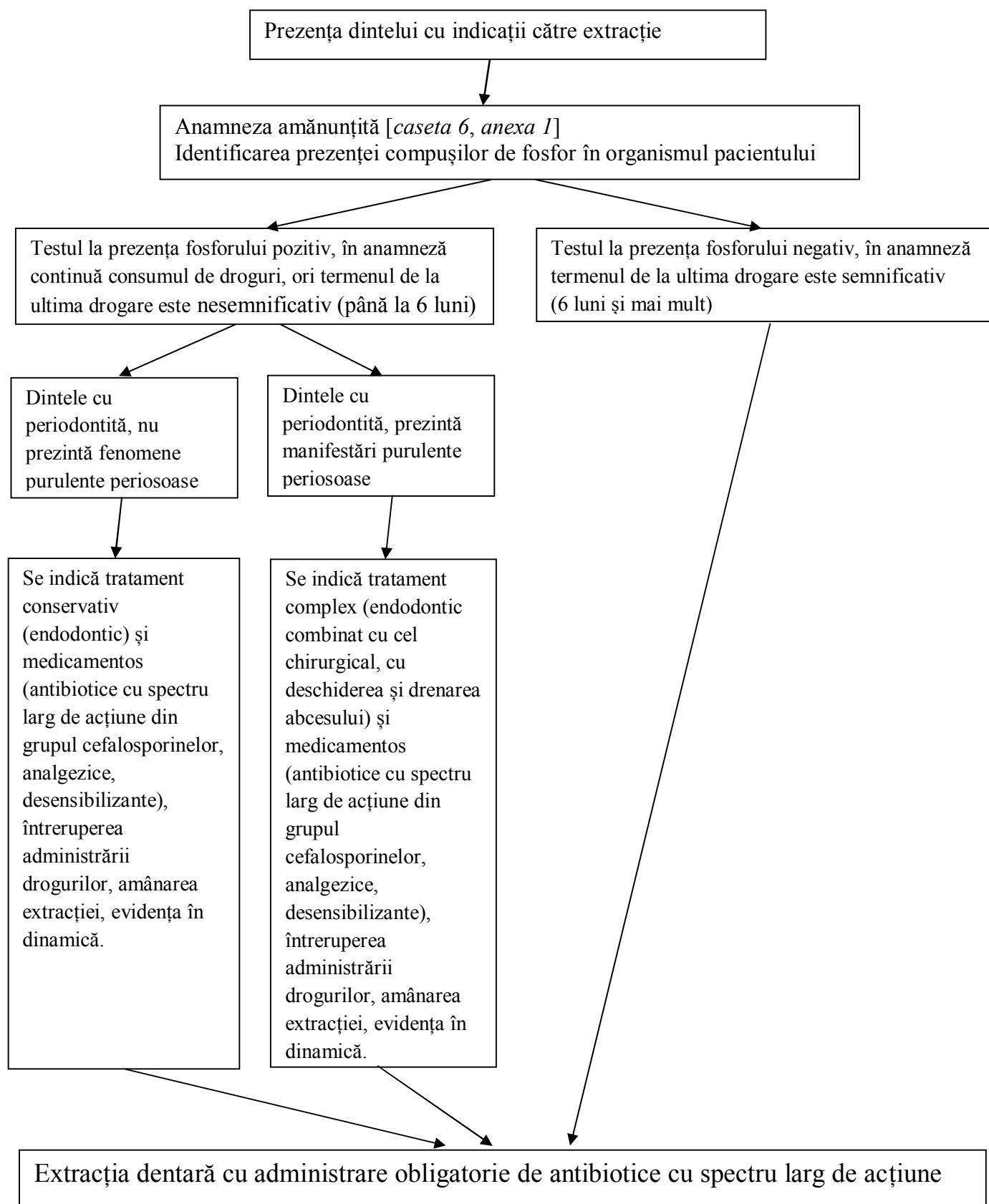
C.I. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de tratament al pacienților cu OTMx



C.1.2. Algoritm de profilaxie a OTMx

Asanarea stomatologică timpurie a patologiilor dento-parodontale în scopul prevenirii eventualelor extracții dentare [caseta 2,3].



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

2.1. Clasificarea pacienților cu OTMx.

Caseta 1. Clasificarea pacienților în raport cu gravitatea stării generale.

- **Prima categorie.** Pacienții care necesită asistență de urgență specializată și calificată, acordată în săli de pansamente ori în cabinete stomatologice chirurgicale în condiții de policlinică. Starea generală puțin afectată.
- **Categoria doi:** Pacienții care prezintă riscul implicării în procesul inflamator a spațiilor profunde și la distanță și necesită tratament complex în condiții de staționar specializat cu implicarea specialiștilor din alte domenii (narcolog, psiholog, chirurg, ORL, neurochirurg, toracalist, medic internist). Starea generală gravitate medie.
- **Categoria trei:** Pacienții cu semne de răspândire a infecției la distanță, care prezintă complicații cu risc vital (tromboflebită, pneumonie septică, mediastinită, meningoencefalită etc.) și necesită tratament complex de urgență în staționar specializat cu implicarea specialiștilor din alte domenii (narcolog, chirurg, ORL, neurochirurg, toracalist, medic internist, reanimatolog etc.). Starea generală extrem de gravă.

Caseta 1.1 Trierea pacienților cu OTMx a regiunii OMF.

Toți pacienții cu OTMx necesită tratament chirurgical în condiții de staționar, fiind necesară, în majoritatea cazurilor anestezia generală, cât și fiind sporit riscul de hemoragie, frecvent este indicată hemotransfuzia, ce nu poate fi asigurată în condiții de ambulator.

• **Grupul I: (OTMx a porțiunii anterioare localizată fără penetrare în cavitatea nazală, OTMx cu necroza porțiunii laterale localizate a maxilarului superior unilateral ori bilateral fără afectarea sinusului maxilar).** Toți pacienții necesită o evidență în dinamică pe o perioadă de minim 2 ani, luând în considerație specificul acestei maladii, care în dependență de diferiți factori poate recidiva, procesul distructiv cuprinzând noi porțiuni de os.

• **Grupul II:** Pacienții care necesită tratament chirurgical specializat și narcologic cu OTMx difuză a porțiunii anterioare cu penetrare în cavitatea nazală, OTMx difuză a porțiunii laterale unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului maxilar, OTMx difuză a porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului, apofizelor maxilare și a oaselor adiacente (sfenoid, etmoid, palatinal, zigomatic), și răspândirea procesului infecțios în țesuturile moi locale și regionale și cei cu maladii generale concomitente.

• **Grupul III:** Pacienții care prezintă complicații cu implicarea spațiilor la distanță cu risc vital.

Caseta 1.2. Clasificarea OTMx

1. Osteomielite toxică a porțiunii anterioare a maxilarului superior fără penetrare în cavitatea nazală, cu răspândire limitată a procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.
2. Osteomielite toxică a porțiunii anterioare a maxilarului superior cu penetrare în cavitatea nazală, cu răspândire limitată a procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.
3. Osteomielite toxică cu necroza porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral fără afectarea sinusului maxilar, cu răspândire limitată a procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.
4. Osteomielite toxică a porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului maxilar, sinusită cronică unilaterală, cu răspândire limitată a procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.

5. Osteomielite toxică a porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului, apofizelor maxilare și a oaselor adiacente (sfenoid, etmoid, palatinal, zigomatic), sinusită cronică bilaterală, cu răspândire limitată a procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.

C.2.2. Profilaxia OTMx.

Caseta 2. Profilaxia primară a OTMx.

- Acordarea asistenței educaționale sanitare în rândurile populației prin informarea despre pericolul consumului de substanțe narcotice, care induc apariția OTMx și necesitatea respectării igienei orale, tratamentul timpuriu a afecțiunilor dento-parodontale, care fac parte dintre factorii predispozanți către apariția OTMx.

- Colectarea minuțioasă a anamnezei (antecedente de consum a substanțelor care conțin efedrină, amfetamină, fosfor) pacienților care se adresează pentru extracție dentară din motivul mobilității patologice a unui dinte ori a unui grup dentar limitat, deoarece extracția dentară pe fondalul consumului unor astfel de preparate este un factor determinant în apariția și dezvoltarea OTMx.

- Informarea populației despre necesitatea de a frecventa stomatologul o dată la o lună, la 3 luni și la 12 luni cu scop de a efectua asanarea cavității orale la terapeutul ori chirurgul stomatolog.

- Emisiuni medicale educaționale tematice prin intermediul mass-media, televiziunii, radio.

Caseta 3. Profilaxia complicațiilor OTMx

- Asanarea timpurie a cariilor, pulpitelor pentru prevenirea LOC extinse și a periodontitelor, care impun extracția dentară.

- Anamneza minuțioasă privind administrarea stupefiantelor în antecedente.

- Tratamentul general judicios și complet pre- și postoperator la evidența chirurgului OMF, infecționistului, narcologului și psihologului.

C.2.3. Etiologia.

Caseta 4. Cauza OTMx.

- Extracția dinților pe fondul intoxicației cu efedrină, fosfor roșu și iod în urma consumului preparatelor narcotice, care conțin aceste substanțe. Flora microbiană implicată în supurațiile cervico-faciale este polimorfă, mixtă și nespecifică (streptococi și stafilococi grampozitivi, bacterii gram-pozitive și negative, germeni aerobi și anaerobi). Supurațiile oromaxilo-faciale sunt în proporție de 87% plurimicrobiene și doar 13% monomicrobiene. Germenii cel mai frecvent implicați sunt *Streptococul beta-hemolitic*, *Stafilococul auriu* și *Pseudomonas aeruginosa*.

- OTMx poate fi determinată de:

- patologia dento-parodontală
- complicațiile tratamentelor stomatologice
- complicațiile extracției dentare
- tumori osoase odontogene benigne (chisturi) sau maligne (cu zone necrotice centrale) ce se pot suprainfecta.

C.2.4. Factorii de risc.

Caseta 5. Factorii de risc a OTMx.

Factori generali:

- Consumul curent ori în antecedente a preparatelor narcotice care conțin efedrină,

amfetamină, fosfor.

- Starea socială precară.
- Maladii concomitente (HVB, HVC, HIV SIDA, etc.);
- Stări imunodepresive;
- Informarea insuficientă despre riscurile dezvoltării OTMx.

Factori locali:

- Prezența proceselor inflamatorii cronice periapicale;
- Patologii dentoalveolare (carii, pulpite, periodontite cornice netratate, înghesuiuri dentare, parodontite marginale).
- Prezența tumorilor osoase odontogene benigne (chisturi) ce se pot suprainfecta.

C.2.5. Conduita pacientului cu OTMx.

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 6. Anamneza pacientului cu OTMx.

- **Motivele prezentării**

- Dureri (caracterul, localizarea, periodicitatea, intensitatea etc.);
- Asimetrie facială;
- Dereglarea actului masticator (masticăție, deglutiție) și (eventual) a fonației;
- Alterarea stării generale (febră, fatigabilitate, inapetență, insomnie, respirație dificilă etc.);

- **Debutul bolii** (caracterul-acut/cronic, termenul debutului, tratamentele anterioare urmate, dinamica parcurgerii maladiei etc.);

C.2.5.2. Examenul obiectiv.

Caseta 7. Examenul obiectiv general

- evaluarea stării generale a pacientului la adresare (satisfăcătoare, de gravitate medie, gravă, extrem de gravă);
- semne generale de infecție (febră, cefalee, slăbiciunie, inapetență etc.);
- manifestări neurologice (neliniște, agitație, dereglări de somn, vomă, greață, convulsii etc.);
- dereglări din partea altor organe și sisteme (sistemul digestiv, cardiac, etc.).

Caseta 8. Examenul obiectiv local (loco-regional)

- Examenul obiectiv extraoral, efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților. Se va aprecia:
 - asimetria facială (edem, tumefiere a regiunilor anatomice faciale, în dependență de localizarea și extinderea procesului inflamator, prezența fistulelor productive);
 - modificările de culoare (hiperemia, paliditatea) a tegumentelor spațiilor superficiale implicate;
 - prin palpare superficială se apreciază modificările de temperatură și (eventual) de sensibilitate a tegumentelor spațiilor afectate;
 - prin palpare profundă se stabilește consistența țesuturilor moi superficiale și subiacente, starea ganglionilor loco-regionali, tonicitatea mușchilor;
- Examenul obiectiv intraoral include evaluarea stării sistemului dento-parodontal și a mucoaselor cavității orale. Se va aprecia:
 - gradul de deschidere a gurii;
 - colorația și depunerile pe mucoase (labială, jugală, linguală, sublinguală, palatinală, faringiană, prezența pungilor parodontale, starea amigdalelor și a ducturilor și orificiilor de deschidere a canalelor glandelor salivare, prezența fistulelor perimaxilare, defecte osoase etc.),

- prezența tumefacțiilor mucoasei și a eliminărilor purulente și localizarea lor;
- starea arcadelor dentare (carii, resturi radiculare, edentații);
 - prin palpare se apreciază indurația mucoasei, eliminările purulente la presiune, sensibilitatea, gradul de mobilitate a dinților, starea glandelor salivare;
 - prin percuție se depistează sensibilitatea dinților și tonalitatea sunetului;
 - prezența unor alveole postextractionale fără tendință de vindecare, cu o colorație caracteristică galbenă-maronie;
 - prezența unui sau mai multor sectoare dezgolite a procesului alveolar de o colorație caracteristică galbenă-maronie, care poate fi fix ori mobil, halenă fetidă caracteristică.

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu OTMx.

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru OTMx	Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel staționar
Analiza generală a sângelui	Leucocitoza	R	R	O
Analiza generală a urinei			R	O
Analiza urinei în vederea aprecierii prezenței urmelor de substanțe narcotice		O	O	O
Analiza biochimică a sângelui cu aprecierea nivelului de glucoză			R	O
Indicii coagulogramei (indicele de protrombină, conținutul fibrinogenului, timpul tromboplastinei parțial activate, timpul trombinic, testul cu etanol)			R	O
Însămânțarea exudatului și aprecierea sensibilității germenilor la antibiotic (antibiograma)			R	O
Radiografia panoramică și/sau retroalveolară		O	O	O
Radiografia toracelui (conform indicațiilor)			R	R
CT cranio-facial (la necesitate)			R	R
Grupa sangvină și Rh-factorul			R	R
Aprecierea antigenelor antiHVB, antiHVC, HIV/SIDA			O	O
Consultația specialiștilor (după indicații): terapeutului, chirurgului general, chirurgului-toracal, reanimatologului (pentru cateterizarea venei subclaviculare ori jugulare periferice în caz de necesitate), ORL, neurologului, psihologului, narcologului.			R	O

Notă: O-obligatoriu; R-recomandabil

C.2.5.4. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu OTMx

- gravitatea stării generale a pacientului;
- localizarea procesului inflamator cu riscul de răspândire în spații vitale (ex.:OTMx complicată cu abces a spațiului laterofaringian, pterigomandibular, infratemporal etc.);
- gradul de răspândire a procesului inflamator în țesuturile moi cu implicarea mai multor spații anatomice;
- necesitatea de intervenție cu anestezie generală;
- sechestrarea unor porțiuni extinse a maxilarului, care presupune o intervenție voluminoasă.

C.2.5.5. Tratamentul local chirurgical al pacienților cu OTMx

Caseta 10. Tratamentul chirurgical OTMx porțiunii anterioare a maxilarului superior fără penetrare în cavitatea nazală, cu răspândirea procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.

Tratamentul este complex chirurgical și medicamentos. Tratamentul chirurgical constă în incizia și drenajul colecției supurate (în caz de complicație cu abces ori flegmon) urmată, după remiterea fenomenelor inflamatorii acute de sechestrctomia porțiunii afectate.

Incizia va fi plasată decliv de colecția purulentă, paralel cu vasele regionale. După evacuarea colecției purulente se va plasa o lamă de dren pentru 24-48 de ore, cu lavaje zilnice cu soluții antiseptice (*sol. Peroxid de hidrogen 3%*, *sol. Nitrofurazol 0,02%*, *sol. Iodovidon 10%*, diluat 1/2 etc.), până la remiterea fenomenelor inflamatorii. După ameliorarea stării purulente acute, dacă este prezent sechestrul net delimitat se parcurge la sechestrctomie. În cazurile, când nu este delimitare a porțiunii osoase afectate, pacientul este externat și invitat la consultații repetate cu o periodicitate de cca. 1,5-2 luni, până când nu se delimitează sechestrul. Înainte de sechestrctomie pacientul este îndreptat la consultația narcologului. Succesul intervenției este condiționat de abandonarea consumului de droguri pe o perioadă de cel puțin 6 luni, în caz că pacientul continuă consumul de droguri, intervenția este amânată, deoarece rezultatele intervenției vor fi compromise (procesul inflamator osos se răspândește mai departe). Sechestrctomia sectorului afectat a porțiunii anterioare a maxilarului superior, se efectuează prin crearea accesului prin două incizii - una vestibulară și alta palatinală pe mucoasa fixă, paralel cu festonul gingival, fiind excizată fâșia de mucoasă necrotică. Se decolează lamboul muco-periostal vestibular, se decolează sechestrul, dacă este cazul se abordează și marginile defectului osos, cu ajutorul ciupitorului de os înlăturând porțiunile neviabile. Se face un chiuretaj minuțios, după care se suturează etanș plaga prin intermediul lamboului muco-periostal vestibular prin suturi de apropiere în «U», urmate de suturi tradiționale întrerupte, urmărind refacerea fundului de sac vestibular, pentru aplicarea eventuală a protezei dentare mobile. Înlăturarea firelor de sutură se face la 10 zile. Se recomandă igienă riguroasă cu soluții antiseptice (*sol. Chlorhexidină 0,5%*, *sol. Iodovidon 10 %* diluat 1/2).

Caseta 11. Tratamentul chirurgical OTMx a porțiunii anterioare a maxilarului superior cu penetrare în cavitatea nazală, cu răspândirea procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.

Tratamentul este complex chirurgical și medicamentos. Tratamentul chirurgical constă în incizia și drenajul colecției supurate pe cale orală ori exoorală (în caz de complicație cu abces ori flegmon) urmată, după remiterea fenomenelor inflamatorii acute de

sechestrectomia porțiunii afectate.

Incizia va fi plasată decliv de colecția purulentă, paralel cu vasele regionale. După evacuarea colecției purulente se va plasa o lamă de dren pentru 24-48 de ore, cu lavaje zilnice cu soluții antiseptice (*sol. Peroxid de hidrogen 3%*, *sol. Nitrofurul 0,02%*, *sol. Iodoiodon 10%*, diluat 1/2 etc.), până la remiterea fenomenelor inflamatorii. După ameliorarea stării purulente acute, dacă este prezent sechestrul net delimitat se parcurge la sechestrectomie. În cazurile, când nu este delimitare a porțiunii osoase afectate, pacientul este externat și invitat la consultații repetate cu o periodicitate de cca. 1,5-2 luni, până când nu se delimitează sechestrul. Înainte de sechestrectomie pacientul este îndreptat la consultația narcologului. Succesul intervenției este condiționat de abandonarea consumului de droguri pe o perioadă de cel puțin 6 luni, în caz că pacientul continuă consumul de droguri, intervenția este amânată, deoarece rezultatele intervenției vor fi compromise (procesul inflamator osos se răspândește mai departe). Sechestrectomia sectorului afectat a porțiunii anterioare a maxilarului superior, se efectuează prin crearea accesului prin două incizii - una vestibulară și alta palatinală pe mucoasa fixă, paralel cu festonul gingival, fiind excizată fâșia de mucoasă necrotică. Se decolează lamboul muco-periostal vestibular, se decolează sechestrul, dacă este cazul se abordează și marginile defectului osos, cu ajutorul ciupitorului de os înlăturând porțiunile neviabile. Se face un chiuretaj minuțios, după care se decolează mucoasa nazală și se suturează cu fir resorbabil, formând primul strat de căptușeală cu rolul de izolare a cavității nazale apoi se suturează etanș plaga prin intermediul lamboului muco-periostal vestibular prin suturi de apropiere în «U», urmate de suturi tradiționale întrerupte, urmărind refacerea fundului de sac vestibular, pentru aplicarea eventuală a protezei dentare mobile. Înlăturarea firelor de sutură se face la 10 zile. Se recomandă igienă riguroasă cu soluții antiseptice (*sol. Clorhexidină 0,5%*, *sol. Iodoiodon 10 % diluat 1/2*).

Caseta 12. Tratamentul chirurgical OTMx cu necroza porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral fără afectarea sinusului maxilar, cu răspândirea procesului inflamator în țesuturile moi adiacente. Tratamentul este complex chirurgical și medicamentos. Tratamentul chirurgical constă în incizia și drenajul colecției supurate (în caz de complicație cu abces ori flegmon) urmată, după remiterea fenomenelor inflamatorii acute de sechestrectomia porțiunii afectate. Incizia va fi plasată decliv de colecția purulentă, paralel cu vasele regionale. După evacuarea colecției purulente se va plasa o lamă de dren pentru 24-48 de ore, cu lavaje zilnice cu soluții antiseptice (*sol. Peroxid de hidrogen 3%*, *sol. Nitrofurul 0,02%*, *sol. Iodoiodon 10%*, etc.), până la remiterea fenomenelor inflamatorii. După ameliorarea stării purulente acute, dacă este prezent sechestrul net delimitat se parcurge la sechestrectomie. În cazurile, când nu este delimitare a porțiunii osoase afectate, pacientul este externat și invitat la consultații repetate cu o periodicitate de cca. 1,5-2 luni, până când nu se delimitează sechestrul. Înainte de sechestrectomie pacientul este îndreptat la consultația narcologului. Succesul intervenției este condiționat de abandonarea consumului de droguri pe o perioadă de cel puțin 6 luni, în caz că pacientul continuă consumul de droguri, intervenția este amânată, deoarece rezultatele intervenției vor fi compromise (procesul inflamator osos se răspândește mai departe). Sechestrectomia sectorului afectat a maxilarului superior, se efectuează prin crearea accesului prin două incizii - una vestibulară și alta palatinală pe mucoasa fixă, paralel cu festonul gingival, fiind excizată fâșia de mucoasă necrotică. Se decolează lamboul muco-periostal vestibular, se înlătură sechestrul, dacă este cazul se abordează și marginile defectului osos, cu ajutorul ciupitorului de os înlăturând porțiunile neviabile. Se face un chiuretaj minuțios, după care se suturează etanș

plaga prin intermediul lamboului muco-periostal vestibular prin suturi de apropiere în «U», urmate de suturi tradiționale întrerupte, urmărind refacerea fundului de sac vestibular, pentru aplicarea eventuală a protezei dentare mobile. Înlăturarea firelor de sutură se face la 10 zile. Se recomandă igienă riguroasă cu soluții antiseptice (*sol. Chlorhexidină 0,5%*, *sol. Iodovidon 10 %*, diluat 1/2).

Caseta 13. Tratamentul chirurgical OTMx porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului maxilar, cu sinusită cronică odontogenă uni- sau bilaterală cu răspândirea procesului inflamator în țesuturile moi adiacente. Tratamentul este complex chirurgical și medicamentos. Tratamentul chirurgical constă în incizia și drenajul colecției supurate (în caz de complicație cu abces ori flegmon) urmată, după remiterea fenomenelor inflamatorii acute de sechestrectomia porțiunii afectate. Incizia va fi plasată decliv de colecția purulentă, paralel cu vasele regionale. După evacuarea colecției purulente se va plasa o lamă de dren pentru 24-48 de ore, cu lavaje zilnice cu soluții antiseptice (*sol. Peroxid de hidrogen 3%*, *sol. Nitrofurazol 0,02%*, *sol. Iodovidon 10%*, etc.), până la remiterea fenomenelor inflamatorii. Se realizează lavajul sinusului maxilar cu soluții antiseptice prin eventuala comunicare oro-sinusală cu ajutorul seringii. După ameliorarea stării purulente acute, dacă este prezent sechestrul net delimitat se parcurge la sechestrectomie. În cazurile, când nu este delimitare a porțiunii osoase afectate, pacientul este externat și invitat la consultații repetate cu o periodicitate de cca. 1,5-2 luni, până când nu se delimitează sechestrul. Înainte de sechestrectomie pacientul este îndreptat la consultația narcologului. Succesul intervenției este condiționat de abandonarea consumului de droguri pe o perioadă de cel puțin 6 luni, în caz că pacientul continuă consumul de droguri, intervenția este amânată, deoarece rezultatele intervenției vor fi compromise (procesul inflamator osos se răspândește mai departe). Sechestrectomia sectorului afectat a maxilarului superior se efectuează prin crearea accesului uni- ori bilateral prin două incizii - una vestibulară și alta palatinală pe mucoasa fixă, paralel cu festonul gingival, fiind excizată fâșia de mucoasă necrotică. Se decolează lamboul muco-periostal vestibular, se înlătură sechestrul (îndreptat la analiza morfopatologică), dacă este cazul se abordează și marginile defectului osos, cu ajutorul ciupitorului de os înlăturând porțiunile neviabile. Se face un chiuretaj minuțios a sinusului maxilar, urmărind înlăturarea polipilor, se realizează comunicarea nazo-sinusală prin care se aplică un tampon din meșă iodoformată cu un tub de teflon în sinusul maxilar după care se suturează etanș plaga prin intermediul lamboului muco-periostal vestibular prin suturi de apropiere în «U», urmate de suturi tradiționale întrerupte, urmărind refacerea fundului de sac vestibular, pentru aplicarea eventuală a protezei dentare mobile. Înlăturarea firelor de sutură și a tamponelor sinusale se face la 10 zile. Se recomandă igienă riguroasă cu soluții antiseptice (*sol. Chlorhexidină 0,5%*, *sol. Iodovidon 10 %*, diluat 1/2).

Caseta 14. Tratamentul chirurgical OTMx porțiunii laterale a maxilarului superior unilateral ori bilateral cu afectarea sinusului, cu sinusită cronică odontogenă uni- sau bilaterală și a oaselor adiacente (sfenoid, etmoid, palatinal, zigomatic), cu răspândirea procesului inflamator în țesuturile moi adiacente.

Tratamentul este complex chirurgical și medicamentos. Tratamentul chirurgical constă în incizia și drenajul colecției supurate (în caz de complicație cu abces ori flegmon) urmată, după remiterea fenomenelor inflamatorii acute de sechestrectomia porțiunii afectate.

Incizia va fi plasată decliv de colecția purulentă, paralel cu vasele regionale. După

evacuarea colecției purulente se va plasa o lamă de dren pentru 24-48 de ore, cu lavaje zilnice cu soluții antiseptice (*sol. Peroxid de hidrogen 3%*, *sol. Nitrofură 0,02%*, *sol. Iodovidon 10%*, etc.), până la remiterea fenomenelor inflamatorii. Se realizează lavajul sinusului maxilar cu soluții antiseptice prin eventuala comunicare oro-sinusală cu ajutorul seringii. După ameliorarea stării purulente acute, dacă este prezent sechestrul net delimitat se parcurge la sechestrrectomie. În cazurile, când nu este delimitare a porțiunii osoase afectate, pacientul este externat și invitat la consultații repetate cu o periodicitate de cca. 1,5-2 luni, până când nu se delimitează sechestrul. Înainte de sechestrrectomie pacientul este îndreptat la consultația narcologului. Succesul intervenției este condiționat de abandonarea consumului de droguri pe o perioadă de cel puțin 6 luni, în caz că pacientul continuă consumul de droguri, intervenția este amânată, deoarece rezultatele intervenției vor fi compromise (procesul inflamator osos se răspândește mai departe). Sechestrrectomia sectorului afectat a maxilarului superior se efectuează prin crearea accesului uni- ori bilateral prin două incizii - una vestibulară și alta palatinală pe mucoasa fixă, paralel cu festonul gingival, fiind excizată fâșia de mucoasă necrotică. Se decolează lamboul muco-periostal vestibular, se înlătură sechestrul (îndreptat la analiza morfopatologică), dacă este cazul se abordează și marginile defectului osos, cu ajutorul ciupitorului de os înlăturând porțiunile neviabile. Se face un chiuretaj minuțios a sinusului maxilar, urmărind înlăturarea polipilor, se realizează comunicarea nazo-sinusală prin care se aplică un tampon din meșă iodoformată cu un tub de teflon în sinusul maxilar după care se suturează etanș plaga prin intermediul lamboului muco-periostal vestibular prin suturi de apropiere în «U», urmate de suturi tradiționale întrerupte, urmărind refacerea fundului de sac vestibular, pentru aplicarea eventuală a protezei dentare mobile. Înlăturarea firelor de sutură și a tampoanelor sinusale se face la 10 zile. Se recomandă igienă riguroasă cu soluții antiseptice (*sol. Chlorhexidină 0,5%*, *sol. Iodovidon 10 % diluat 1/2*).

C.2.5.6 Tratamentul general al pacienților cu OTMx

Caseta 15. Tratamentul medicamentos a OTMx

Aplicarea tratamentului medicamentos se realizează parenteral pe cale intravenoasă și/sau intramusculară. Pentru tratamentul intravenos frecvent este necesar de a cateteriza vena subclaviculară ori jugulară, venele periferice ale acestor pacienți fiind de obicei sclerozate. Tratamentul medicamentos este unul complex, care implică terapia dezintoxicantă, antimicrobiană, analgică, desensibilizantă. Dezintoxicarea: *sol. Refortan 500 ml*, *sol. Ringer 500 ml*, atropinizarea – *sol. Atropină 0,1%* 1ml, (administrarea de atropină se începe cu 0,1ml/zi, sporind în fiecare zi doza cu 0,1ml timp de 10 zile, atingând la ziua a 10 la 1ml, pacientul aflându-se sub supravegherea medicului). Atropina este antidotul de bază în intoxicațiile fosforice. Se recomandă în calitate de antidot și administrarea benzodiazepinelor: *sol. Diazepam 0,5%*, 2ml, intramuscular ori intravenos 7-10 zile, administrându-se după atropină, astfel sporind efectul terapeutic. În scopul ameliorării circulației sanguine a țesuturilor se indică pacienților tablete *Nifedipină* câte 0,01g×3 ori/zi 7-10 zile, care este un vasodilatator periferic, ceea ce este important, luând în considerație acțiunea vasoconstrictoare a efedrinei (care se conține în drogul pervitin). Antidoturile recomandate sunt în relație de interpotențiere, din această cauză sunt contraindicate așa preparate ca Sixametoni, Decametoni și hiperoxigenarea, deoarece rezultă metaboliți toxici. Se indică infuzii diuretice – *sol. Furosemid 1%-2ml/zi* 10 zile intravenos. Pentru scăderea endotoxicozei pacienților se indică *sol. KCl- 4%-50 ml/zi* intravenos, fiind administrată cu *sol. Glucosă 5%* intravenos, aceasta facilitează penetrarea intracelulară,

lichidând acidoza celulară. Se indică preparate antioxidante: *sol. α -Tocoferol 5%* 1ml/zi intramuscular 1-2 luni, *sol. Acid ascorbic 5%* 1 ml/zi intravenos ori intramuscular 10 zile. Tratament antalgic/antiinflamator – *sol. Lornoxicam 8mg* intramuscular (la durere). Ca terapie antimicrobiană de intenție se indică antibiotice de spectru larg din grupul cefalosporinelor. După obținerea rezultatelor antibiogrammei se administrează antibiotice țintit, la care este sensibilă microflora implicată în proces [9,10].

C.2.5.7 Criteriile de externare a pacienților cu OTMx

Caseta 16. Criteriile de externare a pacienților cu OTMx.

- ameliorarea stării generale;
- ameliorarea stării locale (diminuarea ori dispariția totală a eliminărilor purulente);
- lipsa fenomenelor toxice;
- lipsa unor eventuale complicații postoperatorii;
- încălcarea regimului intraspitalicesc.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p>D.1. Serviciul de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · medic de familie; · felcer/asistent medical; · laborant;
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · laborator clinic pentru determinare de: hemogramă și examen sumar al urinei, aprecierea prezenței componentelor narcotice în sânge/urină; · ortopantomograf; · tomograf.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> · analgezic/antiinflamator – <i>sol. Lornoxicamum 8mg</i> intramuscular (la durere); · antibiotice de intenție cu spectru larg de acțiune.
<p>D.2. Instituțiile, secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · chirurg stomatolog; · asistent medical; · medic de laborator; · laborant; · medic radiolog; · laborant-radiolog; · narcolog; · infecționist; · psiholog; · toxicolog.
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Cabinet stomatologic chirurgical · laborator clinic pentru determinare de: hemogramă și examen sumar al urinei, aprecierea prezenței componentelor narcotice în sânge/urină; · cabinet radiologic; · ortopantomograf; · tomograf.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> · preparate antibacteriene: <i>sol. Cefazolină 1,0g, etc.</i> · preparate antimicotice: <i>tab. Fluconazol 0,15 g;</i> · preparate antipiretice: <i>tab. Paracetamol 0,5 g;</i> · analgetic/antiinflamator – <i>sol. Lornoxicam 8mg</i> intramuscular (la durere); · soluții pentru lavaje antiseptice (<i>sol. Peroxid de hidrogen 3%, sol. Nitrofurazol 0,02%, sol. Iodovidon 10%, etc.</i>).

<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau secția specializată de chirurgie OMF a IMSP IMU</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> · chirurg stomatolog; · chirurg oro-maxilo-facial; · chirurg generalist; · terapeut; · narcolog; · psiholog; · chirurg-toracalist; · neurochirurg; · medic ORL; · anesteziolog; · reanimatolog; · infecționist; · toxicolog; · imagist; · medic de laborator; · medic radiolog; · laborant radiolog; · asistente medicale;
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·dezintoxicarea: <i>sol. Refortan 500 ml, sol. Ringer 500ml, sol.NaCl 0,9%-400 ml</i>, atropinizarea – <i>sol. Atropină 0,1%</i>; · benzodiazepine: <i>Diazepam</i>; · antagoniști ai calciului: <i>tab. Nifedipin 0,01g</i>; · diuretice: <i>sol. Furosemid 1%-2ml</i>; · preparate de potasiu: <i>sol. KCl- 4%-50 ml</i>; · <i>sol. Glucosă 5%-500 ml</i>; · antioxidante: <i>sol. α-Tocoferol 5% -1ml</i>; · vitamine: <i>sol. Acid ascorbic 5%-1 ml</i>; · analgetice: <i>Meloxicam, Ibuprofen, Dexketoprofen, Lornoxicam</i>; · desensibilizante: <i>Cloropiramină, Difenhidramină, Clemastină</i>; · preparate antibacteriene: <i>Cefazolină, Cefalexină, Cefuroximă, Amoxicillină, Azitromicină, Clindamycină, Ofloxacină, Lincomicină, etc.</i>; · <i>plasmă proaspăt congelată; masă eritrocitară</i>; · preparate antimicotice: <i>tab. Fluconazol 0,15 g. Nistatină 500 000 UI</i>; · preparate antipiretice: <i>tab. Paracetamol 0,5g</i>; · local: <i>trombin, pulbere liofilizată 125 UI, 250 UI, 375 UI</i> (local, în cazul hemoragiilor difuze, se aplică pe meșa de tamponare a sinusului), meșe de tifon îmbibate cu iodoform, <i>sol. Peroxid de hidrogen 3%, sol. Nitrofurazol 0,02%, sol. Iodovidon 10%</i>; · material de sutură;

D. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII**PROTOCOLULUI**

Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
1. Ameliorarea calității profilaxiei OTMx	Ponderea medicilor stomatologi care utilizează în profilaxia OTMx recomandările „PCN OTMx” (în %)	Numărul medicilor stomatologi care efectuează profilaxia OTMx conform recomandărilor „PCN OTMx”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul medicilor stomatologi care activează pe parcursul ultimului an
2. Sporirea calității examenului clinic și paraclinic al pacienților cu OTMx	Ponderea pacienților cu diagnosticul de OTMx cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN OTMx ”(în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de OTMx cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN OTMx” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de OTMx, care sunt supravegheați de medicul stomatolog pe parcursul ultimului an
3. Sporirea calității tratamentului pacienților cu OTMx	Ponderea pacienților cu diagnosticul de OTMx cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN OTMx” (în %)	Numărul pacienților, cu diagnosticul de OTMx cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN OTMx” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de OTMx care se află la supravegherea medicului stomatolog pe parcursul ultimului an

Gradul de dovadă științifică:

În baza studiului datelor statistice, clinice, paraclinice și a rezultatelor tratamentului pacienților cu osteomielită toxică a maxilarului superior, sunt scontate următoarele rezultate științifice:

1. Pentru prima dată în Republica Moldova a fost determinată o nouă formă de osteomielită a maxilarului superior pe fondal de intoxicație în rezultatul consumului de substanțe narcotice.
2. Determinarea particularităților evoluției clinice ale osteomielitei toxice a maxilarului superior, care nu era întâlnită anterior în Republica Moldova.
3. Stabilirea metodelor optime de examene paraclinice pentru diagnosticarea osteomielitei toxice a maxilarului superior.
4. Elaborarea metodelor de tratament a pacienților cu osteomielită toxică a maxilarului superior.
5. Dezvoltarea metodelor de reabilitare a pacienților cu osteomielită toxică la nivelul maxilarului superior după tratamentul chirurgical.
6. Studiul rezultatelor pe termen lung ale tratamentului pacienților cu osteomielită toxică a maxilarului superior permite planificarea unor metode noi, optime de tratament chirurgical al acestei maladii.
7. Elaborarea recomandărilor practice pentru specialiștii în domeniu cu privire la metodele optime de diagnostic și tratament ale osteomielitei toxice a maxilarului superior.

CHESTIONAR

Acest chestionar a fost alcătuit în scopul studiului consecințelor consumului de preparate narcotice, în urma căruia apar așa complicații ca: mobilitatea patologică a dinților, necroza oaselor maxilare și a altor oase ale scheletului facial, inflamația țesuturilor moi a feței, care netratate la timp se pot răspândi către organele cu importanță vitală, în unele cazuri finalul fiind letal. Nu este necesitate de a indica în chestionar numele și prenumele, această chestionare fiind absolut binevolă. Inițiatorul chestionării este catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală «Arsenie Guțan» a Universității de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu» din Chișinău. Confidențialitatea răspunsurilor va fi păstrată.

1. Sexul (*bifați*):
 - feminin
 - masculin
2. Vârsta:
3. Locul de trai (*bifați*):
 - Orașul (raionul):
 - Sectorul orașului (dacă stați în Chișinău)
4. Studii (*bifați*):
 - medii
 - medii de specialitate
 - profil (real/uman)
 - superioare
 - superioare nefinalizate
5. Sunteți la moment angajat în câmpul de muncă (*bifați*) ?
 - da
 - nu
 - fac studii
6. Indicați sfera de muncă (dacă sunteți angajat):
7. Dețineți poliță de asigurare medicală?
 - da
 - nu
8. La ce vârstă ați consumat pentru prima dată droguri?
9. Ce preparate narcotice ați utilizat anterior (*bifați*):
 - heroină
 - cocaină
 - perventin (vint)
 - alte preparate narcotice (menționați care anume):
10. Care dintre narcotice după părerea d-astră duce la mobilizarea dinților și inflamația gingiilor (*bifați*):
 - heroina
 - cocaina
 - perventina (vint)

- alte preparate narcotice (*menționați care anume*):
11. Ați suferit de creva afecțiunii ale cavității orale până a începe consumul de droguri (*bifați*):
 - carii denare
 - înghesuirea dinților
 - hemoragii gingivale
 - mobilitate dentară
 - nu sufeream de afecțiuni dentare și gingivale
 12. Care dintre substanțele enumerate se conțin în drogul, în urma căruia apar probleme cu dinții și maxilarele (*bifați*):
 - fosfor roșu
 - efedrină
 - iod
 - alte substanțe (*menționați care anume*):
 13. Din ce medicamente în Moldova este sintetizată efedrina (*menționați care anume*):
 14. Care este originea fosforului din componența drogului administrat (*bifați*):
 - chimică
 - tehnică
 - fosforul de pe cutia de chibrituri
 - altă origine (*menționați care anume*):
 15. Cât timp ați conumat perventină (vint):
 16. Care a fost doza zilnică administrate?
1 ml; 2 ml; 3 ml; 4 ml; 5 ml și mai mult (*de menționat*)
 17. Câte ori în zi vă administrați drogul?
 18. În ce modalitate administrați drogul?
 - lichid pe cale orală
 - intravenos
 - prin fum de țigară
 19. După cât timp de administrare a drogului au apărut problemele cu dinții și maxilarele: după 1 lună; după 6 luni; după 1 an; după 5 ani; alt termen (*de menționat*)
 20. Considerați oare drogul «vint» ca unul care induce o dependență puternică, de care este dificil de eliberat fără ajutorul personalului medical și psihologic?
 - da
 - nu
 21. Consumați în același timp și băuturi alcoolice? (*menționați care anume*):
 22. Sunteți fumător de țigări cu tutun?
 - da
 - nu
 23. Cum ar putea să vă ajute societatea și persoanele înconjurătoare?

Mulțumim pentru participare!

Ghidul pacientului cu osteomielite toxică a maxilarului superior.

Ce este osteomielite toxică a maxilarului superior?

Reprezintă o maladie, care modifică patologic osul maxilarului superior în urma consumului drogului *perventin* (vint). Apare după extracția dentară și se manifestă prin alveolă postextracțională fără tendință de vindecare. Când sunt afectate sectoare extinse ale maxilarului cu răspândirea infecției în vecinătate, apare sinusita, meningită, uneori pierderea vederii.

Care este cauza osteomielitei toxice a maxilarului superior?

Apare în urma consumului preparatului narcotic *perventin*, care conține efedrină, fosfor roșu și iod. Acest drog induce tulburări de circulație sanguină cu necrotizarea ireversibilă a țesutului osos. Mai frecvent sunt afectate maxilarele, deoarece cavitatea bucală este un mediu septic, care poate conține dinți cariati, maladii ale gingiilor și o floră microbiană abundentă.

Când apare osteomielite toxică a maxilarului superior?

Apare de obicei, la persoanele care consumă *perventin* de mai mult timp (peste 1-3 ani). Uneori această maladie apare chiar și la administrarea drogului de scurt timp și în doze mici.

Acțiuni în cazul simptomelor de osteomielite toxică a maxilarului superior?

Dacă apar dureri dentare, nu vă grăbiți să extrageți dințele cauzal. Tratați la timp dinții cariati, pentru a evita tratamentul chirurgical. În urma extracției dentare infecția din cavitatea bucală pătrunde în rană, iar osul este afectat de drog, nu regenerează ca la ceilalți în mod obișnuit. Dacă, totuși dințele a fost extras și în urma extracției se menține plaga osoasă fără tendință de regenerare, mențineți igiena strictă a cavității bucale. În cazul extinderii infecției se afectează sinusul maxilar (uni/ bilateral), cu simptome de sinusită cronică, cu acutizări periodice: apare cefaleea pe partea bolnavă, senzație de tensiune și eliminări purulente din nas. În așa cazuri se indică antibiotice, preparate analgetice, picături nazale (nu mai mult de 7 zile). În caz de extindere a infecției, osul este distrus și apare comunicare oro-sinusală prin care pătrund în sinus și în nas alimentele lichide și băutura. În acest caz se indică operația de înlăturare a porțiunii de os afectat cu plastia acestei comunicări, uneori fiind nevoie de mai multe operații, urmată de protezare dentară mobilă. Operația poate fi reușită doar cu condiția de a întrerupe categoric consumul de drog pe un termen de cel puțin 6 luni înainte de operație, în caz contrar operația va suferi eșec. Afectarea maxilarului superior poate duce la complicații cu risc vital cum ar fi meningita și septicemia. În acest caz apare febră (40C), frisoane, dureri musculare și articulare, slăbiciune, tulburări de conștiință. Simptomul de bază în meningită este cefaleea puternică fără o localizare strictă. Odată cu progresarea maladii durerea devine insuportabilă, care crește la mișcare, sunete și lumină, conștiința devine obnubilată. Este prezentă greață cu vomă permanentă, care nu ușurează starea. Când apar așa simptome, este necesar de adresat de urgență în staționar specializat, deoarece dacă nu este acordat ajutorul medical de urgență, se poate ajunge la deces.

Cum se tratează osteomielite toxică a maxilarului superior? Dacă este prezentă o afecțiune delimitată la o porțiune mica a maxilarului în regiunea a 1-2 dinți, este posibilă sechestrarea spontană, adică eliminarea sinestătătoare a porțiunii de os bolnav, doar cu condiția de a nu consuma drogul de cel puțin 6-12 luni. În cazurile afectării unor porțiuni întinse de os cu implicarea sinusurilor maxilare și a altor oase faciale sunt necesare un șir de intervenții chirurgicale plastic la maxilar. Aceste operații se efectuează doar cu condiția stopării consumului de droguri pe parcursul de cel puțin 0,5-1 an, după cura de tratament narcologic.

Anexa3 Fișa standardizată de audit medical bazată pe criteriile pentru Osteomielite toxică a maxilarului superior la pacienții consumatori de droguri

1. Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2. Responsabilul de completarea fișei	(nume, prenume)
3. Numărul fișei medicale	
4. Data nașterii pacientului/ei	(ZZ/LL/AAAA)
5. Sexul pacientului/ei	1) masculin; 2) feminin
6. Mediul de reședință	1) urban; 2) rural
7. Numele medicului curant	(nume, prenume)
INTERNAREA	
8. Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	
9. Numarul internărilor	
10. Data și ora internării în spital	
11. Durata internării în spital (zile)	
12. Transferul în alte secții	da= 1; nu= 2.
13. Respectarea criteriilor de internare	da= 1; nu= 2.
DIAGNOSTICUL	
13. Simptome la prima vizită	durerea= 1; cefalee= 2; prezența fistulelor exo/endoorale în regiunea perimandibulară= 3; eliminări purulente= 4; edeme= 5; halena= 6; anemia= 7; abcese/flegmoane=8; cașexia= 9; febra/ infecția= 10; slăbiciuni= 11; mobilitate dentară= 12; edentație= 13; dereglări de ocluzie= 14; dereglări de deglutiție= 15; ale vorbirii=16; depresia = 17; insomnia= 18; anxietatea= 19; agitația=20; altele= 21.
14. Categoria bolii conform extinderii procesului distructiv la maxilarul inferior	grupul 1= 1; grupul 2=2; grupul 3=3; grupul 4=4; grupul 5=5; grupul 6=6.
15. Evoluția bolii	recuperare funcțională stabilă = 1; recuperarea este urmată de recidivă= 2; unele îmbunătățiri în urma tratamentului, urmate de necroză progresivă=3.
16. Supravegherea pacientului	condiții de domiciliu= 1; supraveghere spitalicească= 2; supraveghere de ambulator = 3;
17. Frecvența examinărilor, vizitelor	lunar= 1; la necesitate= 2;
18. Cauze spitalizare	necesitatea intervenției chirurgicale programate la momentul oportun= 1; complicații severe la diagnosticul inițial=2; prezența comorbidităților severe= 3; urgențe medico-chirurgicale=4; instalarea cateterelor venoase, traheostomelor etc= 5; tratament imposibil în condiții de ambulator din diverse motive= 6.
Tratament	
19. Locul în care a fost inițiat tratamentul	policlinică= 1; staționar= 2; clinică privată= 3; altele= 9;
20. Tratament chirurgical	da= 1; nu= 2.
21. Tratament simptomatic	da= 1; nu= 2.
22. Rezultatele tratamentului	ameliorat=1; complicații=2;
23. Respectarea criteriilor de externare	da= 1; nu= 2.
24. Supravegherea pacientului	chirurg-stomatolog la locul de trai= 1; vizite la 2-3 luni la IMU= 2; altele= 9;
25. Data externării/transferului/decesului	(ZZ/LL/AAAA)

BIBLIOGRAFIE

1. Radzichevici M., Șcerbatiuc D., Rusu N. Tratatamentul complex al osteomieliitelor. În: Revista de Chirurgice Oro-Maxilo-Facială și Implantologie, nr.1. București, România, 2010, p. 36-40. (ISSN 2069-3850).
2. Radzichevici M., Rusu N., Токсический остеомиелит нижней челюсти, клиника, диагностика, лечение. Международный медицинский научный журнал, Россия, г. Волгоград, 2015, № 6 (6), с.126-129. ISSN 2409-563X.
3. Rusu N., Radzichevici M., Токсический остеомиелит верхней челюсти, клиника, диагностика, лечение. Международный медицинский научный журнал, Россия, г. Волгоград, 2015, № 6 (6), с.129-133. ISSN 2409-563X.
4. Pigrau-Serrallach C. et al. Long-term follow-up of jaw osteomyelitis associated with bisphosphonate use in a tertiary-care center. In: Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014, vol. 32, nr. 1, p. 18-22.
5. Trandafir D., Trandafir V., Osteonecroza maxilarelor indusă de Bifosfonați: revista literaturii. Jurnalul de Chirurgie (Iași), 2012, Vol. 8, Nr. 2, 118-130.
6. Басин Е.М., Медведев Ю.А. Принципы лечения остеонекрозов верхней челюсти у лиц с наркотической зависимостью. Тихоокеанский медицинский журнал, 2013, № 1(51), Медицина Дв с.87, <http://www.tmj-vgmu.ru>.
7. Иващенко А.Л., Матрос-Таранец И.Н., Прилуцкий А. С. Современные аспекты этиопатогенеза, клинической картины и лечения остеомиелитов челюстей у пациентов с наркотической зависимостью и ВИЧ-инфекцией// - 2009; 13 (1): 213-219.
8. Лесовая И. Г., Хищенко В. М., Хищенко В. В. Клинический опыт оказания специализированной помощи больным с нетипичным течением одонтогенного остеомиелита, страдающих наркоманией и синдромом приобретенного иммунодефицита/Матер. Всеукраинской научно-практической конференции «Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии».- Харьков, 2006.- с. 77-82.
9. Маркова И.В. , Афанасьева В.В. Клиническая токсикология детей и подростков, 2005, 35-89.
10. Машковский М.Д. Лекарственные средства, Том 1, 2000, 200-208.
11. Медведев Ю.А. Басин Е.М., Фосфорные некрозы челюстей. "Врач" №1 // 2012 // 5. <http://www.gusvrach.ru/vrach/archive/2980-qq-1-2011-1.html>
12. Нестеров А. А., Востриков И. Н., Батыров С. А. Хирургическая тактика при лечении «дезоморфиновых» остеонекрозов челюстей: секвестрэктомия или резекция. Dental Magazine. <http://dentalmagazine.ru/klinicheskiy-sluchai/xirurgicheskaya-taktika-pri-lechenii-dezomorfino-vykh-osteonekrozov-chelyustej-sekvestrektomiya-ili-rezekciya.htm>
13. Тимофеев А. А., Дакал А. В. Особенности клинической симптоматики остеомиелитов челюстей у наркоманов / XVI Международная конференция челюстно-лицевых хирургов «Новые технологии в стоматологии».- СПб., 2011.- С.177-178.
14. Уракова Е.В., Нестеров О.В. Выбор методов оперативного лечения больных с дезоморфиновым остеомиелитом. Практическая медицина 04(14), инновационные технологии в медицине. Том 2, Хирургия, 2014. <http://pmarchive.ru/vybor-metodov-operativnogo-lecheniya-bolnyx-s-dezomorfino-vym-osteomieliitom/>.