

lambourilor din îndepărtare. Reglarea regenerării tegumentare prin folosirea d'arsonvalizării locale la etapele inițiale ale formării cicatricei este foarte importantă în tratamentul plăgilor regiunii maxilo-faciale. Pentru formarea cicatricei postoperatorii estetice trebuie stimulat schimbul acizelor nucleici și proteici. Pelicula de collagen reglează regenerarea tegumentară în regiunea maxilo-facială. La prelucrarea chirurgicală a plăgii, pentru obținerea unei cicatrice fine, se vor utiliza fire de sutură atraumatice corespunzătoare.

Summary

In consequence of total defect recovery of inferior palpebra and eyehole fundus by the osteosynthesis and autoplasty from immediate vicinity we obtain esthetic results, which are more perfect in comparison with the usage of flaps from other parts. The regulation of tissular regeneration in the maxillofacial wounds treatment by the use of local d'arsonvalization in an infant state of cicatrices formation is very important.. The usage of vitamins with the object to stimulate the regeneration and appearance of esthetic cicatrix is very important during the treatment of the wounds. The application of the collagen in the pellicle form for stimulation of tegumentary regeneration during the treatment of patients with maxillofacial region wound. During the sealing of the wound in the face region to reach good results must be used modern suture material.

METODA DE FIXARE ȘI MENȚINERE A DIMENSIUNII VERTICALE DE OCLUZIE LA ACCIDENTAȚII CU FRACTURI DE MANDIBULĂ ȘI EDENTAȚII EXTINSE

Nicolae Chele, dr. în medicină, conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Traumatismul regiunii orale și maxilo-faciale în ansamblu ocupă un loc important atât în aspectul frecvenței, cât și în cel al gravității, datorându-se multiplilor factori cauzali: agresiunile provocate în stradă și habitual, creșterea circulației rutiere, viața vulnerabilă, răspândirea alcoolismului, folosirea drogurilor etc. În ultimii ani a crescut considerabil varietatea aspectelor clinice ale fracturilor maxilarelor și concomitent a problemelor ce țin de tratamentul politraumatismelor atât în restabilirea lor morfologică, cât și funcțională. Interesul față de problema dată este stimulat de creșterea procentuală importantă a particularităților de evoluție, a complicațiilor grave apărute în urma traumatismului și a diversității metodelor de tratament.

Multitudinea cazurilor de traumatisme, complexitatea și gravitatea unor forme anatomoclinice, starea economică precară a țării și a instituțiilor medicale, scăderea bunăstării populației complică acordarea ajutorului medical adecvat și la timp, duc la apariția unor complicații și sechele de maximă importanță, măresc perioada incapacității de muncă și costul îngrijirilor medicale. Toate acestea au făcut ca tratamentul fracturilor oaselor feței să devină o problemă socială importantă în traumatologia oro-maxilo-facială.

Sarcinile care stau în fața specialiștilor din domeniu constau în obținerea unei vindecări cât mai rapide, eficiente și corecte din punct de vedere morfofuncțional. Dar pentru aceasta se impune cunoașterea modalității de producere a leziunilor, acordarea timpurie a asistenței specializate cu utilizarea celor mai efective remedii și mijloace, care ar evita apariția sechelelor posttraumatice și ar spori procesele de consolidare a fragmentelor de mandibulă.

Reducerea fragmentelor osoase fracturate cât mai aproape de forma anatomică a mandibulei, sub controlul ocluziei și al examenului radiologic, precum și imobilizarea fragmentelor au necesitat de-a lungul anilor noi principii, metode și tehnici de tratament ortopedic și chirurgical. [1;2;3;4]. Cea mai răspândită metodă de imobilizare și de fixare a fragmentelor în fracturile de mandibulă este fixarea cu ajutorul atelelor bimaxilare, confecționate din fir metalic. Însă atelele dacă se află o perioadă de timp îndelungată în cavitatea bucală cauzează înrăutățirea alimentației și acționează nociv asupra rezistenței nespecifice locale și a celei generale ale organismului.

E.B.Gorobeț (2000) recomandă pentru imobilizarea și fixarea fragmentelor osoase la edentații corecte atele confecționate din sârmă de oțel inoxidabil, care nu provoacă schimbări ale rezistenței ne-

specifice în organism și mai puțin acționează asupra dezvoltării proceselor inflamatorii posttraumatice. Însă problema principală privind imobilizarea fracturilor de mandibulă apare în cadrul edentațiilor întinse ale unuia dintre maxilare. Aceasta este cauzată de imposibilitatea utilizării atelelor sus-menționate. Metodele practicabile în cazurile date sunt confecționarea aparatelor ortopedice de fixare (atelele Venchevici; Stepanov; Veber; Guning-Porta). Însă aceste metode au și neajunsuri condiționate de lipsa laboratorului tehnic dentar în secțiile de chirurgie OMF, confecționarea îndelungată a atelelor din cauza multiplelor etape tehnice.

O altă metodă de imobilizare a fragmentelor osoase în cadrul edentațiilor parțiale sau totale și în lipsa dinților antagoniști pe arcadele dentare este metoda propusă de J.Black, care constă în fixarea fragmentelor osoase de șina supragingivală sau de proteza mobilă (N.M. Alexandrov, 1985). În acest scop V.A.Malășev (1981) utilizează metoda de suspendare a fragmentelor osoase de apertura piriformă sau de osul zigomatic. Dar aceste metode condiționează un traumatism mare și infectarea țesuturilor moi perimaxilare, formarea ulcerărilor decubitale sub suprafața protezelor mobile, imposibilitatea fixării înălțimii verticale de ocluzie și crearea unui deficit enorm în igiena cavității bucale, care este importantă în tratamentul fracturilor de mandibulă, îndeosebi, la pacienții cu vârsta înaintată și care duc un mod de trai incorect.

O altă metodă mai contemporană de imobilizare a fracturilor de mandibulă este osteosinteza cu miniplăci din titan, care permite a efectua re poziția și fixația rigidă a fragmentelor osoase cu plăcuțe din material bioinert și este puțin traumatică. Însă și această metodă are neajunsuri, printre care decolarea lamboului mucoperiostal, care este sursa principală de vascularizare a țesutului osos traumatizat și foarte costisitoare. Intervenția cu anestezie generală necesită o pregătire preoperatorie de durată. Dar imobilizarea cât mai timpurie în cadrul fracturilor de mandibulă a fragmentelor duce la micșorarea complicațiilor inflamatorii posttraumatice (M. M. Soloviov, 2000).

Scopul studiului a fost implimentarea și utilizarea metodei de menținere, imobilizare și fixare a dimensiunii verticale de ocluzie la accidentații cu fracturi de mandibulă și edentații întinse.

Materiale și metode. Pentru soluționarea problemei date s-a aplicat metoda combinată chirurgical - ortopedică de menținere, imobilizare și de fixare a dimensiunii verticale de ocluzie la persoanele cu fracturi de mandibulă și edentații întinse.

Metoda combinată ortopedic-chirurgicală s-a utilizat în tratamentul pacienților cu fracturi de mandibulă, cu edentații întinse și dereglări ale dimensiunii verticale de ocluzie (DVO) din cauza lipsei dinților antagoniști. Lotul l-au constituit 50 de accidentați, bărbați în vârstă de 20 - 45 de ani.

Principiul metodei: anestezie prin infiltrație, forarea unui puț vertical în procesul alveolar în locul unde lipsesc dinții antagoniști cu diametrul mai mic (0,4 mm) decât diametrul implantului. Se procedează astfel pentru a obține o stabilitate rigidă după înfiletarea implantului și pe toată perioada de tratament, deoarece se știe că în primele zile după forarea osului are loc procesul de osteoliză, apoi procesul de osteogeneză, forarea efectuându-se cu ajutorul unitului stomatologic, iar irigarea osului cu ser fiziologic pentru a evita combustia lui.

După determinarea înălțimii ocluzale în repaus cu ajutorul dispozitivului propus pentru deschiderea gurii, înfiletăm implantul la înălțimea verticală de ocluzie stabilită anticipat. Efectuăm re poziția manuală a deplasării și fixăm rigid cu ajutorul firului metalic și al șuruburilor bicorticale.

În funcție de tipul de fractură determinăm numărul de implante și de șuruburi, care vor fi aplicate pe fragmentele osoase ale ambelor maxilare pentru fixarea intermaxilară rigidă și menținerea dimensiunii verticale de ocluzie.

Caz clinic. Bolnavul C., (f./o.c.20633), internat în Centrul de chirurgie orală și maxilofacială cu dureri, hemoragie, dereglări de ocluzie și respirație definite de traumatism prin agresiune. Exobucal a decelat echimoze, tumefacție și excoriații în regiunea facială. Endobucal plăgi fibromucozale la nivelul dinților 46,47, tulburări de ocluzie. Edentație totală la maxilarul superior și edentație parțială la mandibulă. Fragmentul mare basculat lingual cu simptomul de „treaptă” pronunțat.

Pe clișeu radiologic s-a confirmat întreruperea continuității osului arcului mandibular bilateral la nivel de corp cu deplasarea fragmentelor.

Sub anestezie generală s-a efectuat operația de osteosinteză a mandibulei cu două miniplăci. Pentru menținerea DVO am înfiletat un implant la nivelul dintelui 13 și am realizat suspendarea de maxilarul superior prin intermediul a două șuruburi din titan. Examenul radiologic și cel clinic au constatat restabilirea și reducerea deplasărilor.

Deci imobilizarea și fixarea fragmentelor osoase în procedura propusă de noi a menajat integritatea mucoasei gingivale, suspendarea mandibulei de maxilarul superior, a favorizat igiena cavității orale. Tracția intermaxilară s-a înlăturat la a 14-a zi, șuruburile la a 17-a zi. Ocluzia s-a restabilit prin proteză totală la maxilarul superior și parțial mobilizabilă la maxilarul inferior.

Caz clinic. Bolnavul D.(f/o.c. nr. 1988). A fost internat cu acuze de durere în aria arcului mandibular.

Obiectiv: tumefacție în etajul inferior al feței. Palpație dureroasă în regiunea parasimfizară, simptomul de supraîncărcătură pozitiv din dreapta la nivelul dintelui 43.

Examenul endobucal: s-a constatat o plagă fibromucozală la nivelul dintelui 43, dureri la mișcarea mandibulei, dereglări de masticatie, fonație, fragmentele osoase mobile, este prezent simptomul de treaptă la nivelul dinților 43,42, edentație totală la maxilarul superior și parțială la maxilarul inferior. Ortodontomografia evidențiază un focar la nivelul dinților 43, 42 cu deplasare moderată. Deoarece s-au constatat edentația întinsă termino-terminală, lipsa dinților antagoniști și prezența dereglărilor dimensiunii verticale de ocluzie, s-a apelat la tratamentul chirurgical ortopedic prin implantarea a două implantate din titan pentru menținerea dimensiunii verticale de ocluzie și s-au folosit patru șuruburi bicorticale pentru o fixare rigidă intermaxilară. S-a administrat tratamentul medicamentos complex.

Evoluția postoperatorie a decurs fără complicații, la a 19-a zi a fost înlăturată fixația rigidă și șuruburile bicorticale. Implantatele au fost utilizate în tratamentul ortopedic, fiind confecționate două coroane turnate, care s-au folosit pentru stabilitatea și fixarea protezei mobile.

Deci metoda propusă de noi are o importanță esențială la imobilizarea fragmentelor osoase în cadrul fracturilor de mandibulă cu edentații dificile, unde alte metode de imobilizare, practic, sunt imposibil de utilizat.

Concluzii

1.Utilizarea șuruburilor bicorticale pentru imobilizarea fragmentelor de mandibulă, în comparație cu atelele bimaxilare fixate cu legături din sârmă, este adecvată, deoarece șuruburile permit a imobiliza și a fixa fragmentele osoase rigid pe tot parcursul tratamentului, fără ajustări repetate ale blocajului intermaxilar la 7–8 zile, optimizează consolidarea fragmentelor.

2. Metoda se aplică simplu și nu necesită instrumentariu special, poate fi utilizată pe larg în chirurgia o.m.f. Nu se dereglează vascularizarea țesutului osos prin decolarea lamboului mucoperiostal. Se stabilește și se fixează dimesiunea verticală de ocluzie în edentațiile întinse, în lipsa dinților antagoniști.

Bibliografie selectivă

1. Bataineh A. B., *Etiology and incidence of maxillofacial fractures in the north of Jordan. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics.* 86 (1): 31-35, 1998.

2. Eugenia Popescu, *Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței* / Eugenia Popescu, Iași, 1999, p. 13-14.

3. Соловьев М.М., *Инфекционно-воспалительные осложнения у больных с переломами нижней челюсти и выбор оптимальных способов иммобилизации отломков с учетом биомеханических аспектов:* Дис. канд.мед.наук: 14.00.21/ СПбМУ им. ак. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, 2000, 18с.

Rezumat

S-au utilizat metode de tratament ortopedic-chirurgical la 50 de accidentați, bărbați în vârstă de 20 - 45 de ani, cu fracturi de mandibulă unilaterale și cu micșorarea dimensiunii verticale de ocluzie ca rezultat al edentației întinse din cauza lipsei dinților antogoniști, care au fost internați și tratați în Centrul de chirurgie o.m.f. din or. Chișinău.

Utilizarea metodei propuse în comparație cu atelele bimaxilare, fixate cu ligaturi din sârmă, are o prioritate vădită, pentru că: șuruburile și implantele asigură o imobilizare și o fixare rigidă a fragmentelor osoase, mențin dimensiunea verticală de ocluzie pe toată durata de tratament. Această metodă se aplică ușor și poate fi utilizată pe larg în chirurgia o.m.f. Șuruburile nu traumează țesuturile paradontale și papilele interdente, pot fi sterilizate și folosite repetat. Persoanele accidentate pot respecta o igienă orală mai bună.

Summary

The work is based on utilization of surgical-orthopedic methods of treatment at 50 accidental men patients with middle age of 20 – 40 years old with unilateral no dislocated mandible fragment fractures and with unceasing of vertical dimension of occlusion as a result of partial edentulous and loose of antagonist teeth, who were hospitalized and treated in center of oral and maxillofacial surgery from Chisinau city, Republic of Moldova.

We have to mention that utilization of bicortical screws and implant in compare with bimaxillary arch bars, fixed with wires, have a great priority through: screws give a possibility to immobilize and fix rigid bone fragments. Methods are easy to make and can be used large in oral and maxillo-facial surgery. Screws do not traumatize periodontal tissues and interdental papilla, can be sterilized and used for many time. Patients can respect a better oral hygiene.

UNELE ASPECTE ALE TRATAMENTULUI CONTEMPORAN AL FRACTURILOR DE ACETABUL

Petru Croitor, dr. în medicină, conf. univ., USMF “Nicolae Testemițanu”

Fractura de acetabul este considerată o fractură nerezolvată până în prezent, care afectează mai frecvent populația tânără și economic productivă și apare în urma accidentelor rutiere, are un pronostic nefavorabil și duce la o invalidizare sporită. De cele mai multe ori fractura de acetabul se produce prin „șoc al tabloului de bord” în accidentele de circulație, prin traumatism direct în regiunea trohanteriană, prin cădere de la înălțime în picioare sau în genunchi etc.

Până la mijlocul secolului al XX-lea, când s-a început popularizarea tratamentului chirurgical de către frații Judet și Emil Letournel, fractura de acetabul se trata conservator. Actualmente preferințele terapeutice sunt pentru intervențiile chirurgicale.

Date statistice referitoare la fracturile de acetabul sunt puține și au un grad mare de divergență în diferite țări ale lumii. Conform surselor bibliografice, cota acestor leziuni, care se produc prin acțiunea puterii traumatiche mari, este de la 7% până la 22,2% din toate fracturile oaselor bazinului. Rezultatele cercetărilor efectuate într-un studiu de cohortă în cadrul Spitalului Regal din Edenburg, Marea Britanie, pe parcursul anilor 1998-2003 pe un număr de 351 de pacienți au arătat că frecvența acestor fracturi a constituit 3 cazuri la 100 000 de persoane pe an, iar îngrijirea spitalicească a unui caz a costat aproximativ 14830 de lire sterline.

La baza principiilor terapeutice ale acestor fracturi stau așa noțiuni ca: acetabulul „chirurgical” și „funcțional”, corectitudinea investigațiilor imagistice, clasificările contemporane și principiile tratamentului de urgență, tratamentul ortopedic, îndeosebi, cel chirurgical, de asemenea și cauzele celor mai frecvente complicații.

Acetabulul „chirurgical”. Din punct de vedere chirurgical, acetabulul este compus nu numai din cavitatea articulară, ci și din osoasele masive care o înconjoară și care susțin suprafața articulară. Aceste osoase schematic au forma literei Y răsturnat, văzut din lateral. Cele 2 brațe ale literei Y sunt numite coloane ale acetabului, unite prin intermediul plafonului acetabular. Coloana anterioară sau iliopubiană, concavă înainte și înăuntru, se întinde de la creasta iliacă către simfiza pubiană și formează peretele anterior al acetabulului. Coloana posterioară se întinde de la marea scobitură sciatică, include peretele posterior al acetabulului și continuă către ramura inferioară pubiană și tuberozitatea ischiatică.