


 TRAUMA FACIALĂ CA PROBLEMĂ SOCIALĂ

Dumitru HĂȚU, Anatolie PANCENCO
 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae
 Testemițanu

Summary

The Social Problems related to Facial Trauma

Trauma is a social problem that intensifies together with society development. The facial region is most often exposed to trauma because it is always uncovered, unlike other parts of the body that are protected with clothing. The incidence of facial trauma is quite common and varies from one country to another and depends on: the geographical location, the country's economic level, the social status of the individual and other factors.

Key words: *trauma, disease, social problem, risk factors, facial region, economic level, social status, psychosocial factors.*

Резюме

Социальная проблема лицевой травмы

Травма является социальной проблемой, которая растет вместе с развитием общества. Область лица чаще всего подвергается травме, так как является открытой частью тела. Заболеваемость травмой лица достаточно однородна, но различна для разных стран и зависит от экономического уровня этих стран, социального статуса человека и других факторов.

Ключевые слова: *травма, социальная проблема, область лица, экономический уровень, социальный статус, факторы.*

Actualitatea temei

Fizionomia reprezintă ansamblul trăsăturilor feței care au caracter particular, exprimând personalitatea fiecărui individ. Fața este organul care are funcție biologică și socială, de aici și interesul mare a studierii acestei regiuni a corpului omenesc din partea medicilor, sociologilor, oamenilor de cultură, filosofilor. Nu există un alt organ al corpului omenesc, față de care cerințele estetice să fie atât de mari, cum este fața.

Traumatismul este o problemă socială și crește odată cu dezvoltarea societății. Regiunea feței este des expusă traumelor deoarece tot timpul este descoperită, spre deosebire de alte părți ale organismului care sunt protejate de haine. Incidența traumei faciale este destul de mare, dar diferită de la o țară la alta și depinde de: localizarea geografică, starea economică a țării, starea socială a cetățenilor și de alți factori la care ne vom referi în continuare [1-8]. Sub presiunea dezvoltării tehnologiilor înalte, supraaglomerării, creșterii vitezei de circulație și multiplicării agenților vătămători din habitatul uman, a crescut semnificativ incidența urgențelor traumatologice, transformându-se în «epidemie traumatică». Factorii psihosociali au o importanță mare și contribuie la patologia traumatică, iar medicina actuală se află la cumpăna dintre „morfologic” și „funcțional” [2].

Printre cauzele deceselor traumatismele și intoxicațiile sunt situate stabil pe locul trei, după afecțiunile sistemului cardiovascular pe locul I și tumorile pe locul II. Mortalitatea populației apte de muncă în urma traumatismelor și intoxicațiilor ocupă stabil primul loc printre principalele cauze de deces [1]. Întrucât factorii de mediu joacă un rol important în declanșarea și evoluția unei boli, apariția lor poate fi prevenită, iar incidența poate fi redusă prin modificarea mediului și corectarea atitudinii personale față de sănătate, aceste măsuri profilactice de mare eficiență sunt însă greu de realizat în practică.

Datorită mijloacelor de informare medicală, calea principală fiind mass-media, bolnavul de astăzi a căpătat o nouă mentalitate privind medicina, viața și moartea. Scopul medicului este promovarea sănătății, transformarea sănătății publice în valoare civică a individului prin intermediul modului sănătos de viață, într-o adevărată strategie a statului și a individului. Atitudinea populației față de alcool este diferită în diverse țări și depinde de nivelul culturii și al bunăstării poporului, de tradiții, normele morale și etice ale lui.

Traumatismul întodeauna amenință sănătatea omului, afectând preponderent populația tânără aptă de muncă și determinând un nivel înalt de invaliditate și mortalitate nu numai a acestui contingent, dar și a populației în genere. În cazul traumatismului accidentatului suportă modificări cosmetice, funcționale și anatomice, care deseori cauzează

pierderea capacității de muncă. Astăzi traumatismul a devenit o problemă medico-socială stringentă, deoarece pe lângă infirmități fizice el cauzează și prejudicii sociale și economice considerabile.

Materiale și metode

În conformitate cu obiectivul de lucru, am inițiat un studiu asupra parametrilor caracteristici traumei, care au un impact social, al traumatismului în secția Chirurgie Oro-Maxilo-Facială și am utilizat următoarele metode: istorică, analitică, discriptivă, statistică, epidimiologică și matematică. Astfel, am determinat că în Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, traumatismele maxilo-faciale ocupă locul doi ca frecvență după inflamație.

Rezultatele obținute și discuții

Medicul tratează adesea „boala”, nu și „bolnavul”, iar uneori în patologie abordarea „tehnicistă” este favorizată de metodele de diagnostic preponderent morfologic. Tehnicile de diagnostic nu explică gradul, variabilitatea și nici chiar prezența anumitor simptome iar datele furnizate sunt deseori insuficiente pentru stabilirea diagnosticului și aplicarea corectă a tratamentului. Frecvent cunoaștem maladia, dar nu și suferința. Considerarea fiecărui pacient drept „caz individual” este legată de frecvența, simptomatologia leziunilor asimptomatice, frecvența intervenției terapeutice corecte fără rezultate sub aspectul calității ori a incorectitudinii deciziei induse de starea emotivă a pacientului, frecvența tulburărilor funcționale la bolnavii proveniți din familii „cu probleme” și de rezultatele obținute prin metode „alternative”. Interacțiunea biologic – psihosocial în patologia maxilo-facială implică reconsiderarea patologiei „organice” ca nefiind doar pur „biologică”, ci având și o importantă componentă psihosocială deloc secundară. Aceasta ia în considerare factorii psihofiziologici, psihoimunologici, axul cerebral, modul de percepere a bolii și reacția față de aceasta. Implicarea stresului în patologia oro-maxilo-facială este documentată și esențială mai ales în defecte și deformații faciale. Ea este o componentă secundară cu rol major în defectele faciale și este un factor de influențare a rezultatelor terapeutice sau o consecință a tratamentului formațiunilor [6].

Care sunt factorii plasării traumei printre problemele medico-sociale? După datele Centrului Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, traumatismul ocupă locul doi după procesele inflamatoare ale regiunii oro-maxilo-faciale, fiecare al doilea pat este

ocupat de un bolnav cu traumă a feței. În localitățile rurale nivelul traumatismului este mai jos comparativ cu cele urbane. Chișinăul este considerat un oraș cu un nivel înalt de traumatism.

Traumatismele, în funcție de gravitatea lor, aduc un prejudiciu enorm sănătății populației, condiționând pierderea temporară sau permanentă a capacității de muncă, invaliditate sau deces. Între traumatism și nivelul de studii și de cultură generală se observă o dependență invers proporțională, adică odată cu creșterea nivelului de studii și de cultură generală, scade numărul traumatismelor, acest aspect fiind evident în ramurile de producție.

Afectarea preponderent a populației în vârstă aptă de muncă este relatată de mai mulți autori din diferite țări. 76% din accidentați au vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani, vârsta cea mai frumoasă pentru toate domeniile veții. Tinerii de la 20 de ani constituie 16% din cei accidentați cu traumatism facial [3,4].

Cifrele statistice în funcție de sex: 79% bărbați, 21% femei, raportul 4:1. Deoarece majoritatea bărbaților sunt implicați adeseori în violențe (agresiune armată, conflict militar, poliție, lucrul cu tehnica), ei sunt mai expuși traumelor. În ultimul timp, datorită emancipării exagerate a femeii, tot mai mult unele activități sunt substituite de sexul frumos și această tendință nu este deloc pozitivă [5].

Transportarea a 39% din accidentați cu ambulanța are o mare importanță, deoarece bolnavul va fi corect transportat, se va stabili instituția de profil în care urmează a fi tratat, i se va stabili diagnosticul preventiv și i se va acorda ajutorul medical de urgență. Imobilizarea de urgență a pacientului cu traumatism facial efectuată de medicii-specialiști de la urgență va micșora intensitatea durerii, lezarea suplimentară a țesuturilor adiacente fracturii, urgentând reabilitarea timpurie a pacientului. Literatura ne furnizează date conform cărora traumatismul facial în 100% este implicat și traumatismul cranio-cerebral (comoție cerebrală, contuzie cerebrală, hematom etc. care sunt de competența neurochirurgilor). Așadar, pacientul cu traumă cranio-facială în mod obligatoriu trebuie transportat cu ambulanța la instituția medicală. Toate excitațiile pornite din mediul înconjurător pot acționa defavorabil asupra sa, ceea ce ar duce la suprasolicitarea și epuizarea sistemului nervos central.

Deplasarea de sine stătător a 39% din accidentați poate conduce la agravarea organului traumatizat și pot apărea diferite dereglări funcționale suplimentare.

21% din accidentați s-au adresat după ajutor la CNPȘMU cu îndreptare din policlinicile de sector sau din raioane. Aceștia li s-a acordat ajutor preventiv-diagnostic sau curativ.

Traumele au o etiologie distinctă și o repartizare specifică după localizare, sex, cauză, caracter, timpul de adresare după ajutor. Evidența cazurilor de traumatism în teritoriu nu este completă, deoarece accidentatul se mărginește la autoajutor sau ajutor reciproc, neapelând la medic, mai ales în circumscripțiile rurale și de departament.

Accidentele rutiere constituie 10% din traumatismele majore cu consecințe grave și ocupă locul trei, având tendința de creștere permanentă. În anul 1994 accidentul rutier în 1,6% cazuri a fost cauza traumei faciale, pe când în 2004 a alcătuit 7% cazuri, datorită creșterii numărului unităților de transport. Anual în Republica Moldova sunt comise în medie 3000 de accidente rutiere. Sub presiunea dezvoltării tehnologiilor înalte, supraaglomerării, creșterii vitezei de circulație și multiplicării agenților de vătămare în habitatul uman, urgențele traumatologice au cunoscut o majorare considerabilă, transformându-se în «epidemie traumatică». Rata mortalității populației R. Moldova din cauza traumatismului general în anul 2003 a constituit 103,15 la 100 mii de locuitori, crescând cu 5,11% comparativ cu anul 2002. În urma accidentelor de transport în 2003 au decedat 15 persoane la 100 000 locuitori. Starea deplorabilă a drumurilor, lipsa indicatoarelor la intersecții, dezvoltarea în ritm rapid a transportului public și celui privat, circulația cu viteză înaltă, ritmul intensiv la trafic, instruirea insuficientă a șoferilor, marcajul defectuos sunt cauze care favorizează accidentul rutier. Trebuie de menționat aici și iresponsabilitatea pietonilor la traversarea străzii în locurile neautorizate, la culoarea roșie, neatenția în locurile nemarcate [4, 6].

Accidentul la locul de muncă a alcătuit un procent din numărul accidentaților cu traumatism facial. La traumatismul dat se referă atât cel industrial, cât și cel agricol. Trauma a fost suportată la locul de muncă (în drum spre sau de la serviciu timp de o oră și jumătate), precum și în alte locuri legate cu procesul de producere.

Starea de ebrietate în care s-au prezentat cei 26,45% din accidentații care s-au adresat în primele 24 de ore impune probleme de apreciere diagnostică și abordare curativă asemeni situațiilor de traumă, ca și în traumatismul cranian acut. În ultimii ani se înregistrează o creștere esențială a numărului șoferilor depistați în stare de ebrietate la volan, dintre care

65-70% sunt șoferi tineri până la 30 de ani. În anul 2003 au fost depistați în stare de ebrietate 36,60% din numărul celor examinați și 6,09% în stare de ebrietate narcotică. Abuzul de stupefiante este o problemă stringentă a societății care a apărut relativ recent, iar beția a fost dintotdeauna și este o problemă medico-socială acută. Aspectul social oglindește drame spirituale și prejudicii economice enorme, legate de consumul excesiv de alcool, care afectează consumatorii, pe cei din jur și întreaga comunitate. Consumul sistematic de alcool duce la dereglări funcționale care la un moment dat capătă un caracter ireversibil, cu timpul mecanismele compensatoare ale organismului se epuizează, în consecință apar modificări în organe. Combaterea alcoolului ca epidemie socială se efectuează pe mai multe căi. Restricțiile de a nu comercializa băuturi alcoolice minorilor după ora 20 au jucat un rol important în ultimele decenii ale sec. XX. Odată cu liberalizarea pieței alcoolismul a crescut. Combaterea acestui viciu în Republica Moldova este un program de stat, care are sarcina ca în anul 2015 să nu admită o creștere peste 6,1 litri de alcool absolut pe cap de locuitor [3, 5].

Structurarea conform cauzelor traumatismului medio-facial ne obligă să solicităm elaborarea unui cadru juridic care ar contracara agresiunea și ar preveni alcoolizarea în masă. Măsurile sociale de genul creării locurilor de muncă, protecția muncii și practicarea sportului ar conduce la profilaxia traumatismului. Respectarea regulilor de circulație de către actorii participanți la trafic poate fi realizată prin propagarea în masă a regulilor de circulație de la o vârstă mică și prin sancțiuni legislative mai dure [2, 4].

Exigențele speciale față de dereglările estetice și funcționale ale feței au fost cauzele principale ce i-au determinat pe 72, 72% din traumatizați să se adreseze la medic în primele 24 de ore. Până la 48 de ore postaccident s-au prezentat 9,85%. Peste 48 ore s-au prezentat 17,44%, în special accidentații la care fenomenele inflamației s-au amplificat cu scurgerea timpului.

Traumatismul cranio-cerebral s-a asociat cu fracturi ale etajului mijlociu al feței în 66,75% din cazuri, inclusiv comotii cerebrale – 62,96% și contuzia cerebrală – 3,79%, accidente care s-au redus totuși de la 68,32% în 1999 până la 58,37% în anul 2002. Contuzia cerebrală s-a determinat în creștere – de la 1,23% în anul 1998 până la 7,11% în 2001. Traumatismul cranian acut complică clinica fracturilor, uneori este chiar imposibil un diagnostic calitativ

și se amână acordarea tratamentului chirurgical definitiv [4, 5, 7, 8].

Factorii care contribuie la combaterea efectului stressului în patologia OMF include importante măsuri de iluminare, care se referă la prevenirea anxietății, evitarea comportamentului nevrotic și a temerilor legate de malignitate, susținere familială/socială eficientă, abordarea adecvată și explicarea amănunțită a patologiei și amăsurilor terapeutice din partea asistentei.

Factorii de risc îi putem clasifica în factori ce ne aparțin (factori eriditari) și în factori al mediului (factori externi). Cu toate că mulți factori de risc pot influența boala, mulți nu cunosc cu certitudine dacă ei cauzează direct boala. Factorii de risc ajută medicii să identifice oamenii cu risc crescut de a face o boală, dorindu-se astfel scăderea acestui risc. În situațiile în care factorii de risc nu pot fi modificați, surprinderea bolii la debut la persoanele identificate cu risc crescut este un câștig pentru eficiența intervențiilor terapeutice și evitarea complicațiilor.

În concluzie menționăm că asistența medicală, prin cunoștințe și tehnici din științele sociale, fizice, medicale, biologice și de umanitate, poate face ca pacientul să-și recâștige independența, încrederea în puterile sale, grăbindu-și astfel vindecarea.

Bibliografie

1. Bețișor V., *Actualități în ortopedie-traumatologie*, în *Materialele conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților USMF „N. Testemițanu”*, Chișinău, 1997, p. 15-27.
2. Ciobanu Gh., *Evaluarea clinico-epidemiologică și managementul strategic al urgențelor medico-chirurgicale în Republica Moldova*, Chișinău, 2001, p. 19-28.
3. Hâțu D., *Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale*. Teză de doctor în științe medicale, 2004, p. 113.
4. Hâțu D., Șcerbatiuc D., *Probleme sociale în traumatismul regiunii maxilo-faciale*, în *Bioetică, Filosofie, Medicină practică*, Chișinău, 2000, p. 275-276
5. Joshi A., *Randomised trial of brife interventions for patients with alcohol related injuries*, în A. Joshi, N. Pogadas, B. T. Musgrove, *Oral & Maxillofacial Surgery*, 2003, vol. 32, suppl. 1, p. 31.
6. Tintuc D., Ețco C., Grossu Iu., Spinei L., Raevschii M., Onceanu I., Iodco N., Gherman V., Leșanu A., *Sănătate publică și management*, CEP **Medicina**, Chișinău, 2002, p. 650-655.
7. Бажанов Н. Н., Козлов В. А., Робустова Т. А., Максимовский Ю. А., *Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области*, în *Стоматология*, 2006, N. 5, p. 50-51.
8. Баситханова Э., *Профилактика послеоперационных воспалительных осложнений у больных с патологией челюстно-лицевой области*, în *Стоматология*, 2005, N. 2, p. 50-51.

Prezentat la 27.11.2010