

Odjel za maksilofacijalnu kirurgiju
Opće bolnice, Osijek
šef Odjela prof. dr A. Štajner

Osvrt na traumatološku kazuistiku odjela za maksilofacijalnu kirurgiju Opće bolnice u Osijeku od njegovog otvaranja 1. VIII 1968. g. do danas

A. ŠTAJNER, J. HANZER, V. JOKANOVIĆ, M. KULENOVIĆ i M. VUJIĆ

Povrede u predjelu čeljusti i lica vrlo su česta pojava. Ranije, prije nekoliko decenija, najčešće su se pojavljivale kao lakše povrede mekih tkiva ili kao frakture samo jedne kosti lica i to češće mandibule, a rjeđe maksile i zigomatične kosti. Međutim, sa porastom motorizacije i industrijalizacije, sve se više pojavljuju kompleksne frakture maksilofacijalnog područja, često kombinirane sa kranocerebralnim povredama i sa povredama na drugim lokalizacijama tijela, kao i teže povrede mekih tkiva lica.

Uzroci tih povreda su udarac tupotvrdim predmetom ili pad, zatim zgnječenje kod rušenja građevinskih objekata, nasipa i u rudarskim oknima. Od hladnog oružja, u mirno doba, najčešće dolazi u obzir nož i sjekira, a od vatrenog malokalibarsko oružje i lovačka puška. Ne baš tako rijetko, povrede u ovom području potječu od ugriza. U novije vrijeme, povrede sve češće potječu od mehanizacije i od saobraćajnih nezgoda kao i eksplozija. U ratu, najčešće su povrede od velikokalibarskog oružja i bombardiranja, kad su često udružene sa opekotinama.

Izolirane frakture opisane su u raznim, sada već mnogobrojnim, udžbenicima i stručnim priručnim knjigama, a i kompleksne frakture kosti lica kao i teške povrede od vatrenog oružja, također su u novije vrijeme svestrano proučavali i publicirali mnogi autori pa ih možemo naći obrađene ne samo u stručnim časopisima nego i u nekim knjigama.

I mi smo u našoj kazuistici mogli utvrditi porast povreda ovoga područja i sve češću pojavu teških kompleksnih fraktura kosti lica, kombiniranih sa povredama drugih područja tijela.

Tako smo od 1. VIII 1968. do 1. XII 1969. g. tretirali 411 raznih povreda, od čega su bile 273 povrede samo mekih tkiva, a fraktura je bilo 138. Zatvorenih

fraktura bilo je 128, a otvorenih 10. Fraktura mandibule bilo je 57, prijeloma maksile 13, a maksile i mandibule 12. Prijeloma zigomatične kosti bilo je 30. Kominutivnih preloma bila su 32, a kompleksnih fraktura maksilofacijalnog područja bilo je svega 26.

Od ukupnog broja svih povreda ovoga područja kombiniranih sa povredama drugih regija bilo je 27, od toga je 9 bilo kompleksnih. Maksilofacijalnih povreda kombiniranih sa povredama baze lubanje i drugih kraniocerebralnih povreda bilo je 17.

Među tim povredama bilo je nekoliko vrlo teških povreda iz grupe konkvasantnih povreda maksilofacijalnog područja, sa kompleksnim frakturama kosti lica, zatim nekoliko iz grupe povreda vatrenim oružjem, kao i nekoliko teških povreda hladnim oružjem, odnosno ugrizom.

Manje povrede mekih tkiva lica obrađivane su ambulantno, a sve druge tj. veće povrede mekih tkiva i sve frakture kosti lica primljene su na hospitalizaciju i tako tretirane. Svaki povrijeđeni bio je odmah pregledan, a kad je utvrđeno, da postoji potreba urgentnog tretiranja zbog krvarenja, akutne respiratorne insuficijencije ili šoka, odmah se započelo sa određenom terapijom. Ambulantni bolesnici kao i oni, kojima je to rok od vremena povrede zahtijevao, bili su uvijek odmah obrađeni. Svim bolesnicima s frakturama čeljusti dana je odmah provizorna imobilizacija. Trudili smo se, da otvorene povrede obradimo što ranije, a najkasnije u roku od 48 sati, mada je bilo slučajeva, kad to nismo mogli postići, bilo zbog toga što je bolesnik kasno upućen u bolnicu, ili iz tehničkih razloga, najčešće jer nismo imali na raspolaganju opću anesteziju. Ukoliko je uz ranu postojao i prijelom kosti, repozicija i imobilizacija fragmenata vršene su u istom aktu kao i obrada rane i to po principu obrade rane iznutra prema van. Trudili smo se da obradimo zatvorene frakture zigomatične kosti do tri dana od povrede, a najkasnije petog dana. Kod zatvorenih fraktura mandibule i maksile, vršili smo obradu čim je splasnulo traumatski edem. Kao najkrajnji rok za repoziciju i imobilizaciju ovih fraktura uzeli smo deseti dan.

Uvijek smo se držali principa, da se prije obrade povrede u predjelu čeljusti i usta izvrši kirurška sanacija usne šupljine te su bili ekstrahirani gangrenozni, frakturirani i jače klimavi zubi, kao i zaostali korjenovi, a oštri su alveolarni grebeni bili zatupljeni.

Princip tretiranja fraktura čeljusnih kosti bio je repozicija fragmenata i postizavanje okluzije, kao što je ona bila prije povrede i intermaksilarna imobilizacija. Kod djece smo ostavljali imobilizacijske naprave najmanje 3 tjedna, kod odraslih 4, a kod starih ljudi 5 i više.

Uvijek smo definitivno skidali imobilizacijske naprave, kad smo se uvjerali, da je došlo do jasnih znakova kliničke konsolidacije. U protivnom slučaju, imobilizacija fragmenata se produžavala. To, međutim, nikad nije bio slučaj kod izoliranih fraktura, osim ako je intermaksilarna imobilizacija morala biti zbog važnijih medicinskih razloga prekinuta kao u jednom slučaju, kad su na Odjel u općerurgije dali endotrahealnu anesteziju iz njima potrebnih razloga. Kod multifragmentarnih fraktura to se dogodilo 3 puta, ali je poslije produženja imobilizacije ipak došlo do pune kliničke konsolidacije.

Pseudoartroza dosad nismo imali, a defekt kosti zaostao je samo 2 puta kod teških povreda vatrenim oružjem.

Frakturu koli mandibule tretirali smo konzervativno, što znači, da smo veći fragment doveli u stanje okluzije i tako izvršili intermaksilarnu imobilizaciju. Poslije skidanja imobilizacijskih naprava uvijek smo dosad našli zadovoljavajuće stanje. Naknadno ortodonsko tretiranje moralo se primijeniti samo jedanput.

Kod fraktura mandibule u ranoj dječjoj dobi uvijek smo prvo mislili na intermaksilarnu imobilizaciju pa smo, ako ona iz tehničkih razloga nije mogla doći u obzir, primjenjivali monomaksilarnu i to primjenom pokrovne akrilatne udlage sa plastičnom masom. Ovu smo udlagu fiksirali cirkumferentno žicom oko mandibule najmanje na tri mjesta.

Inače, naš je stav bio, da se od imobilizacijskih naprava primjenjuju one, koje su najjednostavnije i za bolesnika najmanje tegobne.

Ako se to moglo postići s univerzalnim šinjama, mi smo primjenjivali njih. Ako je bilo dovoljno pogodnih zuba za njihovu fiksaciju, mi smo upotrebljavali *Hauptmaje* sa širokim trnovima, jer druge tada nismo imali ili smo stavljali *Winter*ove šinje. Kad to nije bilo slučaj, primjenjivali smo, prema potrebi, razne vrsti individualnih šinja, a najčešće lijevane metalne lukove. Tek u slučajevima kad ni to nije bilo moguće, primjenjivali smo raznovrsne masivne udlage od akrilata, koje smo za postojeće zube fiksirali žičanim ligaturama. Nekoliko smo puta masivne udlage učvrstili preko unaprijed pripremljenih krunica, odnosno mostova, koji su za njih bili vezani. Samo je dva puta bilo neophodno akrilatne masivne udlage vezati cirkumferentnim žičanim šavovima.

Kod transverzalnih fraktura maksile, ako je reponirana maksila mogla biti u zadovoljavajućem položaju čvrsto oslonjena na svoju podlogu, rutinski smo primjenjivali suspenzijsku imobilizaciju žicom na najbližu kranijalno lokaliziranu strukturu na skeletu lubanje i intermaksilarnu imobilizaciju. Za pričvršćivanje suspenzije u prvom je redu došao u obzir zigomatični luk. Ako je zigomatični luk bio obuhvaćen frakturom, maksilu smo fiksirali za procesus zigomatikus frontalne kosti. Nekad smo s jedne strane vezali žicom oko zigomatičnog luka, a s druge strane smo morali ići kranijalnije i vezati je kroz procesus zigomatikus frontalne kosti. Samo smo u dva slučaja bili primorani fiksirati maksilu ekstraoralno za sadrenu kapu. To je bilo onda, kad je skelet lubanje bio toliko povrijeđen traumom, da se nije mogla za suspenziju izabrati intaktna koštana struktura na spomenutim lokalizacijama. U riksaciji žicom nikad nismo išli dalje od fiksiranja za procesus zigomatikus frontalne kosti.

U dva slučaja, kad je bilo u pitanju fiksiranje protetske naprave za maksilu, odabrali smo suspenziju žicom za predio aperture piriformis.

Kod frakture maksile, gdje je još bio dovoljno očuvan kontinuitet ove kosti sa skeletom lubanje, odnosno gdje je još na intaktnom dijelu maksile bilo očuvano dovoljno zuba za fiksaciju šinje, ta je fiksacija vršena poslije repozicije intermaksilarnom imobilizacijom.

Osteosintezu smo primjenjivali također u nekoliko slučajeva i to kod fraktura mandibule, kad konzervativne metode odnosno metode sa primjenom masivnih udlaga zbog bezubosti fragmenata i nepogodnih frakturiranih ravnina nisu mogle biti primijenjene.

Kod kompleksnih fraktura, koje su uz druge kosti obuhvatile i zigomatičnu, u nekoliko smo slučajeva, uz suspenziju maksile osteosintezom, fragment zigomatične kosti vezali za procesus zigomatikus frontalne kosti. U jednom

smo slučaju otvorene frakture zigomatične kosti, poslije obrade rane i repozicije, ovu kost osteosintezom vezali za frontalnu kost i maksilu.

Pri operativnoj obradi spoljnih rana držali smo se principa da uvijek treba izvršiti reviziju rane, naročito njenih džepova te da eksciziju treba ograničiti na odstranjivanje samo mortificiranog i za život nesposobnog tkiva, tj. tkiva, koje nema izgleda da se održi i da treba ekonomično izravnati rubove i osvježiti površinu rane, štedeći uvijek meko tkivo lica. Dalje, da ranu treba tretirati što je moguće ranije, a najkasnije, kako je već rečeno, u roku od 48 sati. Osim toga, pri obradi rane držali smo se principa, da ranu treba šiti u slojevima, a da se rana ne smije pod svaku cijenu ušiti, kad nema dovoljno tkiva. Bolje je ići na primarnu plastiku defekta mekih tkiva, ako to dopuštaju uvjeti, ili, ako to nije moguće, učiniti mukodermalni šav, nego bezobzirno prekomjernom tenzijom rubove rane privlačiti, jer takva manipulacija dovodi do deformacije lica i često do dehiscencije šavova.

Duboke rane, a bezuvjetno one koje dopiru do kosti, uvijek smo drenirali. Ozbiljnije, a naročito teške povrede, tretirali smo pod zaštitom antibiotika, koje smo ordinirali prema težini povrede, smanjujući im postepeno doze, dok se nisu pojavili znakovi stabilizacije.

Trudili smo se da uvijek odstranimo korpura alijena, ukoliko su pogodna za podržavanje gnojnih procesa, npr. krpe, dijelovi čahura od lovačkih naboja, filc, papir ili drugo. Kad je bio u pitanju metal, izvadili smo ga, ako ta manipulacija nije predstavljala neku posebnu operativnu proceduru, ili ako bi to strano tijelo izazivalo neke smetnje u funkciji.

Bilo je slučajeva, kad su se korpura alijena u toku prvih dana liječenja povrede približila površini, u još nezacijeljenoj rani pa smo ih onda odstranili. Inače sve bolesnike sa zaostalim stranim tijelima kontroliramo, a do sada se nije desio niti jedan slučaj, da bismo morali zbog nekih smetnja poslije zaraštanja rane, naknadnom operacijom odstraniti strano tijelo.

Kod svakog tretiranog bolesnika, u smislu prevencije tetanusa, dana su potrebna preventivna sredstva.

Komplikacije u odnosu na postoperativno krvarenje nismo imali, ali se u prvih dan-dva, u nekoliko slučajeva pojavio hematoma, koji smo uvijek evakuirali. Nismo imali niti akutne gnojne infekcije u punom smislu poslije obrade povreda, mada su se kod nekoliko zaprljanih rana pojavili znakovi infekcije, koju smo već ranije postavljenom drenažom, ili naknadno, na pogodno mjesto stavljenim drenom te pojačanom antibiotskom terapijom, lako mogli svladati.

Iako smo imali nekoliko vrlo teških povreda sa kompleksnim frakturama kosti lica, pneumonije kao komplikacije kod naših bolesnika nije bilo. Među komplikacije možemo uvrstiti jedan slučaj opstrukcije nazolakrimalnog kanala, sa gnojnim dakriocistitisom, koji je najprije tretiran u smislu borbe protiv akutne gnojne infekcije. Nekoliko mjeseci nakon nestanka znakova akutne gnojne infekcije izvršena je dakriocistorinostomija, poslije čega su se sve smetnje izazvane zastojem u suznom kanalu izgubile.

U dva slučaja teške traume vatrenim oružjem s velikim otvorenim ranama na licu, imali smo i teško oštećenje Stenonovog izvodnog kanala. U jednom od tih dvaju slučajeva pljuvačka je istjecala na kožu obraza, a u drugom se nakupljala između mekih tkiva u obrazu, tako da je prijetila opasnost,

da nekoliko dana poslije obrade rane probije prema van. Održavanjem higijene usne šupljine i prolaznosti Stenonovog kanala kao i evolucijom procesa zaraštavanja, u prvom slučaju pljuvačka je sve manje istjecala prema van, dok se na koži poslije nekoliko dana nije sasvim izgubila. U drugom smo slučaju bili primorani, da na mjesto nakupljanja pljuvačke stavimo prema usnoj šupljini drenčić na vrijeme od dva tjedna, čime smo istjecanje pljuvačke usmjerili prema usnoj šupljini. Na taj se način stvorio na tom mjestu novi otvor, koji nije bio štetan.

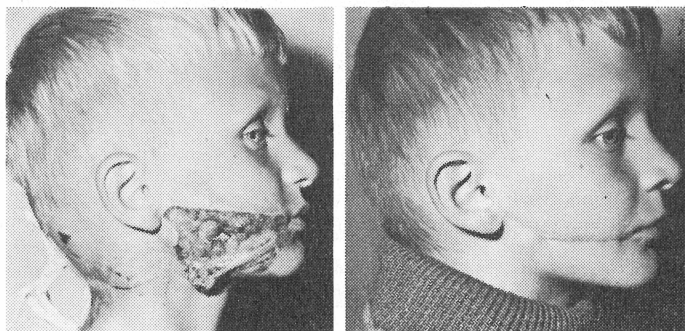
Kod teških povreda ovog područja, kojih smo imali, kako se iz statistike vidi 26, u tri slučaja bilo je neophodno izvršiti traheotomiju iz vitalne indikacije tj. zbog akutne respiratorne insuficijencije. U druga tri slučaja traheotomija je izvršena preventivno, jer je postojala mogućnost da se naknadno stvori postraumatski, odnosno postoperativni otok, koji bi mogao opstruirati respiratorne putove.

Na kraju treba spomenuti, da je poslije skidanja imobilizacijskih naprava, svim povrijeđenima naknadno izvršena sanacija zubi i ukoliko je to bilo potrebno, izvršena je protetska obrada.

NAŠI SLUČAJEVI

Iz naše kazuistike, koja se odnosi na ranije izlaganje prikazujemo slijedeće slučajeve:

1. Bolesnika Z. B, 10. god. starog, ugrizao je pas, izazvavši razderotine desnoga obraza. Rana je zahvaćala donju trećinu lica, izuzev usta i brade, a sezala je u dubinu do parotisa (sl. 1).



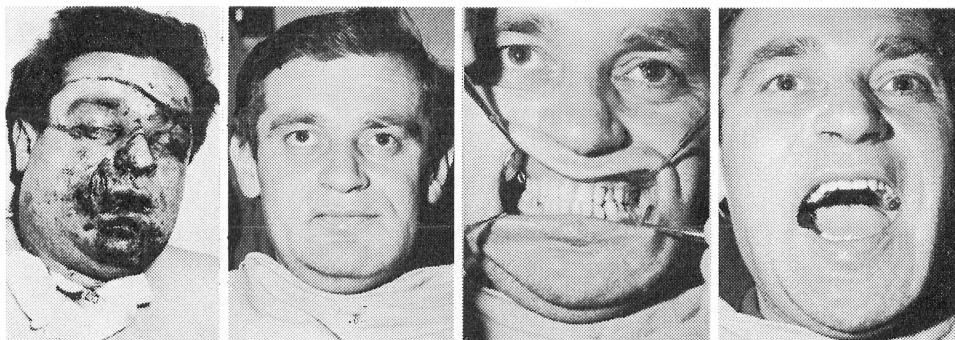
Sl. 1. Bolesnik 10 god. star, ugrizen od psa. Rana u formi razderotine zahvaća donju trećinu lica desno i proteže se od uha do gotovo kuta usta, a u dubinu do parotisa i mišićnog sloja. — Sl. 2. Bolesnik godinu dana poslije obrade.

Stenonov kanal dijelom je vidljiv neposredno na površini rane. Srećom uočavano je još dosta kože tako, da se štedljivom ekscizijom i dobrom mobilizacijom ranjava površina mogla sasvim i bez pojačane tenzije prekriti. Na slici br. 2 koja pokazuje bolesnika 8 mjeseci poslije obrade, vidi se jako

izraženi ožiljak. Mimička muskulatura normalno funkcionira, a lice nema deformantni izgled. Naknadno dolazi iz estetskih razloga u obzir ekscizija ožiljka. Sekrecija pljuvačke iz parotisa je normalna.

2. Bolesnik V. S, 29. god. star, stradao u saobraćanoj nezgodi, dovezen je bez svijesti u stanju cerebralne kome (sl. 3).

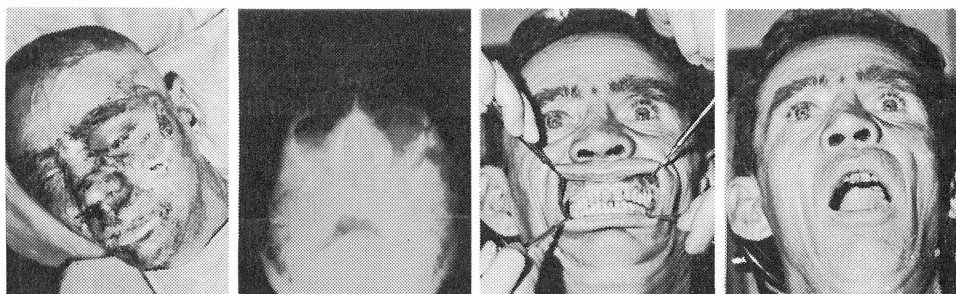
Lice je bilo deformirano, obliveno krvlju, a u predjelu lica i brade bilo je nekoliko lacerokontuznih rana, koje su većinom išle kroz sve slojeve. Na dnu nagnječenih rana na bradi vide se mali koštani fragmenti mandibule. Utvrđen je veći broj frakturiranih i luksiranih zuba pretežno na desnoj strani obje čeljusti, od kojih su pojedini slobodno plivali u krvavosluzavom sadržaju usne šupljine. Bio je izražen i divergentni strabizam desnog oka. Pri disanju je bolesnik krkljao i pokazivao znakove akutne respiratorne insuficijencije te je radi toga odmah izvršena traheotomija i preko traheostome toaleta traheobronhalnog stabla. Izvršena je hemostaza i utvrđeno subarahnoidno krvarenje (likvor je bio krvav).



Sl. 3. Slučaj teške prometne povrede maksilofacijalne regije kombinirane sa kraniocerebralnom i kominutivnom frakturom korpusa i frakturom vrata mandibule desno, kao i frakturom alveolarnog nastavka maksile i mnogobrojnim prijelomima zuba. Na slici se vidi jača razderotina u predjelu desnog kuta usta i više manjih rana kao i obostrani krvni podliv u predjelu orbite, naročito lijevo. — Sl. 4. Godinu dana poslije primarne specijalističke obrade. Estetski izgled potpuno zadovoljava. — Sl. 5 i 6. Bolesnik s otvorenim ustima i pri zagrizu poslije definitivne protetske obrade. Sve funkcije ove regije su uredne.

Rendgenske snimke su pokazivale kominutivnu frakturu mandibule u frontalnom predjelu te prijelom vrata mandibule s desne strane. Trećeg dana po prijemu na Odjel, a po stabilizaciji općeg stanja, izvršena je obrada povreda maksilofacijalnog područja. U postoperativnom toku opće stanje se popravilo, a lokalno su rane zarasle per primam. U daljnjem toku, stanje je sanacije teklo u granicama normale. Bolesnik se sada nalazi u stanju poslije definitivne protetske obrade (sl. 4, 5 i 6), i nema nikakovih smetnja, a sve su mu funkcije u tom predjelu normalne.

3. Bolesnik M. N, 42. god. star, dopremljen je na Odjel u vrlo teškom stanju, povrijeđen oštricom i tupim dijelom sjekire. Na licu se je moglo naći nekoliko rana, što posjekotina, a što razderotina, veličine najviše do 7 cm, razne dubine, od kojih je jedna išla kroz sve slojeve gornje usne, a ostale većim dijelom sve do kosti svoje lokalizacije (sl. 7). Skelet srednje trećine lica sav je u fragmentima (sl. 8). Na rendgenskim snimkama vide se fraktura maksile obostrano, zigomatične kosti i luka, također obostrano, kao i fraktura nazalnih kosti. Osim toga postojala je fraktura vrata mandibule i procesusa muskularisa mandibule, lijevo. Zbog opasnosti od respiratornih smetnja nakon operativnog zahvata, prvo je učinjena traheotomija.



Sl. 7. Bolesnik povrijeđen oštricom i tupim dijelom sjekire sa nekoliko posjekotina i razderotinama dužine do 7 cm i kompleksnom frakturom kosti lica. — Sl. 8. Rendgenska snimka pokazuje kompleksnu frakturu u predjelu srednje trećine lica (maksile obostrano, zigomatične kosti i luka obostrano, nazalnih kosti). Frakture vrata i mišićnog nastavka mandibule lijevo se na ovoj snimci ne vide. — Sl. 9. i 10. Nakon godine dana. Estetski izgled u potpunosti zadovoljava. Sve funkcije ove regije u granicama normale.

Poslije obrade rane tkiva sa drenažom, revizije maksilarnog sinusa lijevo i repozicije fragmenata, izvršena je suspenzija maksile obostrano i to desno za arkus zigomatikus, a lijevo za procesus zigomatikus frontalne kosti. Isto tako izvršena je osteosinteza fragmenata zigomatične kosti lijevo, međusobno i za frontalnu kost. Zatim je izvršena intermaksilarna imobilizacija. Otorinolaringolog je nosne kosti reponirao i fiksirao tamponadom.

Cijela se obrada vršila po principu »iznutra prema van«.

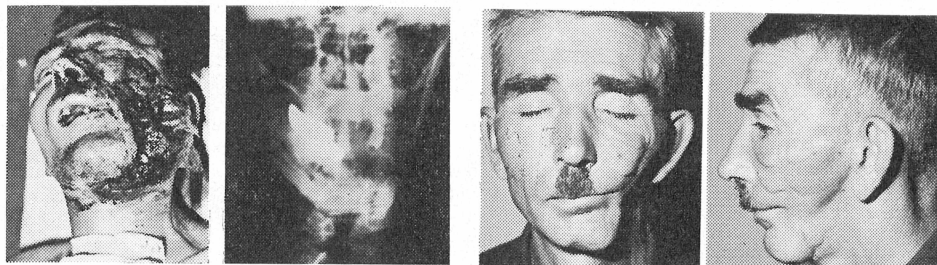
Nosna tamponada odstranjena je poslije 5 dana, a spoljne rane su nakon tjedan dana bez smetnji zarasle. Poslije 4 tjedna odstranjene su žice od suspenzije, kao i intermaksilarna imobilizacija. Slike bolesnika poslije godinu dana (sl. 9 i 10), pokazuju dobar zagrizač, normalno otvaranje usta, kao i dobar estetski izgled bolesnika. Inače bolesnik nema nikakvih smetnja.

4. Bolesnik R. I, 42. god. star, dopremljen je na naš odjel u teškom stanju, sa znakovima posttraumatskog šoka i s velikom ranom na lijevoj strani lica (sl. 11). Rana je zahvatila submandibularnu regiju lijevo i gotovo cijelu lijevu stranu lica osim oka, nosa i usana. Meka tkiva nejednako su destruirana

i to najviše koža pa onda sloj muskulature, a sluznica usne šupljine nedostaje za veličinu kokošjeg jajeta. Rana je pokrivena mortificiranom masom i zaprljana je, rubovi rane su subminirani te postoje mnogi džepovi u raznim smjerovima. Ranom, koja je razderana, zahvaćeno je i meko nepce. Pojedini dijelovi mekog tkiva visjeli su i bili djelomično ili sasvim nekrotični. Parotis kao i Stenonov kanal također su bili zahvaćeni ranom. Pojedine grane nervusa facijalisa u srednjoj i donjoj trećini lica mogle su se naći u rani, ali nije bilo uvjeta da se prate.

Osim dvaju velikih fragmenata, tj. onog ascendentnog ramusa zahvaćene i onog sa zdrave strane, bilo je i nekoliko manjih, od kojih je najveći bio lijevo od mentuma, trouglastog oblika, što se uz defekt kosti mandibule, kao i uz nekoliko manjih metalnih projektila moglo vidjeti i na rendgenskoj snimci (sl. 12).

Nakon traheotomije i pošto je bolesnik izveden iz stanja šoka, izvršena je primarna specijalistička obrada rane, repozicija i imobilizacija velikog fragmenta sa zdrave strane, uz koje je osteosintezom fiksiran ranije spomenuti trouglasti koštani fragment mandibule.



Sl. 11. Bolesnik povrijeđen iz lovačke puške. Rana zahvaća lijevo submandibularnu regiju i cijeli obraz osim oka, nosa i usana, sa opsežno destruiranim mekim tkivom i komunikacijom u usnu šupljinu u veličini kokošjeg jajeta, sa defektom kosti korpusa mandibule i djelomično povrijeđenim mekim nepcom. — Sl. 12. Rendgenska snimka mjesec dana poslije primarne specijalističke obrade. Vidi se defekt korpusa mandibule lijevo, osteosinteza manjeg fragmenta, kosa ravnina sa nepovrijeđene strane i mnoštvo sitnih metalnih projektila. — Sl. 13 i 14. Godinu dana poslije povrede, a neposredno prije operacije osteoplastike mandibule. Funkcija nervusa facijalisa u gornjoj trećini lica normalna, u srednjoj oslabljena, a u donjoj ne postoji. Estetski izgled zadovoljava.

Direktno ušivanje usne sluznice prošlo je bez većih smetnja, ali se s mišićnim slojem moralo manipulirati, da bi se u srednjoj trećini lica uspjele potpuno nadoknaditi defekt ovoga sloja. S kožom je išlo još teže, ali se ipak koža mogla ušiti bez jače tenzije, osim na jednom mjestu veličine novčića, gdje je zaraštenje prepušteno per secundam.

Na tom mjestu, i to upravo u sredini obraza, pojavila se za nekoliko dana i pljuvačka, koja se poslije tjedan dana opet izgubila. Inače, postoperativni je tok bio normalan. Poslije odstranjenja intermaksilarne imobilizacije, bolesnik je na zdravu stranu dobio kosu ravninu, a sada je spreman za rekonstruktivne zahvate (sl. 13 i 14).

Sadržaj

Porast povreda u maksilofacijalnoj regiji uopće, kao i sve češća pojava teških povreda ovoga područja, mogu se notirati i u našoj kazuistici.

Kao što se to iz statistike vidi, tijekom naše dosadašnje djelatnosti, tj. u roku od posljednjih 15 mjeseci, bilo je 411 povreda, od čega 273 samo mekih tkiva lica, a 138 fraktura i to 128 zatvorenih i 10 otvorenih.

Kod maksilofacijalnih povreda kombiniranih s povredama na drugim lokalizacijama tijela, vršene su konzultacije sa odnosnim specijalistima i prema potrebi se primjenjivala timska obrada, a tretiranje se obavljalo prema redu hitnosti.

Vanjske rane, rane u usnoj šupljini, kao i raznovrsni prijelomi kosti facijalnog dijela glave tretirani su u zato određenom roku i po principu i tehnici opisanima u suvremenoj literaturi. Rane mekih tkiva dobro su zarašćivale, a kod svih dosad dovršenih tretmana frakture kosti lica došlo je u određenom roku i do konsolidacije i naknadne zadovoljavajuće funkcije odnosnih organa, osim u dva slučaja teških povreda vatrenim oružjem, s kontinuitetnim defektom kosti mandibule, koji su još u tretiranju.

U četiri su slučaja bili potrebni rekonstruktivni operativni zahvati, koji su već dijelom u toku, a kod svih povreda izvršena je, poslije skidanja imobilizacijskih naprava, prema potrebi, kompletna sanacija zuba, s punom definitivnom protetskom nadoknadom.

Summary

REVIEW OF THE TRAUMATOLOGIC CASES IN THE DEPARTMENT FOR MAXILLOFACIAL SURGERY, GENERAL HOSPITAL, OSIJEK RECORD FROM 1. AUGUST 1968

The general upward trend in injuries of the maxillofacia region in general, and the steadily growing number of serious injuries of this region has been noted in our casuistics too.

Statistics show that in the course of our activity in this newly established Department, i. e. within the last 15 months 411 injuries were registered. Of these 273 were of the soft tissue of the face alone and 138 were fractures. Hundred and twenty-eight fractures were of the closed type and 10 were compound fractures.

In maxillofacial injuries combined with injuries of other sites in the body consultations were undertaken with the responsible specialists and where necessary team-work was applied. Treatment was carried out according to the order of urgency.

External wounds, wounds in the oral cavity and various fractures of the bones of the facial part of the head were therefore treated urgently and following the principles and technique described in contemporary literature. The wounds of the soft tissue healed well and in all so far treated fractures of the facial bones consolidation occurred within the normal period. Subsequent satisfactory functions of the organs concerned was also achieved with the exception of two cases of very serious injuries inflicted by fire arms with continuous defect of the mandibular bone. These patients are undergoing special treatment.

In four cases reconstructive operative interventions were necessary. These patients are partly undergoing treatment. After removal of the immobilization devices in all of these injuries complete repair of the teeth was undertaken with full definitive prosthetic replacement.

Zusammenfassung

RÜCKSCHAU AUF DIE TRAUMATOLOGISCHE KASUISTIK DER ABTEILUNG FÜR MAXILLOFAZIALE CHIRURGIE DES ALLGEMEINEN KRANKENHAUSES IN OSIJEK, VON SEINER GRÜNDUNG AM 1. VIII 1968. BIS HEUTE

Die Zunahme von Verletzungen in der maxillofazialen Region und die immer grössere Zahl von Schwerverletzten dieses Gebietes, geht auch aus unserer Kasuistik hervor.

Im Laufe unserer Tätigkeit hatten wir 411 Verletzungen, darunter 273 nur der Gesichts-Weichteile und 138 Kieferbrüche, wovon 128 geschlossene und 10 offene.

Falls diese Verletzungen mit Traumen anderer Körperteile verbunden waren, wurden entsprechende Fachärzte zu Rate gezogen, und nach Bedarf die Behandlung als Teamarbeit durchgeführt.

Äussere Wunden, Wunden in der Mundhöhle, als auch verschiedene Knochenbrüche des fazialen Gebietes, wurden nach den herrschenden Prinzipien und Technik behandelt. Weichteilwunden heilten gut aus; sämtliche Kieferbrüche sind in der vorgesehenen Frist ausgeheilt, so dass die Funktion zufriedenstellend war.

In vier Fällen waren wiederherstellende operative Eingriffe notwendig. Bei allen wurde, nach der Abnahme der Schienen, je nach Bedarf, die prothetische Versorgung durchgeführt.