

## Concluzii

1. Mai frecvent dinții uniradiculari sunt supuși rezecției apicale.
2. În majoritatea cazurilor apicotomia se efectuează la dinții cu procese inflamatorii periapicale în faza ‘rece’.
3. Rezecția apicală evită extracția dintelui cauzal, păstrând o situație cât mai favorabilă viitoarelor lucrări protetice.
4. Apicotomia îndepărtarea apexului radicular și a procesului patologic periapical, concomitentă sau precedată de tratamentul endodontic corect și obturația ideală a canalului radicular.
5. Examenul radiologic se efectuează în mod obligatoriu după tratamentul endodontic și chirurgical.

## Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București, 2003, p.653-697.
2. Burlacu V. și coautorii. Combaterea rațională a proceselor inflamatorii parodontale. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XII al ASRM, Chișinău, 2003, pag. 10-12.
3. Rud J, Andreasen JO, Moller Jensen JE – Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. Int. Journ. of Oral Surgery, 1: 195–214, 2002
4. Wilson TG, Kornman KS – Fundamentals of periodontics. Quintessence Publishing Comp., Chicago, Boston, 2002.
5. Murray CA, Saunders WP – Root canal treatment and general: a review of the literature. Int. Endodontic Journ., 37: 1-18, 2000.
6. Burlacu V. Fală V. Secretele endodontologiei clinice. Ghid practic. Chișinău, 2007, pag. 5
7. Gartner AH – Advances in endodontic surg. Dent. Clin. North. Am. 36.
8. Fală V.- teză de doctor în medicină ‘Tratament rațional, complex al periodontitelor cronice distructive la dinți cu defecte parțiale și totale de coroană’
9. Stoica I., Ababii S., Procesele inflamatorii ale regiunii OMF, aspecte statistice. Analele științifice. USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2004, pag. 696-704.
- Timoșca G., Burlibașa C.//Chirurgie Buce-Maxilo-Facială//Chișinău, 1991, pag. 167-179.
10. Ursu E. Tratamentul rațional endodontic al parodontitelor apicale cronice. Disertația de d.ș.m., Chișinău, 2000, pag. 107.
11. Șcerbatiuc D.Organizarea ajutorului medical chirurgical oro-maxilo-facial. Probleme actuale de stomatologie. Congresul XII al ASRM, Chișinău,2003,pag.4-6.
12. Dumitriu HP –Parodontologie. Edit. Viața Medicală Românească, București, 1997357, 1998. 2003.p.124

## METODELE DE IMOBILIZARE ÎN TRATAMENTUL BOLNAVULUI CU TRAUMATISM ASOCIAT AL COMPLEXULUI ZIGOMATIC

**Dumitru Hîțu, Dumitru Șcerbatiuc, Valentin Topalo, Olga Procopenco,  
M. Cebotari, S. Caldarari**

Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială, Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială și Protetică dentară, FPM, USMF ”Nicolae Testemițanu”

## Summary

### *Immobilization methods in the treatment of the patient with zygomatic complex associated trauma*

Aeschylus fracture of the zygomatic complex in the clinic of Oral and Maxillofacial Surgery from Chisinau often is fixed via osteosynthesis methods as one of the safest methods and more perfect. Immobilization with Kirschner brooches are used in exceptional cases (single

cases). Endooral access and temporally immobilization of the fractured fragments permit an aesthetic recovery of the patient with trauma of the zygomatic complex.

### **Rezumat**

Fractura eschiloasă a complexului zigomatic în Clinica de Chirurgie OMF din Chişinău mai des se fixează prin osteosinteză fiind una din metodele cele mai sigure și cele mai perfecte. Imobilizarea cu broşa Kirschner sunt utilizate în cazuri excepționale(cazuri unice) rar. Accesul endobucal și temporal de imobilizare a fragmentelor fracturate permite recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatic.

### **Actualitatea**

Traumatismul constituie o problemă socială și crește odată cu dezvoltarea societății. Regiunea feței este des expusă traumatismului datorită faptului că tot timpul este descoperită și mai des este orientată spre agentul traumatic, spre deosebire de alte părți ale organismului care sunt protejate cu haine. Factorii sociali au o importanță colosală în apariția traumei, ca exemplu: condițiile de viață, starea familiară, caracterul condițiilor de lucru. Sursele de informație în masă acționează asupra pacientului, atrăgând atenția asupra: neîncrederii, neprotecției sociale, lipsa locului de muncă, toate luate la un loc se completează una pe alta ce crează condiții pentru apariția agresivității. Cultul puterii, prevalarea forței fizice, propagarea cruzimii în filme – nu sunt cele mai ideale condiții de formare a tânărului ca individ.

Traumatismului asociat al complexului zigomatic cu deplasare provoacă mari dificultăți în tratament în deosebi cel chirurgical. Sunt cunoscute mai multe căi de acces de reducere și fixare a fracturilor complexului zigomatic prin acces endobucal, exobucal și mixt, dar care datorită tehnicii de efectuare au o aplicare diferită (1-4). Autorii pun în discuție rezultatele tratamentului fracturilor al complexului zigomatic cu deplasare în timpul spitalizării și la distanță.

### **Obiectivele**

Reabilitarea estetică a bolnavului cu traumatism asociat al complexului zigomatic prin utilizarea metodelor de imobilizare după datele Clinicii de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială din Chişinău.

### **Materiale și metode**

Pentru atingerea scopului au fost examinați și acordat ajutorul la 34 bolnavi cu traumatism asociat al complexului zigomatic. Ca material de studiu am folosit fișele de observație a bolnavilor tratați în Centrul Național Practico-Științific în Medicină de Urgență cu fracturi ale complexului zigomatic-orbital pe parcursul anului 2010 și datele literaturii.

### **Rezultate și discuții**

Tratamentul chirurgical al complexului zigomatic la modul ideal e necesar de efectuat cât mai complet, încât să refacă arhitectonica splanhocraniului cu restabilirea structurilor osoase și a leziunilor țesuturilor moi cu restabilirea formei și funcției dereglate. Accesul chirurgical în tratamentul complexului zigomatic e necesar de ales în așa mod ca să fie cât mai econom, mai puțin traumatic și metoda cât mai simplă.

Multitudinea tehnicilor chirurgicale de fixare a fragmentelor fracturate în tratamentul chirurgical al complexului zigomatic după datele literaturii diferă de la sursă la sursă și depinde de posibilitățile financiare a instituției medicale și alți factori. Cercetătorii științifici și medicii practicieni sunt mereu în căutarea accesului și crearea dispozitivului cat mai perfect de efectuat reducerea și fixarea fragmentelor deplasate.

Tratamentul fracturilor complexului zigomatic e alcătuit din două etape, reducerea și imobilizarea. Reducerea și imobilizarea complexului zigomatic deplasat se poate realiza prin acces exobucal, endobucal sau mixt. Datele bibliografice sunt foarte diverse și uneori

contraversate în privința metodelor de reducere și imobilizare. În studiul dat am efectuat un studiu comparativ a datelor literaturii autohtone și a colegilor de la UMF „Gh. Popa”.

Clinica da Chirurgie OMF de la Iași, UMF „Gh. Popa” în 91,29% folosesc accesul temporal pentru reducerea fracturii complexului zigomatic (2). Utilizarea inciziei în zona temporală pentru a ajunge și a reduce fracturile de arc zigomatic a fost documentată în 1927 de către Gillies. Această metodă are un mare avantaj că cicatricea postoperatorie este mascată (ascunsă) de partea pielosă a regiunii temporale.

În Clinica da Chirurgie OMF din Chișinău accesul temporal se utilizează în 2,12% începând cu anul 2002. Accesul temporal de reducere mai frecvent și de fixare aplicat la un bolnav a complexului zigomatic este o metodă care va duce la o reabilitare morfologică și estetică. Elevatorul de reducere pe cale temporală poate fi menținut în tensiune pe fragmentul redus în poziție anatomică, până la formarea calosului fibros cu ajutorul unui bandaj pericranian. Radiograma dată ne illustrează imobilizarea osului zigomatic cu ajutorul spatulei (Fig. 1.). Pe parcursul anului 2010 în CNPȘMU utilizarea accesului temporal de reducere a fost aplicat la un bolnav cu traumatism asociat și la un bolnav cu traumatism izolat al complexului zigomatic.

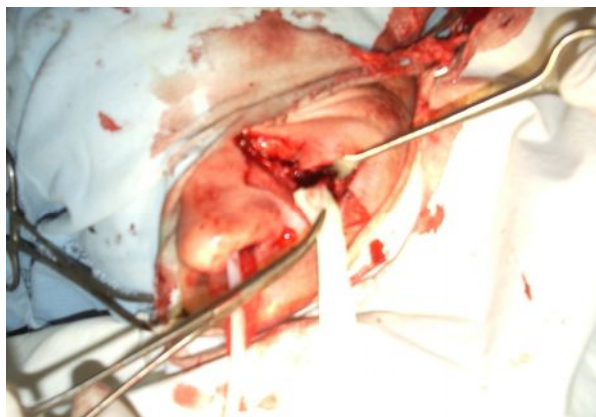


**Fig. 1. Imobilizarea complexului zigomatic pe cale temporal**

Clinica da Chirurgie OMF din Chișinău mai des utilizează accesul subzigomatic exobucal de reducerea fracturii complexului zigomatic cu ajutorul cârligului Limberg. Tehnica de efectuare este ușoară, rapidă, se petrece „orb”, este frecvent utilizată, unicul neajuns este prezența cicatricei postoperatorii. Este indicată în fracturile cu deplasare a complexului zigomatic. Necâtând la prezența cicatricii mici această metoda în 70,02% cazuri se folosește la reducerea fracturei complexului zigomatic (3). Pe parcursul anului 2010 în CNPȘMU utilizarea accesului subzigomatic exobucal cu ajutorul cârligului Limberg a fost aplicat la 11 bolnavi cu traumatism asociat și la 12 cu traumatism izolat. Date de reducere endobucală a complexului zigomatic în sursa citată de la Clinica din Iași nu am găsit. Din bolnavii spitalizați în Clinica da Chirurgie OMF din Chișinău în 2010 cu fracturile complexului zigomatic în 8 cazuri reducerea sa efectuat prin acces endobucal subzigomatic cu cârligul de construcție proprie (D. Hițu, nr. depozitării: s 2010 0181; date depozit: 2010. 07- 23), dintre care 6 au suportat un traumatism asociate și 2 izolat. Imobilizarea cu broșe este o metodă rar utilizată în tratamentul chirurgical al bolnavilor cu fractura complexului zigomatic cu deplasare, necesită o iscusință deosebită din partea medicului (Fig. 2).

**Fig. 2. Imobilizarea zigomatic cu broșa**

Căile de căutare tehnicilor pentru fixare de la utilizarea de broșa Kirschner în 1951. ne ilustrează complexului zigomatic Broșa Kirschner e imobilizarea și altor maxilo-facială și nu punctiformă creată de aproape invizibilă, deci și în acest caz bolnavul va fi reabilitat estetic. Neajunsul metodei date este că fragmentele fracturate se pot roti în jurul axei, broșei Kirschner.



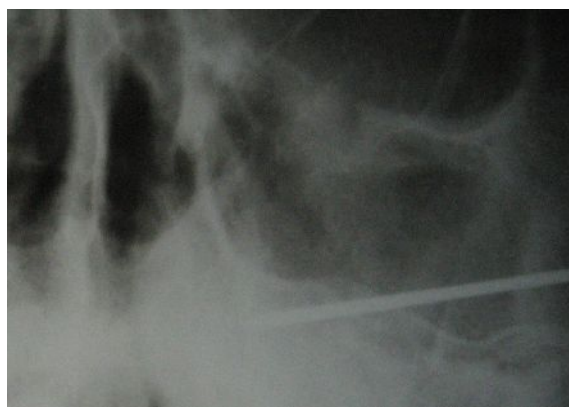
**complexului Kirschner**

pentru îmbunătățirea internă a progresat conectare simplă la Imaginea radiologică imobilizarea cu broșa Kirschner. folosită la fratură din regiunea numai. Cicatricea broșa Kirschner e

Prima descriere cunoscută a abordării transantral la zigomatic a fost înregistrată de Lothrop în 1906. Cunoscută astăzi ca abordarea Caldwell-Luc, tehnica făcut uz de o antrotomy de abordare a fracturii. Calea transsinusală de menținere a fragmentelor fracturate mai ales în cazurile eschiloase este o intervenție chirurgicală traumatică, de lungă durată(Fig. 3.).

**Fig. 3. Imobilizarea zigomatic pe calea**

După operație tubul endonazal cu iodoformată și a Înlăturarea meșei și a dureri și hemoragie sinus continuă câteva zile. Edemul postoperator, excoriațiile de la unghiul cavității bucale, prezența în cavitatea nazală a tubului și meșei crează un discomfort imens bolnavului. Din



**complexului sinusală**

pacientul greu suportă mirosul de la meșa conținutului sinusal. tubului e însoțită de uneori, eliminările din

bolnavii tratați cu fractura complexului zigomatic pe calea transsinusală ocupă 2,39% în clinica din Chișinău și 1,92% în clinica din Iași.

Repoziționarea și fixarea în poziție corectă a fracturilor complexului zigomatic în deosebi eschiloase e posibilă numai în mod chirurgical (Fig. 4 a,b).



**Fig. 4. Imobilizarea complexului zigomatic prin osteosinteză cu miniplăci și cu fir metallic**

În tehnicile chirurgicale persistă riscul de lezare a nervului facial și a vaselor adiacente iar repoziționarea fragmentelor deplasate adeseori e dificilă. Aceasta este cauza principală pentru care chirurgii manifestă rezerva față de tratamentul chirurgical. Fixarea fragmentelor deplasate a complexului zigomatic prin diferite metode de osteosinteză ocupă 6,9% în clinica din Chișinău și 3,74% la clinica din Iași. Osteosinteza cu plăcuțe miniaturizate din titan a fost efectuată la clinica din Iași din 1994 și din Chișinău din 1998. La un bolnav cu traumatism asociat: fractura angulară pe dreapta a mandibulei, plăgă contuză frontală, Le Fort II, fractura complexului zigomatic din dreapta cu deplasare, traumatism cranio-cerebral, șoc hipovolemic, sa fixat fragmentele fracturate prin osteosinteză cu miniplăci și șuruburi.

Osteosinteza se indică în fracturile deschise, eschiloase, fracturi învechite, în cazul care nu este necesar revizia sinusului maxilar, sau prin alte metode nu sa izbutit de fixat fragmentele după reducere. 1970 a văzut zorii unei noi ere de fixare și reconstrucție a fracturilor faciale cu dezvoltarea osteosinteză, care a permis pentru fixarea miniplăcuțele. Michelet și coautorii. a raportat pe succesul acestei tehnici. Osteosinteza realizează o imobilizare sigură și de durată. De obicei, fixarea fragmentelor se efectuează minimum în două locuri: sutura zigomatico-frontală, marginea infraorbitală ori arcada zigomatică. Examenul vizual a bonturilor osoase permite a apreciere tactica de tratament și în timpul intervenției chirurgicale spre deosebire de metodele „oarbe”, ca accesul temporal sau subzigomatic. Necătând la dezavantajele enumerate mai sus osteosinteze cu miniplăci sau cu fir metalic este una din metodele cele mai sigure și imobilizare mai perfectă.

О. Д. Немсадзе și Л. И. Хирсели (1989) ne relatează că pentru osul redus în calitate de fixatori se utilizează o tijă (proptea) din aluoz conservat de dimensiuni corespunzătoare ce e introdus în sinusul maxilar. Un capăt al proptelei se sprigină în osul zigomatic din partea internă, iar al capăt al proptelei în partea lateral a nasului (4). Metoda de imobilizare a complexului zigomatic propusă și implimentată în Clinica de ChOMF de profesorul V. Topalo e următoarea. După reducere, în cazul în care fagmentele nu se mențin în poziție anatomică, imobilizarea se face cu un suport preconfeționat în formă de proptea din (husa) ambalajul acului de seringii sterile (Fig. 5). Această metodă va recupera bolnavul atât estetic cât și morfofuncțional. Alți autori propun în calitate de fixatori „proptele” din metal, din mase plastice în formă bastonașe și șuruburi.

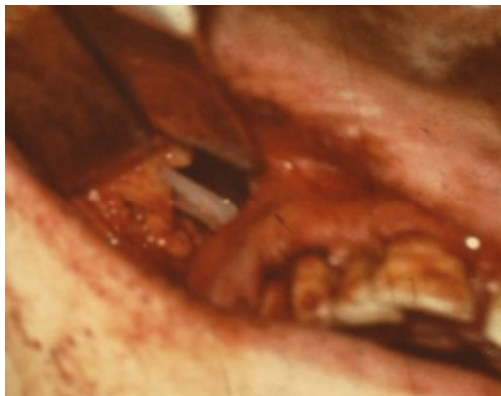
### Fig. 5. Imobilizarea complexului zigomatic cu ajutorul “proptelei”.

Există și alte metode de imobilizare a complexului zigomatic dar care din diferite pricini nu au găsit o largă utilizare.

Problema fracturilor complexului zigomatic asociate rămâne actuală cu frecvența majoră, cu necesitatea perfecționării metodelor diagnostice și de tratament ce ar micșora semnificativ complicațiile legate de traumatismul regiunii date și ar permite elaborarea unor măsuri profilactice de recuperare a bolnavul cât mai precoce.

#### Concluzii

1. Fractura eschiloasă a complexului zigomatic în Clinica de Chirurgie OMF din Chișinău mai des se fixează prin osteosinteză fiind una din metodele cele mai sigure și cele mai perfecte.
2. Accesul endobucal și temporal de imobilizare a fragmentelor fracturate permite recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatic.
3. Imobilizarea cu utilizate în cazuri unice) rar.



broșa Kirschner sunt excepționale(cazuri

#### Bibliografie

1. Camilleri A. C., M. Stabilisation of the zygomatic arch with Journal of Oral and (2005)43,183-184.
2. Eugenia Popescu. tratament definitiv în Iași, 1999, 13-14.
3. Hîțu D. “Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale” Chișinău, 2004. Paj. 84.
4. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно- челюстно-лицевой области. Москва, 2006, pag. 89.

Gilhooly. M. C. Cooke. unstable fractured a Kirschner wire. Britisch Maxillofacial Surgery

Evaluarea metodelor de fracturile oaselor feței,

## ASPECTE STATISTICE A TRAUMATISMULUI IZOLAT AL FRACTURII DE MANDIBULĂ

Cornel Cazac, Dumitru Hîțu, Dumitru Șcerbatiuc, Vasile Vlas  
Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, USMF ”Nicolae Testemițanu”

## **Summary**

### ***Statistical aspects of the isolated fracture in case of the mandible trauma***

During 23 years, the incidence of isolated mandible fractures increased up to 1,69%, which is explained by decreasing the number of hospital beds from 60 (1987) to 40 beds (2010), as well as, the decreasing number of population. Switching from the government financial assessed medicine to the state healthcare insurance program, as well as private paid medical services, brought an another factor that have been contributed to the reduction of the facial trauma. The incidence of the isolated fractures of the mandible consists 79,28% of all mandible fractures. Angular region of the mandible being held low, is involved in 70% of cases. Individual splints is frequently applied in the treatment, which is advocated by the low cost and easy manufacturing technique.

## **Rezumat**

Pe parcursul a 23 ani traumatismul izolat a fracturilor de mandibulă s-a mărit cu 1,69% ce se explică prin micșorarea numărul de paturi de la 60 (1987) la 40 de paturi(2010) și micșorarea populației. Trecerea de la medicina de stat la medicina prin asigurare și contra plată este un alt factor ce a contribuit la micșorarea traumei faciale. Fractura izolată de mandibulă ocupă 79.28% din toate traumatismele faciale. Regiunea angular a mandibulei, fiind loc slab, e implicat în 70%. Fracturile de mandibulă unilaterale sau înregistrat în 36.66% și duble în 63.33%. Atela individuală este frecvent aplicată în tratament, prin costul redus și tehnica ușoară de confecționare.

## **Actualitatea**

Traumatismul, în ultimul timp, a luat amploarea unei pandemii, depășind aspectele medicinei și devenind o problemă socială. Traumatisme reprezintă urgențe relativ frecvente cu tendința de creștere în timp și cu probleme importante de tratament, datorită complexității traumatismului și a complicațiilor posibile (1 - 4).

Studiile statistice, privind traumatismele faciale, apreciază o pondere a acestora la 10 – 15% din totalul traumatismelor(4). Restabilirea formei și funcției dereglate reprezintă scopul principal în tratamentul traumatismului (1-4).

Unele particularități anatomotopografice favorizează traumatismul oaselor faciale prin poziția anterioară și laterală, fragilitatea oaselor, raportul corticalei la spongioasă, zonele parașoc.

## **Obiectivele**

Analiza comparativă a traumatismului facial și în special a fracturilor de mandibula cu o diferență de 23 ani și metodele existente de tratament.

## **Materiale și metode**

Pentru atingerea scopului au fost examinați și acordat ajutorul la 908 de traumatizați cu traumatism facial pe anii 1987 și 2010. Ca material de studiu am folosit fișele de observație.

## **Rezultate**

Peste 78.28% în anul 1987, din traumatizați au fost din județul Chișinău, în 2010 scăzând până la 30.96%. Dintre pacienții care în 1987 sau adresat 90.78% erau bărbați, iar în 2010 aceștia fiind cu 10% mai puțini.

Transportarea bolnavilor cu ambulanța pe această perioadă a crescut cu 35.91% și adresarea de sinestătător a scăzut cu 11.88%. Îndreptarea bolnavilor de la policlinicile de sector sau micșorat cu 23.33%, ce ne indică necesitatea unei colaborari mai strânse între policlinici și Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Cauza traumei în 48.11% cazuri a fost caderea, ocupând I loc, urmată de 47.28% - agresivitatea, și pe locul al treilea accidente rutiere cu 4%. Căderile au crescut de 2 ori, iar agresivitatea a scăzut cu 15.87%.

În primele 24 de ore după ajutor s-au adresat 62.34% din accidentați, numărul lor crescând de 2 ori, a doua zi 10.46%, iar după 4 zile s-au adresat 8.78%, cu 2.2% mai mult decât în 1987.

Statistica accidentaților după starea socială este următoarea: pe I loc cu 30.96% s-au plasat șomerii, în 1987 aceștia fiind doar 12.51%, muncitorii reprezentau 27.19%- locul 2, pe când erau de 2 ori mai mulți cu 23 de ani în urmă. Pe locul III se afla tineretul studios cu 13.80%, crescând cu 3.3% în perioada dată.

Repartizarea accidentaților cu traumatism facial s-a efectuat în felul următor: pe primul loc s-au clasat fracturile de mandibular, în această perioadă ponderea lor s-au micșorat cu 17%. Plăgile faciale au ocupat locul doi cu o majorare de 52%. Locul trei, ocupat de fracturile complexului nazoetmoidal, care au înregistrat o majorare în această perioadă. Fracturile complexului zigomatico-orbital au înregistrat o creștere de 29%. Fracturile maxilarului superior au ocupat locul cinci.

Fracturile de mandibulă reprezintă 77,19% din totalul fracturilor faciale(3). Datele noastre pe parcursul a 23 de ani au fost de 79.28%

În dependență de gradul deplasării fragmentelor fracturate și dereglarea funcțiilor se v-a decide tactica de tratament: chirurgical sau conservativ.

Tratamentul fracturilor fără deplasare la momentul actual este conservativ. Bolnavilor cu fracturi a oaselor cu deplasare minimă care nu duc la dereglări estetice și funcționale li se indică tratament conservativ: antibiotice, antialgice, adrenomimetice și evidența în dinamică a pacientului, cu examinarea peste 5-7 zile după primirea traumei, pentru a verifica restabilirea formei și funcției dereglate.

Traumatismul mandibulei în această perioadă s-a mărit cu 1,69%. micșorarea traumatismului de mandibulă se explică prin mai multe pricini și anume:

- s-a micșorat numărul de paturi, nr lor fiind 60 în 1987 și numai 40 de paturi în 2010;
- sa micșorat populația din republică și din Chișinău inclusiv;
- trecerea de la medicina asigurată de stat la medicina prin asigurare și contra plată;
- micșorarea nivelului de trai a populației.

Fracturile mandibulei unilaterale s-au înregistrat în 36.66% și duble în 63.33% și triple numai 2 cazuri în 2010.

În ansamblu mijloacele ortopedice au fost aplicate la 75,16% din bolnavii cu fracturi ale mandibulei, dându-se prioritate imobilizării intermaxilare (3). Din numărul total al traumatismelor oaselor faciale, fracturilor de mandibulă le revin 79.28% cazuri, cea mai mare parte 77,85% au prezentat leziuni izolate și doar 22,15% au fost leziuni asociate, fracturile de mandibulă unilaterale sau înregistrat în 36.66% și duble în 63.33%. (2).

Tratamentul ortopedic folosit în cazul fracturilor maxilare, s-a înregistrat în 79,01% din cazuri, care pe parcursul la 23 ani a scăzut cu 31%. La momentul actual, prioritate în tratamentul fracturilor de mandibulă o are metoda conservativă cu utilizarea atelelor confecționate individual ori prefabricate aplicate pe arcadele dentare.

#### **Principalele cerințe în confecționarea atelelor**

- Atela trebuie să asigure o imobilizare perfectă.
- Atela se cere adaptată între ecuatorul dintelui și marginea gingiei.
- Atela nu va irita țesuturile cavității bucale.
- Atela întodeauna trebuie să fie modelată după arcada dentară în așa mod ca să nu traumeze periodonțiu marginal.
- Materialul din care e confecționată atela trebuie să fie moale, ușor de modelat.
- Atela se confecționează în prealabil, se aplică sârma în spațiile interdentare, mai apoi se fixează cu sârma din jurul dinților.
- Atelele să fie supuse ușor igienizării.



- E necesar ca atela să nu se oxideze.

Atelele aplicate pe arcadele dentare, prezintă mai multe dezavantaje: pacientul nu se poate alimenta, nu poate efectua igiena cavității bucale în volumul necesar, dificultăți în fonație, deglutiție, traumează gingia în unele cazuri se poate asocia infecția. Necătând la multitudinea dezavantajelor enumerate imobilizarea maxilarelor cu ajutorul atelelor la momentul actual este cea mai des folosită metodă pentru că tehnica de aplicare a atelelor este ușoară, economă cu celuieli materiale minime. Prezența numărului de antagoniști suficienți pe ambele arcade și lipsa deplasării vădite a fragmentelor fracturate, face utilizarea atelelor să ocupe primul loc în tratamentul fracturilor de maxilare

Tratamentul chirurgical este indicat în fracturile multiple ale maxilarelor, edentații parțiale sau totale, fracturi eschiloase, fracturile care nu se supun tratamentului ortopedic, fracturi vicios consolidate, prezența dinților pe arcadele dentare fără grupuri de antagoniști, mobilitatea vădită a dinților (paradontoză, scorbut), traumă prin armă de foc, fractură patologică ori fractură cu proces patologic în linia fracturii (osteomieliță, sinuzită, chist), bolnavi cu dereglări psihice, alcoolici, narcomani, bolnavii cu fracturi ale colotei craniene când nu se pot aplica dispozitivele cefalice. Tratamentul prin osteosinteză asigură o fixare mai bună, micșorează durata aflării bolnavului în staționar.

Osteosinteza asigură o poziție precisă și fixare stabilă a fragmentelor fracturate ale maxilarelor. Imobilizarea intermaxilară postoperatorie e obligatorie deoarece permite menținerea fragmentelor în poziția redusă și scade termenul consolidării și formării calosului osos. Osteosinteza cu fir metalic 10.64% și miniplăci cu șuruburi 4,51% a fost aplicată la bolnavi cu fracturi eschiloase, adenții și fracturi multiple. O fixare exactă și perioada postoperatorie calmă, face ca această metodă să ocupe un loc important printre metodele de tratament chirurgical.

Osteosinteza prin acces exobucal, utilizată mai des, are și unele dezavantaje: prezența inciziei dermale ce crează o cicatrice postoperatorie, operația traumatică atât a țesutului osos cât și a celor moi. Iată de ce în ultimul timp prioritate în tratamentul chirurgical prin osteosinteză se dă prin acces endobucal.

Fracturile deschise pot fi cu sau fără deplasare. În dependență de felul deplasării se va aplica tratamentul cuvenit. La tratamentul fracturii deschise cu deplasare după imobilizarea fragmentelor fracturate, indiferent prin ce metodă ortopedică sau chirurgicală, se va recurge adăugător la prelucrarea chirurgicală primară a plăgii. Mai jos ne vom opri la etapele prelucrării chirurgicale a plăgii osoase.

Etapele de prelucrarea chirurgicală a fracturii de mandibulă:

1. Prelucrarea câmpului operator:
  - Alcool de 3 ori - pielea
  - Furacilină,  $K_2MnO_4$ ;  $H_2O_2$ ; - mucoasa
2. Izolarea câmpului operator cu material steril.
3. Anestezia:
  - Anestezie topică cu sol. Spray 10%
  - Anestezie trunculară periferică cu sol. Lidocaini 2% 4,0
  - Asanarea parțială a cavității bucale.
4. Confecționarea atelelor individuale:
  - Repoziția parțială a fracturii
  - Imobilizarea interdentară
5. Aplicarea atelelor individuale pe arcadele dentarei:
  - Odontectomia
  - Suturarea plăgii
6. Reducerea:
  - Manuală
  - Cu tracțiune elastică,
  - Cu ajutorul instrumentului.

7. Imobilizarea definitivă.
8. Infiltrarea cu antibiotici.
9. Ser antitetanic.
10. Examenul radiologic repetat.

Tratamentul traumei masivului facial în 90% s-a efectuat sub anestezie locală, ocupând primul loc, dintre care 59% cazuri anestezia locală s-a efectuat cu soluție de novocaină de 0,5% și 31% cu soluție de lidocaină de 2%. Pe locul doi cu 10% cazuri s-a clasat operațiile efectuate sub anestezie generală, dintre care în 2% sa folosit premedicația. Anestezia generală în tratamentul mandibulei prin osteosinteză a ocupat primul loc cu 49%, urmat de tratamentul chirurgical a complexului zigomatic 23%. Pe locul trei în tratamentul chirurgical a traumatismului facial a ocupat plăgile faciale cu 11% și fracturile complexului nazoetmoidal 9%, maxilarul superior tratat chirurgical cu anestezie generală pe ultimul loc.

### **Concluzii**

1. Pe parcursul a 23 ani traumatismul izolat a fracturilor de mandibulă s-a mărit cu 1,69%, ocupând locul doi după procesele inflamatorii.
2. Fractura izolată de mandibulă ocupă 79.28% din toate traumatismele faciale.
3. Regiunea angulară a mandibulei, fiind loc slab, e implicat în 70%.
4. Atela individuală este frecvent aplicată în tratament, prin costul redus și tehnica ușoară de confecționare.

### **Bibliografie**

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București, 2003, p.653-697.
2. Eugenia Popescu. Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor fieței, Iași, 1999, 13-14.
3. Godoroja P, Lupan I, Răilean S. Leziunile dento-maxilo-faciale la copii. Congresul II al stomatologilor. Chișinău, 1994, p.180.
4. Hîțu D. "Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentul fracturilor oaselor nazale" Chișinău, 2004, pag. 92-100.