

- implementarea noilor tehnologii, preparate și metode pentru ameliorarea calității asanării cavității bucale și respectiv ameliorarea igienei.

Bibliografie

- 1) Ghicavii V. Sârbu S. Bacihșchi N. Șcerbatiuc D. „Farmacoterapia afecțiunelor stomatologice” 2002, p.230.
- 2) Rusu N. Coretchi M. Studiarea particularităților parcurgerii și tratamentul abceselor ale maxilarelor. „Anale Științifice”, volumul 4, 2011, p. 430.
- 3) Timosca G. Burlibasa C. „Chirurgie Bucal-Maxilo-Facială” 1993, p.30.
- 4) Бернадский Ю. „Основы хирургической стоматологии” 1984, p.67.
- 5) Гикавый В. „Фармакотерапия основных стоматологических заболеваний” 2006, с. 498-501.
- 6) Кулаков А., Робустова Т., Неробеева А., „Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия” 2010, с.327-340.
- 7) Мальцев П. „Монооксид азота в лечении абсцессов и флегмон мягких тканей челюстно-лицевой области ” 2009,с.34.
- 8) Муковозов И. „Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области” 1982, с.79-82.
- 9) Робустова Т. „Хирургическая стоматология” 2010, с.215.
- 10) Тимофеев А. „Руководство по хирургии” 1988, с.273.
- 11) Шаргородский А. „Клиника, диагностика, лечение профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи” 2002, с. 273.

PARTICULARITĂȚILE CONTUZIILOR, EXCORIAȚIILOR, PLĂGILOR CONTUZE-LACERATE ÎN REGIUNEA FEȚEI ȘI METODELE DE TRATAMENT

Mihail Radzicheivici, Natalia Rusu, Maxim Gorea

Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Arsenie Guțan” USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities of scratches injuries, and tear-injury wounds on face and the methods of their treatment

The most often trauma of jaw-face region is the injuries of soft tissues, which are the first in contact with traumatic agent. In facts of surgical stomatology subfaculty at SMU „Nicolae Testemițanu”, Republic of Moldova is on second place in address to surgical help, after inflammatory pathologies.

In facts of other authors, the traumas of soft tissues of jaw-face region is observed almost at 10% of patients, addressed to the institutions of medical stomatology. For more effective and quick treatment of injuries, we have to use the pharmacologic remedies, in form of gel, emulsi, ointment, what are made anti-inflammatory, antimicrobe, regenerative, anaesthesiary effect. If we have the wounds, we have to do the first surgical process.

Rezumat

Una din cele mai frecvente traume a regiunii Oro-Maxilo-Faciale o reprezintă lezarea țesuturilor moi, reprezentând prima barieră în fața agentului traumatizant (după datele catedrei Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Guțan Arsenie” Universității de Medicina și Farmacia „Nicolae Testemițanu” ocupă locul II după frecvența adresării pentru ajutor medical chirurgical, prima poziție fiind ocupată de procesele inflamatorii).

După datele altor autori traume țesuturilor moi în regiunea Maxilo-Faciale se întâlnesc în 10% bolnavi, ce se adresează în instituțiile stomatologice. În tratamentul contuziilor

țesuturilor moi des folosite sunt preparate sub formă de gel, emulsie, unguent care au acțiune antiinflamatorie, antibacteriană, de regenerare, antialgică. În cazul plăgilor este indicat de a se efectua prelucrarea chirurgicală primară.

Introducere

Patologia traumatică este a treia cauză de deces după cea cardiovasculară și cea neoplazică. Principala cauză de mortalitate prin traumatism o reprezintă accidentele rutiere [3,5]. Traumatismul de orice natură ar trebui să constituie principalul motiv de solicitare a asistenței sanitare. Chirurgul oro-maxilo-facial este considerat veriga esențială a sistemului modern de acțiune în caz de traumatism în regiunea oro-maxilo-facială. Leziuni traumatice maxilo-faciale în cadrul patologiei umane contemporane și al traumatologiei moderne ocupă un loc special, din ce în ce mai important. Localizate în teritoriul maxilo-facial, datorită complexității morfofuncționale a regiunilor topografice în care se produc, a vecinătății intime cu zone topografice vitale, a faptului că interesează o zonă expusă, leziunile traumatice prezintă caracteristici proprii în ce privește aspectele anatomoclinice, evoluția, complicațiile și metodele de tratament [2,10].

Traumatismele teritoriului maxilo-facial determină uneori leziuni izolate, alteori complexe ale părților moi, ale oaselor feței, dinților și paradonțiului, producând tulburări morfologice, funcționale, și fizionomice, cicatrice disgratioase sau chiar disfigurări care acționează grav asupra stării psihice a traumatizmului și asupra relațiilor sale cu societatea.

Fața - este o parte a corpului uman, care este un semn de bază și de diferență de similitudine dintre oameni între ei: este imaginea persoanei pe care sunt create prima asociație de relațiile umane în societate [4,9]. Regiunea limitată în sus de pielea capului, pe părți de urechi și în jos de gât. Fața se compune din frunte, ochi, nas, cavitatea bucală, bărbie și obraji. Prin urmare, esteticul este starea unei persoane care joacă un rol important în viața fiecărui individ. În întreg volum poate acorda numai chirurgul de specialitate un tratament complex în spitale special instruite în acest scop. În acest sens, este adecvat îmbunătățirea diagnosticului și tratamentului leziunilor în regiunea maxilo-facială.

Managementul include:

- recunoașterea injuriei și repararea chirurgicală a acesteia
- controlul șocului (traumatic, termic, etc.) cu resuscitare fluidă, sangvină, electrolitică, control al infecțiilor, suport organic (pulmonar, cardiac), susținere nutrițională, etc.

Scopul

De a prezenta esența problemei traumatismului țesuturilor moi în regiunea maxilo-facială și relevanța pentru azi. Manifestări clinice, principiile de bază a tratamentului plăgilor în regiunea oro-maxilo-facială.

Obiectivele

- 1) Evaluarea particularităților anatomo-topografice a țesuturilor moi ale feței.
- 2) Studiarea actualității problemei traumatismelor țesuturilor moi ale feței.
- 3) Aprecierea metodelor raționale în tratamentul leziunilor țesuturilor moi a feței.

Obiecte și metode

Pentru atingerea scopului urmărit s-au studiat fișele medicale a bolnavilor cu contuzii, excoriații, plăgi contuze-lacerate în regiunea feței, în cadrul arhivei Centrului Științifico-Practic din cadrul Spitalului Clinic Municipal de Urgență, pe anul 2011, din care am extras următoarele date: sexul, vârsta, adresa, tipul de adresare, etiologia și tratamentul utilizat.

1. Au fost elaborate date cu privire la diagnostic și tratament.

2. Cazul clinic vine pentru a materializa cunoștințele obținute pe parcursul studierii temei și analiza literaturii.

Rezultate

Rezultatul final este, de obicei, diagnostic stabilit numai într-un mediu spitalicesc, în cazul în care există posibilitatea de a folosi metode moderne de diagnostic, precum și sunt necesare cercetări electro-fiziologice și de laborator. În spital pentru consilierea victimei poate fi numit medic-neurolog, neurochirurg, oftalmolog, otolaringolog și a altor specialiști.

Examinarea pacientului cu traumatismul țesuturilor în regiunea maxilo-facială se efectuează după o schemă comună. Din spusele pacientului sau martorilor se identifică mecanismul traumei. Este necesar de a documenta toate datele despre pacient, după posibilitate să se efectueze fotografii primare.

Stabilirea acuzelor, anamnezei.

Acuzele pacienților cu leziuni faciale, în mare măsură, poate fi, cu durere, inflamație, sângerare, contuzie, mobilitate patologică a fragmentelor. Caracteristic a fracturii maxilarului – malocluzie. De asemenea, pacienții acuză sângerare din cavitatea bucală, nas, mobilitatea dinților, malocluzie, vorbire și actul de masticăție dereglat, diplopie. În caz de deteriorare a țesutului moale - examinarea este necesară pentru a determina tipul de plagă, dimensiunea acesteia, locația. Aceste date ar trebui să fie fixate în istoria de boală, precum și după tratamentul chirurgical primar rana încetează să mai existe, care pot induce în eroare pe experți, fiind efectuate testele criminalistice. Diagnosticul de contuzie poate fi stabilit numai după ce medicul a exclus prezența unor traume, mai grave, cum ar fi trauma cranio-cerebrală. Cu atât mai mult necesară, deoarece această perioadă, de la vânătași sunt tratați în clinica de stomatologie sau o ramură de spital.

Colectând anamneza este necesar de a afla: în cazul în care, când, cum și în ce condiții a prejudiciului, natura agentului traumatizant, numele complet al agresorului sau martorilor, dacă sunt cunoscute de victimă, a stabili dacă a pierdut conștiința (durată), vărsături, greață, sângerare, de către cine și în cazul în care furnizează primul ajutor.

Atunci când se examinează o persoană pentru a determina locația, natura de avariere a țesuturile moi (contuzii, prezența plăgii, excoriațiilor, hematomului). Apoi se palpează masivul facial. Prin palpate identificăm zonele cele mai dureroase, zonele în care există o fractură de os. La examinarea cavității bucale trebuie să se aibă în vedere starea de ocluzie, volum și caracteristici ale mișcării mandibulei, starea dinților și mucoasei. Una din principalele caracteristici ale maxilarului fracturi este malocluzia, care ar trebui să fie determinate cu fălci închise, precum și alocarea de suficiente a obrajilor și buzelor. De obicei, se detectă încălcări de legături între dinți, cauzate de deplasarea fragmentelor.

O componentă importantă a examinării este radiografia a craniului și scheletului facial din principalele două proiecții - en face și lateral. Cele mai informative date în fracturi individuale care pot fi obținute cu o radiografie panoramică. În situații complicate, în special atunci când este afectat scheletul facial sau craniu și creierul, putem aprecia cu ajutorul calculatorului și radiografia imagistică, prin rezonanță magnetică - CT și MRT. Starea generală a victimei se află efectuând studii de laborator suplimentare (analize de sânge pe deplin, teste de urină, mărturie la determinarea proteinei fracțiunii de sânge și etc.)

Tratamentul plăgilor presupune mai multe etape:

Hemostaza reprezintă primul gest terapeutic în prezența unei plăgi (urgentă absolută):

Hemostaza inițială (de obicei provizorie) se poate face prin:

-compresie la distanță (comprimare a vasului mare aferent ce este lezat în plagă) se poate face manual, prin flexie pe rulu.

-pansament compresiv la nivelul plăgii.

Hemostaza definitivă: se realizează de obicei în cadrul unui spațiu medical adecvat (camera de gardă, sala de operație, etc.) se face prin ligatură, electrocoagulare sau sutură vasculară; există situații deosebite (leziuni traumatice vasculare mici-medii survenite pe

țesuturi patologice) în care hemostaza nu poate fi obținută decât prin aplicare de tamponament cu meșa Mickulicz (apa oxigenată poate juca și ea un rol în astfel de situații); dacă nu se realizează o hemostază corectă, la nivelul plăgii se pot forma hematoame care reprezintă medii de cultură excelente pentru eventuali germeni.

Ruptura țesuturilor provocată de un accident (rănire, arsură) sau de o intervenție chirurgicală.

Plăgile accidentale trebuie să fie examinate cu atenție, deoarece ele pot fi pline de corpi străini (pământ, fragmente de sticlă) și, în acest caz, pot fi contaminate cu agenți infecțioși (risc de tetanos). Acest examen permite, de asemenea, evaluarea abundenței sîngerării și mai ales nu lasă să scape neobservată o leziune profundă, ca de exemplu una provocată de un instrument subțire și lung, ca o arma albă.

Concluzie

1. Particularitățile anatomo- topografice țesuturilor moi a feței sunt:

- 1) Repartizarea neuniformă țesuturilor moi a feței(partea jugală, nazală, frontală)
- 2) În diferite părți prezintă diferită structură
- 3) Vascularizație bogată(hemoragie, colaps, edem)
- 4) Mușchii mimici - (defect adevărat, defect fals,)
- 5) Inervație bogată - șoc, parestezie, contuzie.
- 6) Cavitatea bucală, nazală, sinusul maxilar, frontal, orbita, - infectarea plăgii.
- 7) Dereglarea funcției - de vorbire, masticăție, deglutiției, vederei ș.a.

2. Fața este o parte a corpului uman, care este un semn de bază și de diferență de similitudine dintre oameni între ei; este imaginea persoanei pe care sunt create prima asociație de relațiile umane în societate.În întreg volum poate acorda numai chirurgul de specialitate un tratament complex în spitale special instruite în acest scop.

3. În escoriații și contuzii ale țesuturilor moi a regiunii faciale este adecvat de folosit tratament local, substanțe care au efect antiinflamator, antimicrobian, de regenerare, cu efect analgic.Suturarea se recomandă de a se efectua după posibilitate cu fire atraumatice.

Bibliografie

1. Chele N., «Unele aspecte etiologice ale traumatismelor faciale», Materialele Conferinței Științifico-Practice „Urgențele medico-chirurgicale”, Chișinău, 1997, p. 9-10.
2. Gheotan Nicolae, «Cicătrizarea - biologie, clinică, tratament», Monografii medicale, 1999,p.811- 826.
3. Guțan A., «Sutura cosmetică a plăgilor faciale - imperativ mereu actual» , Probleme actuale de stomatologie, Chișinău, 1995, p. 53-55.
4. Hîțu D., «Date statistice ale traumatismului facial», Săptămîna Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”. Volumul de rezumate. Cluj-Napoca, 2005, p.269-270.
5. Hîțu D., «Plăgile faciale», buletin academie de știința medicală, 2000, p. 18
6. Jeferson C. Jr «Atlas of Human Anatomy» - by American National Surgical Academy.
7. Răilean S., « Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-faciale la copii» , Chișinău, 2001, p. 23-28.
8. Rusu N.V. « Căile contemporane de reglare a regenerării tegumentare în tratamentul plăgilor regiunii maxilo-faciale »Chișinău,2008
9. Șcerbatiuc D., «Organizarea asistenței de chirurgie oro-maxilo-facială în condițiile actuale în R.Moldova», V.Topalo, V. Ouatu // Probleme actuale de stomatologie. Congresul III al stomatologilor din R. Moldova. Chișinău, 1999, p.84.
10. Timoșca G., «Chirurgie oro-maxilo-facială», C. Burlibașa, Universitas, Chișinău, 1992, p. 265- 298.
11. Tomson J.«Anatomy of First Aid» - by American National Surgical Academy.

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CHISTURILOR RADICULARE

Irina Turanscaia

(Conducător științific – Șcerbatiuc Dumitru, dr. hab., prof. univ., acad. de onoare al AȘR)
Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The diagnosis and treatment of the radicular cysts

During the period of time 01.06.2011-01.02.2012 in the department of maxillo-facial surgery were examined and treated 1143 patients. 58 patients were diagnosed with odontogenic cysts, which represent approximately 5,07% from all hospitalized patients. The periapical radicular cysts represent nearly 77,6% of cases, the residual cysts – 12,07% and the lateral radicular cysts only 1,72%. The other 8,62% were represented by cysts of other origin.

Rezumat

În perioada de timp 01.06.2011-01.02.2012, în Secția Chirurgie OMF din cadrul IMSP CNȘPMU, au fost spitalizați și tratați 1143 de bolnavi. Dintre aceștia, 58 de pacienți au fost diagnosticați cu chisturi odontogene, ceea ce constituie aproximativ 5,07% din numărul total de bolnavi spitalizați. Chisturile radiculare periapicale constituie circa 77,6% din numărul total de chisturi odontogene, fiind urmate de chisturile reziduale cu 12,07% , iar chisturile radiculare laterale reprezintă doar 1,72%. Restul procentelor (circa 8,62%) sunt reprezentate de chisturi odontogene de altă origine.

Introducere

Chisturile maxilare nu sunt leziuni noi sau recent apărute. Leziunile maxilarelor interpretate drept chisturi au fost depistate încă în exemplarele mumificate ce aparțineau dinastiilor egiptene din anii 4500 î.Hr. Descrieri ale unor leziuni chistice maxilare au fost făcute și de Aulus Cornelius Celsus (înc. sec. I), de Pierre Fauchard (1690-1762), John Hunter (1729-1793) ș.a. Primul text medical care a făcut referire la această entitate clinică datează din 1839. Articolul respectiv descria pentru prima dată un chist maxilar desemnat sub denumirea de „sac”.

Chistul radicular este un chist odontogen de origine inflamatorie dezvoltat din resturile epiteliale odontogene de la nivelul ligamentului periodontal, drept consecință a unei inflamații pulpare.

În raport cu poziția sa anatomică față de rădăcina dintelui sunt descrise trei tipuri de chisturi radiculare: chist periapical (chist apical periodontal), chist lateral și chist rezidual. Chisturile radiculare sunt cele mai răspândite chisturi inflamatorii, care se dezvoltă din resturile epiteliale ale ligamentului periodontal, ca rezultat al procesului inflamator apical de pe urma necrozei pulpare. Chisturile care își fac apariția în acest fel, sunt diagnosticate, în majoritatea cazurilor, în regiunea apexului dintelui afectat, dar mai pot fi observate și în regiunea laterală a rădăcinii în legătură cu un canal radicular lateral accesoriu. Destul de des chistul radicular persistă și după înlăturarea dintelui cauzal, fiind numite chisturi reziduale.

Chisturile radiculare se întâlnesc mai frecvent la bărbați decât la femei. Distribuția chisturilor radiculare în dependență de maxilar are o frecvență mai mare la maxilarul superior decât la mandibulă, avînd un raport de circa 3:1, predominant în regiunea anterioară a maxilarului superior , în jurul apexurilor dinților permanenți, în raport cu incisivul lateral, central, canin, primii doi molari și premolari. Nair (1998, 2003) descrie două tipuri de chisturi radiculare: a) chist radicular adevărat – care este constituit dintr-o cavitate închisă tapetată în întregime cu epiteliu; și b) chist- buzunar periapical (*periapical pocket cyst*) – în original numit de Simon „bay cyst” (1980) – în care epiteliul este atașat de marginile foramenului apical astfel, încît lumenul chistului este deschis spre canalul radicular afectat.