

EVOLUȚIA BOLNAVULUI CU TRAUMATISM FACIAL

Rezumat

În lucrarea dată s-a efectuat un studiu comparativ observațional descriptiv prospectiv și retrospectiv a traumatismului facial în raport cu anumiți factori pe parcursul a 2 ani (2004 — 2013) cu o diferență de 10 ani după datele Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Au fost luați la evidență 1285 pacienți cu traumatismul oro-maxilo-facial, ceea ce constituie 33,29% cazuri, la care s-au studiat următorii indici: frecvența, zonă geografică, sex, vârsta, modul de proveniență, categorii sociale, studiile, anotimp și lunile anului, timpul expirat după primirea traumei, modul de adresare după ajutor, etiologie, durata spitalizării, ebrietatea etilică. Pacienții cu traumatism facial s-au micșorat cu 38,52%. Traumatismul asociat al feței ocupă 39,29%. E necesar de menționat că numărul pacienților s-au micșorat de la 52,08% în 2004 la 47,91% în 2013, deci sa micșorat cu 4,17%. Pacienții cu traumatism facial în dependență de sex s-au repartizat în felul următor : 80,4% bărbați și 19,6% femei. Vârsta medie a constituit 34,56 ani. Orașul Chișinău ocupă 62%, doar 27% dintre bolnavi din localitățile rurale. Majoritatea pacienților sunt din centrul republicii cu 54,23%. Neangajați 39,2%, Elevi și studenți 12%, angajați 39,4%. 40% din pacienții cu traumatism facial nu sunt asigurați medical. Durata spitalizării pacientului pe 1 — 3 zile în 26,7%. Toamna s-au adresat 29% cu maxima în luna septembrie. Transportarea cu ambulanța a 40%. Timp de 24 ore de la primirea traumei s-au adresat 69,3%. Agresiunea 52,47. Ebrietatea etilică 32,85%. Studiile medii au fost înregistrate la 47,73%.

Cuvinte-cheie: *Evoluția, traumatism, diagnostic, tratament, reabilitare.*

Dumitru Hițu,
conferențiar universitar

Catedra de Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială și
Implantologie Orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„N. Testemițanu“

Summary

THE EVOLUTION OF PATIENTS WITH FACIAL TRAUMA

The work presents a descriptive and observational comparative study, prospective and retrospective, on facial trauma in relation to several factors, for the period of 2 years (2004—2013) with a difference of 10 years after the dates of Oro and Maxillofacial Surgery Clinic. 1285 patients with oral and maxillofacial trauma were taken for the record, which represents 33,29% of cases, in which the following indicators were studied: frequently, location, sex, age, social status, studies, seasons and months of the year, the elopement time, the way of requesting help, etiology, hospitalization period, alcohol intoxication. The nr. of the patients with facial trauma decreased by 38.52%. Associated trauma represent 39.29% it should be mentioned that the nr. of patients decreased from 52.08% in 2004 to 47.91% in 2013, therefore it decreased by 4.17%. Based on gender, the patients with facial trauma are assigned the following way: 80.4% for men and 19.6% — women. The average age was 34.56 years. Patients from Chisinau occupy 62%, but from rural areas — 27%. Most of the patients are from the center of the country — 54.23%. Unemployed — 39.2% scholars and students — 12%, employees — 39.4%. 40% of patients with facial trauma have no medical insurance. Hospitalized patients for 1 — 3 days — 26.7%. 29% addressed in autumn, from which the most in September. 40% were brought by ambulance. 69.3% have addressed in the first 24 hours. Aggression represents 52.47. Intoxication with alcohol ethylic — 32.85%. 47.73% were recorded with middle school studies.

Key words: *Evolutions, fractures, diagnostics, treatment, rehabilitation.*

Introducere

Traumatismul maxilo-facial înregistrează creșteri procentuale importante, particularizându-se prin caractere de evoluție subcurativă și metode de tratament tot

mai specifice, iar complicațiile și sechelele rezultate pot interesa zone topografice vitale, prin care se perturbă o serie de funcții ale organismului [1,18,19,20].

Incidența leziunilor traumatice faciale este sporită în Statele Unite 2/3 dintre pacienții care solicită servicii de urgență prezintă leziuni la acest nivel, în timp ce în România valorile sunt cuprinse între 40-60% (Gogălniceanu) din totalul traumatismului extremității cefalice. Mandibula constituie la nivelul feței, piramidei nazale și ale oaselor malare, unul dintre reliefulurile osoase care, prin faptul că proemină, este expus leziunilor traumatice într-o mai mare măsură decât celelalte oase ale feței — peste 50% din fracturile masivului facial [9,30].

N. Chele (2006) afirmă că traumatismul facial constituie 30,03% din numărul total de bolnavi spitalizați în secția de ChOMF, pe perioada anilor 1990—2004 [5].

Patologia traumatismului facial asociat este cea mai importantă cauză a mortalității și invalidității la copii și la persoane de vârstă tânără situându-se la acest capitol înaintea afecțiunilor cardio-vasculare și oncologice [10].

Ivascenco N., (2008) menționează că, bolnavii cu traume a regiunii OMF alcătuiesc 40% din toți cei ce se tratează în secția de ChOMF; mai mult ca atâta trauma feței alcătuiește 20-21% din traumatismul organismului. Frecvența este necesar de remarcat că în timp de 30 ani cantitatea paturilor traumatologice în unele țări a depășit necesitatea paturilor pentru tratarea bolnavilor cu maladii cardiovasculare și de 4 ori necesitatea paturilor pentru tratarea bolnavilor oncologici [17].

Scopul lucrării:

Elaborarea unui studiu comparativ observațional descriptiv al accidentațiilor cu traumatism facial.

Obiectivele lucrării:

Evaluarea unui studiu comparativ observațional descriptiv a traumatismului facial în raport cu anumiți factori pe parcursul a 2 ani cu o diferență de 10 ani după datele Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Materiale și metode:

Pentru atingerea scopului au fost examinați și s-a acordat ajutorul bolnavilor cu traumatism facial tratați în Clinica de ChOMF, CMPȘMU pe parcursul a doi ani 2004:2013 și datele literaturii. A fost elaborată o anchetă specială pentru a efectua acest studiu cu colectarea datelor necesare. Datele obținute au fost introduse în programul Excel și prelucrate statistic la Catedra de Medicină Internă.

În perioada studiului în secția de ChOMF au fost spitalizați, examinați, tratați pacienți cu traumatism oro-maxilo-facial, media pe 2 ani constituind 642,5 de bolnavi, dintre care cu TAF 505, media 202,5 de bolnavi. Cu acordul informat scris al pacientului, au fost evaluați parametrii necesari ai bolnavului cu trauma faciale. Studiul a fost realizat la Catedra de ChOMF

ce se află în incinta IMU conform formulei propuse de către colaboratorii catedrei de Sănătate Publică și Management.

Conform calculelor din formulă au fost luați la evidență 1285 de pacienți cu traumatism asociat oro-maxilo-facial, din 3859 la care s-au studiat: frecvența, zonă geografică, sex, vârsta, mediul de proveniență, categorii sociale (studii), anotimp și lunile anului, modul de adresare, timpul expirat după primirea traumei, modul de adresare după ajutor, etiologie, durata spitalizării, ebrietatea etilică.

Rezultate și discuții

Pe parcursul a 2 ani în secția de ChOMF au fost spitalizați 3859 de pacienți cu leziuni faciale, dintre care 1285 au constituit traumatismul oro — maxilo — facial, ceea ce constituie 33,29% (Tab. 1).

E necesar de menționat că cantitatea paturilor a rămas acelaș dar numărul total al pacienților s-a micșorat de la 52,08% în 2004 și 47,91% în 2013, deci sa micșorat cu 161 de pacienți ceea ce constituie 4,17%.

Tab. nr. 1.
Traumatismul facial spitalizări în perioada studiului

Anii	2004		2013		Total	%
	N	%	N	%		
Bolnavi spitalizați în ChOMF	2010	52,08	1849	47,91	3859	100
Traumatism al feței	890	44,27	395	21,36	1285	33,29
Alte leziuni faciale	1120	55,72	1454	78,64	2574	66,7

Bolnavii cu traumatism facial pe perioada a 10 ani au fost repartizați statistic semnificativ mai frecvent în anul 2004 cu 890 (44,27%) comparativ cu anul 2013 când au fost 395 (21,36%). Pacienții cu traumatism facial s-a micșorat cu 38,52% ($\chi^2=227,70$; $P<0,001$).

Traumatismul facial ocupă locul doi după procesele infecțioase a regiunii OMF, date menționate și în studiile anterioare ale catedrei de chirurgie OMF, dar și relatate de alți autori străini [4,18,25,32,33,41].

Micșorarea pacienților cu traumatism facial pe perioada de 10 ani este condiționată de mai mulți factori ca: 1) micșorarea numărului de populație; 2) numărul paturilor a rămas același dar inflamația s-a majorat pe contul traumei; 3) adresarea tardivă a pacienților legate de micșorarea bunăstării populației 4) creșterea poliției de asigurare medicală (2004 — 579 lei : 2013 — 3000 lei; 2015 — 4056 lei a crescut aproximativ de 7 ori); 5) evenimentele sociale din anul electoral 2004 luna aprilie, etc.

Bolnavii cu traumatismele regiunii OMF, după datele oferite de Ivascenco N. A. (2008), alcătuiesc 40% dintre toți cei care se tratează în secția de ChOMF; mai mult decât atâta traumatismul feței alcătuiește 20-21% din traumatismul organismului. Este necesar de remarcat că, timp de 30 de ani numărul de paturi traumatologice în unele țări a depășit necesitatea în paturi pentru tratarea bolnavilor cu maladii cardio — vasculare și de 4 ori necesitatea în paturi pentru tratarea bolnavilor oncologici [17].

Popescu E. (1999) afirmă că, în timp de 45 ani în Clinica de ChOMF din Iași, au fost spitalizați 19752 de bolnavi cu traumatisme OMF, ceea ce constituie 22,8% din totalul celor internați [23]. Datele obținute de noi ne permite a face concluzia că traumatismul OMF ocupă o treime din bolnavii ce se tratează în secția chirurgie OMF, menționată și de alți autori [5,19,21].

„Epidemia“ traumatismelor ce a cuprins societatea modernă constituie tributul pe care aceasta îl plătește dezvoltării vertiginose a circulației, industrializării, mișcărilor sociale și, nu în ultimul rând, a degradării mediului ambiant însoțită de succesiunea, relativ rapidă, a unor catastrofe naturale precum inundații, cutremure, uragane, surpări de teren, etc [29].

Bolnavii cu traumatism oro-maxilo-facial a scheletului osos alcătuiesc de la 3% la 8% și constituie 30% din bolnavii ce se tratează în staționar [33].

Traumatismul maxilo-facial s-au repartizat în dependent de timpul adresării, izolat sau asociat, unic sau politraumatism, complicat sau necomplicat, urgent sau planic, etc.

Traumatismul facial s-a repartizat în felul următor: pe primul loc s-a plasat traumatismul izolat cu 565 pacienți(44%), pe parcursul acestei perioade s-a micșorat (348-217). Spitalizarea majoră a pacienților cu traume faciale are o lămurire logică deoarece această secție este unica pe republică care prestează așa serviciu.

Locul doi este ocupat de traumatismul asociat al feței cu 505 (39,29%) pacienți (de la 405 la 100) s-a micșorat de 4 ori. Mulți pacienți cu traumatism facial asociat se tratează în secțiile de neurochirurgie, ORL, oftalmologie, traumatologie, chirurgie, menționat de mai mulți autori. Diferența dintre traumatismul asociat și izolat este de 60 pacienți ceea ce constituie 4,66%.

Silvia Răilean (2001): traumatismele asociate la copii în alegerea tehnicii curative au necesitat prudență în cazul asocierii cu leziuni cerebrale acute, prezentate la 83% din cei 102 pacienți la momentul spitalizării. 63% din ei au manifestat semne clinice specifice comoțiilor cerebrale, iar 20% au prezentat fenomene specifice contuziilor sau compresiilor cerebrale asociate cu vomă[25].

N. Chele (2006): din totalul accidentațiilor cu fracturi de mandibulă în 77,85% au prezentat leziuni izolate și doar în 22,15% au fost leziuni mecanice asociate; fracturi unilaterale în 65,20% și bilaterale în 34,80% [5].

Fracturile de mandibulă asociate cu leziuni traumatice ale feței este întâlnită în peste 50% din cazuri, fracturi ale membrilor, fracturi ale neurocraniului, fracturi ale coloanei vertebrale etc. Sunt fracturi de mandibulă care se asociază altor leziuni scheletice faciale sau ale capului în cadrul politraumatismelor în general și al celor cranio-maxilo-faciale în special. Asocierea fracturilor mandibulei cu traumatism cranio-cerebral nu reprezintă o situație de excepție. De asemenea asocierea cu traumatismele toraco-abdominale sau ale membrilor. Problema care se pune în circumstanțele amintite este cea a priorităților terapeutice a uneia sau alteia dintre segmentele anato-

mice lezate și a modului la care ele se condiționează reciproc [4,30].

Trauma facială complicată cu inflamație a ocupat locul trei cu 149 pacienți. Pacienții ce se adresează tardiv, nu respectă indicațiile medicului, încalcă prescripțiile medicului în ambulatoriu duc la complicarea traumei cu diferite procese infecțioase ca: supurairea plăgii osoase, infectarea plăgii.

Aproape toate tipurile de fracturi ale mandibulei pot fi considerate deschise, în condițiile în care acestea comunică de regulă cu cavitatea orală (Rowe și Killely). James et al., pe baza unui studiu prospectiv realizat pe un număr de 422 de fracturi mandibulare, stabilește o rată a complicațiilor infecțioase de 7%, dintre care 50% au fost asociate cu leziuni dento-pardontale [4,18].

Pacienții spitalizați planic cu diferite deformații posttraumatice ce provoacă dereglări morfologice și funcționale pe care pacientul în majoritatea cazurilor nu le poate neglija se spitalizează la depistarea sau la dorința pacientului. E necesar de menționat că în ultimul timp au apărut mai multe cabine și clinici private care prestează aceste servicii, nu tot timpul de calitatea așteptată de pacient și rude. De asemenea pacienții cu traume asociate regiunii OMF se mai tratează în secții de ORL, neurochirurgie, etc. Traumatismul cu complicații tardive cu 5,13% cazuri s-a clasat pe locul patru micșorându — se cu 48%.

Tabelul nr. 2.

Traumatismul facial spitalizți în perioada studiului

Traumele	Anii		2013		Total	
	N	%	N	%	N	%
Traumatism izolat al feței	348	39,1	217	54,93	565	43,96
Traumatism asociat al feței	405	45,5	100	25,31	505	39,29
Traumatism complicat	88	9,88	61	15,44	149	11,59
Traumatism tardiv	49	5,5	17	4,3	66	5,13
Total trauma	890	100	395	100	1285	100

Repartizarea pacienților cu traumatism facial pe perioada a 2 ani au fost reparitizați statistic semnificativ $\chi^2=27,99$; $P<0,001$

Frecvența complicațiilor traumatismului facial conform datelor a mai multor autori Ефимов Ю. В., (2004), depășește 43,3%, ajungând în unele cazuri cifre recorde, ce variază între 45-60%. Complicațiile traumatismului influențează așa indici ca durata tratamentului, durata concediului medical, costul tratamentului, pierderile economice, consecințele complicațiilor posttraumatice, limitarea capacității de muncă (temporară și permanentă) [25].

Osteomielite posttraumatică a mandibulei conform datelor prezentate de M. Radzichevici (2012), pe baza datelor statistice a secției de ChOMF ce se află în incinta CNPȘMU, orașul Chișinău constituie 2,47% din numărul total de bolnavi tratați pe parcursul anilor 2005—2009 [24].

Osteomielița posttraumatică mai frecvent apare la bolnavii cu traumatism asociat, menționează Покрытова Т. Г.; (2003) datorită prevalenței și severității traumatismului pacientul se tratează în secția de neurochirurgie (oftalmologie, otorinolaringologie, traumatologie, chirurgie, reanimație și altele) și tratamentul specializat traumatismului facial este insuficient acordat, prezența maladiilor concomitente, nerespectarea regimului de spital și a igienei cavității bucale [38].

În traumatismul asociat cu leziunile oaselor faciale, după Бернадский Ю. И., (2006) se determină, de obicei, acordarea tardivă a tratamentului specializat, tergiversarea lui, amânarea neîntemeiată până la stabilizarea funcțiilor vitale ale organismului; adică până la 4—7 zile după accident, și mai mult decât ajutorul nu se efectuează în volumul necesar. Toate acestea duc la asocierea proceselor inflamatoare cu multiple dereglări funcționale, înlăturarea cărora necesită timp iar rezultatele finale obținute nu întotdeauna sunt cele scontate [32].

Procopenco O (2015) menționează că, pacienții cu traumatism a complexului zigomatic au fost repartizați în trei grupe de bază în funcție de vechimea traumei. În primul grup format din 500 (86,2%) pacienți cu fracturi recente — trauma cu o vechime de pînă la 10 zile. Alt grup a fost format din 58 (10%) pacienți cu fracturi învechite — cu traumă de la 11 zile pînă la 30 zile și grupul format din 22(3,8%) pacienți cu fracturi vicios consolidate cu vechimea traumei mai mult de 31 zile [23].

Persoanele de sex masculin dețin cota majoritară a traumatismului facial, situația se explică prin genurile ocupaționale specifice bărbaților (manevrarea utilajelor tehnice și pilotarea diferitelor vehicule), prin abuzurile alcoolice mai frecvente și implicarea lor în acțiuni de violență și agresivitate. După datele noastre reiese un raport de 4:1. De altfel, și alte studii au menționat această proporționare între traumatismul masculin și cel feminin, această legătură este caracteristică aproape pentru toate categoriile de vîrstă [4, 5, 9, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41].

Statistic pe o perioadă de 2 ani pacienții cu traumatism facial în dependență de sex s-au repartizat în felul următor: 80,4% bărbați și 19,6% femei. (Tab. 3).

Tabelul nr 3.

Traumatismul asociat al feței în dependență de sex

Anii	2004		2013		Total	%
	Total	%	Total	%		
Bărbați	322	79,5	84	84	406	80,4
Femei	83	20,5	16	16	99	19,6
Total	405	100	100	100	505	100

Statistic pe o perioadă de 2 ani pacienții în dependență de sex au fost statistic nesemnificativ repartizați, $\chi^2=1,028$; $P>0,05$.

Repartizarea pacienților în dependență de sex după datele a mai mulți autori autohtoni [5, 15, 23,

24, 25, 27, 28, 34, 36, 37] și din străinătate [7, 9, 14, 21, 22, 25, 28, 29] determină o prevalență a sexului masculine asupra celui feminin. Leziunile traumatice ale țesuturilor moi oro-faciale reprezintă circa 10% din totalul leziunilor traumatice și 40-60% din totalul traumatismelor extremității cefalice. Sunt frecvente la bărbați și anume la 80%, iar grupele de vîrstă cel mai afectate îl reprezintă persoanele între 20-50 de ani [7].

Datele obținute ne permit să efectuăm o analiză minuțioasă în dependență de perioadele de vîrstă a accidentatului. Pacienții pînă la 20 de ani sunt tinerii impulsivi, neformați care au nevoie de ajutorul părinților și dascălilor în formarea lor ca personalitate, orientarea tineretului în direcția convenită este un proces foarte greu, costisitor, dar care dă foarte mari roade pe viitor. Tineretul cu 14,5% cazuri orientat spre studiu, sport, educație profesională va duce la diminuarea traumelor nedorite care în vîrsta respectivă duce la sechele grave mai ales părții frumoase a societății — femeilor.

Tabelul nr 4.

Bolnavii cu traumatism asociat facial pe categorii de vîrstă

	2004		2013		Total	%
	Total	%	Total	%	N	%
<=20 ani	66	16,3	9	9	75	14,9
21-30 ani	146	36	31	31	177	35
31-40 ani	77	19	19	19	96	19
41-50 ani	65	16	19	19	84	16,6
51-60 ani	31	7,7	13	13	44	8,7
61-70 ani	10	2,5	4	4	14	2,8
>71 ani	10	2,5	5	5	15	3

Pacienții cu TAF pe perioada de studiu de 2 ani în dependență de vîrstă au fost statistic nesemnificativ repartizați, $\chi^2=8,916$; $P>0,05$.

Vârsta cuprinsă între 21 — 40 ani cu 52,76% cazuri dintre accidentați perioada cea mai activă din punct de vedere biologic, profesional și social, deci cea mai expusă agenților traumatizanți. Manifestarea profesională, crearea familiei și bunurilor materiale, etc, este vârsta ce mai potrivită (Tab. 4). Pacienții cuprinși între 41—60 ani perioadă de vîrstă în care au o experiență bogată de viață, activitate personală, etc, Peste 61 de ani au alcătuit doar 7,08% din cazurile cu traumatism facial sunt persoane la care evident tratamentul și reabilitarea se produce în ritm mai lent cu rezultate mai modeste. Vârsta medie a constituit 34,56 și respectiv 33,66 în 2004 și 38,2 ani

Un rol important are studierea și analiza complexă a factorilor, ce presupun declanșarea maladiei: condițiile de muncă, stresul cronic, domiciliu, nivelul de trai, abuzul de alcool, noxele profesionale, relațiile în familie, care a efectuat în ansamblu și în special indicatorii de sănătate a populației social vulnerabile. Agravează lucrurile și deficitul bugetar, nivelul nesatisfăcător, uneori chiar lipsa completă a mijloacelor financiare pentru asigurarea minimumului necesar (echitabil pentru toate păturile sociale) de asistență curativ-profilactică [13].

După locul de trai, menționează O. Procopenco (2015), rata majoritară a pacienților cu fracturi ale complexului zigomatic din orașele republicii este cauzată de frecvența crescută a traumatismelor în mediul urban 59%, unde este concentrată populația. Rata scăzută de 41% a traumelor din mediul rural este explicată prin migrația locuitorilor peste hotarele republicii, pentru angajare în câmpul muncii [24].

Majoritatea bolnavilor sunt din orașul Chișinău — 61,58%, ceea ce este firesc, întrucât în capitală sunt concentrate cele mai calificate cadre medicale din republică, curate de catedrele universității (Tab. 5).

Pacienții din raioane cu 12% cazuri, de la caz la caz, nu se adresează în centrele specializate republicane, deoarece se tratează la locul de trai. Observăm că pe parcursul a 10 ani pacienții cu TAF au crescut de la 10,6% în 2004 la 16% în 2013. Pacienții cu traumatism asociat, complicații infecțioase posttraumatice și complicații tardive vor fi îndreptați în Chișinău.

Tab. nr.5.

Incidența TAF în dependență de mediu de proveniență: Urban-Rural

Anii	2004		2013		Total	%
	Total	%	Total	%		
Chișinău	270	66,7	41	41	311	61,58
Raioane	43	10,6	16	16	59	11,68
Sat	92	22,7	43	43	135	26,73

Statistice pe o perioadă de 2 ani pacienții în dependență de locul de trai au fost statistic semnificativ repartizați, $\chi^2=22,911$; $P<0,001$.

Incidența traumei faciale asociate în dependență de zona geografică. Majoritatea pacienților sunt din centrul republicii cu 55,24%, urmați de locuitorii din nordul țării cu 25,74% și numai 19% sunt din sudul republicii.

Doar 26,73% dintre bolnavi din localitățile rurale s-au adresat după ajutor medical la IMU. Pe parcursul a 10 ani pacienții din localitățile rurale s-au majorat de la 22,7% 2004 la 43% în 2013. E necesar de menționat că, adresarea pacientului cu TAF din localitățile rurale este în creștere fapt ce necesită studiu: lipsa cadrelor medicale la sate, optimizarea instituțiilor medicale, etc. Raportul mediului urban: rural este condiționat de mai mulți factori. Concentrația locurilor de muncă bine plătite îi condiționează pe locuitorii din mediul rural de a se deplasa la oraș. Organizarea manifestațiilor culturale din Chișinău este un alt factor, dar spre regret uneori el se asociază cu consum de alcool care uneori duce la apariția traumei. Manifestațiile sociale care se petrec exclusive în Chișinău uneori duc la alterații cu poliția și ca rezultat apare traumatismul.

Stabilirea factorului determinant în apariția traumatismului facial este de o importanță majoră pentru casa de asigurări medicale, stat, instituția medicală, cercetătorul științific, pacient. Crearea locurilor de muncă în 39,2% cazuri va duce la orientarea șomerului spre crearea bunurilor materiale, procurarea poliței de asigurare medicale obligatorii, excluderea traumei și bucuria de viață (Tab. 6)

Crearea condițiilor de învățatură și odihnă a tinerilor în 12,07% cazuri va duce la micșorarea traumei, păstrarea frumuseții create de natură, ridicarea calității învățaturii și speranței spre un viitor luminos.

Tab. nr. 6.

Traumatismul asociat al feței în dependență de profesie

Profesie	2004		2013		Total	
	%	N	%	N	N	%
Muncitor	159	39,3	37	37	196	38,8
Șomer	160	39,5	38	38	198	39,2
Elev	13	3,2	5	5	18	3,6
Student	41	10,1	2	2	43	8,5
Pensioner	17	4,2	8	8	25	5
Funcționar			3	3	3	0,6
Agricultor			3	3	3	0,6
Invalid	15	3,7	4	4	19	3,8
Total	405	100	100	100	505	100

Statistice pe o perioadă de 2 ani pacienții în dependență de etiologie au fost statistic semnificativ repartizați, $\chi^2=33,749$; $P<0,001$.

În sfera producerii sunt angajați numai 40 % din numărul celor asistați cu traumatism facial.

Accidentații neangajați în câmpul muncii constituie rata de 39,2% plasându-se pe locul doi.

Tineretul studios (12,07%) — studenți 8.5% și elevii 3,6%, pe parcursul a 10 ani s-a micșorat. Urmărirea acestui indicator este utilă în vederea acțiunilor de prevenire a accidentelor și se poate de comentat la nesfârșit.

Pensionarii cu 5% cazuri pe parcursul perioadei de 10 ani s-au dublat de la 4,2% în 2004 la 8% în 2013.

Polița de asigurare medicală obligatorie (PAMO) obligatorie întordusă prin lege poate este un lucru bun. Necătând la acest fapt numai 56,83% din pacienții cu traumatism facial sunt asigurați medical, în această perioadă a crescut de la 53,6% în 2004 la 70% în 2013 (Tab. 7). Tratamentul bolnavului cu traumă este pe umerii societății, spitalului și nu în ultimul rând rudele, ONG-uri și însuși pacientul. Asistența medicală este o povară foarte grea chiar și pentru statele dezvoltate, din aceste considerente se împarte cu pacientul, instituția medicală, stat.

Tab. nr. 7.

Bolnavii cu traumatism asociat facial și asigurarea medicală obligatorie

	2004		2013		Total	%
	Total	%	Total	%		
Asigurat	217	53,6	70	70	287	56,8
Contra plată	131	32,3	27	27	158	31,3
Fără bani	57	14,1	3	3	60	11,9
Total	405	100	100	100	505	100

Statistice pe o perioadă de 2 ani pacienții în dependență de asigurarea medicală obligatorie pacientului au fost statistic semnificativ repartizați, $\chi^2=12,815$; $P<0,01$.

Datele obținute spre regret nu sunt îmbucurătoare, pacientul cu traumatism facial neasigurat constituie 43,16%, s-a micșorat de la 188 la 30, cu toate că pe an ce trece numărul populației ce procură PAMO se mărește, date de autorități. PAMO în anul 2004 — 579 lei și 2013 — 3000 lei, 4056 lei în 2015.

Durata spitalizării pacientului în instituția medicală ne ilucidează mai multe informații. Calificarea personalului medical este factorul determinant în asistența medicală ce influențează perioada tratamentului. Asigurarea spitalului cu utilaj și remedii medicamentoase performante necesare este un alt factor de importanță majoră. Aprecierea lucrului efectuat de medic, de către pacient și stat sau instituția medicală nu este deloc negliabil. Exodul cadrelor medicale din republică e condiționat de salariu modest, condițiile de muncă, etc.

Tab. nr. 8.

Zile-pat bolnavului cu traumatism facial asociat

	Anul				Total	
	2004		2013		N	%
	N	%	N	%		
1-3 zile	123	30,4	12	12	135	26,73
4-7 zile	196	48,4	51	51	247	48,91
>8 zile	86	21,23	37	37	123	24,35
Total	405	100	100	100	505	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform duratei de spitalizare în staționar este statistic semnificativ, $\chi^2=18,797$; $P<0,001$. (Tab. 8)

Durata spitalizării pacientului pe 1—3 zile în 26,7% cazuri este un indice foarte bun, dar în 3 zile se poate de tratat o traumă a feței — ?. Este mai degrabă un vis spre care se tinde cum există în unele țări europene cu o economie mai bună ca la noi, sau deja l-am atins — ?. Pe perioada de studiu pacienții ce s-au tratat până la 3 zile s-a micșorat de la 30,4% — 2004 la 12% în 2013.

Tratarea traumei pe o perioadă de 4—7 zile la 48,9% cazuri corespunde mai aproape de realitate. Pe perioada de studiu s-a majorat de la 48,4% — 2004 la 51% în 2013.

Peste 8 zile s-au tratat în secție 24,35% cazuri cu traumatism asociat. Pe perioada de studiu sa majorat de la 21,23% — 2004 la 37% în 2013.

În cadrul analizei activității secției de ChOMF și studierii rulajului financiar-economic pe parcursul anului 2009 s-a determinat că din 1854 bolnavi externți, doar 59 (3%) bolnavi au fost neasigurați (85 zile pat) și contra plată au constituit 358 bolnavi (19%) cu 1261 zile-pat.

Tratamentul specializat incomplet, parțial acordat sau acordat nu la timp duc la apariția complicațiilor inflamatorii (Novicova A. S., 1999), care duc la agravarea evoluției bolii traumatice, mărirea numărului de zile-pat și înrăutățirea rezultatelor tratamentului, crează condiții de deformații grave a feței și dereglărilor stabile funcționale, ce duc la invalidizarea ridicată, dar în fazele tardive a bolii traumatice duc la sfârșit letal [41].

Termenul îndelungat de tratament, durata medie de tratament a pacienților traumatizați în staționar variând de la 8,6 la 11,4 zile-pat, frecvența cu reinternări[11].

Traumatismul crescut se explică prin următoarele circumstanțe: majoritatea bărbaților fac sport, îi interesează tehnica, consumă mai des alcool și sunt antrenati în diferite conflicte beligerante (sunt militari, activează în poliție, participă la conflicte militare). Uneori se poate trasa chiar o relație certă a incidenței sporite de TAF cu anumite perioade — cu unele anotimpuri și sărbători ale anului, altelei contează ziua și ora unor evenimente invariabil generatoare de asemenea leziuni corporale [8].

Am analizat și repartiția sezonieră a accidentelor cu TF pornind de la media anuală de 33,75 de accidenți pe anul 2004 și 8,33 pe anul 2013, diferența constituind 25,42 pacienți.

Media lunară pe doi ani a fost de 42,08 de accidenți cu traumatism facial; dar sunt luni în care aceste rate au fost depășite: ianuarie — 46, martie — 53, august — 44, septembrie — 76 (Tab. 9).

Minimul de 31 de bolnavi în lunile mai și noiembrie, indică drept motiv timpul sesiunii, bacului, etc. Maxima cu 76 cazuri în luna septembrie se explică prin întoarcerea studenților la studii și elevilor la școală, abuzurile de alcool, sfârșitul concediului, etc.

Tab. nr. 9.

Repartizarea traumatism asociat facial pe lunile anului

	Anul				Total	
	2004		2013		N	%
	N	%	N	%		
1	39	9,6	7	7	46	9,1
2	31	7,7	1	1	32	6,3
3	47	12	6	6	53	11
4	30	7,4	7	7	37	7,3
5	23	5,7	8	8	31	6,1
6	26	6,4	12	12	38	7,5
7	31	7,7	12	12	43	8,5
8	33	8,1	11	11	44	8,7
9	67	17	9	9	76	15
10	29	7,2	11	11	40	7,9
11	27	6,7	4	4	31	6,1
12	22	5,4	12	12	34	6,7
Total	405	100	100	100	505	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform lunii anului este statistic semnificativ, $\chi^2=25,774$; $p<0,01$.

Toamna s-a plasat pe primul loc cu 29% cazuri, probabil din cauza abuzurilor alcoolice specifice sezonului dat (Tab. 10).

Iarna cu 22% cazuri cel mai mic indice din anotimpuri se explică prin perioada rece a anului când pacientul nu e dispus la aventuri.

Pe perioada de vară pacienții cu TAF s-au majorat de la 22% în 2004 la 35% în 2013, legat de vacanță, concedii, susținerea sesiunii și bacalaureatului.

Tabelul nr.10.
Caracterul sezonier cu traumatism asociat facial

	Anul				Total	
	2004		2013		N	%
	N	%	N	%		
Iarna	92	23	20	20	112	22
Primavara	100	25	21	21	121	24
Vara	90	22	35	35	125	25
Toamna	123	30	24	24	147	29
Total	405	100	100	100	505	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform sezonului este statistic nesemnificativ, $\chi^2=7,131$; $P>0,05$.

Solicitarea într-un timp cât mai scurt a asistenței medicale e o condiție de primă valoare pentru reabilitarea precoce, calitativă și economă. Transportarea cu ambulanța a 40% de bolnavi asigură un diagnostic preventiv rapid și corect (Tab. 11) Acestora li s-a apreciat oportun gravitatea leziunilor; s-au aplicat măsurile de urgență în echipă pentru menținerea funcțiilor vitale și cele de prevenire a complicațiilor precoce în momentul transportării bolnavului; s-a procedat la triere și spitalizare, în funcție de gravitatea leziunii, în instituția de profil, unde bolnavului i s-a acordat și asistență specializată calificată. Pe perioada studiului s-a redus de la 41% — 2004 la 36% — 2013, legat de fînsarea insuficientă a sistemului de sănătate.

Din cele redată, 15,44% din accidentații sunt trimiși prin filiera policlinicilor de sector și raionale, având un diagnostic clinic stabilit și asistați preventiv curativ după posibilitățile de care dispune instituția medicală și medicul. Dar am remarcat procentajul în creștere al accidentaților, examinați inițial la centrul medical de familie, ceea ce vorbește despre existența unei conlucrări dintre IMU și medicii de familie. Pe perioada studiului de la 13,6% în 2004 la 23% în 2013 cu 9,4% sa majorat. Lipsa medicilor la locul de trai, dotarea insuficientă a instituției medicale cu utilaj diagnostic și curativ sunt unii din factorii ce acționează asupra acestui indice.

Prezentarea personală în 35,6% a accidentaților este periculoasă pentru starea lor generală; în unele cazuri pot surveni complicații letale (șoc, hemoragie, asfixie), pe care bolnavul nu le poate conștientiza ca riscuri. Cazurile de prezentare personală au fost 36,3% în 2004 și 33% — 2013 s-a micșorat nesemnificativ.

Tabelul nr.11.

Modalitatea de accedere a bolnavilor Institutul Mediacal de Urgență

Anii	2004		2013		Total	%
	N	%	N	%		
Ambulanță	166	41	36	36	202	40
Îndreptare	55	13,6	23	23	78	15,4
Stătător	147	36,3	33	33	180	35,6
Transferați	33	8,1	4	4	37	7,3
Reanimatie	3	0,7			3	0,6
Transfer și reanimatie	1	0,2	4	4	5	1
Total	405	100	100	100	505	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform metodei de adresare după ajutor este statistic semnificativ, $\chi^2=19,384$; $P<0,01$.

Pacienții transferați din alte instituții medicale sau din raioane cu 7,32%(8:4-s-a înjumătățit) sunt o categorie de pacienți ce necesită un studiu mai aprofundat și care trezește mai multe întrebări decât răspunsuri, dar studiul lor probabil va ridica calitatea tratamentului la locul de trai și micșorarea complicațiilor.

Pacienții cu traumatism asociat grav care au alcătuit numai 1,58% initial fiind spitalizați în secția de reanimatie necesită un diagnostic rapid și tratament complex acordat de către o echipă multidisciplinară, care poate fi numai la IMU.

Intervalul de timp cel mai frecvent înregistrat între momentul producerii traumatismului și momentul prezentării, cu inițierea tratamentului de urgență a fost de 12-24 de ore (392 de pacienți) [18]

Exigențele speciale față de dereglările estetice și funcționale ale feței(epistaxisul, anesteziile) au fost cauzele principale ce i-au determinat pe traumatizați să se adreseze la medic în primele 24 de ore — 69,3%(Tab. 12). Pe parcursul anilor, accidentații care s-au prezentat în primele 24 de ore au constituit procentaje ce au variat de la 71,1% în 2004 la 62% — 2013.

Tabelul nr. 12.

Perioada adresării pacienților cu TAF de la debut

	Total		Anul			
	N	%	2004		2013	
			N	%	N	%
1 zi	350	69,3	288	71,1	62	62
2—3 zile	82	16,2	59	14,6	23	23
4—7 zile	48	9,5	42	10,4	6	6
> 8 zile	25	4,95	16	3,95	9	9
Total	505	100	405	100	100	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform duratei de spitalizare în staționar este statistic semnificativ, $\chi^2=26,334$; $P<0,001$.

Până la 72 ore postaccident s-au prezentat 16,2% (cifra oscilând între 14,6% la 23%).

Peste 4 zile s-au prezentat 14,45%, în special accidentații la care fenomenele inflamației s-au amplificat cu scurgerea timpului, cifrele variind de la 14,32% în 2004 la 15% în 2013.

Tabelul nr. 13.

Bolnavii cu traumatism asociat în dependență de etiologie

	2004		2013		Total	%
	N	%	N	%		
Agresiuni	216	53,33	49	49	265	52,47
Căderi	116	28,6	27	27	143	28,31
Accident de muncă	12	3	2	2	14	2,8
Accident de sport	2	0,5	2	2	4	0,8
Accidentul rutier	59	14,6	20	20	79	15,64
Total	405	100	100	100	505	100

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform duratei de spitalizare în staționar este statistic nesemnificativ, $\chi^2=4,44$; $P>0,05$. (Tab. 13)

În structura cauzelor generatoare de traumatisme, agresiunea ocupă primul loc — 52,47%. Agresiunea, cu indicele de 53,33%, atestată în 2004, a scăzut până la 49% în anul 2013.

Accidentele rutiere constituie 15,64% din traumatismele majore cu consecințe grave și ocupă locul trei, având tendința de creștere permanentă. În 2004 accidentul rutier în 14,6% a fost cauza traumei faciale pe când în 2013 — 20%, datorită măririi numărului unităților de transport. Anual în Republica Moldova sunt comise în mediu 3000 de accidente rutiere. În urma accidentelor de transport în anul 2003 au decedat 15 persoane la 100 mii locuitori.

„Căderile“ invocate după agresiuni constituie 28,31% — când accidentatul nu dorește să-l divulge pe agresor. În anul 2004 cauza traumatismului facial prin căderi a alcătuit 28,6% pe când în 2013 — 27%.

Numărul scăzut al accidentelor de muncă — 2,8% se explică prin retenția organelor de competență în declararea lor, mai ales în ultimii ani.

Accidentul sportiv s-a situat pe locul V cu 4 cazuri rămânând constant.

Structurarea cauzală a traumatismului 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 permite profilaxia traumatismului. Respectarea regulilor de circulație de către persoanele participante la trafic poate fi realizată prin propagarea în masă a regulilor de circulație de la o vârstă mică și prin sancțiuni legislative pe conducătorii auto [6,31].

O problemă medico-socială complexă constă în consumul exagerat de băuturi alcoolice, ce se reflectă nu doar asupra stării de sănătate a unei persoane în parte, dar și asupra descendenților, este afectată bunăstarea familiei, prin pierderi economice, uneori sănătatea fizică și psihică a unor grupuri sociale, în special cele morale prin etilism sunt uneori inestimabile [13].

Un rol important are studierea și analiza complexă a factorilor, ce presupun declanșarea maladiei: condițiile de muncă, stresul cronic, nivelul de trai, abuzul de alcool, noxele profesionale, relațiile în familie, care în ansamblu și în special sunt indicatorii de sănătate a populației social vulnerabile. Agravează lucrurile și deficitul bugetar, nivelul nesatisfăcător, uneori chiar lipsa completă a mijloacelor financiare pentru asigurarea minimumului necesar (echitabil pentru toate păturile sociale) de asistență curativ-profilactică [13].

Ebrietatea etilică pe parcursul a 10 ani a constituit 115 cazuri, ceea ce constituie 22,77%, din numărul total de bolnavi cu TA. E necesar de menționat că actul de constatare a ebrietății se efectuează numai la pacienții ce se adresează timp de 24 de ore. După datele noastre a scăzut de la 25,2% la 13%, aceste date bucură sufletul și cimentează o temelie de viitor pentru viitor (Tab.14). Ebrietatea etilică poate complica atât

diagnosticul pacientului cu traumatism facial cât și tratamentul sau reabilitarea calitativă.

Tabelul nr. 14.

Ebrietatea etilică a bolnavilor cu fracturi ale etajului mijlociu al feței

	Anul				Total	
	2004		2013		N	%
	N	%	N	%		
Ebrietate etilică	102	25,2	13	13	115	22,72

Repartizare pe o perioadă de 2 ani a pacienților conform ebrietății etilice este statistic semnificativ, $\chi^2=8,037$; $P<0,05$.

Abuzul utilizării alcoolului etilic care a însoțit traumatismul maxilo-facial variază în limitele 13,6-27,3% [33].

În tratamentul a 975 de accidentați cu fracturi de mandibulă, după В. И. Семенников, А. А. Молчанов (1999) la 85% dintre accidentați s-a determinat ebrietate etilică. Conform datelor oferite de autorii J. Paatsama, P. Suuronen și C. Lindgist (1999), în Anglia accidentații cu fracturi faciale în 50% cazuri erau în ebrietate etilică, în Finlanda — 72% cazuri [39].

Conform datelor statistice, alcoolismul se situează printre patologiiile cele mai frecvente în lume. În Rusia, sunt mai mult de 10 milioane de bolnavi de alcoolism; în SUA, fiecare a treia familie are în componența sa un astfel de bolnav; mai mult de 200 de mii de oameni decedază anual din cauza alcoolismului. În Moldova, nivelul consumului de alcool este înalt, comparativ cu normele mondiale, iar, în populația adultă de vârstă aptă de muncă, deseori are caracter de intoxicație cronică cu alcool, fiind una dintre cauzele morbidității și mortalității crescute. Examenul clinic și explorările paraclinice, nemaivorbind de intervenția chirurgicală, sunt foarte dificile uneori imposibilă la pacientul cu stare avansată de alcoolizare [3]. Conform datelor OMS din anul 2005 RM se află pe I loc în UE la folosirea alcoolului pe cap de locuitor — 18,2 litri de alcool pe an (8 litri — media europeană) în 2008 — 13 litri pe cap de locuitor).

Aprecierea leziunilor scheletului este dificil la pacienții în stare gravă, cu conștiința dereglată; la drogați; la accidentații în stare de ebrietate, în stare de excitație psihomotorie. La mulți dintre accidentații cu traumatism se dezvoltă schimbări neurologice, psihoneurologice și de comportament nu doar în perioada acută, dar și în cea tardivă, fapt care influențează calitatea vieții lor. Studiul de profunzime al traumei ne pune în drept să recomandăm elaborarea unor strategii de prevenire, mult mai sigure și mai accesibile, care trebuie să includă și programe sociale, modificarea codurilor, a legislației, dar și a mediului înconjurător [20].

Traumatismul facial este o problemă medico — socială care necesită măsuri complexe de prevenire, cu implicarea guvernului și a ministerelor, a societății civile și ONG-lor, în scopul diminuării impactului asupra morbidității și mortalității populației. În condițiile societății contemporane sechelele posttraumatice reprezintă o barieră în integrarea socio-culturală și economică a individului. În literatura de specialitate autohtonă, până în

prezent nu am găsit informație privind nivelul de studii a accidentatului cu traumatism facial. Pacienții cu traumatismul facial spitalizați în dependență de nivelul de studii au fost examinați numai 331. Traumatismul facial în dependență de nivelul de studiu s-a repartizat în felul următor: cu studii medii — 47,73%, urmați de cei cu studii superioare — 29%, pacienții cu școli tehnico — profesionale — 13,89%, locul patru cu colegii — 7,85% și fără studii pe ultimul loc cu 1,51% cazuri.

Concluzii:

1. Pacienții cu trauma feței s-au micșorat cu 38,5% pe perioadă de 10 ani.
2. Leziunile traumatice faciale constituie 33%.
3. Traumatismul facial asociat constituie 39%.
4. Traumatism facial în dependență de sex s-au repartizat: 80% bărbați și 20% femei.
5. Vârsta medie este de 34 ani.
6. Orașul Chișinău — 62% și numai 27% dintre bolnavi din localitățile rurale.
7. Toamna s-au adresat 29% și în luna septembrie cu 15%.
8. Transportarea cu ambulanța a 40%.
9. Timp de 24 ore de la primirea traumei s-au adresat 69%.
10. Agresiunea a provocat trauma în 52%.
11. Ebrietatea etilică în 23% a fost ca factor predispozant în apariția traumei.
12. Studiile medii au fost înregistrate la 48%.

Bibliografie

1. **Ababii I., V. Popa, M. Maniuc, I. Antohii, A. Sandu, V. Cabac.** Otorinolaringologie. Centrul Editorial Poligrafic de Medicină al USMF. Chișinău, 2000, p. 226-227.
2. **Berzan E.** *Perspectiva administrării remediului medicamentos în diferite forme farmaceutice pentru tratamentul bolnavilor în staționar.* Archives of the Balkan Medical Union, Chișinău, 2011; 46(4):121-124
3. **Berliba E.** *Diagnosticul intoxicației alcoolice cronice la pacienții cu patologii somatice.* Curierul medical, Chișinău, 2005; (2):19.
4. **Burlibașu C.** *Chirurgie orală și maxilofacială.* Editura medicală, București, 2003:1409 p.
5. **Chele N.** *Optimizarea tratamentului complex al fracturilor de mandibulă.* Teza de doctor în medicină. Chișinău; 2006:34-89.
6. **Ciobanu, Gh.** *Morbiditatea populației Republicii Moldova prin urgențe traumatologice: actualități și tendințe.* — Chișinău, Curierul Medical. 2005;5: 27-36.
7. **Cioranu Ibric, B. Mirodot, D. D. Slavescu.** "Chirurgie maxilofacială", Sibiu, 2000, p7-17.
8. **Corcodel Diana.** *Sănătatea populației în vârsta aptă de muncă în contextul modificărilor structurale ale populației.* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2009-207.
9. **Fronie A.** *Curs de chirurgie maxilo-facială, traumatisme și supurații osoase în regiunea OMF, pentru medicina dentară,* Editura Sitech, Craiova, 2014, pag. 22-143.
10. **Ganea M.** *Consecințele evolutive ale traumatismelor cranio-cerebrale asupra insuficienței vasculare cerebrale.* Analele științifice, Ediția VIII-a, Volumul III, Probleme actuale în medicina internă. Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu” cu prilejul aniversării a 80 ani de la naștere. Chișinău, 2007, pag. 393-398.
11. **Glavan A.** *Traumatismul ca problemă medico-socială în Republica Moldova,* Archives of The Balkan Medical Union, Chișinău; 2011:46(4):43-45.
12. **Gornea F.** *Politraumatismele : aspecte contemporane de diagnostic și tratament.* Arta Medica, Chișinău; 2007, (1):4-18.
13. **Grejdieru T., A. Negară, N. Lisnic.** *Particularitățile medico-sociale ale populației vârstnice — problemă socială de sănătate.* Sănătate publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău; 2011; 1(36):10-13.
14. **Hîțu D.** „Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale” Teza de doctor în medicină. Chișinău, 2004:113.

15. **Hîțu D.** *Actualități în incidența traumatismului asociat al feței (revista literaturii).* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, Nr. 2(34), 2012 pag. 163-172.
16. **Hîțu D.** *Actualități în clinica traumatismului asociat al feței (revista literaturii).* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Nr. 3(35), Chișinău, 2012 pag. 176-182.
17. **Ivascenco N. A.** *Face trauma in young people: medical and social aspects of the problem.* Stomatologii. Москва; 2008(2):5-53.
18. **Niță T.,** *Studiu comparativ al osteosintezei cu plăcuțe resorbabile și neresorbabile în fracturile de mandibulă,* Teză de doctorat, Rezumate, București; 2010:4-22.
19. **Oleineac E., N. Guzun, D. Coloman, S. Cobilețchii, R. Baltaga, S. Șandru, V. Badan.** *Intensitatea durerii postoperatorii și costul analgeziei în dependență de practica analgezică.* Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Nr. 3(35), Chișinău, 2012 p. 201-204.
20. **Paladii I., I. Mahovici, E. Beschieru, A. Vizitiu.** *Diagnosticul și tratamentul leziunilor ficatului în traumatismele multiple și asociate.* Analele științifice, Ediția VII-a, Volumul 4, Probleme clinico-chirurgicale. Zilele Universității, Chișinău, 2006, pag. 87-91, 175-179.
21. **Popovici T. V.** *Traumatismul asociat al regiunii maxilo-facială.* Elaborare metodică. Chișinău; 1999:2-6.
22. **Popescu E.** *Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței.* Rezumatul tezei de doctorat. Iași; 1999:5-36.
23. **Procopenco O., „Fracturile complexului zigomatic”** Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău; (2015)
24. **Radzichevici M,** *Sporirea efectivității tratamentului chirurgical a osteomielițelor posttraumatice a mandibulei.* Teză de doctor în medicină. Chișinău; 2011:123.
25. **Răilean Silvia.** *Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-facială la copii.* Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău; 2001:16-20.
26. **Rotaru A., Băciuc Gr., Rotaru H.** *Chirurgie maxilo-facială.* Vol. I, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca. 2003:305 p.
27. **Rusu N.** *Căile contemporane de reglare a regenerării tegumentare tegumentare în tratamentul plăgilor regiunii maxilo-faciale.* Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău; 2008:20.
28. **Sîrbu D.** *Osteosinteza mandibulei prin acces endooral.* Autoreferat al tezei de doctor în medicină. Chișinău; 2005:16-19.
29. **Surpățeanu M., A. Fronie.** *Patologie traumatică oro-maxilo-facială.* Editura Medicală Universitară. Craiova; 2004:5
30. **Timoșca G., C. Burlibașu.** *Chirurgie oro-maxilo-facială,* Chișinău, Universitas, 1992, Pag. 265-298.
31. **Tintiu D., C. Ețco, Iu. Grossu, L. Spinei, M. Raevschii, I. Onceanu, N. Iodco, V. Gherman, A. Leșanu.** *Sănătate publică și management.* Chișinău. 2002: 505p.
32. **Бернадский Ю. И.** *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области.* — Москва, 2006: 1-391-87.
33. **Безрукова В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А., Бодолян В. А.,** *Амбулаторная хирургическая стоматология. (современные методы)* М. 2002. стр. 497.
34. **Гуцан А. Е.** *Остеосинтез нижней челюсти гетерогенными фиксаторами. (Экспериментально-клинические исследования).* Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. - Кишинёв; 1968:40.
35. **Ефимов Ю. В.** *Переломы нижней челюсти и их осложнения.* Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. - М., 2004:283.
36. **Оуату В. А.** *Изменения содержания свободных аминокислот и нуклеиновых кислот крови некоторых органов при травматическом шоке и острой кровопотери.* Автореф. дисс. к. м. н. Кишинёв; 1974:4-12.
37. **Попович Т. В.** *Применение нового биологического рассасывающегося шовного материала „Серозофил” в челюстно-лицевой хирургии. (Экспериментально-клиническое исследование).* Автореф. дисс. канд. мед. наук. Кишинёв; 1974:6-18.
38. **Робустова Т. Г.** *Хирургическая стоматология,* Москва, Медицина, 2003. — С. 359-445.
39. **Калиновский Д. К.** *Современные аспекты проблем челюстно-лицевого травматизма у лиц, злоупотребляющих алкоголем.* Стоматология, 2003:(4)46-49.
40. **Тимофеев А. А.** *Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.* Том. II. Киев. „Червоно Рута. Турс” 2002. стр. 21-163.
41. **Шаргородский А. Г., Семкин В. А., Ипполитов В. П.** *Травмы мягких тканей и костей лица. Руководство для врачей.* М. 2004; 384.