

# PLĂGILE FACIALE

**Dumitru Hîțu**, conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Trauma este o acțiune subită asupra organismului a factorilor externi, care provoacă în țesuturi, organe și sisteme leziuni anatomice și funcționale, manifestate prin reacții locale și generale. Termenii „traumă, plagă, rănire, lezare, traumatism” sunt sinonimi. Frecvența: În 40 - 50% din cazuri participă numai părțile moi [12]. Traumatismul maxilofacial, după datele ChOMF (1998 – 2002), ocupă locul doi - 23% [9].

## Clasificarea plăgilor faciale

Datorită particularităților anatomotopografice ale regiunii maxilofaciale și factorilor etiologici, plăgile sunt foarte variate. Diversitatea lor variază de la leziuni limitate la zdrobiri întinse, de la leziuni superficiale la cele profunde, de la izolate la asociate, cu ori fără defect etc. Clasificarea este dificilă, fiind determinată de variabilitatea extrem de complicată a aspectelor anatomoclinice:

- Topografia plăgii (obrazului, buzei, limbii, planșeului bucal, mentonului, cervicale).
- Agentul traumatizant: agresiune, cădere, sport, animal, armă de foc, mușcături, iatrogene, catatraumatism, accidente rutiere, accidente de muncă.
- Numărul de plăgi: unice ori multiple.
- După suprafață: plăgile sunt limitate ori întinse.
- După profunzime: superficiale ori profunde.
- După gravitate: ușoare, medii ori grave (ce afectează nervii, glandele și ducturile salivare, canalul lacrimonazal, arterele principale).
- Cu ori fără pierdere de substanță (adevărate ori false).
- Izolate ori asociate cu oasele faciale, craniul, toracele, extremitățile.
- Leziuni închise (contuzii, hematom).
- Leziuni deschise (excoriații, plagă).

## Etiologia plăgilor părților moi faciale

În structura cauzelor generatoare de traumatisme, agresiunea ocupă primul loc - 49%, suscitând vigilența organelor de coerciție, dar și intervenții legislative și sociale pentru prevenirea acestor plăgi. Agresiunea a crescut de la 38% în 1998 până la 58% în anul 2000; căderile s-au redus de la 37% în anul 1998 până la 25% în 2000. Căderile cauzate de agresiuni alcătuiesc 31,71% (de obicei, accidentatul nu dorește să-l numească pe agresor). Accidentele rutiere constituie 9,76% din traumatismele majore cu consecințe grave și ocupă locul trei, permanent existând tendința de creștere a numărului lor. Anual în Republica Moldova sunt comise în medie 3000 de accidente rutiere. Rata mortalității populației din cauza traumatismului în anul 2003 a alcătuit 103,15 la 100 mii de locuitori și, comparativ cu anul 2002, a crescut cu 5,11%. În urma accidentelor de transport în anul 2003 au decedat 15 persoane la 100 mii locuitori(1-20).

## Particularitățile anatomotopografice ale țesuturilor moi în traumatism

1. Fața reflectă personalitatea, intelectul, este permanent descoperită, orientată spre agentul traumatic.

1. Suprafața - 9%.

3. Stratul dublu: pielea, mucoasa. Mobilitatea pielii este neuniformă: nas, ureche – defecte. Pielea – șanțuri, plici, gropițe- este fină, mobilă.

4. Mușchii mimicii - plagă biantă (căscată), aspect înspăimântător, înfățișarea accidentatului nu coincide cu gradul leziunii, defecte „false” și „adevărate”.

5. Organale feței sunt legate cu alte organe ale organismului:

a) gust;

b) secreție gastrică;

c) orientare.

6. Bogat inervată – șoc dolo, pareze, paralizii, dereglări funcționale. Vecinătatea cu creurul - comoție, contuzii, insulte, encefalite, meningite.

7. Bogat vascularizate - hemoragii, emboli, colaps hematogen, edem.

8. Prezența orificiilor: bucal, nazal, orbital, auricular cu strat dublu.

9. Prezența glandelor salivare.

10. Prezența cavităților - bucală, nazală, faringele - infectarea plăgii.

11. Dereglări funcționale - fonație, masticăție, deglutiție, vâz, auz, respirație (SCODA), sensibilitate (Vincent), dereglarea mirosului, alimentație, sialoree, epiforă, emfizem, echilibru, orientație în spațiu. Auzul și vâzul - accidentatul nu se orientează, nu îndeplinește indicațiile personalului medical – trebuie de condus, are vorbirea neclară - nu poate răspunde la întrebările medicului.

12. Lipsa fasciei superficiale a corpului la față ori parțială. Țesutul adipos-funcția fizionomică, amortizare, spațiile adipoase comunică între ele.

### **Clinica plăgilor depinde de:**

1. Aspectul obiectului traumatic (cuțit, obiect plat, suprafața regulată ori rugoasă).

2. Forța distrugătoare a agentului traumatic.

3. Caracterul plăgilor provocate (oarbă, bipolară, penetrantă, tangențială).

4. Caracterul leziunilor asociate (rejiunii, organ).

5. Timpul trecut de la cauzarea răni.

6. Complicațiile apărute.

7. Condițiile mediului înconjurător (cald, rece, uned, uscat).

8. Calitatea ajutorului medical acordat la etapele precedente.

9. Reactivitatea și rezistența organismului.

### **Tipurile de plăgi**

**Plagă contuză** (zdrobită) - lezare a țesuturilor cu soluții de continuitate a pielii (mucoasei). Etiologia: ca rezultat al acțiunii asupra țesutului a unui obiect bont, cu o viteză mare. Agentul traumatic poate cauza leziuni suprafeței și adâncimi pielii. Clinica: marginile plăgii sunt neregulate, rupte, retractate, strivite, cu decolări de lambouri cutanate de pe fragmentele osoase și pierderi de substanță în funcție de agentul traumatic aplicat. Plăgile contuze sunt însoțite de leziuni ale vaselor și nervilor magistrali, glandelor și ducturilor salivare, iar în cazul în care se asociază cu fracturi ale oaselor faciale, aspectul plăgii determină mutilări importante. Fiind acoperite de chiaguri, țesut zdrobit, corpi străini, secreții nazale, salivare lacrimale, au un aspect murdar. Asimetria feței este creată de infiltratul din jurul plăgii, hematoame și echimoze. Distrugerea conturilor părților moi dă plăgii un aspect mutilant, disfigurări înspăimântătoare. Mai des plăgile zdrobite sunt însoțite de pierderi de substanță. Durerea este mai mare decât la plăgile tăiate. Pentru plaga zdrobită este caracteristic „craterul plăgii”, așa-numitul focar traumatic. Țesutul muscular este foarte des afectat. În cavitatea plăgii putem întâlni: țesut muscular zdrobit, fascii, tendoane, vase sangvine, corpuri străine, iar în jur inervația și vascularizarea țesuturilor este compromisă.

În timpul prelucrării chirurgicale a plăgii multe țesuturi necrotizate vor fi înlăturate, creând asimetrii, cele contuze pot să se necrotizeze puțin mai târziu, ceea ce va duce la infectarea plăgii, prelucrarea chirurgicală repetată, la compromiterea rezultatelor estetice și funcționale. La distanță de focarul traumatic există o zonă de țesuturi alterate funcțional (stupoarea traumatică). Această zonă este ca la plaga prin armă de foc „contuzia la distanță”. În această zonă, unde reactivitatea țesuturilor este mică, procesele reparatorii decurg mai lent și pot apărea diferite complicații ca: hemoragii, formarea hematoamelor, infectarea plăgii, formarea de trombi cu consecințele lor.

**Plagă tăiată** - tăietură făcută cu un cuțit sau cu orice instrument tăios. Etiologia: cuțit, bisturiu, sticlă, sabie. Plăgile tăiate pot afecta vasele sangvine, nervii, ducturile și glandele salivare, mușchii. Clinica: marginile regulate, netede, liniare, marginile plăgii apropiate ori biante depind de profunzi-

mea plăgii și de implicarea mușchilor mimici. Unghiurile plăgii sunt ascuțite la capete. Dacă agentul vulnerabil implică mușchii rotunzi ai feței, atunci aspectul plăgii este unul caracteristic. Localizarea mai deasă la părțile proeminente ale feței, lezarea patului sangvin provoacă hemoragii masive. Hemoragiile ce însoțesc plăgile tăiate sunt în jet mai des.

**Plagă înțepată** (punctiformă) - rană îngustă cauzată cu un instrument sau cu o armă ascuțită. Clinica: orificiul mic cu/ori fără sângerare. Marginile pot fi netede, stelate. Plaga conține orificiul de intrare, canalul plăgii, fundul, care poate fi orb, penetrant într-o cavitate, și orificiul de ieșire. Plăgile care au un orificiu de intrare și altul de ieșire se numesc bipolare, iar cele care au un orificiu de intrare și se termină orb se numesc unipolare sau oarbe. Orificiile de intrare pot fi la tegumen ori mucoasă. Orificiul de intrare, de obicei, se strânge repede, deci hemoragia va fi minimă, dar în schimb asimetria feței va fi mare, cauzată de hematoame deformatorii. La revizia canalelor plăgii uneori poate fi găsit și agentul traumatic: așchie de lemn, bucată de creion, cui, alice și glonte, vârf de cuțit. Plăgile înțepate pot fi provocate de insecte, ghimpii unei plante sau de animal cu clinica respectivă și consecințele lor.

**Plagă penetrantă** - plagă ce pătrunde într-o cavitate (nazală, sinusală, bucală, orbită, regiunea temporală, parafaringiană) a corpului.

### **Semnele clinice locale comune tuturor plăgilor faciale**

*Anamneza* ne furnizează următoarele date: identitatea accidentatului, locul de trai, în ce condiții s-a produs traumatismul, care a fost cauza, s-a folosit ori nu alcool, mecanismul de producere, timpul expirat de la cauzarea traumei, care dintre semnele clinice s-au determinat și tratamentul administrat până în prezent.

Clinic plaga se manifestă prin semne și simptome *obligatorii*: durere, hemoragie, prezența plăgii și *facultative*. Cele *facultative* sunt: anestezia, paralizia, fistule salivare și oroslivare, tulburări funcționale, hipersialia, scurgeria salivei din cavitatea bucală. Semnele și simptomele *generale* sunt: asfixia, hemoragia, dereglările de conștiență.

*Durerea* este spontană sau provocată de atingerea suprafeței traumatizate, constantă ori periodică. Ea este cauzată de implicarea terminațiilor nervoase (contuzii, lezări mecanice, elongarea nervului, comprimarea lui între fragmentele fracturate). Particularitățile anatomotopografice ale regiunii maxilofaciale, caracterul plăgii, dimensiunile țesutului afectat vor determina durerea în fiecare caz aparte. În cazul șocului bolnavul nu percepe senzația de durere. Plăgile contuze, zdrobite sunt mult mai dureroase decât cele tăiate. Cauza durerii mai poate fi și asocierea infecției în plagă. Durerea dispare după 10 – 12 ore spontan ori în urma unui tratament adecvat. Deci în cazul unui traumatism vom administra antidolorante. Durerile de intensitate variabilă și intensitatea lor depind de volumul țesutului lezat de durata timpului expirat după cauzarea traumei. Durerile se întetesc la excursia oaselor faciale ori a mușchilor, în timpul vorbirii, alimentației și respirației.

*Hemoragia* cauzată de lezarea unui vas (arteră ori venă) poate fi superficială ori profundă, în jet (hemoragie arterială) și continuă (hemoragie venoasă), difuză ori în masă (hemoragie capilară). Intensitatea hemoragiei depinde de topografia afectată, numărul și calibrul vaselor lezate, de presiunea în ele, prezența alcoolemiei, capacitățile organismului de a lupta contra hemoragiei, prezența maladiilor ce acționează asupra coagulării sângelui. Tactica de tratament în hemoragii duce la o hemostază definitivă și la crearea condițiilor ulterioare de vindecare a plăgii. Hemoragia poate fi în jet ori difuză, în funcție de calibrul și numărul vaselor lezate. În cazul în care sunt lezate țesuturi importante, dar orificiul este mic, se formează un hematom difuz, voluminos, cu tulburări funcționale importante, mai periculoasă este asfixia.

*Prezența plăgii*: este semnul principal, care are importanță clinică și legală. Apare sub acțiunea unui factor extern momentan ori de durată cu un corp ascuțit ori contondent. Soluția de continuitate (plaga, rana) poate apărea drept rezultat al separării (lezării, distrugerii) de către obiectul traumatic a planurilor moi de suprafață (piele, mucoasă). Pentru soluția de continuitate este caracteristic apariția țesuturilor subiacente și de profunzime (mușchi, glande, vase, nervi, fascii, os), care sunt expuse

mediului extern, dar care în normă sunt protejate de mucoasă ori de piele. Agentul traumatic poate leziona: pielea, stratul adipos, fasciile, mușchii, tendoanele, glandele, articulațiile, oasele și mucoasa. În diagnostic este necesar de inclus: plaga curată ori infectată (de obicei, se indică numai cele infectate, pentru că celelalte sunt „curate”), numărul plăgilor (una, două, multiple), suprafața implicată (cm.), profunzimea, lungimea (cm.), lățimea (cm.), aspectul marginilor (are importanță în aspect legal: dreaptă, neregulată, punctiformă, imprignată cu pietre, sticlă ori praf de pușcă), care straturi sunt lezate, plaga este izolată ori asociată cu: fracturi, leziuni ale altor regiuni și organe. De inclus toate elementele în diagnostic este imposibil, dar este obligatoriu de descris în *status localis* amănunțit, deoarece plaga până la tratament are un aspect, iar după tratament altul, adică toate se transformă, mai mult sau mai puțin, în plăgi operatorii (liniare).

*Deformația*: cauza deformației este prezența extravagării lichidului din patul sangvin, traumatizarea vaselor sangvine, deplasarea fragmentelor fracturate, prezența infecției, tumori cu creștere expansivă congenitale, hematoame.

*Semnele și simptomele facultative* sunt: anestezia, paralizia, fistula salivară și orosalivară, tulburări funcționale, hipersialia, scurgerea salivei din cavitatea bucală.

*Anestezia* - diminuarea sensibilității la durere sau sensibilitatea tactilă. Anestezia apare în cazul în care obiectul traumatic secționează, zdrobește, comprimă (elongare) un nerv, mai des apare în plăgile osoase.

*Paralezia* - se instalează când agentul traumatic secționează nervii motori ai mușchilor din teritoriu. Paralizia facială unilaterală a mușchilor faciali este cauzată, de obicei, de o leziune limitată a nervului (VII) facial. Paralizia facială periferică este numită și paralizia Bell. Aceste traume au loc în cazul unei plăgi a țesuturilor moi în regiunea preauriculară ori a țesutului osos pe traiectul nervului. La secționarea nervului facial provoacă imobilizarea zonei controlate de el. Secționarea trunchiului marelui hipoglos suprimă mobilitatea unei jumătăți de limbă.

*Fistula salivară* - ia naștere la secționarea glandei salivare sau a canalelor de excreție. Previaza plăgii nu se face minuțios și în plagă rămân corpi străini, în infecții. Mai des sunt lezate glanda parotidă și canalul Stenon. Fistula este un canal anormal patologic ori artificial creat, stabilit între două organe interne sau între un organ și suprafața corpului, în general este în funcție de organele cu care comunică. Fistula orofacială apare în cazul plăgilor penetrante în cavitatea bucală, amestecul de salivă cu sânge drenând conținutul prin orificiul creat de plagă în mediul extern.

*Tulburări funcționale* - masticăție, fonație, deglutiție, gustative, limitarea mișcării mandibulei (în cazul lezării mușchilor mobilizatori ai mandibulei), respirație, dinamica mișcării mandibulei, senzitive-hiposomii-pareze, estetice, salivația, dereglări psihice.

*Hipersialia*. În cazul traumei organelor cavității bucale sângele în amestec și saliva, care mărește cantitatea lichidului din cavitatea orală, nu pot fi controlate de accidentat, formând un aspect dezagreabil. Dacă accidentatul este inconștient, amestecul sangvino-salivar poate fi inspirat și poate bloca căile respiratorii superioare, producând asfixia mecanică. Intervenția promptă în deblocarea căilor aeriene superioare poate preveni moartea.

*Scurgerea lichidului din cavitatea bucală* este posibilă în cazul plăgilor buzelor și creează imposibilitatea închiderii fantei labiale.

### **Semnele clinice distinctive ale plăgilor**

Semnele clinice ale plăgilor faciale asociate cu fracturi: dureri, edem, echimoze, hematoame, excoriații, plăgi, hemoragii (nazală uni- ori bilaterală, faringiană, otoragie), deformația feței (alungirea ori lățirea), trism, dereglarea sensibilității, epiforă, crepitații gazoase (nas, zigomatic, maxilă). Orbita - deplasarea globulului ocular inferior, diplopie, limitarea mișcării globulului ocular, hemoragie în conjunctiva-chimoz, exoftalm, hemozis. Hemoragia, pleoapelor-echimoza - apare îndată după cauzarea traumei - fractura maxilarului superior. Hemoragia, care nu depășește mușchii circulari ai orbitei-echimoze- apare după 24 – 48 de ore de la cauzarea traumei - fractura bazei craniului. Lic-

vorea - din nas, ureche, nazofaringe ori din plagă, greu de depistat din cauza hemoragiei, simptomul „petei duble-în centru sânge (roș) și la periferie licvorul sau plasma sangvină (roz)”.

Culoarea pielii se va modifica în funcție de timpul scurs după cauzarea traumei. Agentul traumatic va leza vasul sangvin, ceea ce va duce la extravazarea sângelui din patul sangvin și ulterior la coagularea lui. La rândul său coagularea va duce la distrugerea eritrocitelor, cu formarea de dezoxihemoglobină (*methemoglobina*). Culoarea se va schimba de la roșie inițială în normă la vânătă, verde, galbenă. Schimbările culorii au loc datorită transformării eritrocitelor (culoarea roșie) în verde (după 4-6 zile, dezoxihemoglobina trece în verdihemoglobină). La rândul său verdihemoglobina după 10-14 zile se transformă în hemosiderin, care are o culoare galbenă.

### **Clinica plăgilor părților moi faciale cu defect veritabil**

Datorită particularităților anatomomorfologice, diagnosticul leziunilor traumatice ale țesuturilor moi creează dificultăți pentru diagnosticul și tratamentul plăgilor faciale. Prezența mușchilor mimici dă plăgii un aspect biant (marginile plăgii sunt căscate), înspăimântător, care nu corespunde gravității traumei. Examenul vizual minuțios permite a stabili dacă lipsa țesutului este falsă ori adevărată. Prezența defectului de țesuturi moi după apropierea marginilor plăgii este indicație pentru a stabili diagnosticul de plagă cu defect adevărat. Defectul este ușor de depistat în plăgile nazale, frontale, pavilionului auricular, mai dificil în locurile unde sunt prezenți mușchii mimici. Clinic ele însoțesc aceleași semne ca orice plagă, numai că în cazul apropierii marginilor plăgii ele pun în evidență prezența defectului.

#### **Diagnosticul plăgilor faciale**

1. Studiarea documentației medicale: foaia de trimitere, extrasul din spital.
2. Anamneza și istoricul dezvoltării bolii.
3. Clinica: palparea corpilor străini; examinarea canalului plăgii cu sonda.
4. Puncția regiunii respective.
5. Explorarea plăgii în faza de diagnostic și continuarea în timpul tratamentului.
6. Roentgen: pentru a depista un corp străin ori, posibil, o fractură fără deplasare.
7. Materia, lemnul, sticla, materialele organice nu sunt roentgencontraste - examenul clinic în dinamică.
8. Antibioticograma.
9. Examenul de laborator.
10. Termometria.
11. Angiografia.
12. Electrocardiograma după 40 de ani.
13. Fotoînregistrarea.

#### **Tratamentul plăgilor faciale**

În timpul impactului fața nu este protejată, în cele mai dese cazuri fiind orientată spre agentul traumatic. Dacă elasticitatea și rezistența țesutului cedează acțiunii mecanice externe, apare leziunea. Restabilirea formei și a funcției este scopul principal al tratamentului. Tratamentul plăgilor din regiunea maxilofacială respectă regulile chirurgiei generale și ale chirurgiei plastice. Scopul tratamentului este crearea condițiilor pentru vindecarea plăgii, reabilitarea cât mai precoce a bolnavului, micșorarea complicațiilor posttraumatice, asigurarea cât mai fizionomic a aspectului accidentatului după tratament.

#### **Tratamentul traumatizantului**

- Tratamentul complicațiilor posttraumatice ce duc la un risc vital - șoc, asfixie, hemoragie, dereglări de cunoștință.
- Tratamentul general al accidentatului.
- Tratamentul local al accidentatului.
- Tratamentul definitiv.
- Tratamentul plăgilor asociate cu fracturi faciale și cu leziuni ale corpului.
- Tratamentul tardiv al plăgilor.

### ***Tratamentul de urgență sau imediat al plăgilor faciale***

- Restabilirea aerodinamicii.
- Hemostaza.
- Restabilirea cunoștinței bolnavului.
- Profilaxia șocului: analgezice, tranchilizante.
- Profilaxia dezvoltării infecției (antibiotice în focarul plăgii).
- Imobilizarea temporară.
- Asigurarea transportării bolnavului.
- Restabilirea funcțiilor dereglate.

### ***Tratamentul medicamentos al plăgilor faciale***

1. Antibiotice – profilaxia infecției plăgii.
2. Analgezice - analgin, tramal, chetanov.
3. Hiposalivație - tinctură de beladonă de 3 ori pe zi câte 5-8 picături, atropină.
4. Profilaxia tetanusului - 0,5 ser antitetanic.
5. Profilaxia rabiei în plăgile mușcate.

### ***Termenele tratamentului plăgilor faciale***

Tratamentul trebuie efectuat la timp (cât mai repede, cât mai precoce), cât mai amplu, radical, cu folosirea elementelor de plastic.

- PChPP - prelucrarea chirurgicală primară a plăgii- 24-48 de ore, datorită vascularizării și inervației bogate, trofica este bună, regenerarea bună.
- PChPA - prelucrarea chirurgicală a plăgii amânată - 5-8 zile după ce a fost în plagă puroi, se acoperă cu țesut granular, apoi se efectuează prelucrarea chirurgicală a plăgii.
- PChP repetată - ..., după PChPP s-a infectat și se efectuează prelucrarea repetată.
- PChP parțială - bolnavul cu traumatism asociat grav, TCC; șoc hemoragic; fractura mandibulei, reanimatorul și neurochirurgul nu permit PChP, dar se fac numai intervențiile vitale - hemostază, lupta cu asfixia, imobilizarea temporară. După ce starea generală s-a ameliorat, se efectuează PChP secundară definitivă.
- PChÎ - prelucrarea chirurgicală a plăgii întârziată - după 10 zile.

### ***Tratamentul local al plăgilor faciale***

1. PChPP cu imobilizarea fracturii.
2. Extracția dinților cu suturarea alveolei.
3. Injectarea în jurul plăgii (linia fracturii) a antibioticelor.
4. Pansamente zilnice ale plăgii.
5. Igiena cavității bucale: periaj, lavaj, gargare.
6. Alimentația bolnavului.
7. Repaos al țesutului traumat.

### ***Particularitățile de ordin curativ***

1. La locul impactului este necesar de stabilit existența morții biologice (înfățișare îngrozitoare - accidentatul nu este lăsat, dar examinat).
2. Acordarea ajutorului medical în diferite forme de asfixii.
3. Antrenarea populației pentru a acorda ajutor în cazul hemoragiei (garou, pansament compresiv, comprimarea vasului pe parcurs), în cazul accidentelor rutiere, de muncă, calamităților.
4. PChP include: incizii crușătoare, excizii economice (pentru a nu crea asimetrie), trebuie să fie primară, definitivă, timpurie.
5. Evacuarea accidentatului din zona periculoasă (șosea, de sub perete, din apă) în poziția necesară (culcat pe partea unde este rana, capul în decubit lateral și pe o parte).

## 6. Consultația ORL, oftalmologului, neruchirurgului, traumatologului, chirurgului.

### *Etapele PChPP*

- Prelucrarea câmpului operator: alcool de 3 ori, Furacilină,  $K_2MnO_4$ ;  $H_2O_2$ . Izolarea câmpului operator.

- Anestezia: anestezie generală; anestezie locală cu premedicație. Curățarea mecanică și anti-septică a cavităților feței. Prelucrarea se face metodic, de la suprafață spre profunzime, cu soluții antiseptice.

- Asanarea cavității bucale – inițial se efectuează dificil, mai des se face în mod planic.

### *Revizia*

- Hemostază minuțioasă, definitivă. Vasele magistrale ligaturate cu ață de mătase, iar cele mici cu praf de  $K_2MnO_4$ ;  $H_2O_2$  3%, electrocoagularea, suturat cu catgut.

- Examinarea plăgii cu instrumentul ori degetul pentru a determina profunzimea ei, dacă penetrează în cavitatea bucală ori nu, prezența canalelor, corpurilor străini, suprafața osului.

- Înlăturarea corpurilor străini - chiaguri, nisip, pământ, lemn, sticlă, fragmente de os, dinte - se poate efectua cu ajutorul irigației cu ser fiziologic, penceta, peria, chiurete mic, sub controlul vizual, cu ajutorul unui instrument bont ori cu aparate roentgen.

- Explorarea plăgii începe în faza de diagnostic și continuă în timpul tratamentului.

### *Indicațiile ablațiilor corpurilor străini*

- Pericolul leziunilor suplimentare.
- Pericolul lezării vaselor magistrale.
- Pericolul infectării țesuturilor adiacente.
- Pericolul deplasării „secundare” a corpului „străin”.

### *Modelarea plăgii*

- Incizii cruțătoare - marginile plăgii se avivează și se regularizează foarte econom. Se decolează și se mobilizează atât cât este necesar pentru a permite suturarea fără tensiune.

- Excizii economice - regularizarea marginilor plăgii trebuie să fie cruțătoare, fără excizii majore, deoarece creează asimetrii și riscă secționarea nervilor. Se excizează numai țesutul necrotizat.

- Efectuând elementele de plastic, este necesar maximal a exclude traumatizarea lor cu ajutorul micropencetelor, ligaturilor cu ață de suspendare ușoară, utilizând cârlige. După PChP, aspectul ei trebuie să fie asemănător cu o plagă chirurgicală.

- Închiderea plăgii se face prin suturare, cu fire nerezorabile, cu ajutorul substanțelor adezive, al benzilor adezive sau al clamelor. Consecutivitatea suturării - plan cu plan, pe straturi, din profunzime la suprafață. Firele de sutură pot fi separate, în fir continuu, în saltea, intradermice, rezorabile și irezorabile. Suturele separate - se aplică la 0,5 cm de la marginile plăgii, la 0,5 cm una de alta. Cu catgut se suturează țesuturile moi. Sutura planului subcutan la închiderea unei plăgi trebuie de realizat în așa fel ca marginile cutanate ale plăgii să vină în contact, fără tensiune și fără suprapunere. Marginile plăgii trebuie să fie afrontate, conțența bună, ele nu trebuie să invagineze sau să se răsfrângă în afară. Se exclud spațiile moarte - condiții pentru formarea hematoamelor care se pot infecta.

- Nodul nu trebuie să fie strâns, nodus situat pe partea inferioară a plăgii.

- Respectarea consecutivității suturării țesuturilor: mucoasa, mușchii, fascii, țesutul adipos, pielea.

- Ace atraumatice pentru piele din nailon, păr de cal ori mătase.

- Aplicarea suturii de direcție, de poziție (punctele-cheie): linia cupidon, aripile nazale, plicile feței, marginea ciliară și sprâncenele, apoi se aplică și suturi separate.

- Suturele intradermice se aplică în plăgile mici.

- Drenarea cu panglică; cu tuburi.

- Infiltrarea cu antibiotice. Ser antitetanic. Pansament.

PChP întârziată se realizează la plăgile cu care pacientul s-a prezentat tardiv sau sunt supra-infectate. Se efectuează pansamente la fiecare 6 ore până când semnele de inflamație dispar. Irigarea

plăgii cu soluții de antibiotice se efectuează cu un tub ciuruit de plastic, introdus în plagă și fixat de marginile plăgei printr-un fir de mătase. Peste 4 - 5 zile, când infecția cedează și începe epitelizarea, după curățarea mecanică și avivarea marginilor plăgii, se decolează și se mobilizează marginile plăgii, ca să fie fără tensiune, se suturează plaga plan cu plan. În plagă se introduce dren și se efectuează pansamente zilnice. PCh secundară precoce - se efectuează după 10 - 20 de zile de la accident. PCh secundară tardivă - după 20 de zile de la accident.

### **Particularități de tratament al plăgilor în diferite situații clinice**

- Plagă asociată cu fractură - se începe cu reducerea și imobilizarea fracturii, izolarea plăgii de cavitatea bucală - suturarea etanș a mucoasei și apoi pe straturi cu catgut.
- În cazul lezării capsulei glandelor ori ducturilor este necesar ca aceasta să fie suturată etanș, fără drenare, iar ductul să fie reconstruit ori îndreptat în cavitatea bucală.
- Lezarea terminațiilor nervoase poate avea un caracter temporar, dar uneori sunt lezați nervii principali, ca nervul facialul ori alții. În aceste cazuri trebuie, în primul rând, de identificat nervul și de suturat. Nu este de prisos consultarea microchirurgului ori a neurochirurgului.
- P.P. începe de la mucoasă - în plaga penetrantă cu izolarea cavității bucale (infecția).
- Plaga abuzei - de început cu suturarea mușchilor, apoi se efectuează bordura roșie a buzelor la limita pielii și a mucoasei, se suturează țesutul adipos, apoi mucoasa buzelor.
- Suturi etanșe, mai ales, ale glandelor salivare (buze, pleoape, aripile nazale, pavilionul auricular, mucoasa bucală, sprâncene).
- Dacă este defect adevărat, se suturează mucoasa cu pielea (izolarea țesutului adipos de microbi și de aer).
- Replantarea unui fragment total secționat de nas ori a pavilionului auricular se rezolvă în primele 24 de ore, dacă au fost bine conservate plaga și sectorul amputat.
- În plăgile cu defect redus de substanță marginile acestora se mobilizează și plaga se închide prin plastic locală.
- În plăgile întinse cu defect se închide plaga prin suturarea pielii cu mucoasa.
- Sutura de poziție - este o sutură parțială, incompletă, provizorie, care are scopul să apropie marginile plăgii, să micșoreze tensiunea marginilor acesteia. Se efectuează suturi de direcție în poziție anatomică cât mai fiziologică, astfel asigurând alimentația și fonația bolnavului, pentru a-l transporta și temporar a îngriji plaga până la un tratament definitiv. Indicații - în cazul unui traumatism grav, când PChPP este contraindicată, pe plagă se aplică suturi cu ață nerezorbabilă (grosă), care apropie marginile plăgii. Firele, ca să nu taie țesuturile, se leagă de nasturi, rulon de tifon, de care se fixează ața de susținere. Etapele: prelucrarea cu soluții de antiseptice a plăgii, efectuăm o curățarea mecanică printr-un chiuretaj ușor, îndepărtarea corpiilor străini, instalarea unei hemostaze corespunzătoare, nu se efectuează excizii ale marginilor plăgii, plaga se drenează. Marginile plăgii se apropie și se trece firul după cum s-a indicat mai sus.

### **Toaleta plăgii**

În 30% cazuri la răniții pe timp de război nu este necesar a efectua PChPP, se realizează doar toaleta plăgii. Indicații: plăgi punctiforme prin armă de foc, leziuni superficiale ale țesuturilor moi, unele leziuni osoase fără deplasare (nas, arcada zigomatică). Toaleta plăgii-îngrijire și curățare locală a unei plăgi și a pielii înconjurătoare. Toaleta chirurgicală a plăgii include: prelucrarea cu soluții de antiseptice, înlăturarea corpiilor străini, prelucrarea marginilor plăgii cu tinctură de iod, aplicarea pansamentului aseptice.

### **Pansamentul plăgilor faciale**

Pansamentul chirurgical reprezintă actul prin care se realizează și se menține asepsia unei plăgi, în scopul cicatrizării ei. În sens larg, pansamentul reprezintă totalitatea mijloacelor și a metodelor care realizează protecția unui țesut sau a unui organ față de acțiunea agresivă a diversilor agenți. Materialele necesare: substanțe antiseptice - alcool 70%, apă oxigenată 3%, cloramină, furacilină, permanganat de caliu. Materiale - comprese de tifon (să fie ușoare, să nu fie iritante, pentru tegumente, să se

poată steriliza, să aibă putere absorbantă, să se opună pătrunderii germenilor din afară, să realizeze o compresie elastică ușoară a plăgii). Mijloace de fixare - leucoplast (impermiabil pentru aer, se aplică pe tegument ras și degresat), bandaj, galifix (mastisol). Fașa - cu banda de tifon, pânză sau țesătură elastică, de lungime și lățime diferite. Se aplică în locurile în care substanțele adezive nu își ating scopul (păr), în cazul efectuării unui pansament compresiv (de transport, de compresie, hemostază, de imobilizare - luxații ATM, imobilizare de mandibulă și maxilă). Pansamentul aplicat trebuie să fie elastic, să nu producă jenă circulației, dureri, să acopere plaga în întregime.

Tipurile de înfășare pe regiunea craniofacială în formă de capinele (bonetă), la nivelul colotei craniene și la nivelul feței capastru în regiunea nazală și praștia în regiunea mentonului. Instrumente chirurgicale - pencete, spatulă, seringă pentru irigare, oglindă, chiurete. Alte materiale - eter, benzină, acetonă - pentru degresarea tegumentelor. Unguente - unguent de levosin, levomicol, heparină, sulfadiazină. Condițiile unui bun pansament: să fie făcut în condiții antiseptice, să fie absorbant, protector, să nu fie dureros, să fie schimbat la timp.

Tehnica efectuării unui pansament: medicul să aibă mănuși sterile, mască, ochelari, bonetă și instrumentariul necesar servit de asistentă. Dezlipirea vechiului pansament, îndepărtarea (cu blândețe, după umezirea cu eter sau alcool,  $H_2O_2$  3%,  $K_2MnO_4$ ) și analiza lui - este uscat ori umed, conținutul hemoragic, purulent, seros, chistos. Degrasarea tegumentului. Curățarea pielii din jurul plăgii de cruste, puroi, dezinfectarea tegumentului din jurul plăgii.

### ***Tratamentul plăgii***

- Prelucrarea plăgii cu soluții de antiseptice.
- La necesitate se înlătură conținutul necrotic din plagă.
- Mobilizarea drenului sau schimbarea lui.
- Introducerea remediilor medicamentoase în plagă.
- Pansament steril.
- Fixarea pansamentului: leucoplast, feșe, galifix.

Tipurile de pansament: compresiv – unde este hemoragie, de protecție – pe plăgi care nu secretă și nu sunt drenate, adsorbant – pe plaga drenată sau secretantă, de imobilizare.

Plăgile superficiale mici pot fi lăsate deschise sau se aplică pansamente de menținere, fixate cu benzi de leucoplast. Pansamentul compresiv se aplică pe plăgi cu scopul de a limita edemul și a preveni formarea hematoamelor. Benzi adezive - se aplică pe plăgile majore, pentru a reduce tensiunea. Pansamentul compresiv - se aplică pe plagă pe o perioadă de 2 - 3 zile. Sutura se înlătură la 7 zile, dar ele pot fi scoase și pe etape, la 3 - 4 zile se înlătură firele peste una și sunt înlocuite cu benzi de leucoplast, iar după 6 - 7 zile se scot restul firelor. Plăgile infectate sunt pansate mai des, deoarece secrețiile au un miros greu de suportat atât de către bolnav, cât și de către cei din jur.

Îngrijirea plăgii poate fi efectuată numai printr-o supraveghere atentă și continuă a regiunii operate.

Dacă există senzații de presiune dureroase, rapid progresive la nivelul plăgii, cu pansament îmbibat serohematic sau pătat cu sânge, este necesară inspecția plăgii operatorii. Dacă bombează sau este echimotică, iar printre firele de sutură se prelinge sânge, apar suspexții de prezență a unui hematom, consecință a unui hemostaze deficitare, trebuie efectuată revizia plăgii cu evacuarea urgentă a hematoului, hemostaza chirurgicală repetată și resuturarea plăgii în condiții de asepsie perfectă.

În cazul unei plăgii operatorii, care evoluează normal după 24 de ore, este necesar de efectuat pansamentul, se atrage atenția la aspectul pansamentului, dacă este curat ori îmbibat, uscat sau umed, cu miros fetid sau fără, la aspectul plăgii – edemat, hiperimit, tensionat, bombat, cu/sau fără fluctuență. Dacă totul este în limitele normei – plagă curată, fără tensiune ori moderată, culoarea plăgii roz-palidă, fără eliminări, fără dureri, se recomandă de efectuat prelucrarea medicamentoasă a plăgii, mobilizarea drenului, aplicarea pansamentului de protecție.

Uneori plaga operatorie evoluează bine 3-4 zile, după aceasta apar febră, dureri locale, cu alterarea stării generale (indispoziție, inapetență), iar la examenul plăgii se constată roșeață difuză, cu

tumefacție difuză și fluctuantă - semne clinice care demonstrează infectarea plăgii. Deschiderea plăgii și prelucrarea chirurgicală repetată trebuie efectuate urgent.

### ***Îngrijirea plăgilor faciale***

Datorită suprimării ori limitării funcției masticatorii, autocurățarea cavității bucale este suprimată. Prezența atelelor și a suturilor reprezintă un factor de retenție a alimentelor.

Pentru îngrijirea plăgilor faciale sunt necesare:

- Instruirea privind igiena cavității bucale.
- Crearea posibilităților de irigare a cavității bucale (ambalaj, antiseptice).
- Diete speciale (de sondă, maxilară).
- Instruirea accidentatului privind autoalimentarea.
- Îngrijirea de către personalul medical în primele zile a bolnavului grav.
- Familiarizarea bolnavului cu igiena cavității bucale și controlul respectării ei.
- Gargarea cavității bucale din cana Ārisman, seringă Jane, Guyon, para de cauciuc.
- 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 - irigare abundentă.
- Prelucrarea cu tifon a mucoasei cavității bucale – înlăturarea mecanică.
- Perie și pastă de dinți, scobitoare.
- De urmărit ca atelele și ligaturile de sârmă să nu traumeze mucoasa.
- Familiarizarea bolnavului cu regimul de igienizare.
- Iluminarea sanitară.
- Igiena vestibulară, care este suplimentată cu periaj după fiecare masă. Pentru periaj se utilizează periile moi cu smocuri (perișori) rare, care pot pătrunde printre sârme.

Se stabilește regim de pat în poziție semișezândă - profilaxia pneumoniei, se propun exerciții pentru cutia toracică, bolnavul întors pe o parte și pe alta de câteva ori pe zi. Pieptul bolnavului se va acoperi cu un șorț de polietilenă, pentru că eliminările salivare sunt abundente și alimentația este dificilă. Pentru a micșora eliminările salivare, se administrează tinctură de beladonă de 3 ori pe zi câte 5-8 picături. Mobilizarea ligaturilor (4-5 zile) și controlul integrității mucoasei a doua zi după imobilizare la control.

### ***Drenajul***

Indicațiile drenării: plăgi zdrobite, penetrante, anfractuoase, plăgi infectate, asociate cu fracturi ale regiunii maxilofaciale. Plăgile în care nu pot fi evitate spațiile moarte (regiunile temporală, retromalară, planșeului bucal) trebuie drenate, cu excepția unor situații clinice, de exemplu, lezarea capsulei glandelor salivare. Formele de drenaj: lame de cauciuc, tuburi de polietilenă, drenaj filiforme, care pot fi fabricate și confecționate individual. Pentru a preveni pătrunderea drenajului în interiorul plăgii, acesta trebuie fixat de marginile plăgii ori de atelă.

Drenarea (evacuarea, scurgerea) unor secrete din organism în mediul extern ori dintr-o cavitate în alta se efectuează pe cale artificială ori patologică. A drena înseamnă a elimina fluidul dintr-o cavitate, în special, imediat după crearea ei, a extrage lichidul dintr-o cavitate a corpului. Drenajul este eliminarea continuă a fluidului dintr-o cavitate sau dintr-o rană. Se cunosc mai multe tipuri de drenaje: de aspirație, capilar, deschis, închis, spinal, de colectare, pumnal, aparatul profesorului D. Șcerbatiuc:

- Drenaj de aspirație - drenajul vezicii urinare paralizate prin intermediul unui aparat de irigare (aspirația sângelui, salivei, puroiului, conținutului din sinus).
- Drenaj deschis - drenaj al cavității toracice (flegmonului, al altui proces infecțios) printr-o deschidere realizată în peretele toracelui fără etanșizarea zonei.
- Drenaj închis - drenaj al cavității toracice cu asigurarea unor măsuri de precauție pentru împiedicarea pătrunderii aerului din exterior în cavitatea toracică (plagă cu lezarea sinusului maxilar, nasului, etmoidalului).
- Drenaj de colectare - dren alcătuit din două tuburi, cel mai mare conține un tub mai subțire, care este atașat la o pompă de aspirații (în inflamații).

- Drenaj pumnal - dren trecut printr-o secțiune chirurgicală la distanță de incizia operatorie (în cazul flegmonului - contrapertura).

- Drenaj capilar - drenaj efectuat prin intermediul unei meșe de tifon, al unei șuvițe de păr sau al altor materiale.

Puncția poate fi considerată ca o metodă de drenare. Se efectuează prin străpungerea cu un instrument ascuțit a unui țesut. Puncția (hematom, colecție purulentă) se realizează pentru a extrage un lichid în scop diagnostic, pentru injectarea unor medicamente, evoluția cavității în dinamică.

Eficiența tuburilor de drenaj (condiție a unui drenaj corect: direct, decliv, eficient) se apreciază după cantitatea și aspectul drenajului, dacă intervenția chirurgicală evoluează normal sau a apărut o complicație. Tuburile de drenaj pot fi lăsate în plagă sau redate la pungi colectoare în eliminările din plagă abundente. Unirea drenajului la colector protejează plaga operatorie și bolnavul de senzația neplăcută a pansamentului umed tot timpul și cu miros fetid. Posibilitatea de urmărire a cantității și a aspectului secrețiilor, permite, de asemenea, aprecierea abaterilor de la normal.

### **Complicațiile plăgilor faciale**

*Complicații timpurii:* insuficiență respiratorie acută – asfixie – DOSCA, hemoragie, șoc, colaps, comă, infecție, sindromul dereglărilor acute ale metabolismului hidrosalin.

*Complicații secundare:* infecții locale, infecții la distanță – tromboflebite, septicemii, pneumonii, hemoragii secundare, timpurii – 1–2 zile, târzii -7 zile, complicații bronhopulmonare, osteomielite, sinusite.

*Tardive:* cicatrici vicioase, retractile sau hipertrofice, pierderi de substanță ale țesuturilor moi, lacrimații, dacriocistite, fistule, cicatrici deformatorii, constricții de maxilar prin bride musculare, paralizii ale nervului facial, nevralgii faciale, hipopigmentarea.

### **Profilaxia plăgilor faciale**

„Profilaxie” - măsuri luate pentru prevenirea unei boli. Profilaxia se reduce la următoarele măsuri: combaterea alcoolismului ca problemă socială, respectarea regulilor de circulație, combaterea violenței în societate, protecția muncii, lupta cu armele de foc.

Micșorarea numărului cauzelor de traumatism se poate obține pe următoarele căi: crearea locurilor de muncă, organizarea petrecerii timpului liber al tinerilor, organizarea de măsuri sportive accesibile tuturor păturilor sociale, practicarea unui mod sănătos de trai, fără alcool, familiarizarea populației cu complicațiile traumei, cu cauzele ce duc la traumatism și responsabilitatea juridică pentru comiterea lor.

Structurarea cauzală a traumatismului facial demonstrează necesitatea elaborării unui cadru juridic, care ar contracara agresiunea și ar preveni alcoolizarea în masă a populației. Măsurile sociale, cum ar fi crearea locurilor de muncă, protecția muncii și sportul, ar permite profilaxia traumatismului. Respectarea regulilor de circulație de către persoanele participante la trafic se poate realiza prin propagarea în masă a regulilor de circulație de la o vârstă mică și prin sancțiuni legislative.

### **Evoluția plăgilor faciale**

Mecanismul de vindecare a plăgilor a fost numit cicatrizare, iar ceea ce rezultă prin cicatrizare se numește cicatrice. „Cicatrice” – urma (formată din țesut conjunctiv) lăsată de o rană, plagă, după vindecare. (Cicatricea este un țesut fibros format în timpul vindecării unei răni). Evoluția plăgii presupune parcurgerea, în linii generale, a trei etape clasice consecutive:

- De inflamație nespecifică - I (autolitică, catabolică, de latență).
- De granulație (faza anabolică, colagenă sau proliferativă).
- De organizare și epitelizare.

Schwartz (1994) și Simpson (1995) menționează că procesul de vindecare a plăgilor se produce în câteva etape consecutive.

- Hemostaza (vasoconstricție, coagulare).

- Inflamația (reacție celulară și vasodilatare).
- Proliferația sau reparația (fibroplazie și reepitelizare).
- Maturizare (remodelare).

Acest proces durează de la câteva zile până la circa două săptămâni. Remodelarea și formarea inițială a țesuturilor durează aproximativ 12 luni (Key, 1995). Cicatrizarea primară (*per prima*) - plăgile care se vindecă în 6-8 zile. Această cicatrice se formează în plăgile accidentale fără tratament ori după efectuarea prelucrării chirurgicale a plăgii. Cicatrizare secundară - vindecarea plăgii are loc prin faza de inflamație. Plăgile cu pierderi mari de substanță, infectate primar, trec prin faza de inflamație, cu formarea granulației. Cicatrizarea secundară (*per secunda*) sfârșește printr-o cicatrice pigmentată, neregulată, stelată, retractilă, hipertrofică, deformatorie, cheloidă.

După câteva minute ori câteva ore, sângele, datorită proprietății sale de coagulare, se transformă într-o crustă hematică. Dacă bolnavul intenționează ori întâmplător îndepărtează crusta, au loc dureri și hemoragii. În cazul în care plaga nu s-a asociat cu infecție ori infecția a fost minimală și nu a putut declanșa un proces infecțios, în timp de 6-7 zile sub crustă se formează un strat de țesut epitelial neoformatoriu. Îndepărtarea crustei ori a peliculei după 7-8 zile lasă o suprafață cicatrizată de o culoare modificată (mai deschisă, mai pronunțată), care se deosebește de țesutul învecinat. Aceasta are însemnătate din punct de vedere medico-legal și permite determinarea cu aproximație a datei când a avut loc impactul și a obiectului care a produs rana.

### ***Alimentația bolnavului cu plăgi faciale***

Bolnavul are nevoie de 2100 calorii, ceea ce constituie 150 - 170% din rațiunea stabilită până la traumă.

- 1) Alimentația trebuie să fie triturată, în formă de terci, semilichidă și lichidă.
- 2) Alimentația are loc prin cavitatea bucală, dacă lipsește un dinte, prin spațiul retromolar, prin nas cu sonda, rectal – în cazul în care plaga este asociată cu fractură.
- 3) Alimentația se efectuează prin sonda nazogastrică la bolnavii care au fost operați cu anestezie generală, cu plăgi endobucale, fără cunoștință, cu politraumatism: supă concentrată, carne conservată pentru sugari, sucuri, gemuri, legume și fructe paserate, piureuri, lactate. Frecvența - nu mai puțin de 6 ori pe zi. Intravenos – hidrolizate de proteine de 5%, vitamine, săruri minerale.
- 4) Plăgile orbitei, nasului, frunții, regiunii zigomatice nu vor influența asupra alimentației bolnavului.

### ***Reabilitarea plăgilor părților moi faciale***

1. Cultura fizică medicală o organizează specialiștii din primele zile după rănire.
2. Exerciții la тренажоре speciale.
3. Angajarea la lucru special.
4. Reabilitare specială.
5. Aplicarea intervențiilor chirurgicale plastice – recuperarea definitivă.

### **Bibliografie selectivă**

1. Burlibașa C., *Chirurgie orală și maxilofacială* / C. Burlibașa, Editura medicală, București, 2003, p. 653-697.
2. Buruiană M., *Aspecte clinice în traumatismele faciale* / M. Buruiană // Otorinolaringologia, nr. 1-2, 2001, p. 23-25.
3. Chele N., *Unele aspecte etiologice ale traumatismelor faciale*. Materialele Conferinței Științifico-Practice "Urgențele medico-chirurgicale", Chișinău, 1997, p. 9-10.
4. Ciobanu Gh., *Evaluare clinico-epidemiologică și managementul strategic al urgențelor medico-chirurgicale în Republica Moldova*, Chișinău, 2001, p. 19-28.
5. Corlăteanu M., *Structura politraumatismelor și componentele asistenței medicale specializate de urgență în SCMU. USAID* / F. Gornea, T. Ciobanu/ Conferința practico-științifică "Parteneriat în sănătatea publică, Chișinău, 1998, p. 1-2.

6. Ghicavii V., *Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice: ghid* / V. Ghicavii, S. Sârbu, N. Băcinschii, Ed. a 2-a revăz. și compl., Chișinău, 2002, p. 80-88.
7. Gogâlniceanu D., *Etape de tratament în traumatismele maxilofaciale produse prin împușcare* / D. Gogâlniceanu, M. Barna, C. Vicol // Congresul II al stomatologilor, Chișinău, 1994, p. 70.
8. Godoroja P., *Leziunile dento-maxilofaciale la copii* / P. Godoroja, I. Lupan, S. Răilean // Congresul II al stomatologilor, Chișinău, 1994, p. 180.
9. Hîțu D., *Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnocticului și tratamentului fracturilor oaselor nasale*, Teză de doctor în științe medicale, 2004, p. 113.
10. Lupan I., *Unele aspecte ale asistenței de urgență oro-maxilofacială pediatrică* / I. Lupan, Iu. Cui, S. Țatova, // Materialele conferinței anuale a colaboratorilor USMF “N. Testemițanu”, Chișinău, 1999, p. 494.
11. Matcovschi C., V. Procopișin, B. Parii, *Chid farmaceutic*, Chișinău, 2004.
12. Pălărie V., *The maxillofacial traumatism caused by fire arms in peace conditions*. VIII Ogolnopolka Konferencja Studenskich kol naukowych akademii medycznych., Polonia, Wrocław, 28-30, III, 2003, p. 18.
13. Răilean S., *Actualități în tratamentul traumatismelor oro-maxilofacială la copii*, Chișinău, 2001, p. 23-28.
14. Rotaru A., *Implicații multidisciplinare în durerea orală și craniofacială* / A. Rotaru, C. Sîrbu, C. Cîmpean, I. Munteanu. Cluj-Napoca: Clusium, 2001, p. 388-397.
15. Timoșca G., *Chirurgie oro-maxilofacială* / G. Timoșca, C. Burlibașa, Universitas, Chișinău, 1992, p. 265-298.
16. Александров Н.М., *Травмы челюстно-лицевой области* / Н.М. Александров, Медицина, Москва, 1999, 170 -197.
17. Балин В. И., *Клиническая и оперативная челюстно-лицевая хирургия* / В. И. Балин, Н. М. Александров, Санкт-Петербург, 1998, с. 304-330.
18. Бернадский Ю.И., *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области* / Ю. И. Бернадский, Москва, 1999, с. 1-33.
19. Гуцан А. Е., *Справочник челюстно-лицевых операций* / А. Е. Гуцан, И. Бернадский, П. Д. Годорожа, Щербатюк, Д. И., Кишинев, 2001, с. 67-70.
20. Щербатюк, Д. И., *Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области*, „Штиинца”, Кишинев, 1987, с. 34.

### **Rezumat**

Pe parcursul anilor 1994-2004 au fost spitalizați cu plăgi faciale 826 de bolnavi, ceea ce constituie 23,16% din numărul bolnavilor tratați în Centrul Republican de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială din mun. Chișinău.

### **Summary**

During the period of 1994 – 2004, there were admitted 826 patients which wound consist 23,16% of the treated number of the department at the Republican Centre of Oral and Maxillo-Facial Surgery in Chișinău.