

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodontie „Ion Lupan”**

Railean Silvia • Mânăscuță Ghenadie
Granciuc Gheorghe • Ursu Dănis

**OPERAȚIA DE EXTRAȚIE
A DINȚILOR LA COPII**
Recomandare metodică

CHIȘINĂU, 2022

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică
și pedodontie „Ion Lupan”**

Railean Silvia • Mânăscuță Ghenadie
Granciuc Gheorghe • Ursu Dănis

**OPERAȚIA DE EXTRAȚIE
A DINȚILOR LA COPII
Recomandare metodică**

**CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2022**

CZU: 616.314-089.87-053.2(076.5)

O-61

Aprobat de Consiliul de Management al Calității
al USMF „Nicolae Testemițanu”;
proces-verbal nr. 2 din 17 decembrie 2020

Autori:

Railean Silvia, dr. șt. med., conf. univ.

Mânăscurtă Ghenadie, asist. univ.

Granciuc Gheorghe, dr. hab. șt. med., conf. univ.

Ursu Dănis, assist. univ.

Recenzenți:

Țibîrnă Gheorghe, dr. hab. șt. med., prof. univ., Academician al AȘM
Ciumeico Igor, dr. șt. med., conf. univ.

Redactor: *Lidia Serghienco-Ciobanu*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Operația de extracție a dinților la copii: Recomandare metodică / Railean Silvia, Mânăscurtă Ghenadie, Granciuc Gheorghe, Ursu Dănis; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Stomatologie, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție „Ion Lupan”. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2022. – 48 p.: fig., tab.

Bibliogr.: p. 42 (13 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-82-241-1.

616.314-089.87-053.2(076.5)

O-61

ISBN 978-9975-82-241-1

© CEP *Medicina*, 2022

© Railean S., Mânăscurtă Gh., Granciuc Gh., Ursu D., 2022

CUPRINS

Operația de extracție a dinților la copii	4
Introducere	7
<i>CAPITOLUL 1. Particularitățile stărilor emoționale ale copiilor în timpul vizitei la chirurgul-stomatolog</i>	9
<i>CAPITOLUL 2. Anesteziologia în stomatologia pediatrică</i>	14
<i>CAPITOLUL 3. Particularitățile anatomo-fiziologice ale dentiției temporare. Termenele de erupție</i>	20
<i>CAPITOLUL 4. Operația extracției dentare</i>	28
Concluzii	38
Teste și întrebări de control	39
Bibliografie	42
Anexe	43

Operația de extracție a dinților la copii

1. Specialitatea 31.05.03. „Stomatologie”.
2. Disciplina „Chirurgia oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție *Ion Lupan*”.
3. Tema: Operația „Extracția dinților la copii”.
4. Actualitatea temei: tema propusă contribuie la formarea capacității de evaluare a rezultatelor cercetării, de formulare a diagnosticului corect, ajută la elaborarea planului de tratament.
5. Scopul: a instrui studenții Facultății de Stomatologie în materie de diagnostic și tratament al patologiilor stomatologice și de reabilitare a pacienților după tratament.
6. Obiectivele:
 - însușirea metodelor de diagnostic al proceselor inflamatorii cu localizarea în cavitatea orală;
 - a însuși deprinderi practice de tratament al proceselor inflamatorii localizate în cavitatea orală;
 - a contribui la formarea bazei teoretice și practice referitor la tratamentul chirurgical al diverselor procese inflamatorii în condiții de ambulatoriu.
7. Formarea competențelor:

Numărul competenței profesionale	Descrierea competenței
CP 1	A fi pregătit pentru rezolvarea problemelor standardizate în activitatea profesională, folosind informații din surse bibliografice despre terminologii biomedicale, despre tehnologii informativ-comunicative, ținând cont de cerințele principale ale securității informaționale.
CP 2	A fi capabil și pregătit pentru a analiza rezultatele activității proprii, pentru a evita erorile profesionale.
CP 3	A fi pregătit pentru completarea corectă a fișei medicale a pacientului stomatologic.
CP 4	A fi pregătit pentru a prescrie preparate medicamentoase, alte substanțe cu proprietăți curative și combinarea lor în tratamentul patologiilor stomatologice.

CP 5	A avea capacitatea de a evalua stările fiziologice și morfologice, procesele patologice din organismul copilului în rezolvarea problemelor profesionale.
CP 6	A fi pregătit pentru utilizarea instrumentelor și aparatelor medicale în timpul acordării serviciilor medicale copiilor cu probleme stomatologice.
CP 7	A fi pregătit pentru a efectua examene medicale profesionale, dispensarizarea copiilor cu patologii stomatologice.
CP 8	A însuși metoda de culegere a anamnezei, inclusiv acuzele, a analiza rezultatele examenului vizual, instrumental, de laborator (morfologic) sau alte tipuri de investigații cu scopul de a estima starea pacientului și de a constata existența sau inexistența unei patologii stomatologice.
CP 9	A putea determina stările patologice, simptomele sau sindroamele maladiilor stomatologice, ale formelor nosologice în conformitate cu Clasificarea Internațională a maladiilor și problemelor de sănătate.
CP 10	A putea elabora tactici de tratament pentru diverse maladii stomatologice.
CP 11	A fi pregătit pentru tratarea pacienților stomatologici în condiții de ambulatoriu și de staționar de zi.
CP 12	A fi pregătit pentru a aplica în cadrul tratamentului surse curative naturale, remedii nemedicamentoase și alte tipuri de tratament netraditional al pacienților, care au nevoie de reabilitare și tratament balnear.
CP 13	A fi pregătit pentru a participa la elaborarea metodelor noi și a metodicilor moderne în serviciul medical stomatologic.

8. Studentul trebuie:

Să știe: să completeze corect documentația medicală; să cunoască particularitățile psihicului copiilor; particularitățile fiziologice ale organismului infantil; particularitățile anesteziei la copii; să cunoască și să posede tehnica operației de extracție a dinților; complicațiile locale și generale ale anesteziei și extracției; să cunoască măsurile de prevenire a complicațiilor.

Să poată: să completeze documentația medicală; să elaboreze planul de tratament; să se orienteze în starea psihoemoțională a copilului; să efectueze anestezia locală; să efectueze corect operația de extracție a dinților; să se orienteze și să prevadă eventualele complicații cu

caracter local și general înainte, în timpul și după operație sau anestezie; să planifice măsuri de profilaxie a complicațiilor.

Să posede deprinderi: în completarea documentației medicale; în planificarea tratamentului chirurgical; în efectuarea anesteziei locale la copii; în efectuarea operației de extracție; în prognozarea și evitarea complicațiilor locale și generale în timpul și după operație; în planificarea și efectuarea monitorizării pacienților în perioada post-operatorie.

9. Contingentul: studenți.

10. Durata: 4 ore academice.

Introducere

Acest compartiment prezintă o parte din materialul didactic care include „Operația extracției dentare la copii” și trebuie utilizat ca material suplimentar pentru orele practice la studenții Facultății de Stomatologie, anul V.

În prima parte a lucrării, într-o formă accesibilă, sunt elucidate noțiunile generale despre operațiile chirurgicale, despre dotarea și amenajarea sălii de chirurgie, indicațiile și contraindicațiile pentru operația de extracție a dinților la pacienții adulți și despre modul de pregătire pentru operație atât a medicilor, cât și a pacienților. Sunt descrise metodele de anestezie aplicativă, infiltrativă și regională în practica de ambulatoriu, sunt prezentate punctele de orientare anatomice și clinice, necesare pentru efectuarea anesteziei locale în condiții de ambulatoriu.

În partea a doua a lucrării sunt elucidate problemele extracției diferitor grupuri de dinți la adulți, metodele de fixare a instrumentelor în mâna chirurgului, poziționarea pacientului și a medicului unul față de celălalt în timpul extracției, dar și metodele de prelucrare a plăgii după extracție până la cicatrizarea acesteia. Sunt descrise materialele de suturare și transplantologice, indicațiile și contraindicațiile pentru aplicarea lor. Acest compartiment va ajuta studenților să se orienteze mai bine în particularitățile de extracție la copii prin analiza comparativă a metodelor de operație a extracției dentare la adulți, indicațiilor, complicațiilor.

Partea a treia a recomandării metodice a fost dedicată asistenței stomatologice la copii. În literatura de specialitate analizată de noi am constatat, că această problemă este elucidată, de regulă, în compartimentul chirurgiei maxilo-faciale pentru adulți, care nu cuprinde volumul necesar de expunere.

Ținând cont de acest fapt, noi am decis să publicăm o lucrare aparte pentru studenții anului V, Facultatea de Stomatologie, în care am încercat să expunem într-o formă cât mai accesibilă informația despre anestezia la copii în condiții de ambulatoriu, să descriem particularitățile anatomo-fiziologice ale dentiției temporare, să prezentăm în detalii indicațiile pentru extracția dinților în condiții de ambulatoriu și cele pentru condiții de

staționar, să indicăm termenele de erupție a dinților, pentru a asigura o orientare mai bună în asigurarea unui act medical corect.

Serviciul medical stomatologic se acordă copiilor în următoarele condiții:

1. în condiții de ambulatoriu (în aceste condiții nu este prevăzută monitorizarea permanentă și tratamentul pacientului pe parcursul a 24 de ore;

2. în condițiile staționarului de zi (tratamentul și observarea doar pe timpul zilei);

3. în condiții de staționar (se prevede observarea și tratamentul pe tot parcursul aflării în spital).

Luând în considerare particularitățile patologiilor stomatologice la copii, particularitățile psihoemoționale, cât și prezența patologiilor asociate, pregătirea către anestezie și tratamentul chirurgical terapeutic stomatologic includ câteva etape: I. Examinarea copiilor. II. Pregătirea psihoemoțională. III. Pregătirea somatică după organe și sisteme de organe. Realizarea intervențiilor stomatologice reușite include în primul rând anestezia adecvată.

Principalele obiective în realizarea cu succes a tratamentului chirurgical terapeutic stomatologic la copii include: 1) asigurarea unei anestezii depline cu durata necesară; 2) înlăturarea elementului psihoemoțional; 3) comportamentul liniștit al copilului; 4) monitorizarea constantă în evoluția anesteziei; 5) profilaxia aspirației de salivă, corpi străini, dinți extrași sau rădăcini; 6) alegerea anestezicului cu o capacitate minimală de toxicitate; 7) asigurarea măsurilor profilactice în funcționalitatea organelor și sistemelor de organe în organismul în creștere; 8) reabilitarea în termen scurt; 9) asigurarea asistenței stomatologice de înaltă calitate; 10) asigurarea asistenței medicale stomatologice profesionale luând în considerare maladiile asociate sau complicațiile posibile; 11) asigurarea riscului minimal de complicații în perioada după ce copiii părăsesc încăperea instituției medicale.

CAPITOLUL 1. Particularitățile stărilor emoționale ale copiilor în timpul vizitei la chirurgul-stomatolog

Starea emoțională a copilului în sala de chirurgie stomatologică

În urma mai multor cercetări s-a constatat, că pentru copiii cu vârsta de până la 6 ani în timpul vizitelor la stomatolog este caracteristică teama de durere. Specialiștii explică această stare prin unele particularități de dezvoltare intelectuală a copilului. În această perioadă copiii conștientizează sensul cuvintelor în legătură cu viața, timpul, ca o reacție de autoapărare.

În literatura de specialitate s-au găsit date despre un fapt interesant: la copiii cu retard psihic, la cei cu un comportament agresiv și la copiii, ai căror părinți suferă de alcoolism cronic, frica nu este exprimată accentuat.

Este cunoscut faptul că frica la copii se poate manifesta și prin alte tipuri de teamă, cum ar fi teama de animale, teama de boli și de durere, de toate lucrurile pe care ei nu le înțeleg și care în mintea lor se asociază cu anxietatea. În această categorie de sentimente se înscrie și frica de manipulările medicale. De exemplu, în clinica de stomatologie adeseori putem vedea copii plângând. Fiind acasă, copilul nu mai manifestă frică, promite să se poarte frumos la spital. Dar, odată nimerit într-un mediu străin, înconjurat de oameni necunoscuți în halate albe, cu măști pe față, auzind sunetele instrumentelor, apare frica de durere.

În astfel de condiții, este absolut inadmisibil de a amenința copilul, de a striga la el, de a-l așeza cu forța în fotoliul stomatologic, toate acestea îi agravează starea de frică. Nu se recomandă de a aduce copilul în clinica stomatologică cu scopul de a-l face cunoscut cu atmosfera de acolo din timp, pentru că el ar putea să vadă sau să audă de la alți copii lucruri neplăcute, care l-ar speria mai tare.

De la vârsta de 7 ani anxietatea trece pe planul secund, în legătură cu transferul atenției asupra altor ocupații (școală, sport etc.). Frica nu

mai este obsedantă și nu provoacă panică, Dar, spre regret, acest lucru nu se referă la toți copiii.

Prezentăm încă câteva date interesante din literatura de specialitate. Se știe, că la băieții sentimentul de frică este exprimat mai slab decât la fete, băieții din familii cu probleme (părinți divorțați) se tem mai tare decât cei din familii complete. S-a constatat că există o legătură între frica din copilărie a părinților și a copiilor acestora. Adeseori copiii simt de ce se tem părinții lor și această frică li se transmite. Aceasta se manifestă în situația, când mama asistă la tratamentul copilului. Starea ei de emoții, de nervozitate i se transmite copilului, acesta devine neliniștit, capricios, plângăreț.

Excitarea emoțională a copilului în sala de chirurgie stomatologică creează mari dificultăți în acordarea unui ajutor medical de calitate și necesită din partea medicului o pregătire specială în stabilirea relațiilor cu pacientul. Trebuie să ținem minte că halatul alb, instrumentele și utilajul medical, sunetele necunoscute din cabinetul medical îi sperie pe copii, mai ales pe cei cu comportament agresiv și necooperant.

Personalul medical trebuie să fie foarte atent la limbajul folosit, la gesturi și la intonația vocii. Manipulările medicale trebuie efectuate într-o manieră de joc: copilul să țină oglinda, să se joace cu luminile, cu elementele utilajului stomatologic. Se poate folosi și metoda unei înțelegeri verbale cu copilul. De exemplu: dacă după procedură copilul spune că a simțit dureri, medicul poate să-i facă un cadou promis anterior; dacă copilul spune, că nu a simțit dureri, el trebuie să-i facă un cadou medicului. Majoritatea copiilor acceptă cu plăcere astfel de joc, ceea ce contribuie la instalarea unei relații de încredere între medic și pacient. Nu se recomandă în niciun caz să mințim copilul, chiar dacă urmează o procedură dureroasă și de lungă durată. În caz contrar se va pierde relația, bazată pe sinceritate și încredere, și va fi nevoie de tratament sub anestezie generală. Este important ca în comunicarea cu părinții să fie respectată atitudinea binevoitoare, calmă. Medicul trebuie să fie convingător, pentru că orice neglijență în convorbirea cu părinții poate crea o stare de neîncredere în relatările doctorului.

Medicul trebuie să le explice părinților în ce constă tratamentul atât din punct de vedere funcțional și psihoemoțional, cât și din punct de vedere morfologic. Prin conversațiile medicului cu părinții să le inspire încredere, să le prezinte exemple de cazuri similare, tratate cu succes la alți copii prin aceleași metode. În cele mai frecvente cazuri medicul refuză să lucreze cu copiii la primire în sala de chirurgie din cauza hiperactivității acestora.

Pentru a selecta stilul de comunicare cu copilul, medicul trebuie să aprecieze nivelul de anxietate al copilului și posibilitatea controlului asupra acestei stări. Pentru diagnosticul stării de anxietate există mai multe metode, una dintre care este scara de reiting a lui Flankel, conform căreia se deosebesc 4 tipuri de comportament al copilului în cabinetul stomatologic:

F1 – absolut negativ. Copilul refuză tratamentul, plânge, este speriat și agresiv.

F2 – negativ. Copilul se supune tratamentului cu greu, are o atitudine negativă față de medic, dar slab exprimată.

F3 – pozitiv. Copilul nu refuză tratamentul, dar îndeplinește cu oarecare încordare cerințele medicului.

F4 – absolut pozitiv. Copilul este comunicabil, se interesează de mersul tratamentului și chiar îl primește cu plăcere.

Un alt grup de autori prezintă mai detaliat grupurile și tipurile de comportament al copiilor [2, 10, 11].

Comportament pozitiv.

Copiii cu comportament pozitiv sunt dispuși să accepte tratamentul, au încredere în medic, nu manifestă semne de neliniște, sunt interesați de situație. După ce se așază în fotoliu sunt gata să deschidă gura și tolerează toate manipulările stomatologice.

Comportament de tranziție.

Copiii cu acest tip de comportament își pot controla emoțiile, astfel mascând emoțiile reale. Se simte un tremur al vocii copilului. El transpiră. În timpul manipulărilor copilul strânge pumnii sau mânerul fotoliului. Unii copii pot deveni neliniștiți.

Semne ușoare de comportament negativ.

Acești copii își pot controla emoțiile. De obicei, înainte de tratament copiii pun multe întrebări: „Îmi veți face injecție?”, „Da dintele într-adevăr este rău?”. Adeseori ei încep a povesti despre prietenii lor, care și cum au fost tratați. Au o activitate motorie mai pronunțată, dau din picioare sau se dau la o parte cu tot corpul.

Comportament negativ cu semne medii.

Neliniștea și anxietatea se manifestă printr-o serie de întrebări, scâncete, ridicarea mâinilor și astuparea gurii, țipete și plâns fără lacrimi. Un astfel de comportament îl încurcă pe medic în a acorda un serviciu medical de calitate și necesită mult timp.

Comportament timid.

Copiii timizi se ascund după spatele părinților, refuză să intre în cabinet, se apropie foarte încet de fotoliu, se lasă mult rugați. Comportamentul lor se poate schimba brusc, ei se împotrivesc la încercarea de a-i despărți de părinți. Toate cerințele medicului le îndeplinesc încet. Ei plâng fără lacrimi. Manipulările medicale trebuie efectuate fără grabă.

Comportament plângăreț.

Copiii cu comportament plângăreț sunt comunicabili. De regulă, ei permit orice manipulare, dar plâng pe tot parcursul activității medicale. Deseori acuză dureri. Medicul este nevoit să întrerupă des tratamentul. Așa copii necesită o răbdare enormă din partea medicului.

Comportament negativ exagerat.

Un astfel de comportament se caracterizează printr-o excitație motorie puternică, copilul dă din mâini, din picioare, întoarce capul, refuză să deschidă gura chiar și pentru examenul cavității orale, plânge și exprimă refuzul verbal „Nu vreau!”, „Nu voi deschide gura!”. În loc să deschidă gura, o încleaștă mai tare, demonstrând astfel refuzul de tratament. Dacă medicul reușește, totuși, să-l înduplece, copilul poate deveni comunicabil.

Comportament negativ necontrolat.

Copiii cu acest tip de comportament sunt necomunicabili, incapabili de a colabora. De regulă, acești copii au vârsta până la 3-5 ani sau

cei care au experiență de tratament la stomatolog. Cu acești copii este dificil de a stabili o colaborare bilaterală armonioasă. Tot din această categorie fac parte și copiii cu retard mintal sau cu necesități psihoemoționale speciale (encefalopatii, boli psihice, sindrom diencefalic etc.).

Astfel, medicul la prima întâlnire cu copilul trebuie să aprecieze, cât mai exact posibil, cărui tip de comportament corespunde acesta și cum să stabilească cu el un contact psihologic cât mai eficient. Dacă nu se reușește acest lucru, tratamentul trebuie efectuat în instituții medicale specializate, în staționare, cu anestezie generală.

CAPITOLUL 2. Anesteziologia în stomatologia pediatrică

Reacția negativă a copilului la sunetul utilajului stomatologic, la instrumentele medicale lucitoare, la picăturile de sânge de pe halatul medicului nu se compară cu durerile provocate de intervenția chirurgicală. În această situație, sarcina principală a medicului stomatolog este de a asigura un comportament liniștit din partea copilului în timpul tratamentului chirurgical, ceea ce poate fi obținut prin potențiere și anestezie adecvată în funcție de comportamentul copilului, vârsta lui și volumul intervențiilor chirurgicale sau terapeutice.

Intervenția chirurgicală stomatologică trebuie efectuată numai prin acordul părinților și numai după ce aceștia semnează acordul informativ. Nu se admite de a cere acordul de la părinți foarte insistent, fără a explica statutul copilului la moment, fără a explica programul de tratament care urmează și complicațiile posibile. În baza experienței clinice medicul nu trebuie să promită, că tratamentul chirurgical va dura foarte puțin timp și nici că rezultatul va fi favorabil sută la sută. Invers, părinții trebuie informați, că, posibil, tratamentul chirurgical ar putea dura mai mult. Trebuie să li se explice toate aspectele intervenției chirurgicale, atât cele pozitive, cât și cele negative, trebuie argumentat tipul și metoda de anestezie, dar și posibilitatea unor complicații și a profilaxiei lor [1, 3, 6, 8, 9, 12, 13].

Anestezia trebuie să corespundă volumului intervenției chirurgicale. Pregătirea către intervenție trebuie să fie efectuată strict individual, ținându-se cont de vârstă, starea generală a organismului, caracterul maladiei de bază și al maladiilor asociate. Pentru a evita complicațiile se apreciază factorii de risc, posibila reacție alergică, medicul trebuie să culegă minuțios anamneza, maladiile suportate de copil, să afle dacă au fost cazuri de reacții alergice în trecut, dacă copilul se află în evidență la alergolog, reumatolog sau endocrinolog. Este necesar de a preciza și anamneza familială. O informație amplă despre toate aceste momente permite selectarea unei metode adecvate de anestezie, iar aceasta ar exclude riscul unor complicații.

Clasificarea anesteziilor:

I. Anestezia locală (injectabilă, neinjectabilă).

1. Injectabilă:

- a) Infiltrativă;
- b) tronculară;
- c) intraosoasă;
- d) intrapapilară.

2. Neinjectabilă:

- a) topică;
- b) fizică;
- c) chimică.

II. Anestezia generală (inhalatorie, intravenoasă, intramusculară).

III. Medicație sedativă.

IV. Combinate.

Anestezia locală este metoda de elecție în asistența medicală stomatologică în condiții de ambulatoriu. Sarcinile de bază ale acestui tip de anestezie sunt:

1. asigurarea unei anestezii adecvate în timpul intervențiilor chirurgicale stomatologice;
2. asigurarea unui comportament liniștit al copilului, iar acesta, la rândul său, asigură acordarea unui tratament eficient;
3. comportamentul liniștit al copilului asigură profilaxia complicațiilor imediate și la distanță.

În estimarea securității anestezicului se ia în considerare viteza metabolismului și eliminarea acestuia din organism, dar și existența vasoconstrictorului și concentrația acestuia în soluție. Trebuie să se țină cont de faptul că la copiii cu vârsta până la 5 ani predomină tonusul sistemului nervos simpatic, din această cauză soluția anestezică cu vasoconstrictor provoacă tahicardie, creșterea tensiunii arteriale, spasmul vaselor organelor cavității abdominale și ale dermei, în consecință – apare tremorul, paliditatea, transpirația rece și chiar leșinul. La copiii mai mari aceste reacții sunt slab exprimate, dar asta nu înseamnă, că la ei s-ar putea folosi anestezice cu o concentrație mare de vasoconstrictori.

Indiferent de vârsta copilului, părinții trebuie să aibă la mână rezultatele testului alergologic, extrasul din fișa de ambulatoriu a copilului și concluzia medicului pediatru.

În majoritatea cazurilor, înainte de a aplica anestezia, cu scopul de a preveni reacția negativă a copilului față de seringă, se recomandă aplicarea unei soluții sau a unui gel special analgezic pe mucoasă, unde urmează să fie injectat anestezicul. Această metodă este una din cele mai simple și inofensive. Cu această anestezie aplicativă pot fi extrași dinții temporari de gradul IV de mobilitate.

Porozitatea țesutului osos al copilului determinată de prezența mugurilor dentari permanenți, canalelor Hawers largi, cât și cantitatea mare a substanțelor organice în raport cu cele neorganice, contribuie la difuzia rapidă și profundă a soluției anestezice, formând un depou local de anestezic. Iată de ce anestezia prin infiltrația părților moi se folosește pe larg la copii și nu numai pentru extracția dinților de pe maxilarul superior, ci și de pe mandibulă. Cu înaintarea în vârstă, densitatea osului crește, ceea ce face anestezia infiltrativă inefficientă. Pentru extracția dinților cu multe rădăcini, în special, de pe mandibulă, se folosește metoda tronculară de anestezie.

Pentru a realiza anestezia locală injectabilă cu succes la copii este necesar de a respecta câteva principii: a) seringă cu anestezic va fi ascunsă de ochii copilului; b) capul și mâinile vor fi fixate lejer, dar ferm; d) acele la seringă vor fi scurte și subțiri (G35); e) dozarea anestezicului corectă în raport cu vârsta și greutatea copilului.

Toate soluțiile analgezice se împart în două grupuri: eteri și amide. Din grupul anestezicelor eterice fac parte: Anestezina, Novocaina, Dicaina. Din grupul amidelor fac parte: Lidocaina (Xicaina), Mepivacaina, Articaina ș.a.

Este cunoscut faptul că gradul de răspândire a anestezicului în organismul uman și gradul posibil de toxicitate depind de lipofilie și de capacitatea preparatului de a face legătura cu proteinele. Cu cât mai bună este această legătură, cu atât țesuturile se îmbibă mai puțin și scade toxicitatea preparatului. Datele bibliografice arată, că Novocaina

are o capacitate de legătură cu proteinele de 10%, Lidocaina – de 64%, Mepivacaina – de 77%, Articaina – de 95% și Bupivacaina – de 95%.

Novocaina se dizolvă slab în lipide, ceea ce explică activitatea slabă și toxicitatea înaltă. După activitate și viteza instalării efectului, Lidocaina este superioară față de Novocaină. În același timp, lipofilia înaltă a Lidocainei contribuie la o răspândire mai puternică a preparatului, fapt ce majorează toxicitatea lui comparativ cu toxicitatea Novocainei.

Mepivacaina și Bupivacaina manifestă o toxicitate egală cu cea a Lidocainei, toxicitatea Articainei este mai înaltă decât a Novocainei, dar mai joasă decât a Lidocainei, a Mepivacainei și Bupivacainei. Dacă am puncta toxicitatea Novocainei cu 1, atunci am obține următoarea scară: Novocaina – 1; Lidocaina, Mepivacaina și Bupivacaina – 2; Articaina – 1,5.

Se ajunge la concluzia, că cea mai puțin toxică pare a fi Articaina (Articaina, Septanest, Ubistesinul, Ultracaina), din care cauză în practica tratamentului stomatologic la copii Mepivacaina și Articaina sunt recomandate cu preponderență.

Este foarte important și conținutul vasoconstrictorului Adrenalina în componența anestezicului. Mai puțin periculoase sunt preparatele cu un conținut mic de Adrenalină 1:200000, dar chiar și o astfel de concentrație provoacă efecte adverse. Preferință li se dă preparatelor cu concentrație minimală de vasoconstrictor, cum ar fi: 1. Ubistesinul fără vasoconstrictor, Ultracaina D; 2. din Mepivacaine: Scandonest 3% și Mepivastezină 3%.

Totodată, trebuie menționat faptul că lipsa vasoconstrictorului micșorează termenul de acțiune a preparatului și, respectiv, durata intervenției chirurgicale.

Selectarea unei sau altei metode de anestezie depinde de vârsta copilului, starea lui psihoemoțională, de durata și gradul de traumatizare a intervenției, de caracterul reacțiilor alergice. Medicii au posibilitatea de a alege orice metodă de anestezie, dar în unele situații speciale cel mai corect este să se recurgă la anestezie generală.

Anestezia generală în condiții de ambulatoriu prezintă un risc sporit. Pentru siguranța copilului este necesară o culegere minuțioasă a anamnezei și raportarea datelor din anamneză cu datele obiective din investigația clinică. Pentru anestezia generală în condiții de ambulatoriu este necesar de a respecta câteva cerințe: a) introducerea în anestezie generală trebuie să fie de scurtă durată și lentă; b) să acționeze superficial asupra funcției organelor și sistemelor; c) trezirea să fie rapidă și liniștită; d) acțiunea preparatelor anestezice să fie de scurtă durată și să nu modifice semnificativ comportamentul copilului; e) după tratamentul stomatologic chirurgical sub protecție de anestezie generală copilul trebuie să părăsească încăperea în stare activă și cu cunoștința clară; f) tratamentul stomatologic chirurgical va fi de scurtă durată, cu minime pierderi de sânge și traume neînsemnate.

Înainte de intervenția chirurgicală planificată cu anestezie generală copilul trebuie supus unui examen medical complet. Examenul trebuie să includă:

1. electrocardiograma și concluzia pediatrului despre starea sănătății copilului și maladiile suportate;
2. analiza generală a sângelui și a urinei, trombocitele și coagulograma;
3. grupa de sânge și Rhesus-factorul;
4. analiza biochimică a sângelui;
5. consultația specialiștilor în caz de maladii asociate.

Indicațiile pentru anestezia generală la copii

1. copii cu vârsta sub 3 ani;
2. copii cu excitabilitate psihoemoțională exagerată;
3. dereglări organice ale sistemului nervos central; sindroame psihoorganice;
4. maladii somatice asociate ale organelor și sistemelor de organe în stadiu de compensare (ASA 1, ASA 2);
5. intoleranță la preparate sau alergie polivalentă;

6. anestezia locală nu poate asigura anestezia pe parcursul intervențiilor chirurgicale;
7. reflex exagerat de vomă;
8. la solicitarea părinților.

Asanarea cavității orale sub anestezie generală este o variantă, dar ea nu este obligatorie și nici unica. Un avantaj al acestui tip de tratament este posibilitatea de a efectua un volum mare de lucru. Dezavantajul anesteziei generale este faptul că copilul se află sub acțiunea mai multor medicamente.

Contraindicații relative pentru anestezia generală la copii

1. maladii infecțioase acute ale căilor respiratorii superioare sau acutizarea formelor cronice;
2. maladii acute ale organelor parenchimoase sau acutizarea formelor cronice;
3. boli somatice asociate ale organelor și sistemelor de organe în faza de decompensare;
4. respirație nazală dificilă (pentru anestezie nazofaringeală);
5. stomatite acute de diverse etiologii;
6. maladii care necesită consultații ale specialiștilor (hipertrofia timusului, rahitism, diateză hemoragică, diabet zaharat decompensat).

Aceste contraindicații pot fi reduse în caz de extremă urgență, în aceste situații copilul trebuie pregătit pentru anestezie generală în mod special.

În caz de acutizare a bolii asociate, asistența stomatologică de urgență se va efectua de către medicul stomatolog în spitalul de profil.

CAPITOLUL 3. Particularitățile anatomo-fiziologice ale dentiției temporare. Termenele de erupție

Fiecare medic-stomatolog pediatru trebuie să cunoască perioadele de dezvoltare și formare a ocluziei dentare, particularitățile anatomice ale dinților temporari și celor permanenți pentru a-și îndeplini obligațiile profesionale competent.

Perioadele și etapele formării ocluziei dentare

În literatura de specialitate sunt date mai multe interpretări ale perioadelor de formare a ocluziei. În întregul proces de formare a aparatului dento-maxilar se deosebesc 4 perioade a câte 6 ani, care la rândul lor se împart în perioade de timp mai scurte și în etape de formare a ocluziei [4, 5, 7].

perioada I – de 6 ani

1. Perioada de nou-născut – de la naștere până la erupția primei perechi de dinți – 0,6 ani.
2. Perioada dentiției temporare – 0,6 - 4,5-6 ani.
 - etapa de formare a dentiției temporare de la 0,6 ani la 2,5-3 ani.
 - etapa dentiției temporare formate de la 2,5-3 ani până la 4,5 și 6 ani.

perioada II – de 6 ani

3. Perioada dentiției mixte – 6-12 ani:
 - etapa dentiției mixte precoce (6-9 ani);
 - etapa dentiției mixte tardive (10-12 ani).

În dentiția permanentă se deosebesc 2 perioade a câte 6 ani – III și IV.

perioada III – de 6 ani

4. Perioada dentiției permanente – 12-18 ani:
 - etapa formării dentiției permanente – 12-18 ani.

perioada IV – de 6 ani

5. Perioada dentiției permanente – de la 18 ani:
 - etapa intermediară a formării dentiției permanente – 18-24 de ani;
 - etapa dentiției permanente formate – de la 25 de ani.

În perioada dentiției temporare, care durează de la 0,6 la 4,5 și 6 ani, deosebit 2 etape: etapa dentiției temporare în proces de formare și etapa dentiției temporare formate. În urma observărilor clinice s-a constatat, că în aceste perioade majoritatea vizitelor copiilor la stomatolog poartă un caracter profilactic, pentru că anume în această perioadă copiii sunt înscriși la grădiniță. Medicii stomatologi, care efectuează examenele profilactice, trebuie să știe, că la vârsta de 2,5-3 ani trebuie să erupă 20 de dinți. Termenele și consecutivitatea erupției dinților sunt prezentate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Termenele medii de erupție, consecutivitatea erupției și începutul resorbției rădăcinilor în dentiția temporară (conform datelor literaturii de specialitate)

N dintelui	Consecutivitatea erupției	Termenele erupției (anul)	Începutul resorbției rădăcinii (anul)
I	1	0,6-0,8	4-5
II	2	0,8-1,0	5-6
III	4	1,5-2	7-8
IV	3	1-1,5	6-8
V	5	2-3	7-8

În practica clinică unii autori indică atât termene mai precoce (0,4-2 ani), cât și mai tardive (0,8–3,5-4 ani) de erupție a dinților temporari. În general, se consideră, că o erupție mai devreme de 0,4 ani și mai târzie de 1 an trebuie recunoscută ca erupție precoce și, respectiv, tardivă.

În unele cazuri, pentru a asigura un examen amplu și exact cu înregistrarea datelor, în dosarele medicale apare necesitatea unui diagnostic suplimentar – roentgenografic.

În perioada dentiției mixte, care durează în medie de la 6 la 12 ani, se deosebesc 2 etape: etapa dentiției temporare precoce și etapa dentiției temporare tardive. S-a constatat, că în aceste perioade se înregistrează cele mai multe vizite la stomatolog. Scopul acestor vizite îl constituie extracția dinților conform indicațiilor terapeutice, ortodontice sau pentru diverse intervenții chirurgicale.

La copiii fără tulburări în dezvoltarea sistemului dento-maxilar procesele de erupție a dinților permanenți și de resorbție radiculară a dinților temporari decurg fără abateri atât în sensul de scurtare a termenelor, cât și de întârziere a acestora. S-a constatat, că o resorbție radiculară precoce se întâmplă în caz de tratament efectuat prealabil pentru pulpită sau periodontită a dinților respectivi. Întârzierea resorbției radiculare a dinților temporari se datorează obturațiilor prezente în canalele radiculare sau distopiei dinților permanenți. Pentru a diagnostica și a înregistra corect datele obiective în dosarele medicale, medicul stomatolog trebuie să cunoască consecutivitatea și termenele erupției dinților permanenți (vezi *tabelul 2*).

În caz de necesitate se vor efectua examene diagnostice suplimentare, cum ar fi imaginea radiografică.

Tabelul 2

Termenele medii de erupție, consecutivitatea erupției și începutul formării rădăcinii dinților permanenți (date din literatura de specialitate)

N dintelui	Consecutivitatea erupției	Termenele erupției dinților (ani)	Începutul formării rădăcinii (ani)
6	1	6	10
1	2	6-8	10
2	3	8-9	10
3	5	10-11	13
4	4	9-10	12
5	6	11-12	12
7	7	12-13	15

În perioada dentiției permanente, care începe în medie de la 12 ani, deosebim 3 etape: etapa dentiției permanente în formare; etapa dentiției permanente intermediare și etapa dentiției permanente formate.

Perioada formării dentiției permanente începe la 6 ani, când erupe primul molar permanent. Pentru a evita o confuzie menționăm, că clinic dentiția mixtă se termină când cade ultimul dinte temporar, ceea ce, de regulă, coincide cu erupția molarului al doilea permanent (12-13 ani).

Anume atunci începe perioada dentiției permanente în formare. Perioada erupției molarului al treilea permanent este calificată ca etapa dentiției ocluziei permanente (18-24 de ani).

Deosebirile dintre dinții temporari și permanenți.

Caracteristica anatomo-clinică a dinților temporari superiori Incisivii

Suprafața anterioară a incisivilor este mai bombată (proeminentă). Pe suprafața palatinală lipsesc șanțurile. Semnul unghiului este accentuat. Bureletele smalțului incisivului lateral este slab exprimat, cel al incisivului central – din contră, este mai proeminent. Rădăcinile incisivilor centrali sunt largi, iar apexurile adeseori sunt înclinate spre partea vestibulară.

Caninii

Coroana caninului temporar este mai mică și mai scurtă decât cea a caninului permanent, are formă romboidă și suprafața bombată. Are vârful ascuțit, pe suprafața palatinală se observă un tubercul proeminent. Rădăcina are formă triunghiulară.

Primii molari

Coroana primului molar temporar superior după formă se aseamănă cu primul molar permanent, este alungită în direcție medial-distală. Pe suprafața masticatorie are 2 tuberculi, dintre care cel buco-medial este mai înalt. Semnul unghiului este bine exprimat. Suprafața palatinală este mai bombată. Pe suprafața bucală se observă 2 șanțulețe. Acest dinte are, de regulă, două rădăcini, dar poate avea și trei, larg amplasate. Apexurile se văd ca neformate, cu orificiile apicale largi.

Molarul al doilea

Coroana molarului al doilea superior este asemănătoare cu coroana molarului întâi permanent, dar este mult mai mică, coletul dentar nu este exprimat și are formă rotundă. Pe suprafața palatinală se observă un tubercul suplimentar. Semnul unghiului este slab exprimat. Dintele are 3 rădăcini, amplasate larg, ceea ce creează probleme la extracția lui. Rădăcinile palatinale și buco-distale pot fi concrescute. Apexurile apar ca neformate, cu orificii apicale largi.

Particularitățile anatomo-clinice ale dinților temporari inferiori

Incisivii

Coroanele sunt mai mici, aplatizate, cu o înclinare neînsemnată în direcția vestibulară. Suprafața vestibulară este mai bombată. Burelețele smalțului pe suprafața linguală este slab exprimat.

Caninii

Coroana caninului inferior este îngustă. Rădăcina este aplatizată, rotundă, cu apexul ușor înclinat.

Primii molari

Coroana primului molar inferior este întinsă în direcție medio-distală. Tuberculii de pe suprafața masticatorie sunt proeminenți, iar coletul nu este exprimat. Au două rădăcini (proximală și mediană), fiecare din ele conține un singur canal. Canalul radicular median este mai larg în raport cu cel proximal.

Molarul al doilea.

Coroana molarului doi este mai mare ca a primului și apare în formă de pătrat. Coletul dintelui este mai exprimat decât primul molar. Pe suprafața vestibulară a coroanei se observă un șanț, care împarte coroana în două părți inegale: medial – mai mare și distal – mai mică. Molarul doi are două rădăcini (proximală și mediană). Rădăcina proximală conține un canal larg, iar cea mediană conține două canale mai înguste. Orificiile apicale comunică larg cu osul mandibulei.

Rizaliza radiculară a dinților temporari

Pentru specialiștii stomatologi este foarte important să cunoască particularitățile rizalizei radiculare a dinților temporari. Rizaliza începe din zona cea mai apropiată de mugurele dintelui permanent.

Mugurii incisivilor permanenți sunt amplasați oral față de rădăcinile dinților temporari, de aceea rizaliza începe din direcție orală. Mugurii caninului permanent, ca și cei ai incisivilor, sunt amplasați oral, dar rizaliza merge direct pe centru.

Mugurii premolarilor permanenți sunt situați între rădăcinile molarilor temporari, rizaliza începe din partea interioară a rădăcinilor.

Rizaliza radiculară a dinților temporari este neregulată și determinată de corelația rădăcinii dintelui temporar și mugurele dintelui permanent. Poziția mugurelui permanent se instalează în perioada de formare a lui și se schimbă pe parcursul dezvoltării sub acțiunea factorilor de creștere, malformațiilor congenitale, leziunilor tumorale, anomaliilor de dezvoltare a sistemului dentar, tipului craniofacial etc.

După datele T.V.Vinogradova [7] se deosebesc trei forme de rizaliză radiculară fiziologică în sistemul dentomaxilar fără patologii.

Prima formă (echivalentă) se caracterizează prin rizaliza radiculară uniformă a dinților temporari, care începe la nivel de apex, se dezvoltă pe verticală micșorând treptat rădăcina în lungime. Rizaliza radiculară este accentuată la nivel de rădăcină în comparație cu regiunea bifurcației dinților temporari (*figura 1*).

Forma a doua (verticală): paralel cu rizaliza parțială, la nivel de rădăcini și bifurcație, predomină rizaliza unei singure rădăcini, care este poziționată la mugurele dentar. Rădăcinile vestibulare, mai cu seamă cea distală a molarului superior și rădăcina proximală a molarului inferior, sunt supuse acestei forme de rizaliză radiculară (*figura 2*).

Forma a treia (orizontală) se caracterizează prin predominarea rizalizei radiculare la nivel de bifurcație a dintelui temporar. În această formă, de cele mai dese ori este păstrată structura morfologică în porțiunea apicală a rădăcinii. La nivel de bifurcație procesul de resorbție este atât de pronunțat, încât mugurele dintelui permanent comunică cu cavitatea dintelui temporar (*figura 3*).

Rizaliza dinților monoradiculari apare mai frecvent după prima formă. Deseori predomină rizaliza radiculară din partea orală pentru incisivii inferiori și din direcția mediană pentru caninii inferiori.

Rizaliza patologică cel mai frecvent este cauzată de infecțiile cronice periapicale, dar și de anomaliile de dezvoltare congenitală și dobândite sau leziunile tumorale. Infecțiile periapicale se întind spre mugurele dintelui permanent, producând resorbția osului acoperitor. Ca rezultat, se observă eruperea precoce a dintelui permanent.

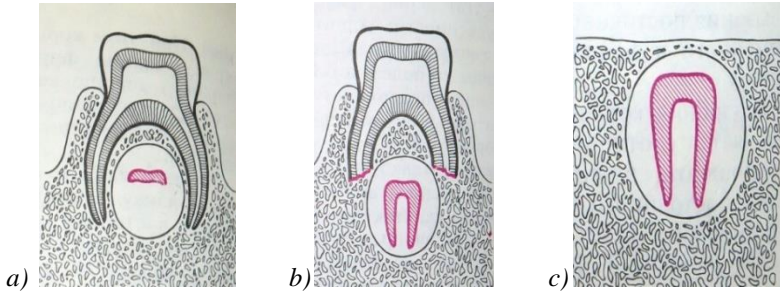


Figura 1. Rizaliza echivalentă: a) poziția inițială a dintelui permanent; b) poziția dintelui la momentul rizalizei; c) dintele în erupție [7].

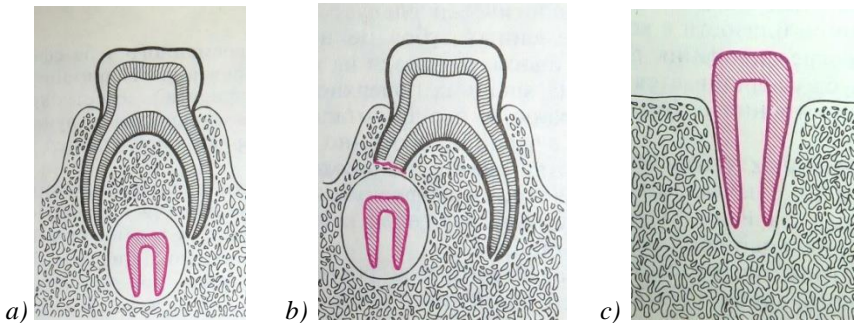


Figura 2. Rizaliza radiculară verticală: a) poziția inițială a dintelui permanent; b) poziția dintelui la momentul resorbției; c) dintele în erupție [7].

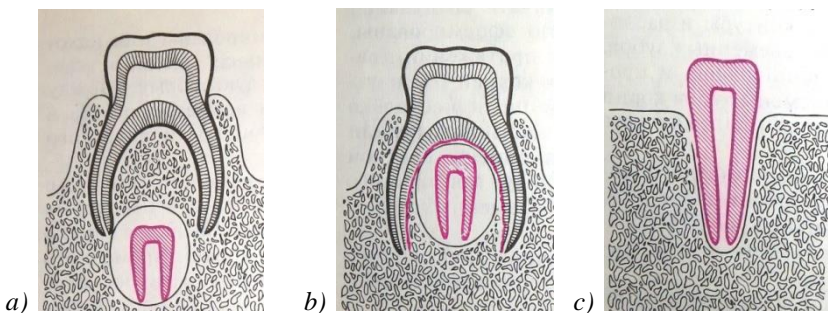


Figura 3. Rizaliza radiculară orizontală: a) poziția inițială a dintelui permanent; b) poziția dintelui la momentul rizalizei; c) poziția dintelui permanent după erupție [7].



Figura 4. Rizaliza radiculară verticală.

Extracția dinților cu rizaliză radiculară uniformă nu prezintă probleme. Pot apărea probleme în timpul și după extracția dentară în cazurile de rizaliză radiculară verticală și orizontală din cauză că rădăcina fără rizaliză permite o implantare fermă în apofiza alveolară, pe când mugurele dentar se află la nivelul de erupție.

CAPITOLUL 4. Operația extracției dentare

Operații de extracție a dinților se efectuează la copii de orice vârstă, la diferite etape de formare și rizaliză radiculară a dinților temporari, de formare a rădăcinilor dinților permanenți, inclusiv a dinților cu creștere finalizată. Extracția dentară la copii se efectuează în condiții de ambulatoriu sau în condiții de staționar, care se determină în funcție de comportamentul copilului, starea de sănătate după organe și sisteme de organe și existența factorilor de risc.

Gradul de sănătate se apreciază după sistemul de 5 nivele (respectiv, grupe) pentru fiecare pacient.

Grupa întâi: include copiii sănătoși cu o stare de dezvoltare fizică și psihoemoțională armonioasă, fără defecte anatomice, funcționale și morfologice.

Grupa a doua: a) lipsesc patologiile cronice, dar sunt prezente dereglările funcționale și morfologice; b) sunt prezente consecințele bolilor infecțioase care au avut o evoluție gravă; c) retard fizic în lipsa bolilor endocrine (înălțimea joasă, dezvoltarea biologică întârziată), greutate mică sau obezitate; d) infecții ale căilor respiratorii frecvente și îndelungate; e) defecte fizice dobândite posttraumatice cu păstrarea funcției din partea organelor și sistemelor de organe.

Grupa a treia: a) copiii cu afecțiuni cronice la etape de remisiune cu exacerbări rare, păstrarea funcțiilor din partea organelor și sistemelor de organe și lipsa complicațiilor patologiei principale; b) defecte fizice dobândite posttraumatice cu condiția de păstrare compensatorie a funcției organelor și sistemelor de organe în așa mod, încât să nu limiteze activitatea fizică și intelectuală.

Grupa a patra: include copiii cu patologii cronice la etape active de evoluție, cu remisiuni nestabile, exacerbări frecvente, cu păstrarea funcției organelor și sistemelor sau cu compensare insuficientă funcțională – cu boli cronice în stadii de remisiune, cu dereglări funcționale din partea organelor și sistemelor de organe care necesită tratamente de menținere. Copiii cu deficiențe fizice ca rezultat al traumatismelor, in-

stabilitate funcțională din partea organelor și sistemelor de organe care cauzează activități fizice și intelectuale limitate.

Grupa a cincea: include copii cu maladii cronice severe cu remisiuni rare, exacerbări frecvente, cu recidive constante, dereglări de funcții accentuate decompensate ale organelor și sistemelor de organe, prezența complicațiilor care necesită tratament constant; copii cu retard fizic ca rezultat al traumatismelor, care sunt cauzele dereglărilor funcționale severe, și cu nevoi speciale de îngrijire care conduc la limitări accentuate de activitate fizică și intelectuală.

La copii cu gradul III, IV, V de sănătate intervențiile de extracție dentară sunt indicate în condiții de spital. În caz de boli somatice, operația de extracție a dinților la copii se va efectua ținând cont de grupa de sănătate și de recomandările specialiștilor sau cu implicarea directă a acestora. De exemplu, în caz de maladii oncologice, operațiile trebuie efectuate după consultația oncologului, iar în maladii hematologice intervenția chirurgicală se va face doar în staționar (de preferință, în instituții specializate) pe fundalul unei pregătiri prealabile, efectuate de hematologi.

Indicații pentru operația de extracție a unui dinte sau a unui grup de dinți

Indicațiile de extracție dentară pot fi divizate în două categorii: absolute și relative. Cele relative se referă la dinții primari la etapa de formare radiculară, la etapa de rizaliză fiziologică radiculară și la cele cu rizaliză patologică.

– Indicații absolute

În condiții de ambulatoriu pot fi extrași:

1. Dinții temporari sănătoși și tratați în prealabil pot fi extrași în perioada schimbului fiziologic, când rizaliza rădăcinilor atinge 1/2 din lungimea rădăcinii și la gradul III de mobilitate a dinților.
2. Dinții temporari cu întârzierea rizalizei rădăcinilor în perioada schimbului fiziologic.

3. Dinții tratați sau cariati cu periodontită cronică în faza de acutizare, care pot provoca procese inflamatorii cu alterarea stării generale (*Anexa 2. Figura 1*).

- a) Avulsii dentare ale dinților temporari.
 - b) Luxații în axul dintelui (cu intruzie) cu rădăcinile formate.
 - c) Fractură longitudinală sau fractură coronoradiculară, care nu poate fi tratată conservator.
4. Dinții temporari cu necroză pulpară cronică:
- a) când până la schimbul fiziologic au mai rămas 2 ani;
 - b) prezența afecțiunilor contagioase sau alergice;
 - c) prezența a două sau mai multe exacerbări;
 - d) dinții cu rizaliză radiculară ce depășește mai mult de 1/3 sau 1/4 din lungimea rădăcinii;
 - e) dinții cu rizaliză sau cu perforație la bifurcația radiculară;
 - f) dinții care sunt cauza resorbției corticalei la apexul dintelui primar și la nivelul mugurelui dentar;
 - g) dinții cu chisturi radiculare;
 - h) dinții care au provocat exacerbări în momentul tratamentului;
 - i) dinții care au provocat și mențin procese subacute sau cronice în nodulii limfatici regionali;
 - j) supurațiile cronice la bifurcația dintelui și mugurelui dentar;
 - k) dinții primari care după tratamentul endodontic vor prezenta radiologic destrucții periapicale, cu o tendință de a se răspândi spre mugurele dentar.

5. Dinții prelacali care prezintă dificultăți la alimentarea copilului (*Anexa 2. Figura 2*).

Indicații pentru extracție în condiții de staționar

1. Oricare dinți la copiii cu vârsta sub 3 ani.
2. În caz de traumatisme ale maxilarelor:
 - a) dinți temporari, amplasați în linia de fractură a maxilarelor și care pot fi o sursă de infecție;
 - b) oricare dinți, situați în linia de fractură, care nu permit reducerea fragmentelor în poziție pretraumatică.

3. Dinții la copii cu focare infecțioase specifice.
4. Dinții care prezintă o sursă de procese inflamatorii și complicațiile acestora (periostite, osteomielite).
5. Foliculii dinților permanenți sau temporari, care se află în zona procesului inflamator odontogen sau apar cu semne clinice de sechestre.
6. Foliculii dinților permanenți, dacă aceștia au avut de suferit din cauza luxației dinților temporari.
7. Dinții copiilor cu maladii somatice în stadiul de compensare și/sau decompensare.
8. Dinții copiilor cu maladii ale sistemului hematogen.
9. Dinții copiilor bolnavi de cancer.
10. Dinții copiilor cu patologii ale sistemului nervos central.
11. Dinții copiilor cu sindrom psihoorganic sau alte boli psihice în stadiul de acutizare.
12. Dinții afectați la copiii din grupa de sănătate III, IV, V.

Indicații de extracție dentare ale dinților permanenți

1. Dinții permanenți cu avulsie, dacă reimplantarea nu asigură condiții de ancorare.
2. Oricare dinți care prezintă deplasări importante în cavități sau în părțile moi.
3. Dinții supranumerari, dinții în retenție sau în distopie, când nu pot fi supuși tratamentului ortodontic.
4. Foliculii dentari sechestrați.
5. Dinții cu anomalii congenitale și de dezvoltare (*Anexa 2. Figurile 4, 5, 6*).

Probleme specifice de extracție dentară la copii

Dinții nati și neonatali. Dinții prezenți la nou-născuți și dinții apăruiți în prima lună de viață se numesc nati și neonatali (prelactali). 5% din acești dinți sunt supranumerari. 85% din dinții prelactali sunt localizați la mandibulă, la nivelul incisivilor inferiori. Apar în pereche, simetric. Dinții nou-născuților, fiind cu displazii de smalț, iar rădăcinile nu sunt formate, prezintă mobilitate, din care cauză ei pot cădea de la

sine sau pot fi aspirați. Totodată, pot provoca gingivite sau eroziuni ale mucoasei, în special pe partea inferioară a limbii (boala Riga-Fede).

Mobilitatea marcată a dinților prelacali este o indicație de înlăturare a lor. De obicei, se recomandă înlăturarea acestora la 8-10 zile după nașterea copilului, pentru a preveni hemoragia cauzată de hiperprotrombinemie. Uneori marginile ascuțite ale dinților se șlefuiesc ușor (*Anexa 2. Figura 2*).

Extracția dinților cu avulsie. Problema nu constă doar în extracția acestor dinți, ci mai mult în replantarea acestor dinți temporari. În dentiția primară luxațiile incomplete și avulsiile sunt cele mai frecvente traumatisme. În literatura de specialitate nu există o părere unică în acest sens. Un moment-cheie în rezolvarea acestei probleme este gradul de formare a rădăcinii dintelui temporar și poziția lui față de foliculul dintelui permanent. Teoretic ar fi posibilă păstrarea unui astfel de dinte prin obturarea canalelor și replantarea lui, dar aceasta poate provoca un proces inflamator cu complicații, ce ar necesita în final extracția atât a dintelui temporar, cât și a foliculului dintelui permanent.

Extracția dinților temporari cu rădăcinile formate în caz de luxație incompletă. Dinții temporari luxați cu rădăcinile neformate pot fi supuși unei monitorizări pentru că, pe măsura formării rădăcinii, aceștia au capacitatea de reajustare de sine stătător, când fasciculusul neurovascular este neafectat.

Dacă însă, luxația a avut loc la dinții cu rădăcina formată, aceștia urmează să fie extrași, pentru că în aceste cazuri este traumatizat foliculul neurovascular și dintele nu poate reerupe.

În caz de periodontită, dinții temporari trebuie să fie extrași. De regulă, coroana unor astfel de dinți este distrusă într-un volum mai mare de 50%, cu pierderea aspectului anatomic și funcțional. Unii autori sunt de părerea, că dinții temporari trebuie păstrați cât mai mult timp, pentru a evita o eventuală deformare a arcadei dentare. Dar există și riscul, ca dinții cu necroză pulpară să devină o sursă de infecție, în urma căreia va avea de suferit foliculul dintelui permanent. Astfel, păstrarea dinților cu necroză pulpară cronică se va efectua în funcție de vârsta copilului și de

etapa de formare a rădăcinii. În cele mai dese cazuri se recomandă extracția lor urmată de recuperarea protetică. Se vor înlătura dinții temporari la care se prezintă exacerbări după tratamentul endodontic. De asemenea, se vor înlătura dinții temporari cu necroză pulpară periapicală în stare cronică, dar la care după tratamentul endodontic se manifestă extinderea procesului infecțios către mugurele dentar permanent. De obicei, el se poate observa pe imaginile radiografice. Excepție sunt doar dinții permanenți cu necroză pulpară, cu condiția tratamentului endodontic al acestor dinți.

În caz de periostite purulente, dinții temporari trebuie extrași în mod obligatoriu, iar cei permanenți doar în caz de pierderea valorii lor funcționale și anatomice.

În caz de osteomielite acute și cronice, dinții, care servesc ca o poartă de intrare a infecției, trebuie extrași în mod obligatoriu. Ca excepție, pot fi păstrați doar dinții permanenți cu o singură rădăcină, tratamentul conservator endodontic al cărora este eficient în 80% din cazuri (conform unor date bibliografice). Dacă tratamentul este inefficient, dinții trebuie extrași.

În situații de anchiloză a dinților primari se menționează fuziunea dinților de lapte la osul mandibular și lipsa ligamentelor periodontale.

Indicații relative pentru extracția dinților la copii

1. Indicații ortodontice cu scopul de a direcționa creșterea și dezvoltarea sistemului dento-maxilar, de a crea condiții optime pentru formarea unei ocluzii ortognatice.

2. Extracția dinților cu anomalii de dezvoltare (de formă, număr, poziție).

În scopuri ortodontice dinții pot fi extrași pentru normalizarea termenelor de erupție a dinților permanenți și în cazurile de rizaliză întârziată fiziologică a dinților temporari.

Tehnica extracției dinților temporari și permanenți

Etapile procesului de extracție a dinților permanenți și temporari nu se deosebesc principial, deși există particularități speciale. Pentru o extracție cu succes la copii există câteva momente importante care includ poziția chirurgului, poziția copilului, lumina.

1. În Clinica „Em. Coțaga” chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică se practică poziția culcată a copilului. (*Anexa 1*).

2. În extracțiile dentare la mandibulă poziția chirurgului e din partea capului și din dreapta copilului – în extracțiile dinților de pe maxilare.

3. Regula mâinii stângi are scopul de a proteja dinții adiacenți, de a îndepărta părțile moi, de a servi ca suport al mandibulei și al apofizei alveolare, de a stabiliza capul și cu efect tactil.

4. Instrumentarul este ascuns de ochii copilului în timpul manipulării.

5. Manipularea chirurgicală se efectuează în comun cu asistenta care are rolul de a asigura vizibilitatea câmpului operator, de a asigura absorbția salivei, protecția dinților adiacenți și a părților moi, fixarea capului, fixarea mandibulei, suport psihoemoțional.

Etapele intervenției de extracție a dinților temporari cu ajutorul cleștilor dentari

1. Separarea țesuturilor marginii gingivale. Această etapă deseori nu este folosită în special în cazurile de rizaliză a radixului pe mai mult de 1/3 din lungimea lui.

2. Avansarea cleștelui pe ecuatorul dintelui temporar.

Avansarea cleștelui trebuie efectuată lent și foarte atent, pe o adâncime pînă la coletul dentar, pentru a evita traumatizarea foliculului dintelui permanent.

3. Închiderea și fixarea cleștelui.

Cleștele trebuie fixat fără a aplica o forță prea mare, în urma căreia coroana ar putea fi strivită.

4. Cu mișcări lente se vor face mișcări rotative și de luxație (anterio-posterioare și vestibulo-linguale), pînă la eliberarea dintelui de ligamentul circular și de periodont.

Amplitudinea luxației trebuie să fie minimală și cu atenție maximă pentru a evita fracturarea rădăcinilor sau a peretelui extern al alveolei.

5. Extracția dintelui (scoaterea din alveolă).

După extracție este interzis chiuretajul alveolei pentru a evita traumatizarea foliculului dintelui permanent. Nu se recomandă nici compresia marginilor alveolei.

6. Locul extracției trebuie monitorizat până la formarea cheagului sangvin.

Cheagul nu se formează dacă în alveolă se vede suprafața superioară a dintelui permanent. În cazul în care copilul prezintă stări de neliniște, nu se permite de a aplica tifon pentru hemostază în scopul de profilaxie a asfixiei.

7. Sfaturi și recomandări pentru părinți.

Pentru extracția dinților temporari se folosesc clești din setul pentru copii, care nu permit deplasarea dintelui în profunzimea alveolei. Ei sunt după formă identici cu cei pentru adulți, dar de dimensiuni mai mici. În extracția dinților temporari nu se folosesc elevatoarele. În scopul înlăturării rădăcinilor dinților temporari se folosesc instrumente stomatologice (mai frecvent excavatoarele) și decolatoare osoase.

Etapele operației de extracție a dinților permanenți la copii cu ajutorul cleștilor

Instrumentele și tehnica de extracție a dinților permanenți la copii nu diferă de cele folosite la adulți. Se folosesc seturi obișnuite de clești pentru diverse grupuri de dinți, în special – drepte, în formă de S și în unghi.

1. Se separă ligamentul circular.
2. Se fixează cleștele pe dinte.
3. Se adâncesc bucelele cleștilor până la marginea crestei alveolare.
4. Se închid cleștii.
5. Se efectuează rotația și luxația.
6. Dintele se trage înapoi.
7. Se urmărește procesul de formare a cheagului.
8. Recomandări.

Etapetele extracției radiculare a dinților temporari

Elevatoarele nu sunt folosite în extracțiile radiculare la dinții primari. Se folosesc instrumentele stomatologice de tip excavator și variate forme de decolatoare osoase (*Anexa 3. Figura 1*). Etapele acestui tip de extracție au unele particularități.

1. Se separă țesuturile marginilor gingivale.
2. Se aplică un instrument cu ascuțiș subțire, dar ferm.

Dacă se extrage rădăcina multiradiculară în întregime, instrumentul se introduce cu partea concavă spre dintele care urmează a fi extras, iar cu cea convexă – spre dintele care va servi drept punct de sprijin.

Dacă se efectuează extracția rădăcinii monoradiculare, instrumentul se introduce între rădăcina, care urmează să fie extrasă, și peretele alveolar, astfel ca suprafața concavă să fie îndreptată spre rădăcină, iar cea convexă – spre peretele alveolar.

3. Luxația.

Apăsând pe mâner, instrumentul este împins spre interior cu mișcări rotative.

4. Se scoate rădăcina din interiorul alveolei dentare.
5. Se urmărește formarea cheagului în interiorul alveolei.
6. Sfaturi, recomandări și prescrierea unui tratament în caz de necesitate.

Complicații de ordin local, care pot apărea în timpul extracției sau după

1. Complicații în timpul extracției:
 - fractură radiculară, în special pentru tipul de rizaliză radiculară orizontală;
 - fracturarea sau luxația dintelui care se află în față sau în spatele dintelui, ce urmează să fie extras;
 - fracturarea dintelui antagonist;
 - fracturarea crestei alveolare;
 - luxația sau fracturarea mandibulei; fracturarea tuberculului maxilei;

- deteriorarea sau luxația foliculului dintelui permanent în momentul extracției dintelui temporar, în special pentru tipul de rizaliză radiculară orizontală sau verticală;
 - pătrunderea dintelui în cavitățile anatomice (sinusul maxilar, canalul mandibular) sau în țesuturile moi (planșeul bucal);
 - perforarea sinusului maxilar;
 - traumatizarea țesuturilor moi;
 - hemoragie;
 - alunecarea și asfixia dintelui de lapte extras.
2. Complicații postoperatorii:
- hemoragii;
 - procese inflamatorii (periostită, osteomielită);
 - nevralgii, parestezii, nevrite.

Concluzii

În încheierea recomandării metodice am dori să informăm tinerii specialiști despre faptul că în procesul de acordare a asistenței stomatologice copiilor nu trebuie să neglijăm unele reguli, consecutivitatea și succesiunea primirii pacienților pentru a evita efectuarea necalitativă a intervențiilor chirurgicale. O atitudine orgolioasă și neglijentă față de aceste reguli poate provoca situații complicate, care ar fi greu de rezolvat în condiții de ambulatoriu. O atenție deosebită ar trebui acordată cunoștințelor în anatomia și fiziologia sistemului dento-maxilar. Aceste cunoștințe au o importanță enormă pentru stabilirea diagnosticului corect clinic și diferențial, pentru tratamentul afecțiunilor și profilaxia complicațiilor. Înainte de a începe tratamentul chirurgical trebuie estimată starea generală a copilului în funcție de gradul de sănătate (ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV, ASA V), indiferent de vârsta acestuia, iar părinții trebuie informați despre volumul operației preconizate, despre riscul unor complicații, despre tactica medicală în perioada postoperatorie.

Teste și întrebări de control

Întrebări de control

1. Determinați indicațiile de extracție dentară a dinților de lapte cu procese cronice infecțioase periapicale.

2. Determinați indicațiile extracțiilor dinților de lapte, permanenți și mugurilor dentari în situațiile de osteomielită cronică odontogenă.

3. Determinați indicațiile de extracție dentară a dinților de lapte și permanenți în situațiile de traumatisme dentare.

4. Indicați complicațiile posibile în timpul extracției dentare a dinților de lapte și permanenți.

5. Indicați complicațiile posibile după extracția dinților de lapte și permanenți.

6. Indicați etapele de extracție dentară a dinților de lapte și a dinților permanenți.

7. Indicați planul de acțiune a copiilor după extracția dentară.

Teste pentru verificarea însușirii materiei predate

Alegeți un răspuns.

1. CS Care nivel de anxietate și de atitudine a copilului după scara lui Frankel nu există?

A. F1 – extrem de negativ;

B. F2 – negativ;

C. F3 – pozitiv;

D. F4 – productiv;

E. F5 – extrem de pozitiv.

2. CS În grupul de copii cu comportament negativ necontrolat (după E. Kiselev și A. Vaseanin) sunt incluși:

A. Copiii cu vârsta sub 3 ani;

B. Copiii cu retard în dezvoltarea fizică;

C. Copiii cu o stare psihoemoțională dificilă;

D. Copiii cu dereglări ale sistemului imun și/sau endocrin;

E. Copiii de vârstă școlară.

3. CS După extracția dintelui temporar se efectuează chiuretajul alveolei?
- A. Nu se efectuează;
 - B. Se efectuează întotdeauna;
 - C. Se efectuează în caz de extracție a dintelui cu o singură rădăcină;
 - D. Se efectuează în caz de extracție a dintelui cu mai multe rădăcini;
 - E. Se efectuează în dentiție mixtă.
4. CS De ce nu se recomandă de a chiureta alveola dentară după extracția dintelui temporar?
- A. Hemoragie;
 - B. Perforarea cavităților anatomice;
 - C. Traumatizarea fasciculului neurovascular;
 - D. Traumatizarea foliculului dintelui permanent;
 - E. Traumatizarea dintelui adiacent.
5. CS Asistența medicală stomatologică copiilor cu maladii asociate ale organelor și sistemelor de organe se efectuează în toate instituțiile medicale, înafară de:
- A. Policlinicile stomatologice de copii;
 - B. Policlinica stomatologică pediatrică;
 - C. Instituții medicale care acordă asistență medicală copiilor cu patologii somatice;
 - D. Cabinetele stomatologice din incinta școlii;
 - E. Instituțiile medico-sanitare publice.
6. CS Determinați corect consecutivitatea erupției dinților temporari:
- A. 12345;
 - B. 12435;
 - C. 12453;
 - D. 12354;
 - E. 12355.
7. CS Determinați corect consecutivitatea erupției dinților permanenți:
- A. 12345678;
 - B. 12435678;

- C. 61243578;
- D. 61234578;
- E. 65321478.

8. CS Termenul de erupție a primului dinte permanent:

- A. 6 luni;
- B. 1 an;
- C. 3 ani;
- D. 6 ani;
- E. 12 ani.

9. CS Din grupul de anestezice amide fac parte:

- A. Novocaina;
- B. Lidocaina;
- C. Articaina;
- D. Bupivacaina;
- E. Septonestul.

10. CS Găsiți anestezicul cel mai potrivit pentru copii după proprietățile lui farmacologice:

- A. Novocaina;
- B. Lidocaina;
- C. Articaina;
- D. Bupivacaina;
- E. Septonestul

Grila răspunsurilor corecte

1 – D	6 – B
2 – D	7 – C
3 – A	8 – D
4 – D	9 – A
5 – D	10 – C

Bibliografie

1. Railean S., Lupan I., Poștaru C., Bușmachiu I. *Curs practic de chirurgie orală și maxilo-facială pediatrică*, CEP „Medicina”, 2009, p. 323.
2. Gănuța N., Bucur A., Virlan C., Malița C., Ionița S., Petre A. *Urgențe în stomatologie și chirurgie oro-maxilo-facială*, 1999.
3. Arathi Rao. Principles and Practice of PEDODONTICS. 3rd edition, London, 2012, 508 p.
4. Goran Koch, Sven Poulsen, Ivar Espelid, Dorte Haubek. Pediatric Dentistry. A clinical approach. 3rd edition, 2017.
5. Jimmy R.Pinkham, Paul S.Casamassino, Dennis J.McTigue, Henry W.Fields, Arthur J.Nowak. Pediatric Dentistry, 2005, 723 p.
6. Stephen H.Y., Wei D.D.S. m.s. m.M.D.S. *Pediatric Dentistry total patient care*. Philadelphia, 1988.
7. Виноградова Т.Ф. *Стоматология детского возраста*. Москва, 1987.
8. Давыдова Б.Н. *Учебное пособие по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста*, Тверь, 2004.
9. Кабанова А.А., Кабанова С.А., Стельмаченок С.С. *Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста*. Учебно-методическое пособие. Рекомендовано Учебно-методическим объединением Республики Беларусь по медицинскому образованию 1-79 01 07 «стоматология» в качестве учебно-методического пособия для студентов высших учебных заведений. Витебск. 2013, 376 с.
10. Колесов А.А. *Стоматология детского возраста*, Москва, 1991, 461 стр.
11. Соловьев М.М., Игнатов Ю.Д. *Обезболивание при лечении и удалении зубов у детей*. «Медицина», 1985.
12. Степанов Г.В., Чигарина С.Е., Багдасарова О.А., Постников М.А., Попов С.А., Попов Н.В., Ульянова П.Г. *Стоматологическая диспансеризация*. Самара, 2019, 199 стр.
13. Топольницкого О.З., Гургенадзе А.П. *Детская челюстно-лицевая хирургия*, Руководство к практическим занятиям. Москва, 2020, 167 стр.

Etapele în tehnica de extracție dentară în condiții de pandemie





a) etapa de pregătire psihoemoțională; *b)* anestezie topică; *c)* predarea seringii medicului; *d)* fixarea lejeră a capului; *e)* anestezie infiltrativă; *f)* relaxare și colaborare; *g)* fixarea apofizei alveolare cu policele degetelor mare și arătător; *h)* operația de extracție dentară; *i)* hemostază.

Anexa 2

Indicații pentru extracții dentare

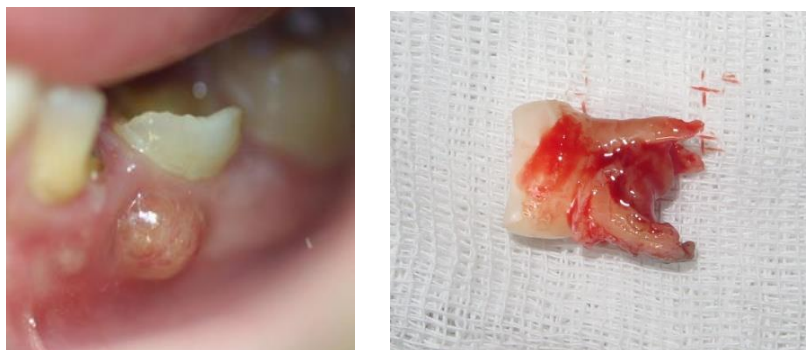


Figura 1. Necroză pulpară.

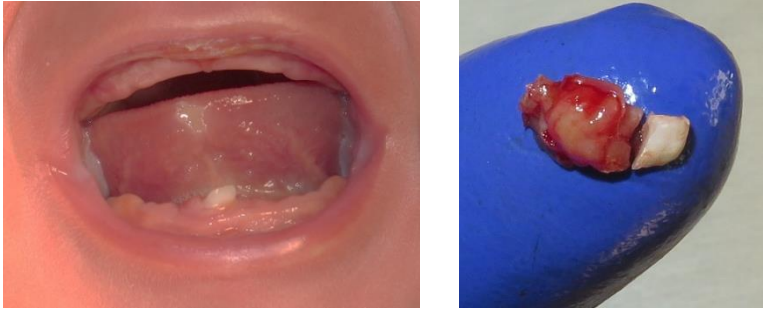


Figura 2. Dinte neonatal.

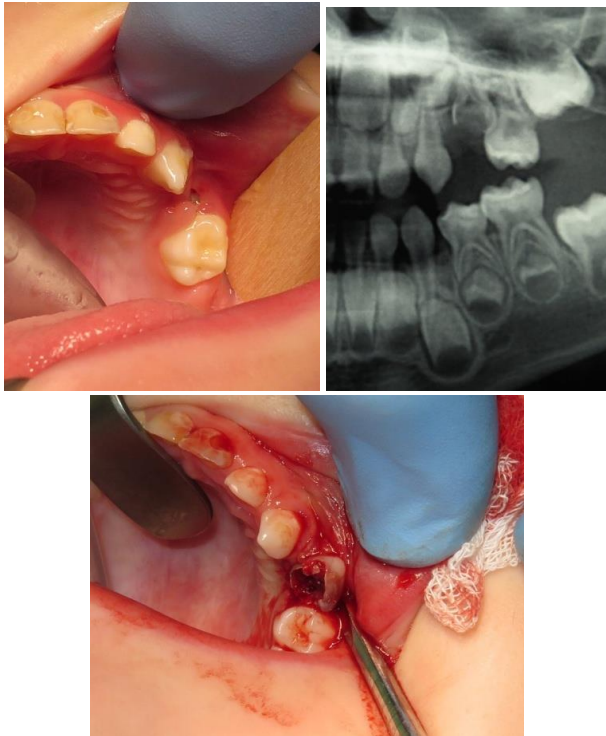


Figura 3. Anchiloza dintelui primar 64.



Figura 4. Anomalii de dezvoltare a dintelui permanent.

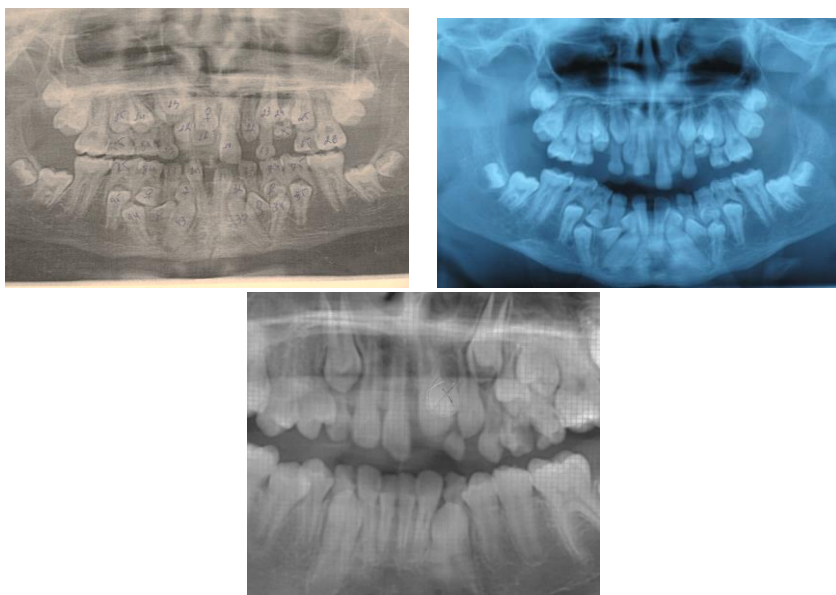


Figura 5. Dinți supranumerari.

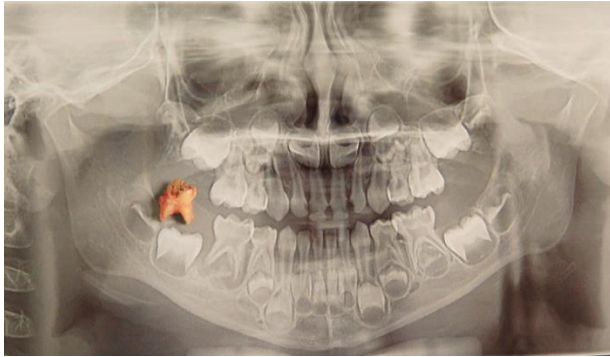


Figura 6. Mugurele dentar permanent 45 sechestrat.

Instrumentele chirurgicale folosite în extracțiunile dentare la copii



Figura 7. Set de instrumente pentru extracțiunea rădăcinilor dinților primari:

a) excavator stomatologic; b), c) decolatoare osoase.