



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Leziunile traumatice ale părților moi oro-maxilo-faciale la copil**

**Protocol clinic național**

**PCN-220**

**Chișinău 2014**

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 18.06.2014, proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1405 din 10.12.2014  
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Leziunile traumatice ale părților moi  
oro-maxilo-faciale la copil”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

**Railean Silvia** d.ș.m., conferențar universitar, catedră chirurgie OMF, pedodonție și ortodonție, USMF „N. Testemițanu”

**Ion Lupan** d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră chirurgie OMF, pedodonție și ortodonție, USMF „N. Testemițanu”

**Recenzenți oficiali:**

**Grigore Bivol** Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Iurie Osoianu** Compania Națională de Asigurări în Medicină

**Maria Cumpănă** Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

**Dumitru Hîțu** USMF „N. Testemițanu”

## Cuprins

PREFAȚĂ	4
Abrevierile folosite în document	4
A. PARTEA INTRODUCTIVĂ	5
A.1. Diagnosticul	5
A.2. Codul bolii	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopul protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	6
A.6. Data următoarei revizuirii	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	6
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informație epidemiologică	8
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	9
B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (chirurg stomatolog)	10
B. 3. Nivel de asistență medicală spitalicească (secția de chirurgie oro maxilo-facială pediatrică)	11
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	13
<i>C.1.1. Algoritmul de conduită în TOMF la copil</i>	13
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	14
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	23
ANEXE	26
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.	28
BIBLIOGRAFIE	30

## PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii IMSP SCRC „Emilian Coțaga”.

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

### ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

OMF	Oro-maxilo-facială
FM	Fracturi mandibulare
LPM	Leziuni ale părților moi
TD	Traumatism dentar
FOF	Fracturi ale oaselor faciale
TOMF	Traumatismele oro-maxilo-faciale
TC	Tomografia computerizată
IMR	Imaginea rezonanței magnetice
TAC	Traumatism acut cerebral
i/v	Administrarea preparatelor pe cale venoasă
i/m	Administrarea preparatelor în mușchi
p/o	Administrarea preparatelor pe cale orală
PCPP	Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. Diagnosticul: Leziunile traumatice ale părților moi în regiunea oro maxilo-faciale la copil** *Exemple de diagnostice clinice:*

1. Leziuni ale părților moi cu defect tisular.
2. Leziuni ale părților moi ale cavității bucale.
3. Leziuni ale părților moi fără defect tisular.
4. Traumatisme asociate.

### **A.2. Codul bolii: (CZU 616.31-089-053.2)**

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

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- instituțiile/secțiile consultative (stomatolog, chirurg stomatolog);
- secțiile de pediatrie din spitalele raionale, municipale (pediatri);
- secțiile de chirurgie din spitalele raionale (chirurghi stomatologi);
- secția de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică a IMSP SCRC „E. Coțaga”

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

### **A.4. Scopul protocolului:**

1. A spori nivelul informațional cu privire la măsurile profilactice în prevenirea TOMF.
2. A spori eficacitatea tratamentului pacienților cu TOMF, prin acordarea primelor îngrijiri medicale într-un termen scurt de la producerea accidentului.
3. A spori eficacitatea tratamentului leziunilor părților moi regiunii capului și gâtului în conformitate cu particularitățile anatomo-funcționale a regiunii oro-maxilo-faciale și vârsta copilului.
3. A spori calitatea asistenței medicale la etapele de evacuare de la locul accidentului spre departamentele specializate a copiilor cu traumatisme asociate prin respectarea asistenței de urgență a leziunilor care amenință

imediat (șoc, asfixie, hemoragie) sau în zilele următoare (leziuni traumatice abdominale, toracice, cerebrale, ect.) viața bolnavului, ori pot compromite organele de importanță majoră (glob ocular, măduva spinării).

4. A reduce numărul de complicații imediate grave, primitive, secundare, și tardive prin aplicarea unui tratament succint în ordinea priorităților sau sunt parcurse concomitent în funcție de posibilitățile de rezolvare și timpul scurs de la accident.
5. A contribui ca întreaga conduită terapeutică și chirurgicală să respecte cerințele de refacere morfologică, funcțională, estetică și psihică prin aplicarea metodelor contemporane de tratament.
6. A contribui la recuperarea precoce a copiilor care au suportat traumatisme OMF.




**A.5. Data elaborării protocolului: 2014**




**A.6. Data următoarei revizuirii: 2016**

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

<b>Numele, prenumele</b>	<b>Funcția deținută</b>
Silvia Railean	d.ș.m., conferențiar universitar, catedră chirurgie OMF, pedodonție și ortodonție, USMF „N. Testemițanu”
Ion Lupan	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră chirurgie OMF, pedodonție și ortodonție, USMF „N. Testemițanu”

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

<b>Denumirea instituției</b>	<b>Persoana responsabilă - semnătura</b>
Catedră chirurgie OMF, pedodonție și ortodonție, USMF „N. Testemițanu”	
Comisia științifico-metodică republicană de profil „Stomatologie”	
Catedra medicină de familie	

Consiliul de experți al MS	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

### **A.8. Definițiile folosite în document**

*Complicații imediate grave* – sunt cele care se instalează în primele minute (șoc, hemoragie, sau asfixie) sau următoarele ore/zile după traumatism (leziuni traumatice abdominale, toracice, cervicale) și pot pune viața bolnavului în pericol, ori pot compromite organe de importanță majoră (glob ocular, măduva spinării ect).

*Complicații secundare* – supurațiile în părțile moi superficiale sau profunde, fistule cronice, tromboflebite, septicemii, fistule salivare, hemoragii secundare ect.

*Complicațiile primitive* – contaminarea rapidă a plăgii cu dezvoltarea unei plăgi infectate cu floră banală, erizipel, tetanus, gangrene gazoasă ect. datorită septicității bucale și adesea a unei igiene bucale inadecvate sau contactului cu corpi străini.

*Poziție de securitate într-un traumatism asociat* – traumatizatul se întinde pe o suprafață plană, în decubit lateral cu capul ușor decliv întors pe o parte pentru a favoriza evacuarea lichidelor din cavitatea oro-faringiană.

### **A.9. Informație epidemiologică**

Leziunile traumatice oro-maxilo-faciale reprezintă circa 10% din totalul traumatismului cranian. După datele V.N. Șiracova, traumatismele la copii în regiunea OMF este de 1:100.

Leziunile părților moi sunt cele mai frecvente traumatisme din regiunea capului și gâtului la copii, relatate de la 77% cazuri la 80% cazuri [4,5]. Pot fi unice sau multiple, localizate numai în regiunea OMF sau asociate cu alte leziuni traumatice din regiunile de vecinătate sau de la distanță în cadrul unor politraumatisme. Ele pot fi cauza leziunilor grave din partea ductului salivar sau nervii periferici, sau rezultă în cicatricii vicioase cu deformarea aspectului estetic al feței.

Traumatismele auriculare produse prin mușcătură de copii în timpul activităților

de joacă pot provoca hematoame accentuate, leziunile produse prin mușcătură de animale domestice (câini, pisici, cai) sunt însoțite de defecte tisulare, arsurile electrice în cavitatea bucală provoacă cicatricii vicioase. Toate leziunile menționate necesită o îngrijire perfectă, promptă, și în volum deplin.



## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1 Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul</b>		
1.1.Examenul clinic C.2.5.	Diagnosticarea de urgență a TOMF permite acordarea rapidă complexă a ajutorului medical ce contribuie la reducerea considerabilă a complicațiilor.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamneza (casetă 8-9)</li> <li>• examenul obiectiv general (casetă 10)</li> <li>• examenul local cu determinarea gravității,traumatismelor (casetă 11)</li> </ul>
<b>2. Tratatamentul</b>		
2.1.Tratatamentul de urgență la etapa prespitalicească C. 2.5. C.2.5.5.	Administrarea precoce complexă a tratamentului de urgență local	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combaterea șocului, asfixiei, hemoragiei [<i>casetele 17,18,19,20</i>].</li> <li>• Înlăturarea a tot ce ar putea jena respirația din cavitatea oro- faringiană (chiaguri, dinți).</li> <li>• Calmarea durerilor (la nivelul oaselor fracturate)</li> <li>• Deplasarea limbii în poziție anterioară și fixarea ei.</li> <li>• Diminuarea sialoreei abundente în plăgile care se deschid în cavitatea bucală prin administrarea atropinei.</li> <li>• Pansamente compresive, sterile pe părțile țesuturilor moi cu integritatea întreruptă.</li> <li>• Imobilizare provizorie a maxilarelor prin aplicarea frondei mentoniere.</li> </ul> Determinarea gradului de urgență în ordinea prioritară ( <i>casetele 1, 2, 3</i> ).
2.2. Transportarea pacientului cu TOMF în secțiile specializate a spitalelor raionale, municipale sau republicane.	Monitorizarea și stabilizarea funcțiilor vitale permite evitarea complicațiilor și transportarea pacientului în staționarul de profil.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuarea bolnavului în poziție de securitate.</li> <li>• Efectuarea bilanțului sumar al leziunilor și stabilirea măsurilor terapeutice care amenință imediat viața bolnavului.</li> <li>• Evacuarea într-un serviciu de specialitate ținând cont de gravitatea leziunilor și prioritatea terapeutică (<i>casete 1,2</i>).</li> </ul>

## B.2. Nivelul de asistență medicală primară (medicii de familie)

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară a TOMF C.2.2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismele OMF la copii pot fi prevenite prin măsurile profilactice [caseta 4].</li> <li>• Reducerea riscului de traumatizare se va face în baza lecțiilor de „Educație pentru sănătate” în colectivele școlare de către medicii de familie sau asistentele medicale ale medicului de familie.</li> </ul>	<p><b>Obligativ:</b></p> <p>Acordarea informației „Educației pentru sănătate” în rândurile populației (părinți, pedagogi, educători etc.), prin informarea despre pericolul traumatismelor și necesitatea respectării regulilor de circulație; amenajarea terenurilor de joc [caseta 4;].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supravegherea copiilor.</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Diagnosticul C.2.5.2 C. 2.5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul precoce a traumatismelor asociate și LPM cu defect tisular și fără defect tisular.</li> <li>• Determinarea grupului de sănătate a copilului traumatizant cu scop de a prognoza complicațiile generale și locale, și a organiza corect evacuarea bolnavilor de la locul accidentului</li> </ul>	<p><b>Obligativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza, timpul când s-a produs accidentul, împrejurările în care s-a produs accidentul [casetele 8,9].</li> <li>• Examenul obiectiv al regiunii capului, gâtului. [casetele 10,11].</li> <li>• Aprecierea gradului de afectare a organelor și sistemelor [caseta 1,2].</li> <li>• Aprecierea gradului de afectare a regiunii OMF și trierea pacienților conform leziunilor [caseta 10,11].</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimarea indicațiilor pentru consultul altor specialiști: pediatru, neurochirurg, stomatolog, ORL, oftalmolog.</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Acordarea primului ajutor la locul accidentului C. 2.5. C.2.5.5.	<p>Îngrijirile încep la locul de accident și continuă la toate etapele de evacuare cu scop de profilaxie a complicațiilor imediate grave, primitive, secundare.</p> <p>Pacienții vor fi grupați în:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacienți, care vor necesita îngrijiri în condiții de ambulatoriu;</li> <li>- pacienți, care vor necesita îngrijiri în condiții de staționar.</li> </ul> <p>[1,2,3].</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combaterea șocului, asfixiei, hemoragiei [casetele 18,19,20].</li> <li>• Înlăturarea a tot ce ar putea jena respirația din cavitatea orofaringiană (chiaguri, dinți).</li> <li>• Calmarea durerilor.</li> <li>• Deplasarea limbii în poziție anterioară și fixarea ei.</li> <li>• Pansamente compresive, sterile pe părțile țesuturilor moi. [Casetele 13,14,15,16,17)</li> </ul> <p><b>Obligativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toți copiii cu suspexii la TOF necesită consultul stomatologului.</li> <li>• Vaccinarea antirabică în cazul plăgilor muscate de animale domestice.</li> <li>• Consultul rabiologului,</li> <li>• Informarea medicului veterinar.</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultul neurologului, pediatrului, oftalmologului, otorinolaringologului.</li> </ul>
<b>4. Transportarea</b>		

<p>4.1. Transportarea pacientului în secții de traumatologie sau urgență pediatrică ale spitalelor raionale, municipale sau republicane <b>C.2.5.4.</b></p>	<p>Evacuarea cât mai rapidă a traumatizantului de la locul accidentului la spitalele raionale, municipale sau republicane, va micșora riscul complicațiilor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuarea bolnavului de la locul accidentului se va efectua prin intermediul asistenței medicale urgente.</li> <li>• Bolnavii gravi vor fi evacuați în poziție de securitate.</li> <li>• În momentul transportării bolnavului - se va determina bilanțului sumar al stării generale și locale a leziunilor traumatice și stabilirea măsurilor terapeutice care amenință imediat viața bolnavului [casetele 12,13, 15,16,17].</li> </ul>
<p><b>5. Recuperarea</b> <b>C.2.5.6</b></p>	<p>Se face cu scop de profilaxie a complicațiilor apărute după traumatismul părților moi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia complicațiilor</li> <li>• Miogimnastica</li> <li>• Masaj</li> <li>• Practicarea sportului</li> <li>• Evidența reabilitologului. [casete 27].</li> </ul> <p><b>Recomendabil:</b> Consultul otorinolaringologului, oftalmologului, neurologului.</p>

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

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Diagnosticul formelor clinice</b>		
<p>1.1. Diagnosticul TOMF <b>C.2.5.2</b> <b>C. 2.5.</b></p>	<p>Evaluarea gradului de severitate a traumatismului în primele 72 ore după accident cu scop de a asigura profilaxia complicațiilor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza [casetele 8;9].</li> <li>• Examenul de laborator [Tabel 1],</li> <li>• Examen clinic local, general [casetele 10,11].</li> <li>• Consultul specialiștilor: pediatrul, anesteziolog, traumatolog, ORL, neurochirurg, neurolog, oftalmolog.</li> </ul>
<p>1.2. Selectarea metodei de tratament, localul (ambulatoriu sau staționar) și forma anesteziei <b>C. 2.5.</b></p>	<p>Aprecierea corectă a stării generale și locale va diviza pacienții în două categorii: 1. cei la care tratamentul se va finisa la această etapă 2. și cei care vor fi transportați pentru tratament la etapa următoare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de spitalizare, trierea pacienților [casetele 1;2;3,12,21].</li> <li>• Evaluarea stării generale și locale [casetele 7.8.10.11].</li> <li>• Asistența medicală în timpul transportării bolnavilor [casetele 15,16,17,18,19,20].</li> <li>• Selectarea pacienților pentru transportarea în secțiile republicane specializate - secția de chirurgie OMR a SRCC "Em.Coțaga" [Tabel 2,3,4].</li> </ul>
<b>Transportarea</b>		
<p>2.1. Transportarea în secția de terapie intensivă, în secțiile de traumatologie de urgență pediatrică ale spitalelor republicane sau secția de chirurgie oro maxilo-facială de copii, clinica " Em. Coțaga" <b>C. 2.5.</b></p>	<p>Transportarea pacienților cu traumatisme asociate (traumatisme acute cerebrale, traumatisme ale altor organe și sisteme) se va face în ordinea priorităților.</p>	<p><b>La etapa de evacuare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combaterea șocului, asfixiei, hemoragiei [casetele 17,18,19,20].</li> <li>• Asistența locală a plăgilor în perioada evacuării traumatizantului [casetele 15,16].</li> <li>• Antibioterapie prin injectarea părților moi adiacente sau, i/m, i/v, p/o [casete 15].</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		

3.1. Tratatamentul chirurgical definitiv. <b>C.2.5.5.</b>	Selectarea pacienților pentru tratament definitiv se va face în raport cu vârsta copilului, în raport cu gradul de comportament a copilului, și volumul intervențiilor chirurgicale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratatamentul leziunilor traumatice ale părților moi [casetele 12,13,14, 21,23].</li> <li>Evidența postoperatorie [casetele 24,25,26]</li> <li><b>Recomendabil:</b> consultul neurochirurgului, oftalmologului, stomatologului, otorinolaringologului, pediatrului [Tabel 1,2,3].</li> </ul>
3.2. Tratatamentul pacienților cu leziuni întinse, cu defecte tisulare (mușcate), combinate sau asociate la etapa de evacuare <b>C.2.5.</b>	Profilaxia cicatriciiilor vicioase sunt asigurate după un tratament precoce, în volum deplin și în echipă.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combaterea șocului traumatic, hemostaza, combaterea asfixiei [casetele 15,16,17].</li> <li>Prelucrarea chirurgicală primară, secundară sau întârziată [casetele 18,19,20]</li> </ul>
<b>4. Supravegherea</b>		
4.1. Supravegherea și recuperarea sechelelor TOMF <b>C.2.5.6.</b>	Se face cu scop de a depista precoce posibilele deformatii, care pot apărea pe parcursul dezvoltării copilului.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supravegherea copilului în condiții de ambulatoriu pe o perioadă de la 7-10 zile pînă la 12 luni. [caseta 27].</li> <li>Monitorizarea indicatorilor pentru depistarea complicațiilor precoce și tardive ale TOMF [caseta 24].</li> </ul> <p><b>Recomendabil:</b> Consultul stomatologului chirurg, pediatrului, neurochirurgului, fizioterapeutului.</p>

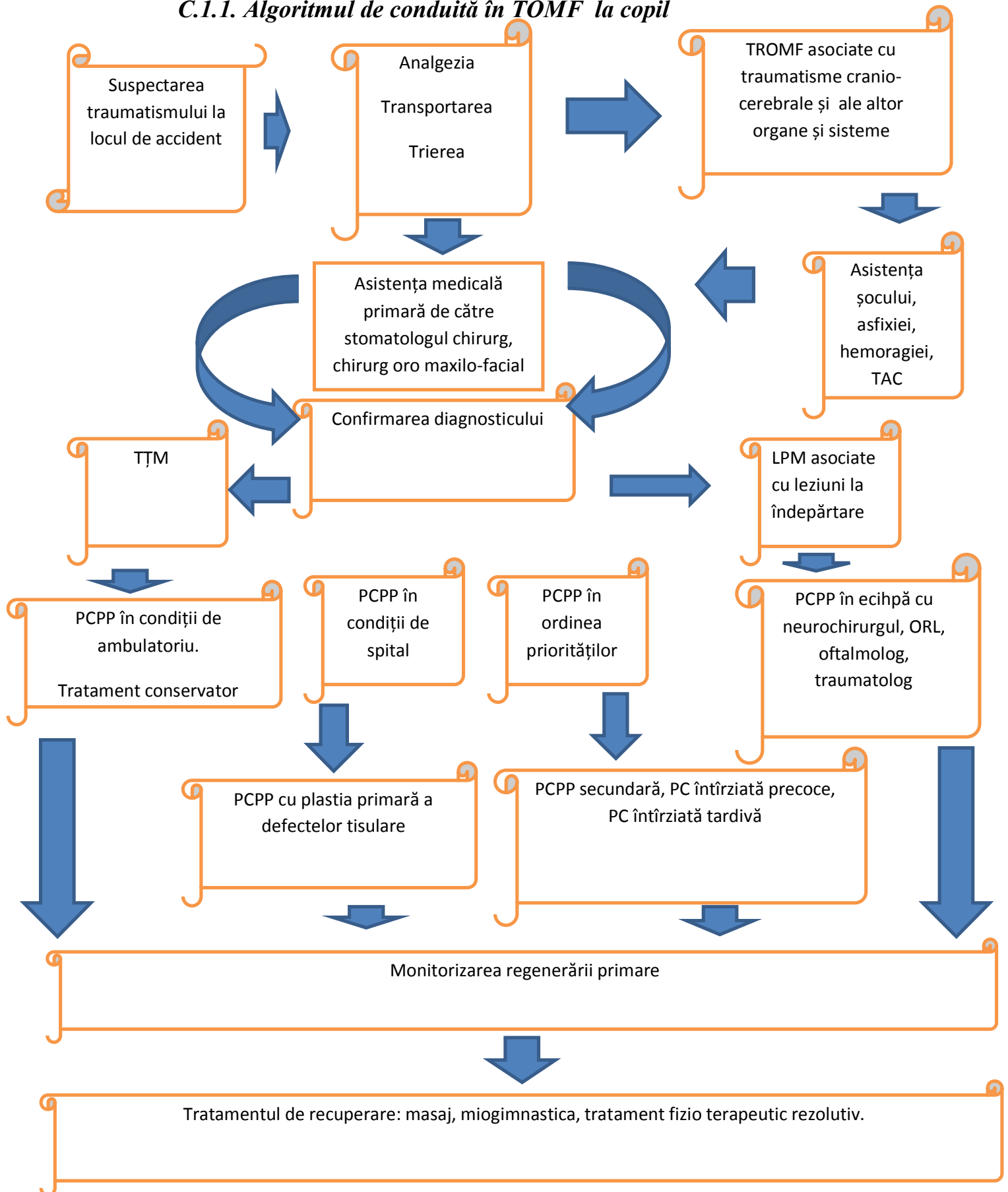
### B. 3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Spitalizarea</b>		
1.1. Spitalizarea pacienților cu leziuni traumatice ale părților moi <b>C.2.1.</b>	Pacienții se vor spitaliza în departamentele de chirurgie OMF, neurochirurgie, traumatologie, terapie intensivă în raport cu prioritatea terapeutică.	Anamneza [casetele 8,9] Diagnosticul [casetele 10,11] Criteriile de spitalizare [casetele 1,2,3]
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Aprecierea nivelului și extensiunii leziunilor traumatice.	În raport cu factorii cauzali leziunile se vor diviza în cele mușcate de câini, cai; produse prin arme de foc; accidente rutiere.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colectarea anamnezei, examenul clinic general și local [casetele 6,7,8].</li> <li>Examenul radiologic sau TC cranio- viscerală și cranio-facială spiralată 3D. [Tabelul 1].</li> <li>Examenul de laborator [Tabelul 1].</li> <li>Evaluarea riscului de dezvoltare a complicațiilor [caseta 9].</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultația specialiștilor (neurochirurg, chirurg, ORL, oftalmolog, anesteziolog, reanimatolog, ortodontului, stomatologului etc.).</li> </ul>
<b>3. Tratatamentul</b>		
3.1. Tratatamentul leziunilor părților moi a regiunii oro maxilo-facială	Tratatamentul definitiv al LPM la copii se va efectua imediat la adresarea copilului, în caz de necesitate tratamentul chirurgical se va face în	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratatamentul comun în echipă cu medicul anesteziolog, reanimatolog. [casetele 17,22,].</li> <li>Pregătirea preoperatorie [caseta 11].</li> </ul>

	echipe multidisciplinare cu chirurgii traumatologi, neuro-chirurgi, ORL chirurgi oftalmologi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelucrarea chirurgicală a leziunilor traumatice [casetele 13,14,22,23]</li> <li>• Evidența postoperatorie [casetele 24,25]</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidența în condiții de spital 7-10 zile.</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>		
4.1. Externarea, continuarea tratamentului în condiții de ambulatoriu la chirurg stomatolog, pediatru, chirurg-pediatru.	Evidența pacientului după manipulații chirurgicale și ortopedice și pentru întreaga perioadă de creștere. Starea satisfăcătoare a pacientului permite externarea și tratarea în condiții de ambulatoriu.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de externare [casete 26,27].</li> <li>• Eliberarea extrasului cu conținut obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticul definitiv.</li> <li>- Rezultatele investigațiilor efectuate</li> <li>- Tratamentul efectuat în staționar</li> <li>- Recomandările explicite pentru pacient</li> <li>- Recomandările pentru medicul de familie, chirurg stomatolog, ortodont</li> </ul> </li> </ul>

## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de conduită în TOMF la copil



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

### C.2.1. Clasificarea TOMF

#### Caseta 1. Clasificarea traumatizanților în raport cu gravitatea stării generale.

- **Categoria întâi.** Pacienții care necesită asistență de urgență specializată și calificată, acordată în săli de pansamente sau blocuri operatorii: hemoragii persistente, asfixii care necesită traheotomii.
- **Categoria doi:** Pacienții care necesită confirmarea diagnosticului și determinarea priorităților vitale (traumatisme maxilo-faciale, ORL, traume acute cerebrale, traumatisme oculare).
- **Categoria trei:** pacienții care necesită tratament în staționare care nu fac parte din primele două categorii.

#### Caseta 2. Trierea pacienților cu TOMF

**Grupul unu:** pacienții care necesită numai prelucrarea chirurgicală primară fără etape plastice (LTM fără defecte tisulare). Pentru acești pacienți aceasta este etapa finală de tratament.

**Grupul doi:** Pacienții care necesită tratament chirurgical specializat cu plăgi care prezintă defecte tisulare, sau fracturi ale oaselor faciale (prelucrarea chirurgicală primară cu elemente de plastie și reducerea fragmentelor osoase pe cale deschisă).

**Grupul trei:** Pacienții care nu sunt transportabili și, sau TOMF ce se asociază cu traumatisme la îndepărtare ale altor organe și sisteme care predomină în ordinea priorităților după gravitatea lor.

#### Caseta 3 Clasificarea leziunilor traumatice ale părților moi

Aspectele clinice ale leziunilor traumatice ale părților moi:

- leziuni închise fără soluții de continuitate: a) echimoze; b) contuzii; c) hematoame:
- leziuni deschise cu soluții de continuitate: a) escoriații; b) plăgi de diferite tipuri interesând numai pielea ori numai mucoasa orală sau pot cuprinde toate planurile penetrând ori nu pereții cavității orale, asociate sau nu cu fracturi ale oaselor feței ori cu leziuni traumatice dento-parodontale. Pot provoca desfigurări și tulburări funcționale foarte grave.

### C.2.2. Profilaxia TOMF

#### Caseta 4. Profilaxia primară a TOMF

- Supravegherea copiilor pentru prevenirea riscului de traumatism.
- Modificarea stilului de viață (jocuri, ocupații ale copiilor).
- Acordarea asistenței educaționale sanitare în rândurile populației prin informarea despre pericolul traumatismelor oculare.
- Lucrul explicativ cu părinții, educători, pedagogii.
- Utilizarea jucăriilor nepericuloase.
- Emisiuni prin intermediul presei, televizorului, radioului.

### **Caseta 5. Profilaxia complicațiilor la copiii cu TOMF**

1. Profilaxia complicațiilor de infecție:

- a) asigurarea anesteziei și suturi provizorii (de evacuare).
- b) aplicarea suturii primare în termen scurt.
- c) managementul corect de evacuare.
- d) asanarea cavității bucale.
- e) antibioticoterapia.
- f) asigurarea precoce a inervației și prin administrarea preparatelor, exercițiilor (kinetoterapia) și proceduri fizio-terapeutice.
- g) dietoterapia.

### **C. 2.3. Etiologia**

#### **Caseta 6. Cauza traumatismelor la copil**

- habituale (prin mușcătură de animale domestice; prin căderi în casă, în stradă, la grădinițe, la școală).
- accidente rutiere;
- catatraumatism (mai frecvent cădere din pomi; cădere de pe bicicletă etc.);
- sportiv.

### **C 2.4. Factorii de risc**

#### **Caseta 7. Factorii de risc în TOMF la copil**

##### ***Factori generali***

- Vârsta –1-12 ani.
- Lipsa de supraveghere a copiilor de către părinți și de către persoanele, cărora li se încredințează acest lucru.
- Regimul alimentar și fizic necalitativ care duce la slăbirea scheletului și a întregului aparat locomotor.
- Patologia congenitală.
- Genul de activitate sportivă.
- Patologii displazice pe fundal de subalimentație și alte patologii cronice (boală Celiacă, osteoporoză, distrofie renală etc.).
- Nerespectarea regulilor de circulație rutieră.
- Violența de familie (sindromul Silverman – sindromul copilului bătut).
- Informatizarea insuficientă despre profilaxia în masă a traumatismelor.

##### ***Factori locali***

- Malpoziții dentare.
- Reducerea rezistenței structurilor dentare prin distrofii, procese carioase, obturații, reconstrucții corono-radiculare.

### **C. 2.5. Conduita pacientului cu TOMF la copii**

#### **C. 2.5.1. Anamneza**

#### **Caseta 8. Pașii obligatori în conduita pacientului cu LPM.**

Anamneza traumatismului (*vremea producerii traumatismului, împrejurările*).

Determinarea gradului de afectare al traumatismului produs (*asociat cu alte traumatisme, boli*



*satelite, extinderea leziunii, profunzimea leziunii, gradul de hemoragie.*

Asistența medicală la locul accidentului

Evacuarea pacientului la etapele de asistență specializată

Asistența provizorie la etapele de evacuare.

Tratamentul definitiv specializat

Reabilitarea dezideratelor fizionomice ale feței.

### **Caseta 9. Anamneza pacientului cu TOMF**

- Colectarea datelor privitor împrejurărilor accidentului.
- Intervalul de timp de la producerea traumatismului pînă la prima asistență medicală.
- Tulburări de ocluzie constatate de pacienți după accident (deplasări dentare, fracturi alveolare, fracturi ale oaselor maxilare).
- Schițarea imaginărilor a mecanismului traumatismului (direcția forței, locul impactului, intensitatea forței traumatice).
- Colectarea informației referitor la conduită din momentul traumatizării pînă la internarea bolnavului (primul ajutor medical, poziționarea antalgică, pulsul, imobilizarea, transportarea).

#### **Notă!**

- ✓ *Trebuie să ținem cont că, la vîrsta de 2-6 ani copiii nu sunt în stare să aprecieze împrejurările și cauzele accidentului; în multe cazuri copiii nu spun adevărul și ascund cauzele accidentului avînd frică de pedeapsa părinților.*
- ✓ *Este necesar să se informeze școala, părinții, rudele și uneori organele de poliție despre unele extrem de periculoase.*

### **C.2.5.2. Examenul obiectiv**

#### **Caseta 10. Examenul general (după organe și sisteme).**

1. Semne generale de infecție (febră, cefalee, slăbiciuni, inapetență etc.).
2. Manifestări neurologice (neliniște, agitație, dereglări ale somnului, vomă, grețuri, convulsii etc.).
3. Dereglări din partea altor organe și sisteme (sistemul gastro-intestinal, cardiac, etc.).
4. Tulburări generale: agitație, stare de neliniște, sindrom hipovolemic, tulburări psihice.

#### **Caseta 11. Examenul local (părțile moi ale regiunii OMF)**

- semne de leziuni primare fără soluții de continuitate (echimoze, hematoame)
- semne de leziuni primare cu soluții de continuitate (plăgi contuze rupte, tăiate, împunse, zdrobite, sfâșiate) și hemoragie (în masă sau localizat);
- tulburări locale: dureri spontane sau provocate de mobilizarea părților moi sau osoase, salivă excesivă, tulburări de masticăție, fonatorii, de deglutiție, respiratorii, nervoase (paralizii faciale, hipoestezii sau anestezii), incontinența cavității orale;

### C.2.5.3 Investigațiile paraclinice

**Tabel 1. Investigații paraclinice în cazul traumatismelor OMF la copii.**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru traumatismele OMF	Nivel AMP	Nivel consultativ	Nivel staționar
Radiografia oaselor faciale, maxilare, mandibulare	Pot fi atestate modificări din partea țesutului osos		<b>O</b>	<b>O</b>
USG organelor abdominale (în politraumatism)	Pot fi prezente traumatisme asociate		<b>R</b>	<b>R</b>
Radiografia craniului	Majoritatea traumatismelor în regiunea capului și gâtului la copii pot fi asociate cu traumatisme acute cerebrale		<b>R</b>	<b>R</b>
Consultul pediatru, ORL, oftalmologului,	Excluderea patologiilor concomitente		<b>O</b>	<b>O</b>
Consultul neurochirurgului	Excluderea patolgiei neuro-craniene acute sau cronice		<b>O</b>	<b>O</b>
Anesteziolog cu acord informat pentru operație sub anestezie generală.	Manipulațiile chirurgicale la copii de până la 10 ani se efectuează sub protecție de anestezie generală		<b>O</b>	<b>O</b>
Analiza generală a urinei	Pot fi atestate modificări sau patologii a sistemului urologic.		<b>O</b>	<b>O</b>
Analiza generală a sîngelui, hematocritul	Pentru a exclude procese de inflamație; a evalua bilanțul hemoragiei; patologii din partea sistemului hematogen în vederea profilaxiei hemoragiei.		<b>O</b>	<b>O</b>
Biochimia sîngelui - proteina totală, creatinina, ureea, bilirubina totală și fracțiile ei, ALT, AST); - ionograma: Na, K, Ca, Cl; - coagulograma – trombocite, timpul de sîngerare, timpul de recalcificare activat, timpul de tromboplastină parțial activat	Se indică în scop de a exclude patologii cronice sau din partea organelor interne și pentru procedurile chirurgicale care se vor efectua sub protecție de anestezie generală.		<b>R</b>	<b>O</b>
(TTPA), protrombina, fibrinogenul (în politraumatism)				
Grupa de sînge și Rh-factorul	În caz de hemoragii acute, medicul este obligat să restituie cantitatea pierdută prin administrarea de masă eritocitară corespunzător grupei pacientului		<b>R</b>	<b>O</b>
Tomografia computerizată spiralată 3D a craniului visceral și facial	În scop de confirma sau exclude leziuni osoase sau cranio-cerebrale		<b>R</b>	<b>O</b>

**Notă: O- obligatoriu; R – recomandabil**

### C.2.5.4. Criteriile de spitalizare

#### **Caseta 12. Criteriile de spitalizare a copilului cu TOMF**

- Copilul cu TOMF pînă la vîrsta de 10 - 12 ani.
- Copilul cu TOMF suspectat de dezvoltarea complicațiilor.
- Copilul cu patologii asociate (dereglări gastrointestinale, pneumonie, pielonefrită).
- Copilul cu traumatism asociat.

- Copilul fără dinamică pozitivă a tratamentului conservator în condiții de ambulatoriu.
- Copiii necooperabili, cu gradul de anxietate înalt (clasificarea Frenchel).
- Copiii cu gradul de risc de complicații generale înalt III,IV,Y (clasificarea ASA).
- Copiii cu grupa de sănătate II și III.
- Copilul din familie social vulnerabilă.

### **C.2.5.5. Tratamentul TOMF ale părților moi**

#### **Caseta 13. Tratamentul excoriațiilor regiunii OMF**

1. Toaleta leziunilor cu săpun.
2. Toaleta chirurgicală pentru a îndepărta corpii străini care pot duce la apariția tatuajului traumatic.
3. După toaleta plăgii se aplică topic un unguent cu antibiotice.
4. În escoriațiile profunde, plaga se va proteja cu un pansament lejer.
5. Nu este necesară administrarea antibioticelor cu scop de tratament.

#### **Caseta 14. Tratamentul contuziilor părților moi regiunii OMF**

1. De obicei nu este necesar un tratament chirurgical pentru acest tip de leziune. Sîngerarea provine de la nivelul capilarelor și de obicei încetează cînd presiunea din părțile moi egalizează pe cea intravasculară.
2. Dacă leziunea continuă să crească în dimensiuni se va presupune că hemoragia este de origine arterială și poate fi necesară explorarea chirurgicală și ligaturarea vasului.
3. Profilaxia cu antibiotice este indicată doar în cazul contuziilor asociate cu traumatisme dento-alveolare sau fracturi ale oaselor faciale, cînd este posibil să existe o comunicare între cavitatea orală și hematumul submucozal.

#### **Caseta 15. Tratamentul general la etapa de evacuare a copilului cu TOMF.**

- În cursul transportării copilul trebuie culcat în decubit lateral, cu capul înclinat, pentru a evita asfixia;
- Se îndepărtează corpii străini din cavitatea bucală;
- Calmarea durerilor (Sol. Paracetamol 10 mg);
- Prevenirea tetanosului prin administrarea serului antitetanic;
- Profilaxia infectării plăgilor (antibiotice cu spectru larg de acțiune);
- Vaccinarea antirabică în cazul plăgilor mușcate;
- Diminuarea sialoreei abundente în plăgile care se deschid în cavitatea bucală prin administrarea atropinei;
- Antibioterapie prin injectarea părților moi adiacente sau/ și p/o.

#### **Caseta 16. Tratamentul local al plăgile zdrobite ale țesuturilor moi, cu decolări de lambouri muco-musculo-cutanate, cu deschderea cavităților la etapa de transportare**

Se aplică benzi de leucoplast, pentru a apropria și a menține lambourile, sau sutură provizorie de poziție în U, trecută la distanță prin ambele margini ale plăgii cu scop de a asigura protejarea plăgii. Astfel, părțile moi se fixează în poziție corectă, făcînd posibilă alimentația și transportarea bolnavilor. Peste plagă se aplică un pansament steril, menținut în

benzi de leucoplast sau bandaj cu fașă, care îngăduie o alimentație adecvată. Într-un termen cât mai scurt după producerea accidentului, bolnavul este transportat la serviciu de specialitate, pentru tratament definitiv.

Toaleta excoriațiilor tegumentare .

### **Caseta 17. Tratamentul leziunilor asociate**

Tratamentul leziunilor asociate grave se vor trata de urgență (în ordinea priorităților sau concomitent, sub anestezie generală, în echipe operatorii mixte, multidisciplinare) leziunile care amenință viața bolnavului. În orele sau zilele următoare, nu pot fi temporizate din cauza complicațiilor secundare pe care le pot genera sau pot deveni ireversibile. În aceeași ședință operatorie pot fi tratate definitiv și plăgile faciale de către chirurg.

### **Caseta 18. Combaterea asfixiei**

*Combaterea asfixiei* prin instalarea permeabilității căilor respiratorii și asigurării oxigenării optime pulmonare. Se face tracționarea spre anterior a limbii, prinsă între degete, cu ajutorul unei comprese sau cu o pensă. Se aspiră secrețiile și sângele din cavitatea bucală. Se degajă fundul gâtului de corpi străini, cheaguri etc. Dacă traumatizatul și-a pierdut cunoștința, limba va fi menținută în exterior printr-un fir trecut prin vârful limbii și legat de un nasture de la haină, printr-un ac de siguranță trecut prin limbă sau prin aplicarea unui tub orofaringian. Dacă respirația nu va fi restabilită, se va face de urgență respirația artificială prin metode cunoscute. Când asfixia este provocată de edeme, hematoame sau corpi străini ce nu pot fi îndepărtate, se va practica puncția spațiului intercricotiroidian sau între primele inele traheale cu 2–3 ace groase, traheostomia sau intubația laringotraheală.

### **Caseta 19. Hemostaza**

*Hemostaza* – identificarea și compresiunea directă a zonei care sîngerează prin tamponament compresiv sau prin pensarea și ligaturarea trunchiurilor vasculare corespunzătoare plăgii și tamponament compresiv, pensarea și ligaturarea vaselor secționare care sîngerează sau ligatura trunchiurilor arteriale la locurile de elecție. Când aceste mijloace nu sunt eficiente, hemostaza se menține prin compresiune digitală. Hemoragiile nazale vor fi oprite prin tamponament nazal anterior, posterior sau asociat. În cazul hemoragiilor abundente, pierderea de sânge se va compensa prin transfuzii (la nivel de staționar).

Deoarece copiii sunt mult mai sensibili la pierderile sangvine, hemostaza se va efectua în scurt timp. În cazul pericolului de șoc hemoragic, prelucrarea primară chirurgicală se va amîna pînă la evacuarea traumatizatului către serviciile specializate.

Socul hemoragic va fi combătut prin încălzire, hidratare, administrarea preparatelor sedative sau tranchilizante, perfuzii venoase (la nivel de asistență medicală urgentă, ambulatoriu sau staționar).

### **Caseta 20. Combaterea șocului**

*Combaterea șocului se realizează prin resuscitarea cardio-respiratorie, refacerea echilibrului termic, combaterea durerii, colapsului.*

Perfuzii de plasmă, sânge proaspăt/congelat sau substituenți plasmatici (la nivel de staționar, în caz de șoc hipovolemic).

La etapa de asistență medicală primară, bolnavului i se va asigura transportarea într-un serviciu de specialitate, ținându-se cont de gravitatea leziunilor și prioritatea terapeutică. Traumatizantul va fi culcat pe o targă în decubit lateral cu capul ușor plecat sau chiar în decubit ventral.

### **Caseta 21. Conduita preoperatorie**

- După înlăturarea pericolului vital și tratamentul leziunilor grave asociate (cranio-cerebrale, abdominale, toracice), se procedează la igienizarea și asanarea completă a cavității orale, prevenirea și combaterea infecției prin antibioterapie, drenarea eventualelor colecții purulente, reducerea (manual, ortopedic, chirurgical) în ocluzie pre traumatică și imobilizarea prin mijloace ortopedice, chirurgicale sau chirurgical-ortopedice a fragmentelor de fractură și menținută 4 -5 săptămâni.
- În cazuri grave de politraumatism, bolnavul este pregătit preoperator în secția terapie intensivă până la ameliorarea indicilor hemodinamici, stabilizarea stării generale și absența contraindicațiilor din partea altor organe sau sisteme (la decizia specialiștilor: neurochirurg, reanimatolog, chirurg, anesteziolog, traumatolog etc.).
- Examinarea obligatorie (analiza generală a sîngelui, durata hemoragiei, trombocitele, analiza generală a urinei, ECC).
- Consultația pediatrului, anesteziologului.
- Asigurarea regimului alimentar specific traumatismelor OMF.

### **Caseta 22. Tratamentul chirurgical reparator tardiv**

Sutura primară întârziată se realizează în plăgile prezentate după 24 ore sau infectate până cel târziu la 3-7 zile. Practicarea suturii se efectuează după excizia țesuturilor necrotice și avivare.

Sutura secundară precoce se execută după 10 – 12 zile de la accident. Sutura tardivă este efectuată după 20 zile de la accident. Tratamentul reparator tardiv la copii se efectuează cel mai devreme după 6 luni 1 – 2 ani de la cicatrizare.

Tratamentul cicatricelor: se realizează prin explorarea chirurgicală a plăgii, cu re poziționarea corectă la nivelul punctelor cheie. Se asigură detensionarea cicatricelor retractile prin variate metode de plastie (alunecarea de lambouri, croirea lambourilor pediculate, grefarea liberă). Zonele care prezintă tatuaje traumatice ca urmare a retenției de corpi străini de mici dimensiuni se excizează.

Recomandabil: aplicarea locală de creme pe bază de corticoizi, pentru cicatricile hipertrofiate.

### **Caseta 23. Prelucrarea chirurgicală primară efectuată în 72 ore de la producerea accidentului**

Copiiilor de 3–5 ani, cu leziuni maxilo-faciale, li se va acorda asistență medicală în

staționare specializate, chirurgicale generale sau stomatologice. Ele vor include:

1. Explorarea și curățarea mecanică de corpi străini, eschile osoase, fragmente de dinți;
2. Antiseptizarea plăgii și țesuturilor sau mucoaselor limitrofe (se realizează sub anestezie locală, folosind irigații abundente cu ser fiziologic).; bărbieritul părților păroase din jur,
3. Avivarea marginilor plăgii (constă în îndepărtarea țesuturilor zdrobite și necrotizante de la marginile plăgii; se vor îndepărta glandele salivare mici care proemină în plagă).
4. Imobilizarea corectă provizorie sau definitivă, a fracturilor de maxilare și a leziunilor dento-parodontale.
5. Hemostaza ( se poate realiza prin ligaturare și electrocoagulare).
6. Închiderea plăgii se realizează prin sutura primară în primele 72 ore după accident. Refacerea țesuturilor se face etajat, plan cu plan, din profunzime spre suprafață suprimându-se spațiile moarte . Straturile profunde vor fi suturate cu material rezorbabil iar stratul superficial cu material nerezorbabil. Se poate folosi o tehnică de sutură întreruptă, fie o tehnică de sutură continuă. Firele de sutură sunt suprimate la 4-7 zile. În cazul plăgilor profunde ale regiunii geniene se va verifica dacă a fost interesat canalul Stenon; în situație afirmativă se va asigura un drenaj filiform prin cateterizarea canalului.

#### C.2.5.6. Etapa postoperatorie

##### **Caseta 24. Conduita postoperatorie**

- Drenajul este indicat în plăgile zdrobite, penetrante, anfractuoase, în plăgile asociate cu fracturi de mandibulă, plăgile buzei, limbii, planșeul bucal, spațiului retromandibular sau gropii temporale;
- Pansamentul constă din câteva benzi adezive sterile pentru a reduce tensiunea pe liniile de tensiune și un pansament compresiv care se aplică pe 3 zile;
- Igiena cavității orale, regim dietetic;
- Preparate antibacteriene: antibiotice: Cefalosporine, generațiile I-IV: Cefazolină 50-100 mg/ kg în 2-3 prize, i.m., sau Cefalexină 25-50 mg/kg în 2-3 prize, *per os*, sau Cefuroxim 50-100 mg/ kg/24 ore, i.m., sau Cefotaxim 70-100 mg/kg în 2 prize, i.m., sau Cefepim 50 mg/kg/24 de ore, i.v., în 2 prize etc.; în medie – 7-10 zile. În caz de complicații inflamatorii, se va aprecia sensibilitatea germenilor la antibiotice sau Lincosamide: Lincomicină – 20 mg/kg în 2-3 prize, i.m., sau Peniciline semisintetice + Acid clavulanic – 250 mg (5 ml) în 2 prize, *per os*; în medie – 7 zile.
- Preparate antimicotice: Fluconazol etc.
- Preparate antipiretice: Paracetamol – doza maximă 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore 2-3 zile.
- Preparate antihistaminice: Difenhidramină – 5 mg/kg/ 24 de ore, *per os* sau i.m, sau Cloropiramină – 0,025 o dată pe zi, *per os*, sau sol. Cloropiramină 2% – 1 ml o dată pe zi, i.m., sau Clemastin – 1 mg de 2 ori pe zi, *per os* sau Clemastin – 2 mg/2 ml o dată pe zi, i.m.
- Tratament local (pansamente cu soluții antiseptice (sol. Betadini, Alcool etilic etc.), soluție hipertonică și sol. Nitrofurazol (1:5000), și folosirea unguentelor ce conțin antiinflamatoare (ung. Diclofenac) și anticoagulante (ung. Heparină) pentru diminuarea edemului posttraumatic și postoperatoriu) – 7-10 sesiuni până la cicatrizarea plăgii și până la extragerea firelor chirurgicale.

**Caseta 25. *Terapie intensivă pre - și postoperatorie***

- Dextran-40 100-200ml, i.v.
- Sol. Plasmă nativă\* 100-200ml, i.v.
- Sol. Clorură de sodiu 0,9% 5-10 mg/kg/24 de ore, i.v.
- Sol. Glucoză 5-10 % 5-10 mg/kg/24 de ore, i.v.
- Sol. Paracetamol 10 mg
- Sol. Etamsilat 12,5% 2 ml, i.v.
- Sol. Acid ascorbic 5% 1-2 ml, i.v.
- Sol. Inosină 2% 1-2 ml, i.v.

**Caseta 26. *Criteriile de externare***

- Normalizarea stării generale (lipsa febrei, copilul este activ, pofta de mâncare restabilită, somnul regulat).
- Lipsa complicațiilor postoperatorii (regenerarea primară a plăgii, înlăturarea firelor la a 5 - 7 zi).

**Caseta 27. *Măsuri de reabilitare***

- Masaj
- Kinetoterapia
- Tratament logopedic
- Miogimnastica
- Proceduri fizioterapeutice

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

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie;</li> <li>• asistentă medicală de familie;</li> <li>• laborant.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparat de ultrasonografie (CMF);</li> <li>• laborator clinic pentru determinare de: hemogramă și sumar al urinei.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol. Paracetamol 10 mg</li> <li>• Sol. Diazepam 0,05%.</li> </ul>
<b>D.2. Serviciul de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de urgență;</li> <li>• felcer/asistent medical.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atele pentru imobilizare provizorii (frondă mentonieră).</li> <li>• benzi de emplastru.</li> <li>• comprese sterile</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol. Paracetamol 10 mg</li> <li>• Sol. Diazepam 0,05%.</li> </ul>
<b>D.3. Instituțiile secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chirurg stomatolog</li> <li>• asistentă medicală</li> <li>• medic de laborator</li> <li>• medic radiolog</li> <li>• R-laborant</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparat de ultrasonografie</li> <li>• cabinet radiologic</li> <li>• laborator clinic și bacteriologic standard</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate antibacteriene: antibiotice: cefalosporine, generațiile I-IV: Cefazolină, Cefalexină, Cefuroxim, Cefotaxim, Cefepim etc.</li> <li>• Preparate antipiretice: Sol. Paracetamol 10 mg</li> <li>• Preparate antihistaminice: Difenhidramină, Cloropiramină.</li> <li>• Vitaminoterapie: Tiamină, Piridoxină, Aevit, Acid ascorbic.</li> </ul>
<b>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile ortopedie și</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pediatru;</li> <li>• ortoped-traumatolog pediatru;</li> <li>• chirurg pediatru;</li> <li>• neurochirurg pediatru; chirurg stomatolog sau chirurg oro-</li> </ul>



<b>traumatologie pediatrică, chirurgie stomatologică, chirurgie OMF, neurochirurgie ale spitalelor municipale și republicane</b>	maxilo-facial <ul style="list-style-type: none"> <li>• anesteziolog;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• medic de laborator;</li> <li>• medic radiolog;</li> <li>• R-laborant;</li> <li>• Imagist.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparat de ultrasonografie;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• tomograf computerizat;</li> <li>• laborator clinic și bacteriologic standard</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate antibacteriene: antibiotice: Cefalosporine, generațiile I-IV: Cefazolină, Cefalexină, Cefuroxim, Cefepim etc.</li> <li>• Lincosamide: Lincomicină.</li> <li>• Peniciline semisintetice + Acid clavulanic.</li> <li>• Preparate antimicotice: Fluconazol etc.</li> <li>• Preparate antipiretice: Paracetamol.</li> <li>• Preparate antihistaminice: Difenhidramină, Cloropiramină, Clemastin etc.</li> <li>• Vitaminoterapie: Tiamină, Piridoxină, Aevit, Cianocobalamină. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dextran 40.</li> <li>• Plasmă nativă*.</li> <li>• Sol. Clorură de sodiu 0,9%.</li> <li>• Sol. Glucoză 5-10 %.</li> <li>• Sol. Etamsilat 12,5%.</li> <li>• Sol. Acid ascorbic 5%.</li> <li>• Sol. Inosină 2%.</li> </ul> </li> <li>• Tratament local (sol. Iod, Alcool etilic 96%, ung. Diclofenac, ung. Heparină, sol. Nitrofurul (1:5000), tifon steril).</li> </ul>

### E. Indicatorii de monitorizare a implementării protocolului.

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți, cărora PCPP li s-a efectuat în primele 72 ore după traumatism.	Proporția pacienților cu diagnostic de leziuni traumatice OMF în vîrsta de pînă la 16 ani, în primele 72 ore după producerea traumatismului	Numărul pacienților cu diagnosticul stabilit în primele 72 de ore după traumatism pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți la care s-a stabilit diagnosticul de leziuni traumatice ale părților moi pe parcursul ultimului an, care s-au aflat la tratament în secția de chirurgie ORM pediatrică.
2.	Sporirea calității examinării copilului cu leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF la copii	Proporția pacienților cu diagnosticul leziuni traumatice ale regiunii OMF în vîrsta de pînă la 16 ani, la care li s-a efectuat examinările cinice și paraclinice conform recomandărilor din PCN	Numărul de pacienți cu diagnosticul de leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF, cărora li s-a efectuat examinările clinice obligatoriu, conform recomandărilor din PCN pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF care au fost tratați în secția de chirurgie OMF pediatrică.
3.	A spori calitatea tratamentului la copiii cu traumatisme OMF	Proporția pacienților cu diagnosticul de leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF, în vîrsta de pînă la 16 ani cărora li s-a indicat tratament conform recomandațiilor din PCN și complicațiile imediate, secundare, primitive și la distanță.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF, în vîrsta de pînă la 16 ani, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din PCN pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de leziuni traumatice ale părților moi regiunii OMF, în vîrsta de pînă la 16 ani care s-a aflat la tratament în secția de chirurgie OMF.

**Tabel 2. Clasificarea gradului de risc conform clasificării ASA.**

*Clasificarea stării fizice ale copilului după Societatea Americană a Anesteziștilor (ASA):*  
grupa I - nu există dereglări organice, psihologice, biochimice, psihologice. Sunt în afara bolilor de sistem. Intervențiile preconizate sunt de origine locală și nu fac parte din dereglările de sistem. Intervențiile chirurgicale pot fi indicate fără restricții copiilor în condiții de ambulator;  
grupa II - dereglări de sistem moderate cauzate de condițiile de care copilul va fi operat chirurgical sau din cauza unor procese patomorfologice. Intervențiile chirurgicale sunt indicate în condiții de ambulator, numai după examenul dereglărilor sistemice;  
grupa III - dereglări sistemice grave sau maladii, cauzate de oricare din ele, chiar dacă nu este posibil de a determina definitiv gradul de dizabilitate. Pacienții au careva restricții activități zilnice fizice dar nu sunt handicapați. Intervențiile chirurgicale sunt efectuate după un examen strict și în condiții speciale postoperatorii;  
grupa IV - pacienții cu tulburări sistemice grave în stare de compensare, cu tratament permanent;  
grupa V - pacienții în stare foarte gravă, în stare de decompensare, cu situații de urgență, incurabili.

**Tabel 3. Gradul de cooperare a copilului cu medicul (Frenchel)**

Gradul I - colaborare benevolă între copil și dentist. Tratamentul stomatologic este suportat ușor de copii.  
Gradul II – pozitiv, cu anxietate ușoară, manifestată prin refuzul pasiv al copilului: „nu mai am dureri”, „mai bine revin mâine”. Mimica feței exprimă încordare, privește în jur cu precauție și atenție, îl interesează orice obiect din interiorul cabinetului și orice mișcare a personalului medical. În fotoliul stomatologic se așează benevol, dar cu precauție, îndeplinind indicațiile stomatologului.  
Gradul III - anxietate medie, exprimată prin emoții, labilitate, agresivitate, cu elemente de panică. Refuză activ tratamentul, manifestă o excitație motorie exprimată prin tremor, distonie a respirației, labilitatea pulsului.  
Gradul IV – anxietate marcată: refuz sigur prin agresivitate fizică, neurastenie (plîns și țipete constante). Copilul manifestă o nevroză nereactivă (se întoarce cu spatele la medic, își îmbrățișează părinții, poate să lovească sau să muște), opune rezistență fizică la intrarea în cabinetul stomatologic, deseori intrarea fiind imposibilă. În acest moment se determină labilitatea pulsului și respirației, transpirații abundente, midriază, vomă, convulsii, tuse paroxismale, enureză spontană.

**Tabel 4. Grupul de sănătate a copiilor în conformitate cu afectarea dentară**

**Prima grupă de sănătate a copiilor.**

**Grupa unu de sănătate**

- Copii sănătoși și practic sănătoși (I și a II grupă de sănătate), fără afecțiuni dentare, a parodontiului și anomalii de ocluzie.
- Copiii sănătoși și practic sănătoși care prezintă unul sau câteva din semnele următoare:  
a. forma compensată a cariei;

- b.** gingivite cauzate de lipsa igienii cavității orale, dinții care nu participă la funcție, obturații necalitative și alți factori locali;
- c.** vicii de dezvoltare în formă de frâu scurt a limbii, buzei superioare, vestibul prunt ect.;
- d.** stare după leziuni traumatice a teritoriului maxilo-facial cu excepția leziunilor traumatice ale dinților cu rădăcinile neformate.

***Grupa a doua de sănătate.***

- Copii cu afecțiuni cronice ale organelor interne și care nu prezintă afecțiuni dentare, sau ale parodonțiului, sau anomalii de ocluzie;
- Copiii sănătoși sau practic sănătoși care prezintă:
  - I.** forma compensată de carie,
  - II.** gingivite cauzate de anomalii de ocluzie pentru înlăturarea cărora este necesar de tratament ortodontic;
  - III.** dinți tratați cu ocazia unei carie complicate (perioada de reabilitare);
- Copiii care au suportat:
  - a.** procese de inflamație ale regiunii OMF;
  - b.** operații cu ocazia înlăturării unui dinte supranumerar;
  - c.** operații cu ocazia înlăturării unui tumor benigne;
- Copii care se află în tratament ortodontic.

***Grupa trei de sănătate.***

- Copii cu afecțiuni cronice ale organelor interne (IV și V grupă de sănătate) cu forme de carie subcompensată și decompensată.
- Copiii sănătoși și practic sănătoși cu următoarele condiții:
  - a.** forma decompensată a cariei;
  - b.** toate formele de demineralizare a dinților (localizate și generalizate), formele incipiente ale cariei diagnosticate numai prin metode speciale;
  - c.** afecțiuni ale parodonțiului localizată sau generalizată, parodontite;
  - d.** afecțiuni ale parodonțiului marginal generat de afecțiunile organelor interne;
  - e.** leziuni traumatice ale dinților permanenți cu rădăcinile neformate;
  - f.** prezența factorilor activi funcționali nocivi care cauzează dezvoltarea anomaliilor dento-alveolare (dereglări de respirație, deglutiție, mastecație, vorbire, vicii funcționale ect.).
- Copiii care se află în perioada de contenție după finisarea tratamentului ortodontic.
- Copiii care prezintă patologii grave a cariei compensate și decompensate, afecțiuni ale parodonțiului marginal, deformații ale ocluziei, care necesită tratament stomatologic complex, corejarea pe cale chirurgicală a anomaliilor dento-alveolare ect.
- Copii care se află la dispensarul oncologic.

## **Anexa I. Ghidul pentru pacienți, părinți și persoanele de îngrijire.**

Acest ghid include asistența medicală și tratamentul copiilor care au suportat traumatism oro maxilo-facial în cadrul serviciului de sănătate și este destinat pacienților, părinților, persoanelor de îngrijire și tuturor celor care doresc informații cu privire la recuperarea posttraumatică a copilului.

Ghidul va ajuta să înțelegeți mai bine importanța profilaxiei complicațiilor în plan de restabilire a confortului psihologic, estetic și funcțional începând cu momentul producerii traumatismului, disponibile în serviciul de sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea în detalii a maladiei, analizele și tratamentul necesar.

Toate manipulațiile medicale inclusiv prelucrarea plăgilor se efectuează de medicul specialist în condiții sterile și în instituții medicale, cu scop de a preveni complicațiile posibile și a asigura însănătoșirea cât mai rapidă a pacientului.

### ***Măsurile urgente ce necesită a fi întreprinse ca urmare a traumatismului OMF pentru a preveni complicațiile posibile***

1. Asigurarea anesteziei pacientului imediat după producerea traumatismului prin anestezii injectabile.

2. Asigurarea antiseptică a plăgilor contuze rupte sau zdrobite, hemostaza definitivă la etapele de evacuare a traumatizantului.

3. Asigurarea prelucrării chirurgicale primare în primele 72 ore după accident prin aplicarea firelor primare plan cu plan.

5. Terapia antiinflamatorie – asanarea cavității bucale (înlăturarea dinților primari sau permanenți, din regiunea lezată, tratamentul leziunilor dentare, igiena cavității bucale), lavaje ale cavității bucale cu soluții antiseptice, blocade locale cu antibiotice și anestezice, antibioterapia (local, intramuscular sau intravenos), desensibilizante, proceduri fizioterapeutice.

6. Recuperare vascularizației și inervației pe cale medicamentoasă sau proceduri fizioterapeutice, exerciții mimice, masaj facial, aplicații cu linimente.

Traumatismele părților moi ale regiunii oro-maxilo-faciale în dependență de volumul leziunilor, necesită timp pentru vindecare. Iar pacienții cât și părinții acestora vor avea nevoie de susținere psihologică. Unele traume mai complicate vor avea nevoie de plastii și intervenții chirurgicale repetate, pentru a corecta defecte estetice și defecte mimice.

În procesul de reabilitare a acestor pacienți, vor fi întreprinse măsuri de recuperare medicală, pentru a reveni la o viață normală atât privind exteriorul cât și funcționalul.

Medicina este în permanentă dezvoltare iar manipulațiile și intervențiile chirurgicale anterior nerealizabile, astăzi sunt accesibile și cu succes se aplică, de aceea este important pentru ce-i care vor citi acest ghid, să fie clar de înțeles

că orice leziune traumatică a părților moi ale regiunii oro-maxilo-facială, este o urgență și necesită tratament în instituții medicale specializate, pentru a evita infectarea plăgilor și apariția complicațiilor grave.

### **BIBLIOGRAFIE**

1. N.Gănuță; A.Bucur; L.Ștefănescu, R.Marinescu, A.Gănuță, H.Bodnari, Chirurgie oro-maxilo-facială. Vol.II 1998, 489p.
2. Lidia Dolghieru; Protocol de transportare a pacienților pediatrici, 2009.
3. Goțea D. Ortopedie și traumatologie pediatrică. 2000, Iași.
4. Railean Silvia, Actualități în tratamentul traumatismelor oro maxilo-faciale la copii, Autoreferat, 2001, 20p.
5. Falah A. Hawramy BDS, HDD, FICMS; Maxillofacial trauma among children below 15 years. Kufa Med.Journal 2011.VOL.14.No.1
6. Ю.И.Бернадский, Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. 1985 г, 390 стр.
7. Б.Д. Кабаков, А.Т. Руденко Питание больных с травмой лица и челюстей и уход за ними. Ленинград 1977, 132 стр.
8. Mihai Surpăteanu, Adrian Fornie; Patologie traumatică oro-maxilo-facială. Editura medicală universală Craiova. 2004, 177.
9. Т.Ф.Виноградова; Стоматология детского возраста. 1987 г. 525 стр.