

Odmevi

»POSEBNOSTI ZLOMOV OBRAZNEGA SKELETA PRI STAROSTNIKI« – ODGOVOR NA AVTORJEV KOMENTAR

Aleš Vesnaver

Spoštovano uredništvo!

Ob branju odgovora na svoj komentar članka »Posebnosti zlomov obraznega skeleta pri starostnikih« se nisem mogel znebiti vtisa avtorjeve prizadetosti. Menim, da to ni na mestu. Omenjeni članek je bil pač preglednega značaja, kar še posebej poudarja avtor sam. Pregleden članek naj bi vseboval smernice o sodobni diagnostiki in oskrbi zlomov obraznega skeleta pri starostnikih. In ker je bilo v članku, vsaj po mojem mnenju, precej pomanjkljivosti, sem se pač odločil napisati komentar. V tuji strokovni literaturi niso takšni komentari nobena posebnost ali redkost in so prisotni skoraj v vsaki številki, včasih celo hkrati s samim člankom. V Sloveniji je to, vsaj zaenkrat, precej nenavadno.

V odgovoru avtor torej trdi, da so računalniško tomografske (CT) preiskave izredno drage, ob tem pa navede ceno 122,40 do 244,80 EUR. Nadalje naj bi pacienta hudo obremenile z rentgenskimi žarki. Še enkrat ponavljam, da je edino s CT možno povsem natančno ugotoviti, kaj in kako je polomljeno na maksili, ali pa npr. na tankih stenah orbite, saj da klasična rtg preiskava le nejasne obrise. Tako je nekoliko večja obremenitev z rtg žarki pri CT povsem upravičena. Nenatančnost klasičnega rentgena v primerjavi s CT sem tudi nazorno prikazal na primeru bolnika v svojem prispevku. Same cene priskave pa niti ne bi komentiral.

Nadalje avtor ugotavlja, da še »ni imel primera preloma očesnega dna pri zlomu ličnega mostiča, ki pa ga komentator očitno ne prišteva k ličnici.« Seveda ga ne, saj se zlomi ličnic oz. pravilneje, zlomi zigomatomaksilarnega kompleksa obravnavajo posebej, izolirani zlomi ličnega mostiča pa posebej, vsaj v meni znanih klasifikacijah. Nato nekako v zraku visita stavka: »Pri poškodbah ličnice so bistvene funkcionalne in estetske motnje. V teh primerih je potrebno narediti še CT preiskavo.« Ni mi povsem jasno, kaj je hotel avtor s tema stavkoma povedati in v katerih primerih zlomov ličnic je potreben CT. Pri takšnih izjavah je treba biti nekoliko bolj natančen.

Zlomi atrofičnih mandibul so že po svoji definiciji tvegani, saj se atrofična kostnina slabše celi. Zato je priporočeno, da se jih oskrbi z daljšimi in debelejšimi ploščami in bikortikalnimi vijaki, po t.i. načelu osteosinteze »load bearing«. Pri ozobljeni in pri neatrofirani brez zobi mandibuli pa lahko zlom oskrbimo z mini ploščami in monokortikalnimi vijaki po načelih osteosinteze »load sharing«, ki jih je prvi opisal Champy. Pri uporabi daljših plošč je včasih pač treba narediti ekstraoralni pristop do kosti, saj transoralni pristop v teh primerih ni dovolj pregleden. Oskrba dvojnega zloma atrofične mandibule z dvema kratkima mini ploščicama in monokortikalnimi vijaki je zaradi svoje nestabilno-

sti vsekakor kontraindicirana – po vseh meni znanih načelih in šolah, a tudi po enostavni kmečki logiki. Tudi razpravljanje o obsežnih vrtnah v atrofično mandibulo pri večjih ploščah žal nima podlage, saj imajo pri mini ploščicah vijaki premer 2,0 mm, pri večjih ploščah pa 2,4 mm. Res ne razumem, zakaj naj bi 0,4 mm pomembno razliko.

Avtor ob tem kategorično odklanja tako bikoronarni pristop do zgornje tretjine obraznega skeleta kot tudi ekstraoralni pristop do mandibule. Zaradi svoje obsežnosti naj bi bila neprimerna za starostnike. Seveda skušamo tudi na naši ustanovi oskrbeti zlome z manjšimi rezi. Če pa to ne gre, je pač treba narediti večji pristop. In če samo pomislimo, koliko starostnikom kirurško odpremo prsni koš, trebuh ali ude, potem takoj sprevidimo, da sta oba pristopa pravzaprav majhna, v vajenih rokah pa tudi hitra in varna, z minimalno izgubo krvi.

Tudi trditev, da je »operativno zdravljenje zlomov sklepnega odrastka pri starostnikih priporočljivo izključno pri zapletenih zlomih in dislokacijah,« je pravzaprav nenatančna in brez podlage. Kakšnih zapletenih zlomih in kolikšnih dislokacijah? In kje najdemo podatek iz literature, da zlome sklepnega odrastka kirurško zdravimo le v 5-8 %? Nasprotno, menim, da je operacija zlomljenega in dislociranega kondila pri starostnikih indicirana še prej kot pri mlajših, saj pri neozobljeni čeljusti le na ta način uspemo ohraniti višino ramusa. Izmed vseh pacientov, operiranih zaradi zlomov sklepnega odrastka na našem oddelku, jih je bilo okoli 5 % starejših od 60 let, večjih zapletov pa pri njih nismo imeli.

Slinsko fistulo kot zaplet transparotidnega pristopa do zloma sklepnega odrastka mandibule sem opisal v svojem prispevku v ZV, ki ga citira tudi avtor sam. Takrat je bila incidenca pooperativnih slinskih fistul okoli 14 %. V članku opisujem tudi druge zaplete: zlom mini ploščic, prehodno anestezijo uhlja, krvavitev in razvoj hematoma. Vendar so bili to rezultati prvih 36 operacij. Sedaj, po petletnih izkušnjah in več kot 100 operiranih bolnikih pa se je incidenca slinskih fistul močno zmanjšala, ker vedno tesno zašijemo parotidno kapsulo, tako da je slinskih fistul manj kot 5 %, pa še te vse izzvenijo v največ 2 tednih. Trditev, da to prikrivam, ne zdrži resnejše presoje in kaže na to, da avtor citiranih člankov ni prebral natančno.

Za zaključek pa bi rad še pokomentiral vprašanje, kateri strokovni zbor je odločil, da v Sloveniji le na KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo v KC Ljubljana in na ORL v SB Maribor dobro oskrbujemo težke poškodbe obraza. KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo je za področje obraznih poškodb referenčna ustanova v Republiki Sloveniji, zato vedno dobro pretehtamo, preden kakšno trditev zapišemo v javnosti. Zgornja trditev je posledica rezultatov in števila oskrbljenih bolnikov na posameznih ustanovah. Svoj komentar sem pred objavo pokazal vsem članom strokovnega kolegija KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo in so se z njim v celoti strinjali vsi.

Ker pa se mi zdi to dopisovanje nekoliko brezplodno, predlagam, da se članek »Posebnosti zlomov obraznega skeleta pri starostnikih« in komentar nanj prevedeta in da se prevoda anonimno pošlje v oceno na

več ustanov v tujini, ki se intenzivno ukvarjajo z oskrbo obraznega skeleta.

Literatura

1. Ellis EE, Zide MF. Surgical approaches to the facial skeleton. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995: 1-223.
2. Hammer B. Orbital fractures - diagnosis, operative treatment, secondary corrections. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 1995, 1-100.
3. Marciani RD. Maxillofacial injuries in the elderly. In: Fonseca RJ, ed. Oral and Maxillofacial Surgery - Trauma. Philadelphia: Saunders, 2000: 442-61.
4. Rohrich RJ. Advances in craniofacial management. Clin Plast Surg 1992; 19: 1-317.
5. Rowe NL, Williams JLL. Fractures of the zygomatic complex and orbit. In: Williams JL, ed. Rowe and Williams' maxillofacial injuries. London: Churchill Livingstone, 1994: 475-590.
6. Vesnaver A, Kansky A, Eberlinc A, Gorjanc M, Dovšak D. Kirurško zdravljenje zlomov sklepnega odrastka mandibule s transparotidnim facelift pristopom - uvedba nove metode zdravljenja. Zdrav Vestn 2004; 73: 569-75.
7. Žerdoner D. Posebnosti zlomov obraznega skeleta pri starostnikih. Zdrav Vestn 2006; 75: 575-79.
8. Vesnaver A. Komentar na članek: »Posebnosti zlomov obraznega skeleta pri starostnikih.« Zdrav Vestn 2006; 75: 739-43.
9. Žerdoner D. Odgovor na komentar na članek: »Posebnosti zlomov obraznega skeleta pri starostnikih.« Zdrav Vestn 2007; 76: 127-9.

Pripis uredništva:

Ocenjujemo, da je s tem argumentiranje med kolegom Žerdonerjem in Vesnaverjem vsebinsko izčrpano in ga končujemo.

Osebnosti

PRESEDNIK REPUBLIKE ODLIKOVAL PROF. DR. ANTONA DOLENCA

Predsednik republike dr. Janez Drnovšek je 21. februarja 2007 na posebni slovesnosti v gradu Brdo pri Kranju podelil več odlikovanj.

Med drugim je z zlatim redom za zasluge odlikoval tudi prof. dr. Antona Dolenca, dr. med., za raziskovalno delo v sodni medicini in patologiji, za strokovno delo na področju medicinske etike in deontologije, za uspehe pri stanovskem, družbenem in mednarodnem uveljavljanju slovenskega zdravništva, za učinkovito organizacijo njihovega kulturnega delovanja in za njegovo umetniško snovanje in priznane slikarske upodobitve.

Spomnimo, da je prof. dr. Anton Dolenc vodil Slovensko zdravniško društvo v letih 1967 do 1976 in 1992 do 1996. Vsi, ki smo kakorkoli sodelovali z njim, ne bomo nikoli pozabili njegovih izrednih organizatorskih sposobnosti, prodornosti, celo vehementnosti, vztrajnosti v boju za vrnitev naziva dr. med. in dr. stom. Vedno se je zavzemal za ustrezno mesto zdravnika in zdravništva v slovenski družbi, ne glede na to, ali je bil razumljen oz. sprejet dobronamerno ali ne.

Iskrene čestitke!

Nove knjige

PRIKAZ

Gerontologija in geriatrija

Bojan Accetto: *Med zdravniki in bolniki*. 40 let od ustanovitve Inštituta za gerontologijo in geriatrijo. Urednik: prof. dr. Jože Ramovš. Pregled besedila: Ivan Mohar. Oprema: Simona Hvalič-Touzery in Ksenija Ramovš. Izdal in založil: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Ljubljana 2006. - 88 strani, več dokumentarnih fotografij.

Na začetku navaja publikacija podelitev državnega odlikovanja z zlatim redom za zasluge - za življenjsko delo na področjih slovenske gerontologije, medicinske geriatrije in interdisciplinarnih socialnih gerontologij prof. dr. Bojanu Accetto po predsedniku Republike Slovenije dr. Janezu Drnovšku dne 25. oktobra 2006 ob 40. obletnici slovenske gerontologije.

V Uvodu poglavja *Med zdravniki in bolniki* prof. dr. Bojan Accetto zapiše: »Že dolgo časa sem razmišljal, da bi v obliki kratkih sestavkov nanizal nekatere resnične zgodbe svojega dolgoletnega zdravnikovanja in jih izdal v obliki knjige. Ob tem nisem želel iz sociološkega ali pa psihološko-znanstvenega stališča razčlenjevati doživljene probleme v odnosu zdravnik - bolnik. Pred očmi sem imel le sporočila in svoja stališča mlajšim zdravnikom, ki bodo pri svojem delu postavljeni pred podobne dileme, pred kakršne sem bil postavljen sam. Vsebinska knjižica bo osvetlila mnoge dileme v odnosu zdravnik - bolnik, tudi medicinsko neorientiranim bralcem, saj bodo v posameznih poglavjih prav gotovo doumeli velike notranje stiske zdravnikov v odnosu do bolnih. Knjižica nima nikakršne ambicije tudi z znanstvenega stališča obravnavati in najti prave znanstveno utemeljene rešitve opisanih problemov. Skušam pa izluščiti pri vsakem problemu humanistične razsežnosti in iskati rešitve v tej smeri« V nadaljnjem razmišlja avtor o naslednjih problemih: O prognozi, Usodna srečanja s starostno medicino, Rehabilitacija starejših bolnikov, Kratice v medicini, Kronikariji - bolnišnični oddelki za kronične bolnike, Nebogljnost »novopečenega« zdravnika, Zdravnik ob prvem stiku z bolnikom, Brezbrižnost do človeške stiske, »Primum nil nocere«.

Nadaljnji sestavek navaja Misli iz knjig dr. Bojana Accetta, ki so jih izbrale z navedbo literature S. Hvalič-Touzery, K. Tomažič, A. Zorč: Staranje, Stari ljudje, Aktivnost v starosti in upokojitev, Starost ni bolezen, Starejši bolniki, Skrb za stare ljudi, Zgodovina starostnega varstva v Sloveniji, Domovi za stare, Problematika staranja prebivalstva, Gerontologija, Geriatrija, »Ali so nam geriatrične bolnišnice potrebne?«, Povezovanje različnih strok, Inštitut za gerontologijo in geriatrijo.

Zadnji del publikacije je posvečen 40-letnici ustanovitve Inštituta za gerontologijo in geriatrijo. Na začetku je poročilo prof. dr. Bojana Accetta iz leta 1971, ki je ostalo v rokopisu. V njem razmišlja o Vlogi in mestu Inštituta za gerontologijo in geriatrijo v Ljubljani.