

TRATAMENTUL CHIRURGICAL FRACTURILOR DE MANDIBULĂ (CURS TEORETIC)

Rezumat

În prelegere sunt expuse particularitățile metodelor de tratament ale fracturilor de mandibulă, este structurată conform programului pentru publicații, și este dedicată stomatologilor, chirurgilor oro-maxilo-faciali, studenților și rezidenților. Necesitatea apariției prelegerei date este lipsa literaturii didactice în limba română, expus de pe pozițiile contemporane a traumatologiei moderne a fracturilor de mandibulă și având drept reper viziunile Catedrei de Chirurgie OMF. În prelegere sunt ilucidate: avantajele și dezavantajele, alegerea metodei de tratament, căile de acces, metodele de osteosinteză și particularitățile, complicațiile în tratamentul chirurgical al fracturilor de mandibulă. Tratamentul chirurgical prin diferite metode de osteosinteză a fost aplicat la 19,19% cazuri din bolnavii cu fracturi de mandibulă. Fracturile de mandibulă cu deplasare sau înregistrat în 71,21% cazuri și duble 47,47% cazuri. Fracturile de mandibulă în 31,81% cazuri sunt asociate. Familiarizarea cititorului cu metodele de tratament chirurgical al fracturilor de mandibulă va permite implementarea lor în practică și reabilitarea precoce și estetică a pacientului. Cuvinte cheie: tratament chirurgical, osteosinteză, fir metallic, miniplăci și șuruburi.

Cuvinte cheie: *fractură de mandibulă, metodă de tratament, reabilitare estetică.*

Hîțu Dumitru,
d. m., conf. univ.,

Catedra Chirurgie
oro-maxilo-facială și
implantologie orală
„Arsenie Guțan“,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Summary

THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES

The lecture features the particularities of treatment methods of mandibular fractures, it is structured as scheduled for publication and is dedicated to: dentists, oral-maxillo-facial surgeons, general surgeons, traumatologists, students and residents. The necessity of this lecture is given by the lack of teaching literature on mandibular fractures in Romanian language from the contemporary traumatology point of view and the visions of OMF Surgery Department. In 19.19% cases of patients with mandibular fractures surgical treatment by different methods of osteosynthesis was applied. Mandibular fractures with displacement were registered in 71.21% of cases and 47.47% of cases were registered with double fractures. 31.81% of mandibular fractures are associated.

Key words: *mandibular fractures, treatment method, esthetic rehabilitation.*

Introducere

În prelegere sunt expuse particularitățile metodelor de tratament ale fracturilor de mandibulă, sunt structurate conform programului pentru publicații, și este dedicată stomatologilor, chirurgilor oro-maxilo-faciali, studenților. Necesitatea apariției cursului este lipsa materialului didactic autohton în limba română, expus de pe pozițiile contemporane a traumatologiei moderne a fracturilor de mandibulă și are drept reper viziunile Catedrei de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială (ChOMF). Problema diagnosticului timpuriu și a tratamentului contemporan a leziunilor traumatice a mandibulei rămâne discutată foarte activ pe paginile literaturii mondiale, mai ales în traumatismele combinate și asociate. Dificultățile diagnostice în leziunile traumatei faciale, rata înaltă a complicațiilor, rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului atribuie o actualitate deosebită studierii traumei faciale, îndeosebi în cadrul politraumatismelor. De aceea, diagnosticul și managementul fracturilor de mandibulă rămâne una dintre cele mai actuale probleme ale traumatismului facial, iar interesul față de această temă nu scade de-a lungul secolelor. Pentru tratamentul leziunilor traumate în majoritatea absolută a publicațiilor științifice se

propune o gamă largă de metode, care se completează reciproc. Necătând la progresul științei în domeniul diagnosticului și, în special, ale tratamentului leziunilor traumatiche a mandibulei, rezultatele rămân a fi puțin încurajatoare [1-7].

Scopul studiului dat a fost de a efectua o analiză a datelor contemporane a literaturii de specialitate a metodelor de tratament chirurgical ale fracturilor de mandibulă și rezultatele clinicii noastre.

Materiale și metode

Pe parcursul anului 2009, în secția de ChOMF s-au tratat 198 de bolnavi cu fracturi de mandibulă, ceea ce constituie 41,34% din numărul bolnavilor cu traumatism facial.

Rezultate și discuții

Fracturile de mandibulă cu deplasare s-au înregistrat în 71,21% și fără deplasare în 28,78%, unice 52,52% și duble 47,47%. Leziunile traumatiche ale mandibulei în 32% sunt asociate și în 68% izolate. Traumatismul cranian acut complică clinica traumei faciale, uneori este chiar imposibil un diagnostic calitativ, ceea ce tergiversează acordarea tratamentului chirurgical definitiv. Fracturile de mandibulă asociate cu traumatism craniocerebral s-au înregistrat în 33,84% cazuri. Starea de ebrietate etilică în care s-au prezentat cei 19,69% de accidentați ce s-au adresat în primele 24 ore, impune probleme de apreciere diagnostică și abordare curativă în asemenea situații de traumă, ca și în traumatismul în general. Fracturile de mandibulă sunt asociate cu: plăgi faciale în 24,74% , maxilarul superior în 5,05%, complexului zigomatic în 4,04%, leziuni ale toracelui și membrilor în 8,58%: inclusiv fractura oaselor nazale în 7,07% cazuri. Este indiscutabil necesitatea consultației specialiștilor: neurochirurg, chirurg, traumatolog, otorinolaringolog, oftalmolog, reanimatolog, internist și alții.

Pe parcursul anului 2009 în secția de chirurgie oro-maxilo-facială s-au tratat 71,21% cazuri de bolnavi cu fracturi de mandibulă cu deplasare și fără deplasare în 28,78% cazuri. E important de menționat că indiferent de gradul de deplasare a fragmentelor fracturate imobilizarea (de transport sau definitivă) în cazul fracturii de maxilar superior și inferior e obligatorie.

Metodele de imobilizare a fragmentelor la maxilare este condiționată de cazul clinic concret la arcadele dentare și alți factori. Imobilizarea fracturii de maxilare are drept scop punerea în repaus a fragmentelor fracturate pentru a forma un calos osos interfragmentar.

Se cunosc mai multe metode: ortopedice, chirurgicale, mixte. Fracturile fără deplasare cu prezența dinților pe arcadele dentare se imobilizează prin metode ortopedice. În mod obligatoriu, de obicei, fracturile maxilarului inferior presupune o imobilizare a mandibulei de masiv facial. În cazul fracturilor maxilei și mandibulei efectuăm imobilizarea ambelor

maxilare și în mod obligatoriu, de obicei, adăugător o imobilizare cu fronta mentonieră.

Tratamentul chirurgical prin diferite metode de osteosinteză a fost aplicat la 19,19% cazuri din bolnavii cu fracture de mandibulă. Indicațiile tratamentului chirurgical al fracturilor de mandibulă sunt următoarele: Lipsa dinților pe fragmentul mic, mai des, fracturile ce nu se supun tratamentului ortopedic, lipsa a două grupe de dinți antagoniști pe fiecare fragment, fracturi eschiloase, fracturi cu defect de os, traumă prin armă de foc, fractură asociată cu adentie secundară, fracturi multiple, fracturi vicios consolidate, mobilitate vădită a dinților (paradontoză, scorbut), fractură patologică ori fractură cu proces patologic în linia fracturii (osteomielită, chist), bolnavi cu dereglări psihice, alcoolici, narcomani, bolnavii cu fracturi ale colotei craniene când nu se pot aplica dispozitivele cefalice, bolnavi ce nu respectă indicațiile medicului, etc.

În cazul tratamentului fracturilor de mandibulă fără deplasare e necesar numai imobilizarea fragmentelor, dar reducerea nu e necesară deoarece nu există deplasare. Tratamentul fracturilor de mandibulă cu deplasare necesită în mod obligatoriu reducerea și imobilizarea fragmentelor deplasate.

Imobilizarea definitivă a mandibulei se poate efectua prin mai multe metode și anume. Imobilizare chirurgicală cu fixare indirectă — parafocale. Sercalajul mandibular sau ligaturile de sârmă circummandibulare (perimandibulare), suspendările interne scheletice de tip Adams — 1942, de spina nazală, de apertura periformă, de procesul alveolar, de arcada zigomatică (circumzigomatică), de marginea laterală a orbitei, de porțiunea zigomatico-alveolară, de marginea infra-orbitală, de proteze fixe, de porțiunea maxilo-malară. Atela Gunning — proteză, în jurul mandibulei se trece firul metalic, reducerea fracturii, firele metalice se răsucesc, se scurtează și se îndoaie, dacă sunt o pereche de dinți antagoniști se imobilizează între ei cu fir metalic.

Tratamentul fracturilor prin metode chirurgicale include un complex de măsuri, inclusiv medicamentos, chinetoterapia, etc. Guțan A. (2001) afirmă că atât durata tratamentului, cât și rezultatele lui imediate și definitive depind substanțial de profilaxia și terapia schimbărilor biochimice din organism în perioada imediat posttraumatică, de alegerea optimă și întemeiată a termenilor și metodelor de efectuare a intervenției chirurgicale (Chele N., 2006).

Metode intrafocare. Tratamentul prin osteosinteză asigură o fixare mai bună, micșorează durata aflării bolnavului în staționar. În tratamentul chirurgical al maxilarului inferior se folosesc următoarele metode de osteosinteză: cu fir metalic, cu plăci metalice și șuruburi, cu broșe transmaxilare și metodele combinate.

În anul 1825 chirurgul din Dublin, Rodgers, a efectuat prima operație a unit cu un fir de argint bonturile fragmentelor fracturate, astfel a asigurat vindecarea fracturii. În 1836 Baudens, chirurgul principal

al spitalului Vali de Grass din Paris, a efectuat imobilizarea fracturii mandibulei cu 8 ligaturi circulare de ață. Cu Rodgers și Baudens începe o nouă direcție în chirurgia stomatologică — osteosinteza mandibulei.

În 1890 Lambotte propune termenul de osteosinteză. Osteosinteza desemnează fixarea chirurgicală a bonturilor fracturate în poziție anatomică cu ajutorul diferitelor dispozitive, care se găsesc nemijlocit în contact cu țesutul osos. Osteosinteza este o intervenție chirurgicală care constă în reunirea și imobilizarea fragmentelor unei fracturi cu ajutorul unor dispozitive. Datorită unui contact strâns și de durată între fragmentele menținute aproape sub presiune, calusul osos se formează rapid. Avantajele osteosintezei: fixare rigidă și de durată a fragmentelor, reducerea timpului de vindecare, confort postoperatoriu (comparativ cu atelele), mecanoterapie precoce, menținere a transplantelor osoase.

Osteosinteza cu fir metalic. Metoda: sârmă de oțel inoxidabil cu diametrul de 0,2-0,4 mm, trecută în punte, perpendicular pe traiectele de fractură, prin orificiile create pe fiecare bont osos, după care le răsucim sub presiune, lateral de fisura fracturată. Avantajele metodei cu fir metalic este faptul că asigură o fixare bună bidimensională. Dezavantajul metodei cu fir metalic: că nu poate să împiedice o posibilă rotație în ax și rar e cauza unei deplasări secundare, chiar și neînsemnate. Osteosinteza cu fir metalic impune o largă deperiostare, ceea ce defavorizează procesul de consolidare, mai ales a fragmentelor mici.

Osteosinteza cu plăcuțe metalice și șuruburile au forme și dimensiuni diferite, sunt confecționate din diferite aliaje metalice sau nemetalice. Plăcuțele metalice realizează o excelentă stabilitate tridimensională până la formarea calusului osos. Plăcuțele oferă un bun suport pentru transplantele osoase în fracturile cu pierderi de substanță. Plăcuțele metalice miniaturizate (miniplăcuțele) — se fixează pe bonturile fracturii cu câte 2-4 șuruburi. Mai des locurile electiv de fixare a plăcuțelor metalice sunt locurile în care osul compact este mai abundent și grosimea osoasă este mai mare: rebordul orbital superior, lateral și inferior; osul malar, apofiza piramidală a maxilarelor, osul frontal, marginile aperturii piriforme. Microplăcuțele metalice permit o adaptare perfectă la conturul osos. Sunt utilizate mai des în fracturile eschiloase. Plăcuțele metalice tridimensionale propuse de Farmand (1992) sunt confecționate din titan. Plăcuțele și șuruburile sunt rezorbabile care la moment în clinică încă nu au fost implementate.

Imobilizare chirurgicală cu fixare indirectă — perifocale se efectuează cu mai multe dispozitive. Imobilizarea cu fixatori externi (titan sau tantal), sub formă de cuie, tije, șuruburi, (bare metalice și conectori, pe care se fixează aceste cuie). Imobilizarea cu broșe Kirschner intermandibulare: cu broșe Steinmann, cu cuie intermandibulare.

Indiferent de metoda de tratament blocajul intermaxilar face parte integrantă din timpii operatorii, dar unii autori indică blocajul ca metodă definitivă

de tratament. Osreosinteza cu fir metalic e foarte des utilizată în tratamentul chirurgical a fracturilor de mandibulă, mai apoi urmează plăcuțele și se finisează cu suspendarea mandibulei de oasele etajului mijlociu ale feței. Broșele, cuile, implantate, fixatorii externi sunt utilizate rar strict când alte metode sau epuizat.

Metoda de osteosinteză a fracturilor de mandibulă include mai multe metode și depind de cazul clinic concret. Fracturile deschise pot fi cu sau fără deplasare. În dependență de felul deplasării se va aplica tratamentul convenit. 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. Există o mulțime de metode de osteosinteză dar ele au comun unele etape. Mai jos ne vom opri la etapele prelucrării chirurgicale a plăgii osoase.

Etapele de prelucrare chirurgicală a fracturii de mandibulă:

1. Prelucrarea câmpului operator: Alcool de 3 ori — dermul; 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.
4. Asanarea parțială sau totală a cavității bucale. Odontectomia. Confecționarea (modelarea) atelelor individuale — se pot efectua preoperator.
5. Incizia și accesul pe straturi la focarul de fractură.
6. Repoziția fragmentelor de fractură manuală și imobilizarea interdentară în poziție corectă.
7. Imobilizarea fragmentelor fracturate reduse cu fir metalic, miniplăci, etc.
8. Prelucrăm cu antiseptici și efectuăm hemostaza. Sutura plăgii pe straturi. Infiltrarea cu antibiotici. Pansament.

Plăgile limbii se suturează înainte de a interveni asupra osului, din cauza hemoragiei. Indiferent cum va fi fractura deschisă ori închisă, asociată sau nu cu plăgi faciale, vom începe cu reducerea și imobilizarea fracturii și mai apoi suturăm plăgile endobucal și mai apoi exobucal.

Aparate extrafocare în tratamentul fracturilor de mandibulă se utilizează foarte rar cu implementarea plăcuțelor din titan.

Aparatul Рудько (1955), constă dintr-un dispozitiv extraoral ce se fixează de bonturile mandibulei și o bară rotundă sau dreaptă de care se fixează. Aparatul Бернадский 1956, e alcătuit din dispozitive extraoral ce se fixează de bonturile mandibulei și două bare drepte de care se fixează. Aparatul Збарж, dispozitive extraorale se fixează de bonturile mandibulei și o bară curbă de care se fixează, Broșa Kirschner cu ajutorul bormașinei se introduce în bontul fracturii la capăt broșa are un filier cu ajutorul căruia se fixează de o bară aceasta e construcția dispozitivului И. И. Ермолаев, Aparat de compresie și distracție А. А.

Ckarep: mai întâi bonturile se apropie cu ajutorul dispozitivului mai apoi se alungesc până la dimensiunile cuvenite.

Indicații pentru extracția dentară în fracturile de maxilare. Tactica față de dintele din linia fracturii este diferită în funcție de natura fracturii și izvorul citat. Evoluția favorabilă a dintelui, din linia fracturii, are loc în cazul în care linia fracturii trece în afara alveolei fără a leza pereții ei și ai periodonțiului. Fractura maxilarelor, care trece prin alveola dintelui de la regiunea cervicală până la apexul rădăcinii cu lezarea fibromucoasei, va duce la infectarea plăgii, cu dezvoltarea periodontitei, la necroza pulpei, la rezorbție osoasă, periostită, osteomielită, supurarea plăgii osoase. În asemenea cazuri clinice, extracția dintelui din linia fracturii este obligatorie înainte de imobilizarea fracturii cu suturarea mucoasei și izolarea ei cu meșă iodoformată. Indicațiile extracției dentare în fracturile de maxilare sunt dintele cu fracturi eschiloase; dintele luxat cu fracturarea alveolei; dintele mobil de gradul III; dinții tratați endodontic cu procese inflamatorii la rădăcină; dinții din linia fracturii cu buzunare paradontale; dinții incluși în linia fracturii care nu permit poziția fracturii; dinții cu parodontită cronică apicală; dinți cu chist; dinții din linia fracturii în osteomielită care întrețin infecția; dinții din linia fracturii în osteomielită care sunt pe sechestr.

Particularitățile de anestezie și de extracție dentară în fracturile de maxilare. Anestezia trunculară periferică la spina Spix se utilizează la aplicarea atelilor pe arcadele dentare, la reducerea și imobilizarea fracturii. De regulă, deschiderea cavității bucale e dificilă și dureroasă, de aceea, se efectuează o anestezie infiltrativă pentru o relaxare musculară și mai apoi o anestezie mandibulară. Extracția dintelui din linia fracturii este foarte dificilă, cere o mare măiestrie din partea medicului. După sindesmotomie, aplicarea instrumentului, luxațiile sunt foarte blânde, fără efort fizic major. După extracție se face un chiuretaj minuțios, se prelucrează cu soluții de antiseptice și pe plagă se aplică suturi. Infiltrăm țesuturile moi cu soluții de antibiotice. În nici un caz extracția nu trebuie să producă deplasarea fragmentelor. Extracția dintelui din linia fracturii se efectuează în dependență de forma clinică. Dinții cu procese patologice se extrag cât mai precece. Dintele de mînt dacă extracția lui poate provoca o deplasare suplimentară atunci se temporizează pe 10-14 zile odontectomia.

Alegerea metodei de tratament în dependență de forma anatomo-clinică. Fracturile fără deplasare în limita procesului alveolar și cu dinți suficienți pe arcadele dentare se aplică tratament ortopedic cu atelă netedă sau cu cărlige.

Fracturile ramului ascendent a mandibulei și procesului articular când se reduce deplasarea fragmentelor fracturate manual se aplică un spațiu interdental egal cu dimensiunea deplasării dintre bonturile osoase.

În fracturile duble și triple ale mandibulei cu suficienți dinți pe arcadele dentare utilizăm atela dublă

pe partea lingvală netedă și vestibular cu cărlige. Indiferent de forma clinică e necesar de redus fractura și de aplicat una din metodele de imobilizare enumerate mai sus.

Metodele de osteosinteză a fracturilor de mandibulă în caz de edentații totale. Metodele de imobilizare a fracturilor de mandibulă în caz de edentații totale sau parțiale este o problemă actuală în tratamentul complex. Se utilizează mai multe procedee ca:

1. Osteosinteza cu fir metalic și: cu tutore inclavate parțial în compacta marginii bazilare inferioare a mandibulei; sarcalajul mandibular. Osteosinteza cu fir metalic și suspendarea după Adams.
2. Osteosinteza cu plăcuțe metalice, cu miniplăcuțe, cu plăci reconstructive. Osteosinteza prin acces exo- endobucal.

Reducerea ortopedică este dificilă, necesitând dispozitive craniofaciale care oferă puncte de sprigin. Metodele ortopedice nu realizează o stabilitate perfectă a fragmentelor. Oricum metodele ortopedice rămân în continuare ca alternative terapeutice pentru situații clinice particulare izolate sau cu cele chirurgicale.

În fracturile fără deplasare sau cu deplasare nesemnificativă mult timp s-a acceptat ideea imobilizării mandibulei fixându-se la maxilarul superior prin intermediul protezelor asociate cu tracțiuni cu fondă mentonieră. Această metodă este utilizată și în prezent în Clinica de ChOMF doar când sau epuizat alte metode.

În absența protezelor se poate confecționa plăcuțe cu valuri de ocluzie. Această metodă în clinica noastră nu sa folosit.

Având în vedere că fracturile de mandibulă asociate cu edentații mai frecvente se întâlnesc la persoanele cu vârste înaintate cu un teren de obicei patologic e necesar consultați a mai multor specialiști cu tratamentul concomitent a maladiilor sistemice, care influențează asupra recuperării pacientului în final.

M. Николаев (1999) recomandă insistent, la lezarea oaselor nazale ce afectează și alte oase ale feței, a se recurge la un tratament combinat. În funcție de gravitatea traumatismului, în conformitate cu urgențele impuse de traumă și de posibilitățile instituției date se va stabili tactica și etapele de tratament al acestora. În cazul unui traumatism facial asociat e necesar de o anumită consecutivitatea în tratamentul leziunilor traumatiche. Datele literaturii relatează următoarele, mandibula odată repositionată și imobilizată servește drept criteriu de orientare pentru maxilarul superior. Prioritate în tratamentul fracturilor etajului mijlociu ale feței revine maxilarului superior, complexului zigomatic, oaselor nazale și se finisează cu închiderea plării. Traumatismul asociat al feței provoacă leziuni morfofuncționale importante ce perechitează funcționarea organismului.

În traumatismul maxilarelor în majoritatea cazurilor sunt implicați dinții, periodonțiu, articulația temporomandibulară și osul. Traumatismul dento-parodontale este implicat în majoritatea cazurilor în

fracturile de maxilare, spre regret ele nu tot timpul sunt ilucidate în descrierea examenului clinic local și reflectat în diagnostic. De obicei, rezolvarea curativă a leziunilor dento-parodontale are loc dar fără a se specifica etiologia traumatică mai ales în cazul asanării cavității bucale. O atenție deosebită se acordă totuși traumatismul dento-parodontale în cazurile agresiunilor, accidentelor de muncă, accidentelor rutiere, deoarece poate apărea un conflict juridic. Dinții mai ales cei din linia fracturii au o importanță foarte mare în reducerea și imobilizarea fragmentelor fracturate deplasate. De reducerea corectă a fragmentelor fracturate se poate de făcut concluzie după restabilirea rapoartelor ocluzale dentare. Traumatismul dento-parodontale este elucidat în compartimentul respectiv și după părerea noastră nu e necesar de a ne repeta.

Tratamentul general a fracturii deschise e indicat în mod obligatoriu la toți bolnavii. Opinia Cliniceii de ChOMF este că bolnavilor cu fracture de mandibulă deschisă în mod obligatoriu de indicat antibiotitici osteotrope cu scop profilactic ca: lincomicin, vibromicin, gentamicin, morfociclin, tetraciclin. Calmarea durerii cu analgetici ca analgin, tramal, burana, brustan, chetanov sau altele e indicat mai ales în primele zile de la primirea traumei și după tratamentul chirurgical. Hiposalivație cu indicarea tincturei de beladonă de 3 ori pe zi câte 5-8 picături în primele zile. Profilaxia tetanusului cu administrarea a 0,5 ser antitetanic o singură dată. Stimulează regenerarea fracturii „калцитрин“, calciu gliuconat, glicerofosfat de calciu, tricalcitonin. Tratamentul general a fracturii închise cu administrarea preparatelor recomandate mai sus, dar fără antibiotic, ser antitetanic și hiposalivatoarii.

Îngrijirea bolnavilor cu fracturi de mandibulă începe cu intrarea bolnavului în cabinetul stomatologic. Recomandăm pacientului gargare a cavității bucale din cana Ārisman sau cu seringă Jane (para de cauciuc) cu soluții dezinfectante: K_2MnO_4 1:1000, H_2O_2 3%, Na_2CO_3 1-2%, sol. NH_3 de 0,25%, sol. Furacilini 1:5000, sol. Rivanol 1: 2000, clorhexidină 0,2%, ser fiziologic, stomatidină cât mai abundent. Prelucrarea cu tifon a mucoasei cavității bucale și mai minuțios plaga gingivală care va duce la înlăturarea mecanică a resturilor alimentare care se găsesc între fragmentele fracturate deplasate și spațiile interdentare. Pe tot timpul tratamentului și restul vieții sfătuim bolnavul să spele dinții cu perie și pasta de dinți la necesitate să întrebuințeze scobitoarele. Bolnavul trebuie uneori învățat și controlat sistematic cum respectă igiena dinților pe tot parcursul aflării în staționar și orice abatere de menționat și zilnicul bolnavului cu recomandările respective și avertizarea complicațiilor ce pot surveni în cazul nerespectării igienii. Iluminarea sanitară e necesar de petrecut în colective școlare și la locul de lucru. Igiena vestibulară este suplimentată cu periaj după fiecare masă. Pentru periaj se utilizează perii moi cu smocuri (perișori) rare care pot pătrunde printre sârme, urmărim ca atelele și ligaturile de sârmă să nu traumeze mucoasa. Pentru prevenirea unei

situații dramatice se recomandă ca pacienții cu blocaj intermaxilar rigid să poarte cu ei foarfece sau clește de tăiat sârmă.

Termenii de spitalizare a bolnavilor cu fracture de mandibulă în dependență de formele clinico-anatomice. Tratamentul fracturilor de mandibulă fără deplasare sau cu deplasare cu suficienți dinți pe arcadele dentare au o evoluție bună, rar se suprainfectează și reabilitarea bolnavului este satisfăcătoare. Spitalizarea bolnavului cu fractură de mandibulă depinde de mai mulți factori. Vârsta înaintată a pacientului și imunitatea neformată la copil va duce la reabilitarea mai lentă.

Fractură de mandibulă cu adentie, cu defect sau infectată va duce la o reabilitare de durată cu succese mai modeste. Spre regret mai sunt pacienți care nu respectă indicațiile de medicului ce duce la majorarea termenului de restabilire a formei și funcției dereglate de către traumă. Timpul scurs după primirea traumei e direct proporțional cu calitatea tratamentului traumei, cu cât mai repede se va adresa după ajutor medical în instituție specializată cu atât rezultatele vor fi mai calitative. Calitatea tratamentului va depinde de înzestrarea instituției medicale cu utilaj medical și perfecționarea personalului medical. Patologia organică concomitentă a bolnavului va agrava evoluția bolnavului cu traumatism facial.

Odată cu trecerea la medicina obligatorie prin asigurare durată aflării bolnavului în staționar e dictată de regulament. Așa sau altfel, bolnavului i se acordă ajutorul diagnostic și curativ, se învață cum să se alimenteze și să respecte igiena cavități bucale și este externat.

La policlinica de sector pacientul cu fracturi de mandibulă e luat la evidență la chirurgul — stomatolog cu prelungirea foii de boală. Cazurile clinice au demonstrat că imobilizarea în fracturile de mandibulă unice este de 21 de zile și dublă de 28 de zile, dar poate fi și modificat în dependență de cazul clinic concret.

Fazele de formare a calosului și factorii ce-i influențează (vârsta, factorii mecanici, constituția, alimentația). De evoluția bolii va depinde următorii factori; starea generală a bolnavului, capacitățile medicului, tratamentul complex admis, condițiile tehnice a instituției medicale, starea aparatului stomatognat la moment. Un factor important în evoluția bolii este — timpul scurs de la producerea fracturii până la imobilizarea ei. Neregularitățile (mărginile ascuțite) de pe capetele fragmentelor fracturate a fracturii favorizează o re poziționare mai corectă, la creșterea stabilității bonturilor osoase, la regenerarea osoasă. Când aceste neregularități dispar bonturile devin netede, se rotungească și la imobilizarea lor devin instabile ca într-o articulație. Pentru ca bonturile osoase să devină stabile organismul începe prin formarea calosului care inițial este în exces (calosul primar), pentru ca mai apoi să fie organizat funcțional în calos secundar. Sistemul de imobilizare și corectitudinea lui: diversele sisteme de imobilizare aplicate pe arcadele dentare au diferite neajunsuri și nu în toate cazurile asigură o imobiliza-

re perfectă. Metodele de osteosinteză aplicate cât mai precoci după accident, asigură re poziționarea corectă și fixarea rigidă a bonturilor osoase, astfel favorizează o vindecare mai rapidă.

Factorii dependenți de bolnav-adresarea tardivă a bolnavului, nerespectarea de către bolnav a indicațiilor, alimentația, înlăturarea de către bolnav a blocajului intermaxilar înainte de timp, dorința bolnavului de a se vindeca.

Factorii dependenți de medic (capacitățile medicului): Repoziția fracturii — cu cât e mai mare spațiul dintre fragmente cu atât mai mult timp este necesar pentru formarea calosului care în timp se va organiza în os. Imobilizarea perfectă va micșora timpul aflării accidentatului pe buletin de boală. Imobilizarea necorespunzătoare va duce la distrugerea chiagului sanguin, punctul cheie din care se formează calosul. Mobilitatea patologică între fragmente distruge calosul ce se formează între bonturi, deci imobilizarea perfectă pe toată perioada tratamentului e cheia succesului. Asanarea cavității bucale cu extracția dinților cu infecție, resturi radiculare, eschile osoase, corpi străini. Igiena perfectă a cavității bucale e îndrumarea, controlul și lămurirea pacientului.

Factorii dependenți de complexitatea tratamentului: cu cât trauma va fi mai gravă cu atât tratamentul va fi mai îndelungat. Trauma asociată duce la etapizarea tratamentului care va duce la diferite complicații. Factorii dependenți de terenul biologic: bolile de sistem; vârsta bolnavului, gravidele și la femeii în perioada de alăptare a copilului. Factorii dependenți de disponibilitățile tehnice a instituției medicale: cu

cât instituția medicală are un complex diagnostic bun, materiale pentru operații, reabilitare, laborator tehnic cu atât bolnavul se va vindeca mai repede.

Concluzii

1. Tratamentul chirurgical prin diferite metode de osteosinteză a fost aplicat la 19,19% cazuri din bolnavii cu fracture de mandibulă.
2. Fracturile de mandibulă cu deplasare sau înregistrat în 71,21% și duble 47,47%.
3. Fracturile de mandibulă în 31,81% sunt asociate.

Bibliografie:

1. Burlibașa, C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 572-652
2. Chele, N. Optimizarea tratamentului complex al fracturilor de mandibulă. Teza de doctor în medicină. Chișinău. 2006. Pag. 124
3. Railean, Silvia. Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilo-facială la copii. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2001. pag. 20.
4. Lupan, I. Unele aspecte ale asistenței de urgență oro-maxilo-facială pediatrică / Iu. Cuja, S. Țatova, ... // Materialele conferinței anuale a colaboratorilor USMF „N. Testemițanu”. — Chișinău, 1999. — P. 494.
5. Popescu, Eugenia Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței. — Iași, 1999. — P. 13-14.
6. Sirbu, D. Osteosinteza mandibulei prin acces endobucal. Chișinău, 2008, pag. 166.
7. Гуцан, АЕ. Остеосинтез нижней челюсти гетерогенными фиксаторами. (Экспериментально-клинические исследования). Автореф. дисс. д-ра. мед. наук.- Кишинёв, 1994. 40 стр.

Data prezentării: 16.05.2013.

Recenzenți: Ion Munteanu, Dumitru Șcerbatiuc

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI PERIOSTITEI ODONTOGENE ACUTE

Marina Ciobotaru,
studentă anul V
Facultatea Stomatologie
a USMF "Nicolae
Testemițanu"

Dumitru Hițu,
d.m., conf. univ.
Catedra de Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială și
Implantologie Orală
„A. Guțan”,
USMF „Nicolae
Testemițanu"

Rezumat

Cele mai bune rezultate ale tratamentului bolnavilor cu periostită odontogenă sunt oferite de către terapia complexă, ceea ce implică asocierea intervenției chirurgicale cu tratamentul medicamentos și agenți fizici.

Tratamentul chirurgical presupune evacuarea colecției purulente și extracția dintelui cauzal, dacă acesta și-a pierdut valoarea funcțională sau tratamentul endodontic nu face față.

Tratamentul medicamentos include remedii din clasa antibioticelor, antimicoticele, analgeticele, hiposensibilizantelor, vitaminelor și asociat cu fizioterapie duce la scurtarea procesului de vindecare.

Însă erorile de tratament, precum și reactivitatea scăzută a organismului, pot conduce la apariția diferitor complicații, cum ar fi: flegmoane, osteomielită, sinusită, mediastinită, tromboflebite, sepsis și uneori deces.

Cuvinte cheie: periostita odontogenă, tratament chirurgical, medicamentos, complicații.