



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Hemoragia postextractională dentară la adult**

**Protocol clinic national**

**PCN-233**

**Chișinău, 2020**

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 21.12.2020 proces verbal nr.4

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.1246 din 23.12.2020 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Hemoragia postextractională dentară la adult”

## CUPRINS

<b>SUMARUL RECOMANDĂRILOR</b>	3
<b>ABREVIERI ȘI NOTAȚII CONVENȚIONALE</b>	4
<b>PREFAȚĂ</b>	4
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b>	5
<b>A.1. Diagnosticul</b>	5
<b>A.2. Codul bolii</b>	5
<b>A.3. Utilizatorii</b>	5
<b>A.4. Obiectivele protocolului</b>	5
<b>A.5. Data elaborării protocolului</b>	5
<b>A.6. Data actualizării protocolului</b>	5
<b>A.7. Data revizuirii protocolului</b>	5
<b>A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</b>	6
<b>A.9. Definițiile folosite în document</b>	7
<b>A.10. Informație epidemiologică</b>	7
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b>	8
<b>B.1. Nivel de asistență medicală urgentă</b>	8
<b>B.2. Nivel consultativ specializat de ambulatoriu</b>	9
<b>B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească</b>	10
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ</b>	11
<b>C.1.1. Algoritmul de tratament al pacienților cu HPD</b>	11
<b>C.1.2. Algoritmul de profilaxie a HPD</b>	12
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b>	13
<b>C.2.1. Clasificarea HPD</b>	13
<b>C.2.2. Profilaxia HPD</b>	13
<b>C.2.3. Etiologia HPD</b>	15
<b>C.2.4. Conduita pacientului cu HPD</b>	16
<b>C.2.4.1. Anamneza</b>	16
<b>C.2.4.2. Examenul obiectiv</b>	16
<b>C.2.4.3. Investigațiile paraclinice</b>	17
<b>C.2.4.4. Criteriile de spitalizare</b>	18
<b>C.2.4.5. Tratamentul local al pacienților cu HPD</b>	18
<b>C.2.4.6. Tratamentul general al pacienților cu HPD</b>	19
<b>C.2.4.7. Criteriile de externare</b>	19
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL</b>	20
<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală urgentă</b>	20
<b>D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</b>	20
<b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească</b>	21
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b>	22
<b>ANEXE</b>	23
<b>Anexa 1. Chestionar de identificare a stării sistemului hemostatic</b>	23

<b>Anexa 2.</b> Algoritmul de conduită al pacienților aflați pe fondal de tratament antitrombotic	24
<b>Anexa 3.</b> Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii	25
<b>Anexa 4.</b> Ghidul pacientului cu HPD	27
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	28

## SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Hemoragia postextracțională dentară (HPD este hemoragia care continuă sau se declanșează din alveola dintelui extras, peste termenii fiziologici de formare a cheagului sangvin. Dintre toate complicațiile extracției dentare, ele constituie 15,9%. HPD, fiind uneori severe, pun în pericol viața pacientului, chiar în urma intervențiilor chirurgicale minore. Frecvența hemoragiilor la pacienții aflați pe fondal de AVK variază între 5-10%. Rata sângerărilor severe este 2,4-8,1%, iar a celor fatale – până la 4,8%.
- HPD apar datorită unor factori locali și/sau generali care, fie se opun formării cheagului, fie favorizează liza prematură a acestuia. În Republica Moldova, conform studiilor autohtone, analiza structurii patologiilor, ce au condiționat apariția HPD, evidențiază o predominare semnificativă a factorilor etiologici generali (79,5±4,7%) în comparație cu cei locali (20,5±4,7%) (p<0,001).
- Hemostaza locală poate fi asigurată prin următoarele modalități: tamponament compresiv supra- și/sau intraalveolar, aplicarea suturilor, utilizarea agenților hemostatici activi (trombina, adezivul fibrinic), utilizarea agenților hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină).
- Profilaxia HPD include: identificarea preextracțională a stării sistemului hemostatic, examen clinic minuțios, minimalizarea traumatismului operator asupra suportului osos și asupra țesuturilor moi, recomandări și îngrijiri postoperatorii adecvate (evitarea băilor abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, alimente dure, „sugerea” alveolei etc.).
- Pentru profilaxia HPD severe și accidentelor tromboembolice la pacienții aflați pe fondal de AVK (Acenocoumarolum, Warfarinum) recomandăm ca doza anticoagulantului să fie modificată în dependență de INR sub controlul în dinamică a coeficientului respectiv. Astfel, la pacienții, INR-ul cărora (preextracțional) este sub limitele diapazonului terapeutic (<2), pentru a preveni accidentele tromboembolice, doza anticoagulantului trebuie majorată până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice recomandate de către medicul de profil general. În cazul în care valoarea INR-lui este mai mare decât limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general, doza anticoagulantului va fi micșorată, iar extracția dentară temporizată. La pacienții, INR-ul cărora este în limitele terapeutice, doza medicației va fi menținută în aceleași limite.
- Obligatoriu de efectuat antibioticoprofilaxia endocarditei infecțioase la persoanele cu proteze valvulare, cu antecedente de endocardită infecțioasă, cu cardiopatii congenitale cianogene: doza unică cu 30-60 de minute preextracțional Amoxicillinum sau Ampicillinum 2.0 g p/o sau i/v. În caz de alergie la peniciline se va administra Clindamycinum 600 mg p/o sau i/v.

## ABREVIERI ȘI NOTAȚII CONVENȚIONALE

<b>ACON</b>	anticoagulante orale noi
<b>AMP</b>	asistență medicală primară
<b>AMU</b>	asistență medicală urgentă
<b>AVK</b>	antagoniști ai vitaminei K
<b>CF</b>	clasa funcțională
<b>COMF</b>	chirurgie oro-maxilo-facială
<b>HPD</b>	hemoragie postextracțională dentară
<b>i/m</b>	intramuscular
<b>i/v</b>	intravenos
<b>IC</b>	insuficiența cardiacă
<b>IMSP</b>	Instituția Medico-Sanitară Publică
<b>IMU</b>	Institutul de Medicină Urgentă
<b>INR</b>	International Normalized Ratio
<b>MSMPS</b>	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
<b>NYHA</b>	New York Heart Association
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>PCN</b>	Protocol clinic național
<b>RM</b>	Republica Moldova
<b>TA</b>	tensiunea arterială
<b>TAd</b>	tensiunea arterială diastolică
<b>TAs</b>	tensiunea arterială sistolică
<b>UI</b>	unități internaționale
<b>VSC</b>	volumul sângelui circulant

### PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat și actualizat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMPS RM), constituit din reprezentanți ai IMSP IMU și angajații catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan” din cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul clinic național a fost elaborat și actualizat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind hemoragiile postextracționale dentare și servește drept referință pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale, reieșind din posibilitățile reale ale fiecărei instituții medico-sanitare. La recomandarea MSMPS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. Diagnosticul.** Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Hemoragie postextractională dentară imediat prelungită din alveola dintelui 34 pe fondal de supradozare cu medicație anticoagulantă orală (acenocumarol). Cardiopatie valvulară reumatismală: protezarea valvei mitrale (2013). IC CF I NYHA, stadiul A.
2. Hemoragie postextractională dentară precoce din alveola dintelui 46 pe fondal de hipertensiune arterială de gradul II, risc adițional înalt. Cardiomiopatie dilatativă. Insuficiență mitrală moderată. IC CF II NYHA, stadiul B. Diabet zaharat de tip 2, compensat.
3. Hemoragie postextractională dentară tardivă din alveola dintelui 27 pe fondal de hepatită cronică virală C. Diabet zaharat de tip 1, decompensat.

### **A.2. Codul bolii: T81.0**

### **A.3. Utilizatorii:**

- prestatorii serviciilor medicale de asistență medicală urgentă (medici de urgență, asistenți medicali);
- serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU specializate de profil general, de felcer, AVIASAN);
- întreprinderile și instituțiile stomatologice republicane, municipale și raionale;
- centrele și cabinetele stomatologice private;
- secțiile de chirurgie din spitalele raionale (chirurghi stomatologi, asistenți medicali);
- secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul IMSP IMU (medici, asistenți medicali).

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

### **A.4. Obiectivele protocolului:**

1. A spori calitatea măsurilor profilactice ale HPD.
2. A îmbunătăți calitatea examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu HPD.
3. A ameliora eficacitatea asistenței medicale pacienților cu HPD.
4. A reduce rata de dezvoltare a accidentelor hemoragice severe și tromboembolice la pacienții aflați pe fondal de tratament antitrombotic supuși intervențiilor de chirurgie orală.
5. A unifica principiile de management al pacienților cu HPD la toate nivelurile de acordare a asistenței medicale.

### **A.5. Elaborat: 2015**

### **A.6. Actualizat: 2020**

### **A.7. Revizuire: 2025**

**A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

<b>Prenume, nume</b>	<b>Funcția deținută, instituția</b>
<b>Oleg Zănoagă</b>	dr. șt. med, conferențiar universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Nicolae Chele</b>	dr. hab. șt. med, conferențiar universitar, șef catedră, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Valentin Topalo</b>	dr. hab. șt. med, profesor universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Dumitru Șcerbatiuc</b>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, membru de onoare al AMȘ din Romania, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Mihai Cebotari</b>	șef secție de chirurgie OMF din cadrul IMSP IMU, asistent universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Dumitru Sîrbu</b>	dr. șt. med, conferențiar universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<b>Ilie Suharschi</b>	dr. șt. med, conferențiar universitar, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”.

**Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat**

<b>Denumirea instituției</b>	<b>Persoana responsabilă</b>
Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”	Nicolae Chele, d.h.ș.m., conferențiar univervitar, șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil Stomatologie	Nicolae Chele, d.h.ș.m., conferențiar univervitar, președinte
Catedra de medicină de laborator USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi, d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi, d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră
Catedra de medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin, d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Silvia Cibotari, director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Valentina Buliga, director general
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu, d.h.ș.m., profesor universitar, președinte

## **A.9. Definițiile folosite în document**

*Hemoragia postextractională dentară* reprezintă o complicație a tratamentului chirurgical și este hemoragia care continuă sau se declanșează din alveola dintelui extras, peste termenii fiziologici de formare a cheagului sangvin [11,13].

*Hemoragia imediată prelungită* este hemoragia care nu se oprește spontan după 5-20 de minute, ci continuă [5,11,13].

*Hemoragia precoce* este hemoragia care apare la câteva ore după extracție [5,11,13].

*Hemoragia tardivă* este hemoragia care apare la a 3-4 zi postextractional [5,11,13].

## **A.10. Informație epidemiologică**

Conform datelor din literatura de specialitate, HPD se întâlnesc de la 0,25 până la 5% dintre pacienți [38,39], iar dintre toate complicațiile extracției dentare, ele constituie 15,9%.

HPD apar datorită unor factori locali și/sau generali care, fie se opun formării cheagului, fie favorizează liza prematură a acestuia [5,11,13]. Unii autori sunt unanimi în opinia că cel mai frecvent rol în apariția HPD le revine factorilor locali, mai rar – celor generali [35,38,39]. Totuși, în Republica Moldova, conform studiilor autohtone [11], analiza structurii patologiilor, ce au condiționat apariția HPD, evidențiază o predominare semnificativă a factorilor etiologici generali ( $79,5 \pm 4,7\%$ ) în comparație cu cei locali ( $20,5 \pm 4,7\%$ ) ( $p < 0,001$ ).

HPD, fiind uneori severe, pun în pericol viața pacientului, chiar în urma intervențiilor chirurgicale minore [8,9,10,11,13]. Un risc major prezintă HPD de lungă durată, la prima vedere de intensitate nesemnificativă, deoarece peste un timp oarecare (de la câteva ore până la 1-2 zile) apare un pericol vital. Frecvența hemoragiilor la pacienții aflați pe fondal de AVK variază între 5-10% [4]. Rata sângerărilor severe este 2,4-8,1%, iar a celor fatale – 0-4,8% [4].

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
I. Diagnosticul HPD A.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>anamneza [casetă 6];</li> <li>examenul clinic [casetele 7,9];</li> <li>aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [casetă 8].</li> </ul>
II. Acordarea primului ajutor la locul solicitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>acordarea primului ajutor pacienților cu HPD are drept scop stoparea hemoragiei și prevenirea complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aplicarea pungii cu gheață pe regiunea afectată;</li> <li>aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12];</li> <li>la necesitate - tratament simptomatic (antihipertensiv etc);</li> <li>evaluarea criteriilor de spitalizare [casetă 10].</li> </ul>
III. Transportarea pacientului în secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau în serviciile Republicane specializate - secția de COMF a IMSP IMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>transportarea cât mai rapidă a pacientului la spital va micșora riscul de apariție a complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>transportarea pacientului la spital se va efectua prin intermediul ambulanțelor;</li> <li>în timpul transportării pacientului se va administra (după indicații): soluție <i>Calcii gluconas</i> de 10%-10 ml intravenos lent sau soluție <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml, de administrat intravenos sau intramuscular 2-4 ml sau soluție <i>Acidum ascorbicum</i> de 5%-5 ml, de administrat intravenos 2-4 ml.</li> </ul>



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

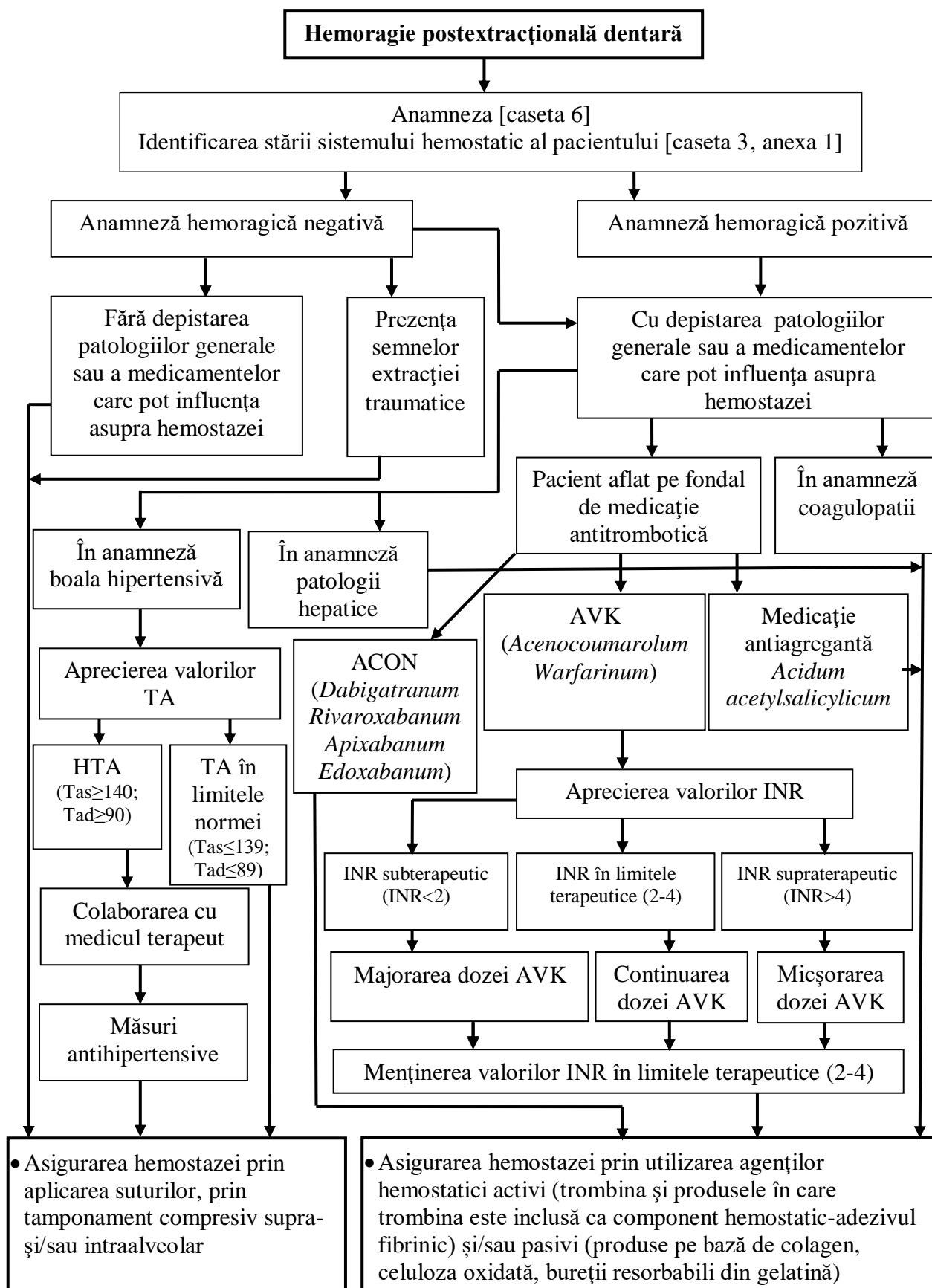
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
I. Profilaxia HPD C.2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPD pot fi prevenite printr-un șir de măsuri profilactice [caseta 2]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificarea preextractională a stării sistemului hemostatic [caseta 3, anexa 1]</li> <li>• examen clinic minuțios, fiind adaptat individual în funcție de afecțiunile generale și locale, de vârstă etc.;</li> <li>• minimalizarea traumatismului operator;</li> <li>• recomandări și îngrijiri postoperatorii adecvate (evitarea băilor abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, alimente dure, „sugerea” alveolei etc.).</li> </ul>
II. Diagnosticul HPD A.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamneza [caseta 6];</li> <li>• examenul clinic [casetele 7,9];</li> <li>• aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [caseta 8];</li> <li>• examenul paraclinic [tabelul 1];</li> <li>• la necesitate consultul medicilor de profil general (terapeut, cardiolog, hematolog, geriatru).</li> </ul>
III. Selectarea metodei optimale de tratament, localul (staționar sau ambulatoriu).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alegerea metodei optimale de tratament reduce riscul de apariție a complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alegerea metodei de tratament depinde de factorul etiologic implicat în apariția HPD (C.1.1);</li> <li>• evaluarea criteriilor de spitalizare [caseta 10];</li> <li>• transportarea pacientului în secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau în secția de COMF a IMSP IMU.</li> </ul>
IV. Tratamentul definitiv.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamentul definitiv se va efectua în condiții de ambulator pacienților care nu corespund criteriilor de spitalizare [caseta 10].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12];</li> <li>• tratament antimicrobian la pacienții cu risc infecțios.</li> </ul>

### B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

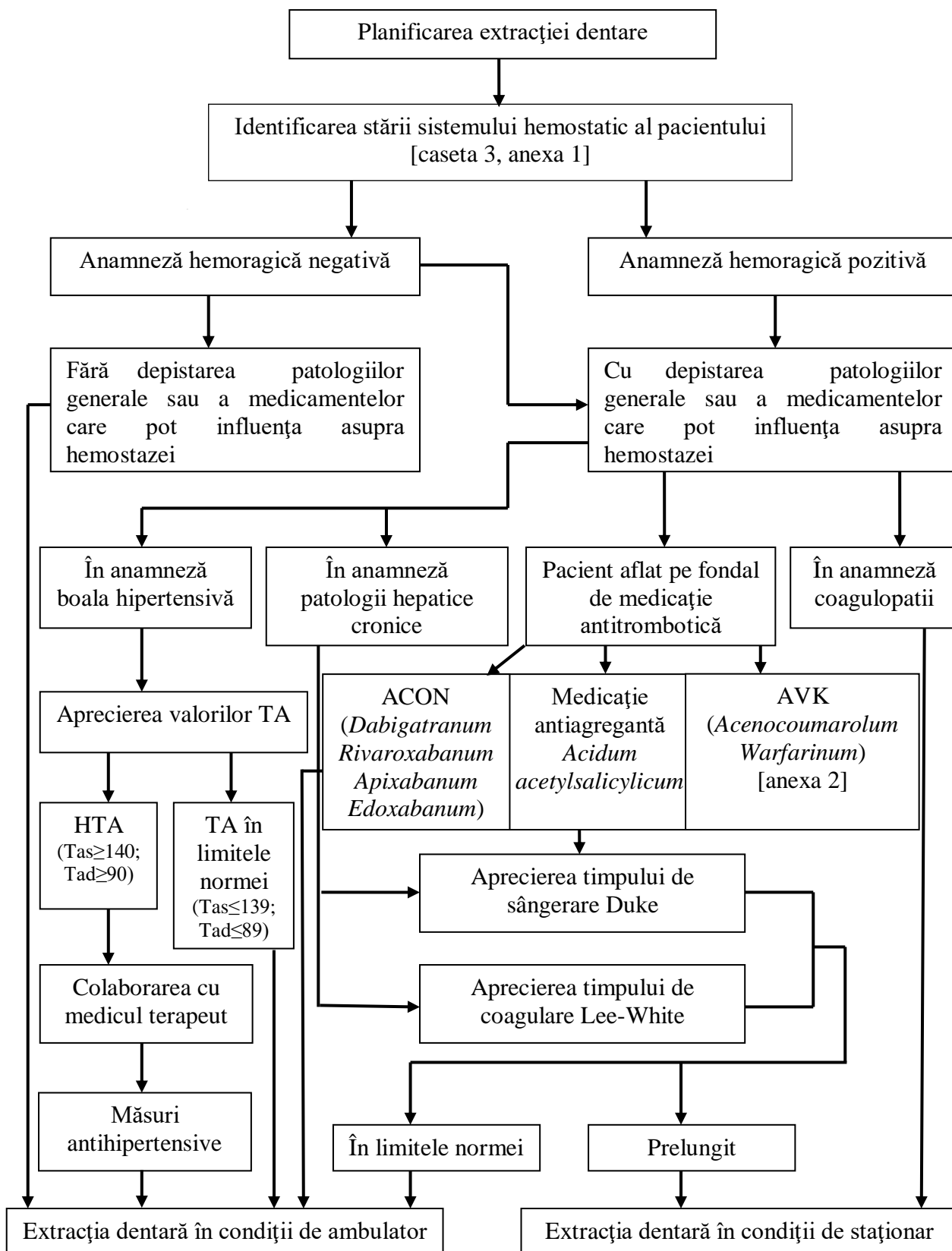
Descriere (măsurile)	Motive (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
I. Spitalizarea pacienților în secția de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau în secția specializată de COMF a IMSP IMU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vor fi spitalizați pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare [caseta 10].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• în secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza pacienții cu disfuncții severe a sistemului hemostatic, la care măsurile hemostatice locale sunt inefective; pacienții în stare gravă de șoc hemoragic.</li> </ul>
II. Diagnosticul HPD A.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosticul precoce al HPD permite inițierea precoce a tratamentului și reducerea ratei de dezvoltare a complicațiilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamneza [caseta 6];</li> <li>• examenul clinic [casetele 7,9];</li> <li>• aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [caseta 8];</li> <li>• examenul paraclinic [tabelul 1];</li> <li>• la necesitate consultul medicilor de profil general (terapeut, cardiolog, hematolog, geriatru).</li> </ul>
III. Tratamentul HPD C.1.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamentul HPD se va efectua imediat la adresarea pacientului.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alegerea metodei de tratament depinde de factorul etiologic implicat în apariția HPD (C.1.1);</li> <li>• aplicarea măsurilor hemostatice locale [casetele 11,12];</li> <li>• la necesitate tratament general în echipă interdisciplinară [caseta 13];</li> <li>• tratament antimicrobian la pacienții cu risc infecțios.</li> </ul>
IV. Externarea pacientului cu HPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vor fi externați pacienții care corespund tuturor criteriilor de externare [caseta 14]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluarea criteriilor de externare [caseta 14];</li> <li>• eliberarea extrasului cu conținut obligatoriu: diagnosticul clinic definitiv, rezultatele investigațiilor efectuate, tratamentul efectuat în staționar, recomandările explicite pentru pacient, recomandările pentru medicul chirurg stomatolog, stomatolog, medicul de familie.</li> </ul>

## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de tratament al pacienților cu HPD



### C.1.2. Algoritm de profilaxie a HPD



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea HPD [5,11,13]

#### Caseta 1. Clasificarea HPD după momentul producerii:

- hemoragie imediată prelungită - sângerarea nu se oprește spontan după 15-20 de minute, ci continuă;
- hemoragie precoce - se produce la câteva ore după extracție;
- hemoragie tardivă - se produce la 3-4 zile după extracție.

#### Caseta 1.1 Clasificarea HPD după cantitatea de sânge pierdut:

- hemoragii mici – cu o pierdere până la 100 ml de sânge;
- hemoragii mijlocii – cu pierderea a 150-300 ml de sânge;
- hemoragii grave – când pierderea de sânge poate atinge peste 30% din masa sângelui circulant.

#### Caseta 1.2 Clasificarea HPD după felul vasului lezat:

- hemoragii arteriale în jet;
- hemoragii venoase continue;
- hemoragii capilare care au aspectul unei sângerări în masă;
- hemoragii mixte.

#### Caseta 1.3 Clasificarea HPD după cauza care le-a generat:

- hemoragii care au drept cauză factori locali;
- hemoragii care au drept cauză factori generali.

#### Caseta 1.4 Clasificarea HPD în 3 grade:

- Gradul I – hemoragii neînsemnate – intensitatea pierderilor de sânge constituie până la 15 ml/oră;
- Gradul II – hemoragii moderate – intensitatea pierderilor de sânge constituie de la 15 până la 30 ml/oră;
- Gradul III – hemoragii intensive – pierderile de sânge sunt de o intensitate mai mare de 30 ml/oră.

**Notă!** În caz de hemoragii cu intensitate până la 15 ml/oră, cu o durată chiar de 24 de ore, pierderile sangvine ar fi constituit până la 360 ml, ceea ce nu depășește volumul unei donări de sânge. În caz de hemoragii cu intensitate mai mare de 30 ml/oră pot apărea reacții vegetative, deoarece pierderea de sânge timp de 24 de ore depășește 600 ml.

### C.2.2. Profilaxia HPD [11,13]

#### Caseta 2. Profilaxia HPD include:

- identificarea preoperatorie a stării sistemului hemostatic [caseta 3, anexa 1];
- examen clinic minuțios, fiind adaptat individual în funcție de afecțiunile generale și locale, de vârstă etc.;
- minimalizarea traumatismului operator, atât asupra suportului osos, cât și asupra țesuturilor moi;
- recomandări și îngrijiri postoperatorii adecvate (evitarea băilor abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, alimente dure, „sugerea” alveolei etc.).

### **Caseta 3. Identificarea stării sistemului hemostatic al pacientului**

Pentru precizarea stării sistemului hemostatic și, prin urmare, pentru depistarea semnelor de sângerare sporită, la interogare, preextractional, pacienții vor răspunde la un șir de întrebări:

- Dvs. ați observat vreodată că hemoragia este prelungită după traumatisme, după intervenții chirurgicale (extracții dentare, tonsilectomie, apendectomie etc)?
- Au fost sau se observă hemoragii gingivale, nazale, renale, gastrointestinale, hemartroze?
- Au fost sau se observă apariția hemoragiilor peteșiale (pete cutanate de culoare roșie-vișinie) pe tot corpul sau pe mâini și pe picioare, în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele, care apar spontan sau după traume neînsemnate?
- Dvs. aveți în ultimul timp menstrre excesive?
- Dintre rudele Dvs. apropiate suferă cineva de o patologie a sistemului hematopoietic sau au avut loc manifestări hemoragice la rudele apropiate (mai ales la bărbați) ale pacientului pe linia mamei?
- Dvs. aveți așa patologii concomitente cum ar fi hepatite cronice, ciroze hepatice, hipertensiune arterială, diabet zaharat etc.)?
- Folosiți Dvs. așa medicamente cum ar fi acidul acetilsalicilic, acenocumarol, warfarină, heparină, dabigatran etexilate, rivaroxaban, apixaban, edoxaban sau alte preparate cu influență asupra sistemului hemostatic?

**Notă!** Dacă răspunsurile la aceste întrebări au fost negative, cu mare probabilitate se poate presupune, că la bolnavul examinat sunt în normă funcțiile sistemului de hemostază. Pacienții cu datele anamnezei suspecte la dereglarea hemostazei necesită o investigație preextractională. În acest context, unele diateze hemoragice (trombocitopenia, trombocitopatia, vasopatiile) pot fi depistate prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>5 minute), iar insuficiența severă a factorilor de coagulare, supradozarea cu AVK - prin creșterea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White (>12 minute).

### **Caseta 4. Profilaxia HPD severe și accidentelor tromboembolice la pacienții aflați pe fonfal de AVK (*Acenocoumarolum, Warfarinum*) [anexa 2]**

Luând în considerație creșterea frecvenței și letalitatea foarte mare a complicațiilor tromboembolice, decizia de a modifica terapia anticoagulantă trebuie apreciată din punct de vedere a riscului și beneficiului.

- la pacienții, INR-ul cărora (preextractional) este sub limitele diapazonului terapeutic (<2), pentru a preveni accidentele tromboembolice, doza anticoagulantului trebuie majorată până la ajustarea INR-lui la limitele terapeutice recomandate de către medicul de profil general;
- în cazul în care valoarea INR-lui este mai mare decât limitele terapeutice individuale recomandate de către medicul curant de profil general, doza anticoagulantului va fi micșorată, iar extracția dentară temporizată;
- la pacienții, INR-ul cărora este în limitele terapeutice, doza medicației va fi menținută în aceleași limite.

**Notă!** Pentru profilaxia accidentelor hemoragice și tromboembolice recomandăm ca doza anticoagulantului să fie modificată în dependență de INR sub controlul în dinamică a coeficientului respectiv.

### C.2.3. Etiologia HPD

#### Caseta 5. Factorii etiologici implicați în apariția HPD [5,11,13,38,39]

##### Factorii locali:

- plăgi mucoase întinse cu leziuni importante ale țesuturilor moi;
- fractura procesului alveolar sau a oaselor maxilare;
- lezarea unor vase importante (de exemplu: artera alveolară inferioară);
- vasodilatația secundară (paralitică), apărută în urma administrării, împreună cu anestezicul, a unor substanțe vasoconstrictoare (epinefrină, norepinefrină);
- persistența în alveolă a unor procese patologice inflamatorii cronice;
- prezența unor eschile sau proeminențe osoase, resturi dentare în alveolă, care produc leziuni locale;
- lezarea unui vas situat anormal intraosos sau în țesuturile gingivale moi;
- prezența unor anomalii ale vaselor alveolare (anevrisme, angioame) în jurul rădăcinii dintelui extras;
- liza cheagului sangvin și a trombilor din capilare în cadrul alveolitei, atunci când crește esențial activitatea fibrinolitică în alveolă;
- nerespectarea de către pacient a indicațiilor privind îngrijirile postextractionale (băi abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, alimente dure, „sugerea” alveolei etc.), care pot provoca liza cheagului intraalveolar, urmate de hemoragii.

##### Factorii generali:

- deficitul ereditar al unuia dintre factorii de coagulare (hemofilia, boala Von Willebrand, afecțiunile pseudohemofilice – hipofibrinogenemii, hipoprotrombinemii, hipoproconvertinemii etc.);
- afectarea peretelui vascular în cadrul telangiectaziei hemoragice ereditare, vasculitei hemoragice, avitaminozei C, PP, lupusului eritematos sistemic, în unele boli infecțioase – febra tifoidă, tifosul exantematic, scarlatina etc.);
- insuficiența funcțională și/sau cantitativă a trombocitelor în cadrul purperei trombocitopenice, leucemiilor etc.;
- hipertensiunea arterială;
- pacienții aflați pe fondal de medicație antitrombotică (*Acidum acetylsalicylicum*, *Acenocoumarolum*, *Warfarinum*, *Heparini natrium*, *Dabigatranum etexilatam*, *Rivaroxabanum*, *Apixabanum*, *Edoxabanum* etc.);
- patologii hepatice cronice (ciroza hepatică, hepatitele infecțioase);
- afecțiuni ale sistemului endocrin.

## C.2.4. Conduita pacientului cu HPD

### C.2.4.1. Anamneza

#### **Caseta 6. Anamneza pacientului cu HPD va include:**

- colectarea informației referitor la momentul apariției HPD (sângerarea a continuat postextractional fără tendință de oprire spontană sau sa declanșat la câteva ore/zile postoperator);
- colectarea datelor privitor la intervalul de timp de la apariția hemoragiei până la adresare;
- cantitatea de sânge aproximativ pierdută (ml);
- colectarea informației referitor la respectarea recomandărilor postextractionale;
- la pacienții aflați sub tratament anticoagulant oral (acenocumarol, warfarină) se va concretiza modul de administrare și monitorizarea terapiei (săptămânal, lunar) prin aprecierea indicelui protrombinic sau a valorilor INR-lui;
- prezența sau absența deprinderilor dăunatoare (fumatul, consumul băuturilor alcoolice sau a narcoticelor etc.);
- identificarea preextractională a stării sistemului hemostatic [caseta 3];

### C.2.4.2. Examenul obiectiv

#### **Caseta 7. Examenul obiectiv general**

- evaluarea stării generale a pacientului la adresare (satisfăcătoare, de gravitate medie, gravă, extrem de gravă);
- prezența sau absența manifestărilor neurologice (neliniște, agitație etc.);
- aspectul tegumentelor și a mucoaselor vizibile (roz-pale, pale, icterice, paloare pământie, cianotice, erupții hemoragice);
- aprecierea indicilor hemodinamici (tensiunea arterială, pulsul);
- starea altor organe și sisteme (sistemul respirator, digestiv, excretor, hematopoetic etc.).

#### **Caseta 8. Aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic [1]:**

- Șoc ușor – reducerea volumului sangvin cu 10-25% (500-1250 ml.), tahicardie medie, micșorare ușoară a TA, vasoconstricție periferică nepronunțată evidențiată prin extremități palide și reci;
- Șoc mediu – micșorarea VSC cu 25-35% (1250-1750 ml.), tahicardie 110-120 b/min, micșorarea presiunii pulsului, TAs 90-100 mm Hg, transpirații abundente, paloarea tegumentelor, oligurie.
- Șoc sever – tahicardie > 120 b/min, TAs < 60 mm Hg, extremități cianotice și reci, anurie.

#### **Caseta 9. Examenul obiectiv local (loco-regional)**

- examenul obiectiv extraoral, efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților;
- examenul obiectiv intraoral include evaluarea plăgii postextractionale dentare ce sângerează. Se va aprecia:
  - ✓ sursa sângerării (din țesuturile moi sau din țesutul osos);
  - ✓ tipul hemoragiei după vasul lezat (arterială, venoasă, capilară, mixtă);
  - ✓ starea gingiei marginale (lezată, integră);
  - ✓ starea apofizei alveolare (prezența sau lipsa ciocurilor osoase neregulate, a eschilelor, a fracturii apofizei alveolare sau a septului interadicular, prezența sau lipsa în alveolă a unor procese patologice inflamatorii cronice);
  - ✓ evaluarea cheagului sangvin: raportul cheagului cu marginea alveolei (supraalveolar, la nivelul alveolei, sub marginea alveolei); prezența sau lipsa contactului cheagului cu marginea alveolei; omogenitatea cheagului; extinderea cheagului vizavi de marginea alveolei (limitat – în limitele marginii alveolare sau difuz – în afara alveolei).



### C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

**Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu HPD**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru HPD	Nivel AMU	Nivel consultativ	Nivel de staționar
Hemoleucograma expres (numărul de eritrocite, leucocite, concentrația de hemoglobină, hematocrit).			0	0
La pacienții aflați pe fondal de AVK: INR-ul sau indicele de protrombină.			0	0
Timpul de sângerare după Duke.		0	0	0
Timpul de coagulare a sângelui după Lee-White.		0	0	0
Analiza generală a sângelui (numărul de eritrocite, leucocite, trombocite, concentrația de hemoglobină, hematocrit, formula leucocitară, VSH).			R	0
Analiza generală a urinei (densitate, pH, leucocite, nitriți, proteine, glucoza, corpi cetonici, urobilinogen, bilirubina, eritrocite).			R	0
Analiza biochimică a sângelui (proteina totală, albumina, ureea, creatinina, acidul uric, bilirubina, glucoza, proba cu timol, ALT, AST, amilaza, fosfataza alcalină, colesterolul, trigliceridele, $\beta$ -lipoproteidele).			R	0
Indicii coagulogramei (indicele de protrombină, conținutul fibrinogenului, timpul de tromboplastină parțial activat, timpul de trombină, D-dimerii).			R	0
Radiografia panoramică și/sau retroalveolară.			0	0
Grupa sangvină și Rh-factorul.			R	R
Consultația specialiștilor (după indicații): terapeutului, cardiologului, hematologului.			R	R

**Notă: 0-obligatoriu; R-recomandabil**

#### C.2.4.4. Criteriile de spitalizare

##### **Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu HPD**

- pacienții aflați pe fondal de AVK sau ACON cu patologii cardio-vasculare decompensate;
- pacienții cu coagulopatii;
- pacienții cu timpul de sângerare după Duke prelungit ( $\geq 5$  minute);
- pacienții cu timpul de coagulare a sângelui după Lee-White prelungit ( $\geq 13$  minute);
- pacienții cu starea generală alterată (slăbiciuni generale, amețeli, paliditatea și uscăciunea tegumentelor);
- pacienții cu manifestări clinice suspecte la dezvoltarea șocului hemoragic (tahicardie, micșorarea sau prăbușirea valorilor tensiunii arteriale, puls rapid și slab, extremități palide și reci, transpirații abundente, oligo-anurie etc.);
- pacienții cu HPD la care postextracțional au apărut hematoame masive în teritoriul oro-maxilo-facial care eventual pot pune viața pacientului în pericol;
- pacienții cu patologii concomitente decompensate cu impact sever asupra sistemului hemostatic (ciroza hepatică, hepatite infecțioase decompensate etc. );
- pacienții cu HPD la care măsurile hemostatice aplicate în condiții de ambulatoriu au fost ineficiente.

#### C.2.4.5. Tratamentul local al pacienților cu HPD

##### **Caseta 11. Modalități locale de asigurare a hemostazei [9,10,11,13,14,16,35,38,39]:**

- prin tamponament compresiv supra- și/sau intraalveolar;
- aplicarea suturilor;
- utilizarea agenților hemostatici activi (trombina și produsele în care trombina este inclusă ca component hemostatic-adezivul fibrinic);
- utilizarea agenților hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină).

**Notă!** Decizia de a aplica sutura trebuie luată de la caz la caz, deoarece trauma suplimentară a țesuturilor moi poate mări defectul vascular și accentua hemoragia, în unele situații cum ar fi HPD pe fondal de AVK sau la pacienții cu afecțiuni hemostatice severe.

Utilizarea metodelor termice (electrocoagularea țesuturilor sângerânde) sau a substanțelor chimice (cristalele permanganatului de potasiu) provoacă o necroză tisulară, încetinind considerabil procesele de vindecare a plăgii postextracționale și trebuie calificate drept metode ineficiente de stopare a hemoragiei.

Prin participarea activă la cascada de coagulare și ocolind fazele enzimatică inițiale, agenții hemostatici activi corespund în măsură mai mare criteriilor unui agent hemostatic ideal.

##### **Caseta 12. Metoda de asigurare a hemostazei prin aplicarea locală a trombinei umane și Acidum aminocaproicum de 5% [11,13,14]**

- pulberea uscată de trombină, eliberată în flacoane în doză de 125 UI sau 250 UI, se dizolvă nemijlocit înainte de utilizare în circa 2 ml de soluție fiziologică sterilă;
- soluția obținută se injectează cu seringă în alveolă lent și fără presiune, prin spațiul dintre marginea cheagului sangvin și marginea alveolei;
- protejarea ulterioară a cheagului de acțiunea fibrinolitică a plasmei este obținută prin aplicarea locală, necompresivă, de 4-5 ori/zi, a meșei îmbibate în soluție de acid aminocaproic de 5%.

**Notă!** Metoda respectivă este ineficientă la pacienții cu afibrinogenemie, situație rar întâlnită (un caz la un milion de oameni), la pacienții cu HPD pe un fondal hipertensiv moderat/sever și prezența hemoragiei de tip arterial în jet.

#### C.2.4.6. Tratamentul general al pacienților cu HPD

##### **Caseta 13. Tratamentul general aplicat pacienților cu HPD [2,11,13,35,36,38,39]**

Tratamentul general va urmări: restabilirea condițiilor normale ale hemostazei spontane, oprirea hemoragiei, tratând cauza generală care a favorizat-o.

Până la concretizarea factorului etiologic al hemoragiei poate fi administrat:

- soluție *Calcii gluconas* de 10%-10 ml intravenos lent;
- soluție *Etamsylatum* 12,5%-2 ml, intravenos sau intramuscular 2-4 ml la prima injecție, apoi la fiecare 4-6 ore câte 2 ml sau 2 comprimate (500 mg);
- soluție *Acidum ascorbicum* de 5%-5 ml, intravenos 2-4 ml.

În hipoprotrombinemii se indică preparate din grupul vitaminei K: *Phytomenadionum* administrat pe cale orală, la 30 minute postprandial, câte 0,01-0,02 g de 3-4 ori pe zi (până la 6 ori pe zi) sau *Menadioni natrii bisulfis* per os\* câte 0,015-0,03 g de 2-3 ori pe zi sau i/m câte 1-2 ml de 1% pe zi timp de 3-4 zile.

În cazul activității fibrinolitice crescute a sângelui se indică câte 100 ml de *Acidum aminocaproicum*\* de 5% în perfuzie, lent, i/v. În cazul permeabilității vasculare crescute se indică *Rutosidum*\* câte 1 comprimat (0,02-0,05 g) de 2-3 ori pe zi sau *Ascorutinum* (conține *Acidum ascorbinicum* și *Rutosidum*\* câte 0,05 g și 0,2 g de glucoză). La pacienții cu hipertensiune arterială – antihipertensive. La pacienții cu hemofilie (forma A sau B) se administrează plasma proaspăt congelată sau crioprecipitat, sau concentrat de factorilor de coagulare, conform formei de deficiență diagnosticată (factorul VIII sau IX).

În hemoragiile grave se impune de urgență tratamentul conform standardelor/protocoalelor conform managementul hemoragiilor la pacientul chirurgical, în chirurgia non-cardiacă.

**Notă!** Tratamentul general în cadrul hemoragiilor apărute pe un teren hemoragipar reprezintă o problemă extrem de complexă, care se realizează numai în echipă interdisciplinară, în condiții obligatorii de spitalizare, succesul acesteia depinzând de coordonarea reciprocă a acțiunilor medicului stomatolog, terapeutului și/sau a hematologului. Obligatoriu de efectuat **antibioticoprofilaxia endocarditei infecțioase** la persoanele cu proteze valvulare, cu antecedente de endocardită infecțioasă, cu cardiopatii congenitale cianogene: doza unică cu 30-60 de minute preextractional *Amoxicillinum* sau *Ampicillinum* 2.0 g p/o sau i/v. În caz de alergie la peniciline se va administra *Clindamycinum* 600 mg p/o sau i/v [6,7,12,13,34].

#### C.2.4.7. Criteriile de externare a pacienților cu HPD

##### **Caseta 14. Criteriile de externare a pacienților cu HPD**

- normalizarea stării generale;
- la pacienții aflați pe fondal de AVK - valorile INR-lui în limitele diapazonului terapeutic;
- lipsa sindromului hemoragipar;
- prezența în alveolă a cheagului sangvin retractat, neomogen, marginile căruia se află în contact cu marginile alveolei;
- lipsa unor eventuale complicații postextractionale dentare.

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

D.1. Serviciul de asistență medicală urgentă	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de urgență;</li> <li>• felcer/asistent medical</li> </ul>
	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• defibrilator</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum aminocaproicum*</i> 5%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml;</li> <li>• tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg;</li> <li>• <i>Trombinum, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI;</li> <li>• agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină);</li> <li>• meșe de tifon</li> </ul>
D.2. Instituțiile, secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chirurg stomatolog;</li> <li>• asistent medical;</li> <li>• medic de laborator;</li> <li>• medic radiolog;</li> <li>• R-laborant</li> </ul>
	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic standard</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum aminocaproicum*</i> 5%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml;</li> <li>• tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg;</li> <li>• preparate antibacteriene: <i>Amoxicillinum</i> 500 mg etc.</li> <li>• preparate antimicotice: <i>Fluconazolom</i> 150 mg;</li> <li>• preparate antipiretice: <i>Paracetamolom</i> 500 mg;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trombinum, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI;</li> <li>• <i>Hydrogenii peroxydum</i> 3%;</li> <li>• meșe de tifon;</li> <li>• material de sutură;</li> <li>• agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină)</li> </ul>
<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de chirurgie generală a Spitalelor Raionale sau secția specializată de COMF a IMSP IMU</p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chirurg stomatolog;</li> <li>• chirurg oro-maxilo-facial;</li> <li>• chirurg generalist;</li> <li>• terapeut;</li> <li>• cardiolog;</li> <li>• reanimatolog</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• medic de laborator;</li> <li>• medic radiolog;</li> <li>• R-laborant</li> </ul>
	<p><b>Dispozitive medicale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• stetofonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• defibrilator;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic standard;</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sol. <i>Calcii chloridum (Calcii gluconas)</i> 10%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Etamsylatum</i> 12,5%-2 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum ascorbicum</i> 5%-5 ml;</li> <li>• sol. <i>Acidum aminocaproicum*</i> 5%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%-10 ml;</li> <li>• sol. <i>Dextranum</i> 10%-100 ml;</li> <li>• sol. <i>Dexamethasonum</i> 4 mg-1 ml;</li> <li>• tab. <i>Captoprilum</i> 50 mg;</li> <li>• preparate antibacteriene: <i>Amoxicillinum</i> 500 mg, <i>Clindamycinum</i> 600 mg etc.;</li> <li>• preparate antimicotice: <i>Fluconazolom</i> 150 mg;</li> <li>• preparate antipiretice: <i>Paracetamolom</i> 500 mg;</li> <li>• meșe de tifon;</li> <li>• <i>Trombinum, pulbere liofilizată</i> 125 UI, 250 UI, 375 UI;</li> <li>• <i>plasmă proaspăt congelată</i>;</li> <li>• <i>Hydrogenii peroxydum</i> 3%;</li> <li>• ungu. <i>Heparini natrium</i> 1000 UI/g-30 g;</li> <li>• material de sutură;</li> <li>• agenți hemostatici pasivi (produse pe bază de colagen, celuloza oxidată, bureții resorbabili din gelatină)</li> </ul>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
		Numărător	Numitor
1. Ameliorarea calității profilaxiei HPD	Proporția medicilor stomatologi care utilizează în profilaxia HPD recomandările „PCN HPD”	Numărul medicilor stomatologi care efectuează profilaxia HPD conform recomandărilor „PCN HPD”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul medicilor stomatologi care activează pe parcursul ultimului an
2. Reducerea ratei de dezvoltare a accidentelor hemoragice și tromboembolice la pacienții aflați sub tratament antitrombotic supuși extracțiilor dentare	Proporția pacienților aflați sub tratament antitrombotic la care au fost efectuate extracții dentare fără apariția accidentelor hemoragice și a evenimentelor tromboembolice	Numărul pacienților aflați sub tratament antitrombotic la care au fost efectuate extracții dentare fără apariția accidentelor hemoragice și a evenimentelor tromboembolice pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți aflați sub tratament antitrombotic care se află la supravegherea medicului stomatolog pe parcursul ultimului an
3. Sporirea calității examenului clinic și paraclinic al pacienților cu HPD	Proporția pacienților cu diagnosticul de HPD cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN HPD”	Numărul pacienților cu diagnosticul de HPD cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligator, conform recomandărilor „PCN HPD” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de HPD, care sunt supravegheați de medicul stomatolog pe parcursul ultimului an
4. Sporirea calității tratamentului pacienților cu HPD	Proporția pacienților cu diagnoza de HPD cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN HPD”	Numărul pacienților, cu diagnoza de HPD cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor „PCN HPD” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnoza de HPD care se află la supravegherea medicului stomatolog pe parcursul ultimului an

## CHESTIONAR

## de identificare a stării sistemului hemostatic

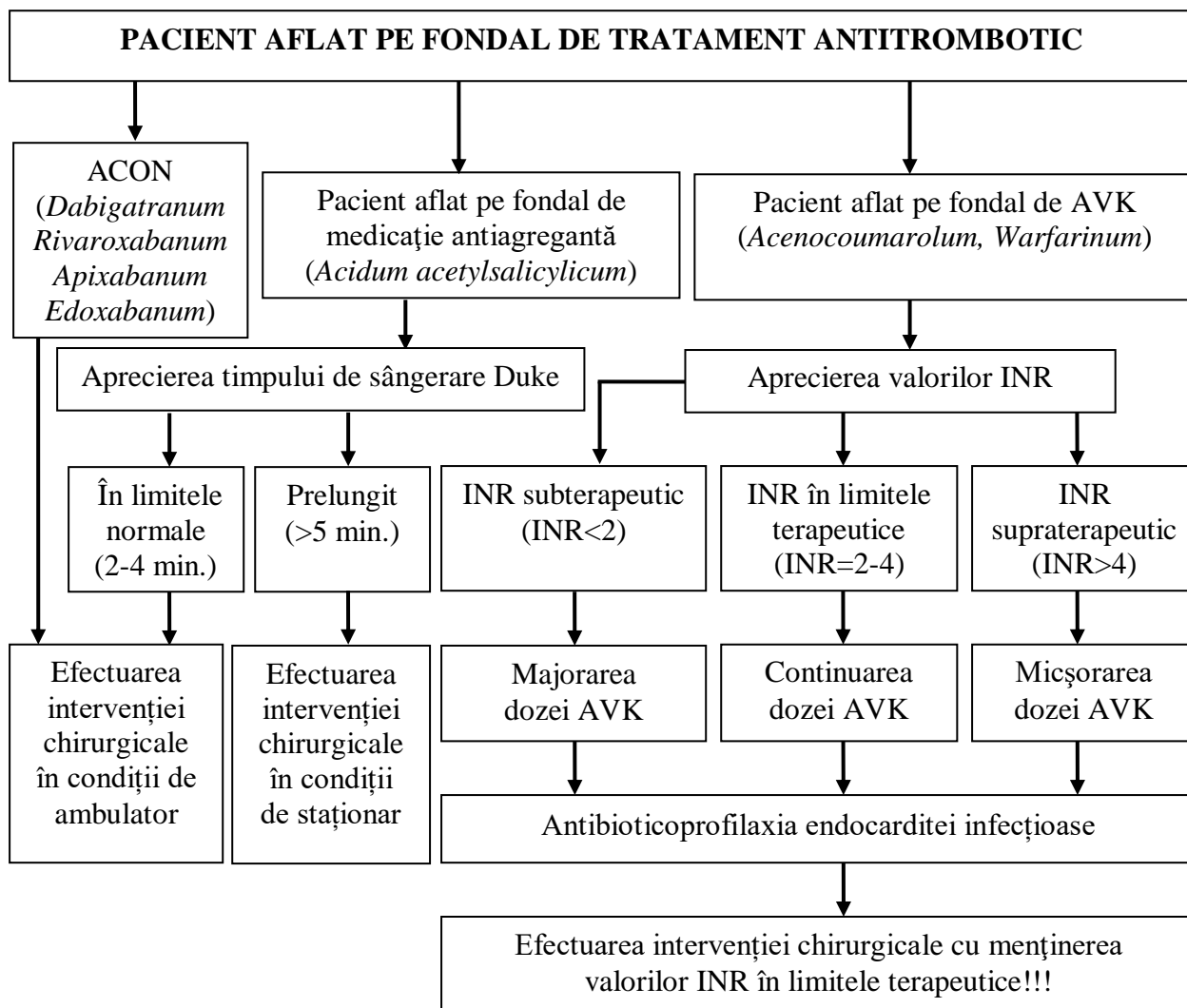
Pentru precizarea stării sistemului hemostatic și, prin urmare, pentru depistarea semnelor de sângerare sporită, la interogare, preextrațional, pacienții vor răspunde la un șir de întrebări.

Nr.	Întrebarea	Varianta de răspuns
1	Dvs. ați observat vreodată că hemoragia este prelungită după traumatisme, după intervenții chirurgicale (extracții dentare, tonsilectomie, apendectomie etc)?	Da Nu
2	Au fost sau se observă hemoragii gingivale, nazale, renale, gastrointestinale, hemartroze?	Da Nu
3	Au fost sau se observă apariția hemoragiilor peteșiale (pete cutanate de culoare roșie-vișinie) pe tot corpul sau pe mâini și pe picioare, în locurile unde îmbrăcămintea e strâns lipită de piele, care apar spontan sau după traume neînsemnate?	Da Nu
4	Dvs. aveți în ultimul timp menstrre excesive?	Da Nu
5	Dintre rudele Dvs. apropiate suferă cineva de o patologie a sistemului hematopoietic sau au avut loc manifestări hemoragice la rudele apropiate (mai ales la bărbați) ale pacientului pe linia mamei?	Da Nu
6	Dvs.aveți așa patologii concomitente cum ar fi hepatite cronice, ciroze hepatice, hipertensiune arterială, diabet zaharat etc.)?	Da Nu
7	Folosiți Dvs. așa medicamente cum ar fi <i>Acidum acetylsalicylicum</i> , <i>Acenocoumarolum</i> , <i>Warfarinum</i> , <i>Dabigatranum etexilatam</i> , <i>Rivaroxabanum</i> , <i>Apixabanum</i> , <i>Edoxabanum</i> sau alte remedii cu impact asupra sistemului hemostatic?	Da Nu

**Notă:** Dacă răspunsurile la aceste întrebări au fost negative, cu mare probabilitate se poate presupune, că la bolnavul examinat sunt în normă funcțiile sistemului de hemostază.

Pacienții cu datele anamnezei suspecte la dereglarea hemostazei necesită o investigație preextrațională. În acest context, unele diateze hemoragice (trombocitopenia, trombocitopatia, vasopatiile) pot fi depistate prin creșterea timpului de sângerare după Duke (>5 minute), iar insuficiența severă a factorilor de coagulare, supradozarea cu anticoagulante - prin creșterea timpului de coagulare a sângelui după Lee-White (>12 minute).

**Algoritmul de conduită al pacienților aflați pe fondal de tratament antitrombotic care  
necesită intervenții de chirurgie orală**





**Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru PCN  
„Hemoragia postextractională dentară la adult”**

<b>FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU PCN HEMORAGIA POSTEXTRACȚIONALĂ DENTARĂ LA ADULT</b>		
<b>DISPOZIȚII GENERALE</b>		<b>DESCRIERE ȘI NOTE</b>
1	Denumirea IMSP/cabinetului/clinicii stomatologice evaluate prin audit	Denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei/cartei medicale	Nume, prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei/cartei medicale	
4	Numele, prenumele pacientului/ei	Nume, prenume, telefon de contact
5	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului/ei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
6	Sexul pacientului/ei	masculin = 1; feminin = 2
7	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2; necunoscut = 9
8	Numele, prenumele medicului curant	Nume, prenume, telefon de contact
<b>ACORDAREA ASISTENȚEI MEDICALE</b>		
9	Data și ora solicitării asistenței medicale	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9
10	Locul unde a fost inițiat tratamentul	IMSP = 2; instituție medicală privată = 7; alte instituții = 8; necunoscut = 9; la domiciliu = 10
11	Anamneza pacientului cu HPD, inclusiv anamneza hemoragipară cu identificarea stării sistemului hemostatic	s-a apreciat = 1; nu s-a apreciat = 0; necunoscut = 9
12	Aprecierea gradului de severitate clinică a șocului hemoragic	s-a apreciat = 1; nu s-a apreciat = 0; necunoscut = 9
13	Acordarea primului ajutor la locul solicitat	s-a acordat = 1; nu s-a acordat = 0; necunoscut = 9
14	Evaluarea criteriilor de spitalizare	da = 1; nu = 0; necunoscut = 9
15	Data și ora transportării la spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
16	Administrarea preparatelor procoagulante în timpul transportării pacientului	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
17	Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9
18	Starea generală a pacientului la internare	ușoară = 2; medie = 3; gravă = 4; necunoscut = 9
19	Investigații de laborator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; hemoleucograma cu aprecierea hematocritului = 2; analiza generală a sângelui cu aprecierea numărului de trombocite = 3; analiza generală a urinei = 4; analiza biochimică a sângelui = 5; indicii coagulogramei = 6; INR = 7; timpul de sângerare după Duke = 8; timpul de coagulare a sângelui după Lee-White = 10;
20	Investigații paraclinice	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9; radiografia panoramică =

		6; radiografia retroalveolară = 7
21	Consultul medicilor de profil general	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
22	Investigații indicate de către alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
23	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
24	Aplicarea măsurilor hemostatice locale	da = 1; nu = 0; necunoscut = 9
25	Efectuarea tratamentului general în echipă interdisciplinară, inclusiv simptomatic	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
26	Antibioticoprofilaxia endocarditei infecțioase	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
27	Profilaxia HPD severe și accidentelor tromboembolice la pacienții aflați pe fonfal de AVK	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
28	Rezultatele tratamentului	vindecare=2; complicații=3; necunoscut=9
29	Complicații înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
30	Durata internării în spital (zile)	număr de zile (ZZ); necunoscut = 9
31	Data și ora transferului în altă secție sau instituție medicală	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
32	Respectarea criteriilor de externare	da = 1; nu = 0; necunoscut = 9
33	Data și ora externării/decesului	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9

## **Ghidul pacientului cu hemoragie postextractională dentară**

### **Ce este hemoragia postextractională dentară?**

Hemoragia postextractională dentară este hemoragia care continuă sau apare din alveolă după extracția dintelui.

### **Care este cauza hemoragiei postextractionale dentare?**

Aceste hemoragii apar datorită unor factori locali (extracții dentare traumatice cu sau fără fracturarea procesului alveolar, lezarea unor vase importante etc.) și/sau generali (trombocitopenii, vasopatii, coagulopatii, hipertensiunea arterială, medicația antitrombotică, patologii hepatice cronice, afecțiuni ale sistemului endocrin etc.). Este necesar de remarcat că un rol aparte în apariția hemoragiilor le revine pacienților care nu respectă indicațiile privind îngrijirile postextractionale (băi abundente ale cavității bucale, consumul de alimente fierbinți, “sugerea” alveolei etc.), care pot provoca liza cheagului intraalveolar, urmate de hemoragii.

### **Când apare hemoragia postextractională dentară?**

În mod normal, sângerarea plăgii postextractionale se oprește după 15-20 de minute prin formarea cheagului sangvin. Există însă situații când sângerarea nu se oprește de sine stătător, ci continuă sau se declanșează la câteva ore/zile de la intervenția chirurgicală. Astfel, hemoragia poate continua după extracția dintelui sau apare la câteva ore sau 3-4 zile postextractional.

### **Cum procedăm în cazul hemoragiei postextractionale dentare?**

La apariția hemoragiei în cavitatea bucală după extracția dintelui, aplicați câteva meșe compresive la nivelul zonei sângerânde timp de 30-60 de minute. În cazul în care hemoragia nu încetează, contactați medicul care a efectuat extracția sau adresați-vă cât mai curând posibil la serviciul medical de urgență.

### **Cum se tratează hemoragia postextractională dentară?**

În vederea acordării asistenței medicale specializate, se recurge la utilizarea măsurilor locale de hemostază prin tamponament compresiv supra- și/sau intraalveolar, aplicarea suturilor sau a preparatelor hemostatice. În cazul în care aceste metode nu sunt eficiente se indică tratamentul general, care va urmări: restabilirea condițiilor normale ale hemostazei spontane, oprirea hemoragiei, tratând cauza generală care a favorizat-o. În hemoragiile grave se impune de urgență restabilirea volumului sângelui circulant prin administrarea de plasmă, soluții macromoleculare și sânge.

## BIBLIOGRAFIE

1. Cojocaru V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chișinău: Art-Grup Brivet, 2006. 180 p.
2. Ghicavii V., Nechifor M., Sârbu S., Șcerbatiuc D., Bacinschi N., Țurcan L., Podgurschi L. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice (Ghid). Ediția a III-a, revăzută și completată. Chișinău: S. n., 2014, 624 p.
3. Grosu A., David L., Răducan A., Răcilă V., Hotineanu V., Cazacov V., Cojocaru V. Tromboembolismul pulmonar. Protocol clinic național. Chișinău, 2017, 30 p.
4. Grosu A. Profilaxia accidentului vascular cerebral ischemic și a altor complicații tromboembolice în fibrilația atrială. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2006, nr 1 (5), p. 189-202.
5. Stelea C. G., Voroneanu M., Popa C. Vindecarea postextractională – între complicație locală, iatrogenie și malpraxis. Iași: Casa Editorială Demiurg, 2008. 189 p.
6. Știrbul A., Mazur M., Mazur-Nicorici L. ș.a. Valvulopatiile la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2015, 63 p.
7. Vataman E., Știrbul A., Manolache Gh. ș.a. Endocardita infecțioasă la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2014, 38 p.
8. Voroneanu M., Bucur A., Vicol C., Nicolae D.N. Actualități privind riscul urgențelor medicale în cabinetul de medicină dentară. Iași: Editura PIM, 2007. 282 p.
9. Zănoagă O. Chirurgia orală și tratamentul antitrombotic – incidente și riscuri. Chișinău: S.n., 2017, 128 p.
10. Zănoagă O. Conduita în intervențiile chirurgicale orale la pacienții aflați pe fondal de tratament antitrombotic. Chișinău: S.n., 2015, 48 p.
11. Zănoagă O. Hemoragiile postextractionale dentare. Teză de doctor în științe medicale. Chișinău, 2010. 142 p.
12. Zănoagă O., Chele N. Antibioticoprofilaxia în chirurgia dento-alveolară și maxilo-facială. Chișinău: Medicina, 2020, 23 p.
13. Zănoagă O., Topalo V. Hemoragia postextractională dentară la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2015, 23 p.
14. Zănoagă O., Topalo V. Metodă de hemostază după extracția dentară. MD 84 Z 2009.09.30. În: BOPI nr. 9/2009, p. 39-40.
15. AlSheef M. et al. Perception of dental professionals towards dental management of patients using antithrombotic medications in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. In: J Family Med Prim Care, 2020, vol. 9, no. 8, p. 3898-3904.
16. Bassyoni L. J., Jan A. M. Local hemostatic measures equalize the incidence and severity of oral postoperative bleeding after simple tooth extraction in patients on Warfarin and Dabigatran. In: Journal of Critical Reviews, 2020, vol. 7, no. 7, p. 3831-3836.
17. Curto A., Albaladejo A., Alvarado A. Dental management of patients taking novel oral anticoagulants (NOAs): Dabigatran. In: J Clin Exp Dent, 2017, vol. 9, no. 2, p. e289-e293.
18. Curto A., Curto D., Sanchez J. Managing patients taking edoxaban in dentistry. In: J Clin Exp Dent, 2017, vol. 9, no. 2, p. e308-e311.
19. Falcão G. G. et al. Evaluation of bleeding episodes after dental extractions in patients under anticoagulant therapy. In: Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2020, vol. 130, no. 3, p. e256.
20. Febbo A. et al. Postoperative bleeding following dental extractions in patients anticoagulated with warfarin. In: J Oral Maxillofac Surg, 2016, vol. 74, no. 8, p. 1518-1523.
21. Flaker G. et al. Efficacy and safety of apixaban in patients after cardioversion for atrial fibrillation: insights from the ARISTOTLE Trial (Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation). In: J Am Coll Cardiol, 2014, vol. 63, no. 11, p. 1082-1087.

22. Hassona Y. et al. Management of dental patients taking direct oral anticoagulants: Dabigatran. In: *Oral Dis*, 2018, vol. 24, no. 1-2, p. 228-232.
23. Hinojar R. et al. New oral anticoagulants: a practical guide for physicians. In: *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*, 2015, vol. 1, no. 2, p. 134-145.
24. Lababidi E. et al. Assessing an oral surgery specific protocol for patients on direct oral anticoagulants: a retrospective controlled cohort study. In: *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2018, vol. 47, no. 7, p. 940-946.
25. Lee J. S., Kim M. K., Kang S. H. Effect of warfarin discontinuation on the incidence of postoperative bleeding in tooth extraction. In: *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 2020, vol. 46, no. 4, p. 228-234.
26. Lu S.Y., Lin L.H., Hsue S.S. Management of dental extractions in patients on warfarin and antiplatelet therapy. In: *J Formos Med Assoc*, 2018, vol. 117, no. 11, p. 979-986.
27. Maddali S. et al. Health Care Guideline: Antithrombotic Therapy Supplement. Eleventh Edition. February 2013. 88 p.
28. Miller S.G., Miller C.S. Direct oral anticoagulants: A retrospective study of bleeding, behavior, and documentation. In: *Oral Dis*, 2018, vol. 24, no. 1-2, p. 243-248.
29. Nathwani S., Wanis C. Novel oral anticoagulants and exodontia: the evidence. In: *Br Dent J*, 2017, vol. 222, nr. 8, p. 623-628.
30. Pippi R. et al. Tooth extraction without discontinuation of oral antithrombotic treatment: A prospective study. In: *Oral Diseases*, 2020, p. 1-13.
31. Saputra D. R. Minor oral surgery and dental extraction procedures management of patients with antithrombotic drugs administration. In: *Dentika Dental Journal*, 2020, vol. 23, no. 1, p. 1-5.
32. Schmitt C. M. et al. Management of anticoagulated patients in dentoalveolar surgery: a clinical comparative study. In: *Clinical Oral Investigations*, 2020, vol. 24, p. 2653-2662.
33. Yang J. H. et al. Management of patients taking antithrombotic drugs before dental surgery. In: *J Dent Sci*, 2020, vol. 15, no. 2, p. 222-224.
34. Анисимова Е. Н. Стоматологическая помощь пациентам с сопутствующей патологией. Москва, 2016, 316 с.
35. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, 3-е изд. Перераб. и доп. Москва: Медицинская литература, 2007. 416 с.
36. Воробьев А. И. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови: сер. рук. для практикующих врачей. Москва: Литтерра, 2009, том 20. 688 с.
37. Момот А. П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. Санкт-Петербург: ФормаТ, 2006. 208 с.
38. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология, 3-е изд. Перераб. и доп. Москва: Медицина, 2003. 504 с.
39. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: 000 «Червона Рута-Туре», 2002. 1024 с.