

atașați de fibrină. Acest fapt facilitează comprimarea rețelei de fibrină, până la o dimensiune mai mică. De aceea, un deficit al retracției trombusului constituie un indiciu că numărul de plachete circulante ar putea fi scăzut. Astfel, în urma retracției, cheagul devine mai mic și mai dens, el se numește cheag retractat sau ferm, spre deosebire de cheagul lax, care a fost până la retracție. Acest fenomen de retracție contribuie și la apropierea capetelor peretelui lezat al capilarului, restabilind integritatea acestuia [1]. Retractivitatea cheagului durează 2–24 de ore. După retracție, cheagul suportă treptat un proces de topire numit fibrinoliză. Aceasta se datorește unei enzime proteolitice, plasmina (fibrinolizina), activată și ea în timpul coagulării. Fibrinoliza are drept efect îndepărtarea cheagului și dezobstruarea vasului prin care se poate relua circulația. În felul acesta sunt îndepărtate toate consecințele lezării vasului.

Rezumând cele expuse anterior, trebuie să accentuăm faptul că atât anamneza hemoragică negativă cât și valorile normale ale timpului de sângerare după Duke și ale timpului de coagulare după Lee-White presupun că, la bolnavul examinat funcțiile sistemului de hemostază sunt în normă. Analizând datele obținute constatăm că, la pacienții cu un sistem hemostatic necompromis, formarea cheagului endoalveolar, în majoritatea cazurilor, are loc în al 5-6-lea minut postextracțional, iar prezența contactului cheag/marginea alveolei și apariția fenomenului de retracție a cheagului sunt criteriile de apreciere a calității lui.

Extracția dentară, ca orice altă intervenție chirurgicală, trebuie executată cu o tehnică perfectă, evitându-se manoperele brutale și traumatizarea suplimentară a țesuturilor.

#### Concluzii

1. La pacienții, cu un sistem hemostatic necompromis, formarea cheagului endoalveolar are loc în al 5-6-lea minut

postextracțional.

2. Prezența de contact al cheagului cu marginea alveolei și apariția fenomenului de retracție a cheagului sunt criteriile de apreciere a calității lui.

3. La examinarea plăgii postextracționale, care trebuie efectuată neapărat de către medic peste 20 de minute, prezența contactului cheagului cu marginea alveolei și apariția fenomenului de retracție permite pacientului de a abandona instituția curativă.

4. Evaluarea preextracțională a sistemului hemostatic al organismului și respectarea principiilor chirurgicale de bază are un rol important în profilaxia hemoragiilor postextracționale.

#### Bibliografie

1. Corcimaru I. Hematologie. Chișinău, 2007, p. 317-333.
2. Огороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. М., 2007; 5: 55-56.
3. Gănuță N. Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Vol. II, București, 1999, p.175-177.
4. Момот А. П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. Санкт-Петербург, 2006, с. 9.
5. Cojocaru V. Dereglări hemostazice în stări patologice critice. Chișinău, 2006, p. 28-37.

**Oleg Zănoagă, doctorand**

*Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Stomatologie Ortopedică și Implantologie Orală*

*Facultatea Perfecționarea Medicilor*

*USMF „Nicolae Testemițanu”*

*Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1*

*Tel.: 205318*

*E-mail: oleg.zanoaga@rambler.ru*

**Recepționat 20.01.2009**

## Eficacitatea osteosintezei mandibulei prin acces endooral

D. Sîrbu

Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Stomatologie Ortopedică și Implantologie Orală  
Facultatea Perfecționare a Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Successful Use of the Endooral Approach in Mandible Osteosynthesis

The article describes the effectiveness of mandible osteosynthesis using the endooral approach. Using six criteria to compare the two methods of surgical treatment the author shows endoral mandible osteosynthesis is 11,5 times more effective than that done exorally.

Key words: trauma, fracture, mandible, osteosynthesis.

### Эффективность остеосинтеза нижней челюсти внутриворотным доступом

Была введена в практику методика определения эффективности метода остеосинтеза нижней челюсти внутриворотным доступом. Метод позволяет комплексно оценить результаты лечения и выбрать более эффективный метод оперативной интервенции. Детальный анализ вне – и внутриворотных методов хирургического лечения, по шести критериям оценки, доказал, что метод остеосинтеза нижней челюсти внутриворотным доступом в 11,5 раза эффективней в сравнении с внеротовым доступом.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, остеосинтез, доступы.

### Actualitatea

Actualmente frecvența fracturilor de mandibulă continuă să fie destul de înaltă (70-80%) [1, 2]. În structura scheletului facial incidența fracturilor de mandibulă, de asemenea, este înaltă, determinată de poziția sa proeminentă, de forma sa și de existența unor zone cu rezistență osoasă redusă. Tratamentul fracturilor de mandibulă necesită sustragerea pacienților de la activitatea de muncă pentru o perioadă îndelungată, fiind însoțit de consecințe nocive psihoemoționale. În mod tradițional acestor pacienți li se aplică tratamentul conservativ-ortopedic, prin utilizarea diferitelor procedee și dispozitive ortopedice. În situațiile în care este imposibilă reducerea deplasării și fixarea fragmentelor în poziție corectă, se efectuează osteosinteza [3].

De regulă, osteosinteza mandibulei se efectuează prin acces exooral [4, 5], cu un șir de deficiențe: traumatism exagerat al țesuturilor moi perimandibulare cu consecințele respective; o posibilă traumatizare a formațiunilor anatomice importante; suturarea stratificată a plăgii exoorale necesită un timp mai îndelungat, iar adaptarea marginilor plăgii este mai responsabilă din punct de vedere estetic, față de cea endoorală; cicatrice cutanată postoperatorie.

Pentru evitarea acestor deficiențe a fost elaborată și implementată în practica stomatologică metoda de osteosinteza prin acces endooral [6, 7, 8].

### Scopul lucrării

Aprecierea rezultatelor tratamentului chirurgical al pacienților cu fracturi de mandibulă și stabilirea celei mai eficiente metode de osteosinteza – prin acces endooral sau exooral.

### Material și metode

În perioada anilor 2002-2008 au fost examinați, operați și supravegheați, de către autor, 142 de pacienți cu fracturi de mandibulă. Majoritatea pacienților cu fracturi de mandibulă au fost bărbați (83,9%), femeile constituind 16,1%. Mai frecvente sunt fracturile la bărbații cu vârsta cuprinsă între 20-29 de ani (35,29%), urmați de cei cu vârsta între 30-39 de ani (17,65%) și 40-49 (17,65%) de ani, iar la femei – 20-29 (21,74%) de ani, 30-39 (30,43%) de ani și 40-49 (17,39%) de ani.

În funcție de accesul la locul fracturat, pacienții au fost divizați în două grupuri: grupul de studiu l-au constituit 95 de pacienți, operați prin acces endooral; grupul de referință – 47 de pacienți operați prin acces exooral.

Pentru fixarea fragmentelor, am utilizat miniplăci din titan *Конмет*, *Stryker*, *Syntez* de diferită configurație, cu lungimea de la 2 până la 6 cm, cu grosimea de 2 mm, numărul de orificii 4-8 și șuruburi cu diametrul de 2 și 2,3 mm, iar în lungime – de la 5 până la 17 mm. Pentru sutura osoasă a fost utilizat fir metalic din oțel inoxidabil sau din titan, cu diametrul de 0,4-0,8 mm. Forarea canalelor în fragmente se efectuează cu bormașina, piesa dreaptă, freze cilindru.

Prelucrarea statistică a datelor obținute s-a efectuat prin metoda *Evaluării eficacității tratamentului chirurgical al fracturilor de mandibulă prin acces endooral*.

Metoda de apreciere a rezultatelor a inclus următoarele etape:

1. Alcătuirea matricei rezultatelor osteosintezei în grupul de studiu și în cel de referință.
2. Compararea grupului de studiu versus grup de referință în baza algoritmului testului „*t-Student*” al lui .
3. Analiza comparativă a pacienților din grupul de studiu și din cel de referință.
4. Aprecierea integrală a rezultatelor tratamentului.
5. Analiza rezultatelor.
6. Concluzii.

### Rezultate și discuții

#### Etapa 1. Alcătuirea de matrice a rezultatelor osteosintezei în grupul de studiu și în cel de referință

Matricea rezultatelor tratamentului este reprezentată printr-un tabel care cuprinde date referitoare la pacienți și rezultatele tratamentului lor.

#### Etapa 2. Compararea grupului de studiu cu cel de referință în baza algoritmului testului *t-Student*

Algoritmul de calcul *t-Student* [9] s-a apreciat în baza rezultatelor criteriului „complicații postoperatorii” la pacienți din grupul de studiu și din grupul de referință. Rezultatele cercetării au arătat că deosebirea dintre frecvența complicațiilor postoperatorii, la pacienții cu fracturi de mandibulă operați prin acces endooral ( $11,6\% \pm 3,3\%$ ) și prin acces exooral ( $36,2\% \pm 7,0\%$ ), este statistic veridică. Nivel de probabilitate a prognosticului exact, în astfel de concluzie, constituie 99,9% din 100% ( $p < 0,001$ ). Astfel, compararea grup de studiu versus grup de referință în baza algoritmului testului *t-Student* a făcut posibilă identificarea distincțiilor statistice de indice, la pacienții din grupurile de studiu și de referință.

#### Etapa 3. Analiza comparativă a pacienților din grupul de studiu și din cel de referință

Pentru a evalua eficacitatea osteosintezei mandibulei prin acces endooral și exooral, au fost selectate 6 criterii: aria de răspândire a edemului; regresivitatea edemului; sindromul algic postoperatoriu; jugularea durerii; complicațiile postoperatorii; durata de spitalizare.

**3.1. Aria de răspândire a edemului** postoperatoriu se aprecia în funcție de regiunile implicate. Astfel, răspândirea minimă, într-o singură regiune, se aprecia cu 1 punct, iar răspândirea maximă, în mai multe regiuni (ex., regiunile mentonieră, submentonieră, submandibulară, parotidomaseterică, geniană, retromandibulară), cu 6 puncte.

Rezultatele cercetării au arătat că valoarea medie a răspândirii edemului postoperatoriu, la pacienții din grupul de studiu, a constituit  $1,7 \pm 0,07$  puncte (regiuni), iar la pacienții din grupul de referință –  $4,2 \pm 0,05$  puncte (regiuni). Aprecierea indicelui după criteriul *t-Student* a arătat că deosebirea între grupuri este statistic veridică. Valoarea testului *t-Student* a constituit 29,1, ceea ce este mai mult decât valoarea tabelară a criteriului *t-Student* <sub>tabelar</sub> = 2,0 (95%) – 2,6 (99%) – 3,4 (99,9). Aceasta a permis să concluzionăm că, în cazul osteosintezei mandibulei prin acces endooral, răspândirea edemului postoperatoriu

este veridic mai mică ( $1,7 \pm 0,07$  regiuni), comparativ cu accesul exooral ( $4,2 \pm 0,05$  regiuni). Această diferență se va manifesta în colectivitatea generală, adică pe întreg teritoriul Republicii Moldova, cu o probabilitate a prognosticului exact egal cu mai mult de 99,9%. Diferența este semnificativă la nivelul  $p < 0,001$ .

**3.2. Regresiunea edemului** la pacienții operați se evalua în funcție de numărul de zile. Astfel, 1 este persistarea minimă a edemului timp de 1 zi, iar 9 – persistarea maximă a edemului timp de 9 zile. Trebuie să menționăm faptul că, cu cât mai devreme va fi atestată regresiunea edemului, cu atât eficacitatea tratamentului chirurgical va fi mai înaltă.

Rezultatele cercetărilor au arătat că, la pacienții operați prin acces endooral regresiunea edemului a constituit  $2,9 \pm 0,08$  zile, iar prin acces exooral –  $7,1 \pm 0,13$  zile.

Aprecierea regresiei edemului postoperatoriu, în ambele grupuri de cercetare, cu utilizarea criteriului *t-Student* a constatat o diferență statistic veridică. Astfel, valoarea *t-Student* s-a dovedit a fi egală cu 3,5, ceea ce este mai sporită versus valoarea tabelară {2,0 – 2,6 – 3,4}. În baza rezultatelor obținute, putem afirma că regresiunea edemului postoperatoriu, în osteosinteza mandibulei prin acces endooral, este veridic mai rapidă ( $2,9 \pm 0,08$  zile), comparativ cu accesul exooral ( $7,1 \pm 0,13$  zile). Regresiunea edemului, mai rapidă de 2,4 ori, în accesul endooral se va manifesta pe întreg teritoriul țării, cu o probabilitate a prognosticului exact de 99,9%. Diferența obținută este statistic semnificativă la nivelul  $p < 0,001$ .

### 3.3. Sindromul algic postoperatoriu

Calculul statistic au arătat că sindromul algic postoperatoriu s-a determinat în medie la 41 de pacienți din 100, la care osteosinteza mandibulei s-a efectuat prin acces endooral ( $41,1\% \pm 5,0\%$ ). Prin acces exooral, la toți pacienții s-a determinat sindromul algic postoperatoriu ( $100,0\% \pm 0,0\%$ ).

Aprecierea după criteriul *t-Student* a arătat că diferența de frecvență a sindromului algic, între grupe, este statistic veridică. Valoare calculată *t-Student* a constituit 11,8, ceea ce este semnificativ mai mare decât valorile tabelare ale criteriului *t-Student* tabelar = {2,0 – 2,6 – 3,4}. Astfel, în osteosinteza mandibulei prin acces endooral se determină veridic prezența sindromului algic postoperatoriu la mai puțini pacienți ( $41,1\% \pm 5,0\%$ ), comparativ cu accesul exooral în care se manifestă la toți pacienții ( $100,0\% \pm 0,0\%$ ). Această diferență se va manifesta în colectivitatea generală, adică pe întreg teritoriul al Republicii Moldova, cu probabilitatea prognosticului  $\leq 99,9\%$ . Diferența obținută este statistic semnificativă la nivelul  $p < 0,001$ .

**3.4. Jugularea durerii** se aprecia în numărul de zile în care pacienții necesitau o medicație analgezică până la dispariția sindromului algic. Cu cât este mai mică perioada de durere, cu atât eficacitatea tratamentului chirurgical este mai înaltă. Rezultatele cercetării au arătat că, la pacienții operați prin acces endooral, numărul de zile pentru jugularea durerii a constituit  $0,9 \text{ zile} \pm 0,12$  zile, iar la pacienții operați prin acces exooral –  $4,9 \text{ zile} \pm 0,10$  zile. Determinarea distincției vizavi de durata de jugularea a durerii postoperatorii, în ambele grupuri de cercetare prin utilizarea cri-

terului *t-Student*, a constatat o deosebire statistic veridică. Astfel, valoarea *t-Student* s-a dovedit egală cu 3,6, ceea ce prevalează valorile tabelare {2,0 – 2,6 – 3,4}. Rezultatele obținute permit să afirmăm că, în osteosinteza mandibulei prin acces endooral, durata de înlăturare a durerii veridic este mai mică ( $0,9 \text{ zile} \pm 0,12$  zile), comparativ cu pacienții operați prin acces exooral ( $4,9 \text{ zile} \pm 0,10$  zile). Această diferență se va manifesta în colectivitatea generală, cu o probabilitate a prognosticului  $\leq 99,9\%$ . Diferența obținută este statistic semnificativă la nivelul  $p < 0,001$ .

**3.5. Durata de spitalizare.** Criteriul dat caracterizează eficacitatea tratamentului chirurgical din aspectul cheltuielilor financiare. Astfel, cu cât perioada de spitalizare este mai mică, cu atât cheltuielile financiare la un pacient sunt mai mici. Rezultatele cercetărilor au arătat că durata medie de spitalizare, la pacienții operați prin acces endooral, a constituit  $12,4 \pm 0,7$  zile, iar prin acces exooral –  $11,2 \pm 0,7$  zile.

Rezultatele cercetării au arătat că valoarea *t-Student* s-a dovedit egală cu 1,2. Valoarea obținută s-a dovedit mai mică decât valorile tabelare {2,0 – 2,6 – 3,4}. Aceste date permit să afirmăm că nu este deosebire esențială în durata de spitalizare, la pacienții operați prin acces endooral și la cei operați prin acces exooral. Statistic deosebirea nu a fost demonstrată. Astfel, nu putem afirma că durata de spitalizare într-un grup este mai mare sau mai mic versus alt grup. Dimpotrivă, valoarea *t-Student* a arătat că durata medie de spitalizare este egală în ambele grupuri. După acest criteriu accesul endooral și exooral s-au dovedit egale ( $p > 0,05$ ).

**3.6. Complicațiile postoperatorii.** După cum a fost demonstrat anterior, diferența dintre frecvența complicațiilor postoperatorii, la pacienții operați prin acces endooral ( $11,6\% \pm 3,3\%$ ), și la pacienții operați prin acces exooral ( $36,2\% \pm 7,0\%$ ), este statistic veridică. Probabilitatea prognosticului exact al acestei afirmații constituie 99,9% din 100% ( $p < 0,001$ ). Această diferență se va manifesta în colectivitatea generală, adică pe întreg teritoriul Republicii Moldova.

### Etapa 4. Evaluarea integrală a rezultatelor tratamentului chirurgical

Aprecierea integrală este o apreciere complexă, obținută la compararea a două metode de tratament chirurgical, după 6 criterii. Evaluarea integrală se face în baza alcătuirii unei funcții speciale, care se numește funcția de stabilire [1]. Funcția de stabilire are scopul de a demonstra logic care dintre două metode de tratament chirurgical este mai eficientă, în funcție de criteriile cercetate.

Determinarea funcției de stabilire se efectuează după formula / 1 /.

$$\omega_i^e = \begin{cases} "1", & \text{dacă } x_i \text{ este "mai bun" } x_i^c & \text{cu condiția că } p < 0,05 \\ "0,5", & \text{dacă } x_i \text{ este "egal" } x_i^c & \text{, cu condiția că } p \geq 0,05 \text{ / 1 /} \\ "0", & \text{dacă } x_i \text{ este "mai rău" } x_i^c & \text{cu condiția că } p < 0,05, \end{cases}$$

unde

- $\omega_i^e$  "–" funcția de stabilire a rezultatului tratamentului „i” în grupul de studiu;
- $x_i^e$  "–" valoarea rezultatului tratamentului „i” în grupul de studiu;
- $x_i^c$  "–" valoarea rezultatului tratamentului „i” în grupul de referință.

Vom prezenta un model de indicație a funcției  $\omega_i^e$  după criteriul *Complicații postoperatorii*. În medie frecvența complicațiilor postoperatorii, la pacienții operați prin acces endooral, constituie  $x_i^e = 11,6\%$ , iar prin acces exooral este egal cu  $x_i^c = 36,2\%$ . Statistic diferența dintre indici s-a dovedit veridică ( $p < 0,001$ ). Din rezultatele obținute este cert că cu cât valoarea complicațiilor este mai mică, cu atât rezultatul tratamentului chirurgical este mai bun.

Din formula /1/ determinăm că:

$x_i^e$  este „mai bun” decât  $x_i^c$ , cu condiția că  $p < 0,05$ ,

adică, s-a dovedit că grupul de studiu este „mai bun” versus grupul de referință după criteriul frecvenței complicațiilor postoperatorii. Dacă grupul de studiu veridic este „mai bun”, atunci lui i se conferă funcția de stabilire egală cu  $\omega_i^e = 1$ , iar grupului de referință, care s-a dovedit veridic „mai rău” după criteriul dat, i se conferă valoarea 0.

În alt rezultat al cercetării, durata medie a spitalizării, la pacienții operați prin acces endooral, a constituit  $12,4 \pm 0,7$  zile, iar prin acces exooral –  $11,2 \pm 0,7$  zile. În acest caz diferența statistică nu a fost semnificativă. După acest criteriu accesele endooral și cel exooral s-au dovedit egale ( $p > 0,05$ ). Astfel, grupurile se consideră „identice” din punct de vedere al funcției de stabilire, adică:

$\omega_i^e = \omega_i^c = \{“0,5”, \text{dacă } x_i^e = “egal” x_i^c\}$  cu condiția că  $p \geq 0,05 / 1 /$ .

Fiecărui grup i se conferă o valoare egală.

$$\omega_i^e = \omega_i^c = (1+0) / 2 = 0,5.$$

Astfel, funcția de stabilire poate lua una dintre trei valori:

«1», dacă rezultatul tratamentului este „mai bun” în grupul de studiu;

«0», dacă rezultatul tratamentului este „mai rău” în grupul de studiu;

«0,5», dacă rezultatul tratamentului este „egal” în grupul de studiu și în cel de referință.

Evaluarea integrală a două metode chirurgicale de tratament s-a efectuat după formula / 2 /:

$$I^{e,c} = \frac{1}{N} \sum_{l=1}^N \omega_l^{e,c} \quad / 2 /$$

unde  $I^{e,c}$  „-” Evaluarea integrală de rezultate ale tratamentului chirurgical în grupurile de studiu ( $I^e$ ) și de referință ( $I^c$ ).

$\omega_l^{e,c}$  „-” Funcția de stabilire a rezultatelor tratamentului chirurgical în grupurile de studiu ( $I^e$ ) și de referință ( $I^c$ ).

N „-” Numărul de criterii selectate pentru aprecierea rezultatelor tratamentului.

Rezultatele finale ale evaluării integrale sunt prezentate în tabelul 1.

Valoare integrală a indicelui poate varia de la  $I = 0$  (minim) până la  $I = 100$  (maxim). Metoda chirurgicală de tratament, care obține o apreciere integrală egală cu «100», se consideră a fi cea mai eficientă metodă. Grupul „mai rău” se consideră cel cu aprecierea integrală egală  $I = «0»$ . Valoarea aprecierii integrale practice variază de la 0 până la 100.

Rezultatele cercetărilor în baza a 6 criterii au arătat că metoda de osteosinteză a mandibulei prin acces endooral s-a dovedit „mai bună” după 5 criterii: sindromul algic postoperatoriu; înlăturarea durerii; răspândirea edemului; regresivitatea edemului; complicațiile postoperatorii. După al 6-lea criteriu – durata de spitalizare – ambele metode s-au dovedit a fi „egale”. Așadar, aprecierea integrală a grupului de studiu a constituit 92, iar a grupului de referință – 8. Astfel, aprecierea integrală a osteosintezelor mandibulei prin acces endooral s-a dovedit de 11,5 ori mai eficientă versus osteosinteza mandibulei prin acces exooral (92 : 8). Acest rezultat permite să afirmăm că metoda de osteosinteză a mandibulei prin acces endooral este mult mai eficientă. Avantajul acestei metode a fost demonstrată veridic prin criteriile cercetate: manifestarea și răspândirea mai mică a edemului postoperatoriu; regresivitatea edemului postoperatoriu într-un timp mai scurt; durerea postoperatorie de intensitate mai mică; jugularea durerii postoperatorii într-un timp mai redus; frecvența mai mică a complicațiilor postoperatorii.

**Etapa 6** constituie concluziile finale versus rezultatele osteosintezelor mandibulei prin acces endooral care coincid cu concluziile acestui articol.

Tabelul 1

Evaluarea integrală a tratamentului chirurgical la pacienți (grupul de studiu și grupul de referință)

Nr. d/o	Criteriile de evaluare a tratamentului	Unitatea de măsură	Grupul de studiu	Grupul de referință	Criteriul t-Student	Funcția de probabilitate	Rezultatul mai bun – „1”, mai rău – „0”, egal – „0,5”		Suma	
						“p”	Gr. de studiu	Gr. de referință		
1.	Sindromul algic postoperatoriu	%	41,1 ± 5,0	100,0 ± 0	11,8	< 0,001	1	0	1	
2.	Jugularea durerii	zi	0,9 ± 1,1	4,9 ± 0,1	3,6	< 0,001	1	0	1	
3.	Regresivitatea edemului	zi	2,9 ± 0,1	7,1 ± 1,2	3,5	< 0,001	1	0	1	
4.	Răspândirea edemului	reg.	1,7 ± 0,1	4,2 ± 0,1	29,1	< 0,001	1	0	1	
5.	Complicațiile postoperatorii	%	11,6 ± 3,3	36,2 ± 7,0	3,2	< 0,01	1	0	1	
6.	Durata de spitalizare	zi	12,4 ± 0,7	11,2 ± 0,7	1,2	> 0,05	0,5	0,5	1	
Total								5,5	0,5	6
Evaluarea integrală								92	8	100
Concluzie:		În baza a 6 criterii selectate, rezultatul integral al tratamentului chirurgical a fost de 11,5 ori mai bun în grupul de studiu, în comparație cu grupul de referință.						92 : 8 = 11,5		

### Concluzii

1. În rezultatul cercetărilor a fost elaborată metoda de aprecierea a eficacității rezultatelor tratamentului fracturilor de mandibulă, care conține 6 etape.

2. În rezultatul utilizării metodei respective s-a determinat că metoda de osteosinteză a mandibulei prin acces endooral este de 11,5 ori mai eficientă decât cea prin acces exooral.

3. În premieră a fost demonstrat statistic veridic că osteosinteza mandibulei prin acces endooral este mai eficientă prin: manifestarea și răspândirea mai reduse ale edemului postoperatoriu; regresivitatea edemului postoperatoriu într-un timp mai scurt; durerea postoperatorie de intensitate mai redusă; jugularea durerii postoperatorii într-un timp mai scurt; frecvența mai mică a complicațiilor postoperatorii.

### Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București, 1999.
2. Швырков М., Афанасьев В., Стародубцев В. Неогнестрельные переломы челюстей. Москва, 1999.
3. Попов С. А. Сравнительная оценка методов остеосинтеза нижней челюсти внутриротным доступом. Дис. к. м. н. С.-Петербург, 1994.

4. Myron R., Tucker. et al. Rigid Fixation for Maxillofacial Surgery. Philadelphia, 1991.
5. Topalo V., Sirbu D. Aspecte contemporane de osteosinteză a mandibulei. USMF „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice. Ediția III, vol. III, 17-18 octombrie, Chișinău, 2002, p. 361-366.
6. Champy M., Lodde J., Jaeger J., Must D. Mandibular osteosynthesis by miniature screwed plates via a bucal approach. J. Maxillofacial Surgery, 1973, p. 1-79.
7. Sirbu D. Osteosinteza endoorală funcțională stabilă a mandibulei cu miniplăci din titan. Curierul medical, 2005; 4: 27-30.
8. Sirbu D. Reabilitarea precoce a pacienților cu fracturi de mandibulă. USMF „Gr. T. Popa”. Zilele Facultății de Medicină Dentară. Ediția IX., 4-6 martie, Iași România, 2005, p. 279-281.
9. Полюдов С. И., Морошану М. И. Проектирование компьютерных технологий в здравоохранении. Кишинэу, 1993, с. 84-89.

**Dumitru Sirbu, asistent universitar**

*Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Stomatologie Ortopedică și Implantologie Orală*

*Facultatea Perfecționarea Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”*

*Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1*

*Tel.: 205318, 205308*

*E-mail: drdims@mail.ru*

**Recepționat 20.01.2009**

## Influența tratamentului de durată cu *Prestarium* asupra funcției sistolice și celei diastolice ale ventriculului drept, la bolnavii cu bronhopneumopatie obstructivă cronică complicată cu cord pulmonar cronic

**I. Butorov, S. Butorov, N. Bodrug, A. Cojocar**

Catedra Boli Interne nr. 6, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Treatment with Prestarium in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Pulmonary Heart

The results of the complex examination of 40 patients with chronic obstruction pulmonary diseases complicated with chronic pulmonary heart showed up the activation of renin-angiotensin-aldosterone system (rising of renin and angiotensin converting enzyme activity, aldosterone plasmatic concentration). The rising of renin activity and aldosterone concentration correlate with the level of pulmonary hypertension, hypoxemia, structural and functional changes of right and left ventricle. The process of heart remodeling is characterized by increasing of anterior wall thickness and dimensions of right ventricle and right auricle, signs of diastolic (impaired or pseudonormal relaxation) and systolic dysfunction of right ventricle. The administration of inhibitor of angiotensin converting enzyme prestarium in compensated chronic pulmonary heart leads to depression of average pressure in the pulmonary artery, improvement of right ventricle and left ventricle diastolic function, and a tendency to decrease the thickness anterior wall of right ventricle, systolic and diastolic dimensions of both ventricles, dimensions of right auricle.

**Key words:** chronic obstruction pulmonary diseases, chronic pulmonary heart, Prestarium.

### Изменения систолической и диастолической функции правого желудочка у больных ХОБЛ и хроническим легочным сердцем под влиянием длительного лечения престариумом

По результатам комплексного обследования 40 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС, выявлена активация РААС в виде увеличения активности ренина, АПФ и концентрации альдостерона в плазме крови. Повышение активности ренина и концентрации альдостерона взаимосвязано с уровнем ЛГ, гипоксемии, структурно-функциональными изменениями ПЖ и ЛЖ. Процесс ремоделирования сердца у больных ХОБЛ и ХЛС характеризуется увеличением толщины передней стенки и размеров полости ПЖ и ЛЖ, признаками диастолической дисфункции по типу замедленной релаксации или псевдонормального типа и нарушения систолической функции ПЖ. Назначение ингибитора АПФ престариума при компенсированном ХЛС через год от начала лечения приводит к уменьшению СрДЛА, улучшению диастолической функции ПЖ и ЛЖ, наблюдается тенденция к уменьшению толщины передней стенки ПЖ, систолического и диастолического размеров обоих желудочков, а также размеров ЛЖ.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, ХЛС, ингибитор АПФ, престариум.