

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. FERENCZ JÓZSEF TUDOMANY-
EGYETEM FOGÁSZATI KLINIKÁJÁBÓL.

Vezető: HÖNCZ KÁLMÁN dr. egyetemi magántanár.

Az állsontok lövési sérüléseinek utókezelése.*

Irta: PÓSTA SÁNDOR dr. egyetemi tanársegéd.

Az állsontsérülések kezelésében két főidőszakot kell megkülönböztetnünk. Az első: a friss sérülés ellátása és ellenőrzése a sebészi értelemben vett gyógyulás időpontjáig; a második: a szövettanilag már gyógyultnak vehető állapot utókezelése.

Az állsontok lövési sérülései három tényező — a lágyszövetek, a csontok és a fogszor eredeti állapotának a megváltozását okozhatja. Valamely eszt elbírálásánál mind a háromra tekintettel kell lennünk, mert a lövési sérülések rendszerint valamennyire vonatkoznak.

Minden állsontsérülés utókezelése két okból lehet szükséges: *kozmetikai hiányosság* vagy *működésbeli zavar miatt*. A cél elérésére két út vezet: a műtét és a mechano-therapiás eljárás.

A lágyszövetek kezelése a *hegek* miatt szükséges. A látható hegek a helyzetük, lefutásuk, alakjuk miatt eltorzíthatják az arcot és ezért a kezelésük kozmetikai szükségesség; a szájban ülő hegek főként a merev és túlrövid buccogingivális redők képzése miatt elsősorban működésbeli zavart okoznak. (Heges szájszár, műpótlást akadályoznak stb.)

A felső arczfélen látható gyakori hegforma az, a mely a

* Előadatott az E. M.-E. orvostudományi szakosztályának 1915. december 4-én tartott ülésén.

suleus nasolabialisban ül és a felső ajkat fölfelé huzza; az alsó arczfélen leginkább műtétek torzító nyomait látjuk.

Az arcz hegeit sebészi úton oldjuk meg. És pedig mindig az eset szerint. Főszabály, hogy a hegkiirtás nyomán keletkezett hiányt oly lebennyel pótoljuk, a melyet addig készítünk ki, a míg a *legkisebb feszülés* nélkül adoptálható, másodsor szigorúan ragaszzkodnunk kell a *bőr természetes ránczaihoz*.

A szájbán ülő hegeket átvágjuk és módszeresen tamponáljuk. A felső állsont csontos részeinek a változásai a nyulványokra vonatkoznak. A járomesont-nyulvány hiánya heges szájiüri összenövésekkel jár és a megfelelő arczfél besüpped. Megoldása plastica zsirátültetéssel vagy paraffintöltéssel.

A fogmeder-nyulvány hiánya rágási, beszédzavarral és az arcz torzulásával okoz működésbeli és kozmetikai hiányt.

Lemezes műpótlást alkalmazunk lehetőleg celluloidból, mert könnyű vele sokat pótolni, fogakkal látjuk el. A megerősítésre az egész meglevő szájpádot és a meglevő fogakat használjuk.

Gyakori alak a szájpádhány. Ennél a sérülés első szakában sohasem szabad fogászi obturátort alkalmazni, mert ezzel a sarjadzásos gyógyulást, illetve a nyílás kisebbedését akadályozzuk. Jodoformgazeval tamponáljuk és igyekezni kell arra, hogy a nyílást konzervatíve annyira kisebbsítsük, hogy plastikus úton elzárható legyen. Ha az állapot rögzültnek vehető, akkor lemezzel zárjuk el a nyílást.

A csontos részek elváltozásai az alsó állsonton az állizületekben és kisebb-nagyobb hiánnyal zárult alakokban jelentkeznek. Velük majd minden esetben a lágyrészek kisebb-nagyobbfokú változása is jár, valamint a fogív rendellenes állapota.

Az utókezelés főoka minden esetben a funkcionális zavar. Az állizületek a néhány angulustáji pseudoarthrosis kivételével lehetetlenné teszik a jó rágást, kiterjedtebb esonthisány pedig teljesen kizárja a rágásképeséget.

Nagyobb kiterjedésű esonthisányoknál az azonos arczfél besüpped s kozmetikai fogyatékoság is keletkezik.

Az állizületek végleges megoldása: a műtét. Némely

skola, különösen Németországban híve az áthidalásnak, illetve jó elhelyezésű erős fogakra szolid hidat alkalmaz s ezzel a rendellenes mozgékonyt felfüggeszti. De ez csak a híd tartósságától függ.

Műtétileg felszabadítjuk a törvégeket, fölfrissítjük és a csonthátyát összevarrjuk, ha szükséges plasztikus úton meghosszabbítjuk. Az intraoralis nyálkahártyát szintén felfrissítjük, ha rajta regeneratívus elváltozásokat találunk és a száj felől tamponáljuk a műtési területet. Az intraoralis seb 10 nap alatt sajkaformán zárul, 3—4 hét múlva észlelhetjük az állizület megszűntét.

A csonthiány vagy úgy jelentkezik, hogy a törvégek egyesültek, vagy úgy, hogy a csonthiányt lágyrészek hidalják át.

Az utóbbi esetben a hiány pótlása szükséges. Az eddig alkalmazott műpótlások, ha mindjárt a legtökéletesebb technikával is készülnek, csak időleges értékűek, mert nélkülök a beteg sohasem képes rendszeren táplálkozni, még abban az esetben sem, ha elegendő foga van.

A csontátültetés az a mód, a mellyel a mandibulát rekonstruálhatjuk.

Ehhez teljesen ép lágyrészek szükségesek és a meglevő állcsont rész lehetleg rendes helyzete, valamint a műtett állcsont megbízható rögzítése.

A lágyrészeket részben massageal, hőlégkezeléssel, valamint fokozatosan megnagyobbított guttapercha alátétekkel, vagy műtéttel hozzuk a kívánt állapotba.

A csontos részeket ezíttudatosan megválasztott és alkalmazott erők hatásainak tesszük ki, a melyek részint a kívánt helyzetet fokozatosan kierőszakolják, részint az elért állapotot állandósítják.

A készülékek vagy a test fővonala felé ható, vagy attól kifelé ható erők alapján működnek.

A megerősítésük vagy a csonton magán, vagy a rendelkezésre álló fogakon történik.

A csonton való rögzítésre részben a corticális, részben a spongiosa szolgál. A gyakorlatban a corticálison alkalmazott rögzítés (csavarok, drótvarrat stb.) nem vált be (arrosiók, necro-

sisok), a spongiosa jobban tűri a fixálást, de hacsak lehet, mindig a fogakat használjuk fel.

A leggyakrabban alkalmazott ható erő a *ferde sík*, a melynek támadópontja a felső fogsor külső oldalán van. Minél nagyobb felületet foglalnak el az egymás mellé elhelyezett támadópontok és minél szilárdabb az összeköttetés a sík és a mozgó állesorész között, annál tökéletesebb az erőhatás. Mint-hogy bizonyos határon túl (2—3 fog) a síkot nagyobbítani nem lehet, a főtörekvés a minél szilárdabb rögzítés a mozgó részekben.

Az összes demonstrált módszerek közül a legjobban bevált a csavaros gyűrűkkel együtt készített interdentális öntött fémsín, a melyre 2—3 cm. magas, 2—3 cm. széles fémlemez erősíttetik, lehetőleg oly kivitelben, hogy a támadó erők a fogmedernyulványra és ne csupán a fogkoronákra hassanak. A csavaros gyűrűk rendkívül erősen biztosítják a rögzítő sínt minden mozgás ellen.

A szánkasín (*gleitschiene*) egy változata a ferdesíknak, a melynél a kis felületű fémlemez a felső fogsorhoz rögzített előre, vagy hátrafelé nyitott hüvelyben mozog s így a szükség szerint a mandibula előre, vagy hátrafelé való kilengését gátolja meg.

Jó szolgálatokat tehet a *mozgatható szánkasín*, a melynél a fémsík fokozatos előre- vagy hátraacsusztatásával kényszeríthetjük a kitért helyzetű állesorészt a kívánt helyzetbe.

Alkalmazunk még expanzívus erőt a törvégek széttolására rugós drót vagy folytonos csavarok formájában.

Ha a lágyrészek és törvégek szükséges állapota létrejött, következik a csontihiány pótlása, melyet czélszerűen a GADÁNY—ERTL-féle csontátültetéssel lehet elérni. Ha az egyik törvég nem bír foggal, akkor a transplantatum rögzítésére a GADÁNY-féle pelottás szánkasínt lehet alkalmazni.

A szilárdan egyesült defektusos állesorészt, ha kis kiterjedésű a hiány, a SUERSEN-féle hykori fácska, a JAKSON—HERBST-féle csavaros módszerrel, vagy a LANDGRAF-féle kereszt-sínkötéssel tereljük szét; ha nagyobb hiány mellett történt az egyesülés, akkor műtéti úton mobilissá tesszük az állesorészt és a defektust csontátültetéssel pótoljuk.

A fogívben létrejött változásokat az odontoorthopedia szabályai szerint kezeljük, vagy művi pótlással javítjuk. A törésvonalak elhelyeződése szerint különbözök a fogív eltérései és mindig a fogmedernyulvány változott helyzetétől feltételezettek.

Leggyakrabban a fogíven belől való kitéréseket és sülyedéseket látunk.

Az alkalmazott készülékek vagy extraoralisak, vagy intraoralisak.

Az extraoralis extenzióval a túlerősen befelé rögzült felső állsonti fogmedernyulványt húzhatjuk kifelé. A tölem módosított extenziónál a kivitel egyszerűsége mellett a beteg az alsó állsontját szabadon mozgathatja.

A befelé tért rágófogakat a WOLPE—SCHÄFFER-féle készülékkel igazíthatjuk a helyükre. Ennél a mozdítandó fogsorrész a szájból kinyuló karral köttetik össze.

Az intraoralis készülékek közül az expansiós és a többi említett kifelé ható erőkon kívül szerepel főként az intermaxilláris kötés. Ennél a ható erőt a gummi szolgáltatja, a melyet czélszerűen a két fogsorra erősített drótíveken feszítünk ki. Sülyedt és eltolódott fogmederrészeket hozhatunk ezzel a kívánt helyzetbe. Bizonyos esetekben szép eredményt biztosít ez a készülék, de hátránya az, hogy az erők pontos elosztását nem engedi meg, a mennyiben a fogsorhoz erősített drótív miatt oly területekre is hat az erő, a hol arra szükség nincs s e miatt elhatároltabb mozgások keresztülvitelére nem alkalmas. Az a körülmény, hogy az állsontok között feszül meg a gummi, a legtöbb esetben szükségtelenül terheli meg mindkét fogsort, túlságosan megnehezíti a beteg táplálkozását. Az általam szerkesztett *keretsínnel* a szükséges mozgások pontos adagolása és az erők teljesen körülírt elhelyezése lehetséges s a mennyiben az eljárás lényege, hogy a másik fogsortól függetlenül csak a helyesbítendő fogsoron kell az erőt alkalmazni, lényeges megkönnyebbülést jelent a beteg részére, mert a száját teljesen szabadon mozgathatja. Az alkalmazott gummihuzás állandó értékű, mert nem függ a száj-nyitás és -csukás által előálló erőkülönbségektől. A helyesbítendő fogsorra drótívet rögzítünk, a melyet a sülyedt fogmederrésznek megfelelő helyen

keretalakúan meggörbítünk. A súlyedt fogmederhez tartozó fogak nyakára külön tövisekkel ellátott kis drótívet erősítünk és ezt a nagy drótív felemelt részével: a kerettel gummival összekötjük. Az eredmény már néhány nap múlva megvan s e mellett a betegek a legkisebb fájdalmat sem érzik.

A sérülések utókezelésének gyakori súlyossága és hosszadalmas volta igen sok esetben indokolt az első időszakban alkalmazott kezelés rovására.