

616.716.8—031.63—002—08

NĚKOLIK POZNÁMEK KE KOLEMČELISTNÍM ZÁNĚTŮM A JEJICH LÉČBE

Major MUDr. Štefan PETROVIČ, CSc.

Oddělení čelistní a obličejové chirurgie Ústřední vojenské nemocnice v Praze

(náčelník plk. doc. MUDr. Josef Kufner, CSc.)

Kolemčelistním zánětem rozumíme zánětlivé procesy lokalizované v krajinách kolem čelistí. V nejširším slova smyslu sem patří i subperiostální absces dásňového výběžku.

Většina autorů v zahraničí, u nás Kostečka a Toman, v 60 až 70 % případů udávají vznik kolemčelistních zánětů z odontogenních příčin. Infekce nejčastěji vychází z gangrenózní zubní dřeně, z chronické apikální parodontitidy, od dolního zubu moudrosti při jeho těžkém prořezávání, ze zánětů čelistních kostí, zhnisané cesty, z parodontálních chobotů, ze zanesené infekce při lokální a svodné anestézii a při otevřených zlomeninách. Záněty slinných žláz, tonzil a některé infekční nemoci mohou být taktéž východiskem kolemčelistních zánětů. Defekty kůže, sliznice, operační rány, píštěle jsou často vstupní bránou infekce.

Z dosavadních prací vyplývá, že u necelé třetiny případů jde o smíšenou infekci aerobů a anaerobů. Samotná anaerobní infekce se vyskytuje jen výjimečně. U monoinfekčních apikálních zánětů bývají příčinou infekce kmeny streptococcus pyogenes, zřídka mikrooccus pyogenes. Při smíšené infekci ještě navíc anaerobně rostou streptokoky, anaeroby rodu fusobakterium, bakteroides, leptotrichie, corynebakterium a aktinomyces (Toman).

Zpracováním výsledků bakteriologických vyšetření kolemčelistních zánětů z let 1966 až 1968 jsme získali tyto údaje: v 60,8 % streptococcus viridans, neisserie, staphylococcus epidermidis a pyogenes, v 11,4 % jen streptococcus viridans, v 7,6 % staphylococcus pyogenes a pseudomonas pyocianea, v 3,8 % neisserie a v 7,6 % zůstaly půdy sterilní.

Bakteriologické vyšetření provádělo mikrobiologické oddělení VÚHEM v Praze. Nebylo speciálně zaměřeno, a proto výše uvedené údaje jsou jen orientační.

Infekce se šíří cestou lymfatickou a krevní méně často, per continuitatem nejčastěji. Z krajiny periapikální se šíří zánětlivý proces cestou nejmenšího odporu směrem k povrchu kosti. Když se nahromadí zánětlivý exsudát pod periostem, vznikne subperiostální absces, a když pronikne přes nekrotický periost pod sliznici alveolárního výběžku, vznikne submukózní absces. Zánětlivé procesy, které pronikají mimo alveolární výběžek do okolních prostorů vytvářejí kolemčelistní záněty.

Počátek kolemčelistních zánětů provázejí vysoké teploty (38—40 °C), při flegmóně vyšší než 40 °C. Celkově jsou nemocní malátní, slabí, často mají třesavku, dalšími potížemi jsou trvalé bo-

davé bolesti, místně jsou okolní měkké tkáně prosáklé a regionální uzliny zduřelé a na pohmat bolestivé. Podle lokalizace zánětu zjišťujeme další příznaky, kontrakturu — když je zánět lokalizován v oblasti žvýkacích svalů, polykací potíže při zánětu v parafaryngeálním prostoru, báze jazyka a při zánětu v prostoru submandibulárním a sublingválním, někdy poruchy výslovnosti a v ojedinělých případech poruchy dýchání. Kolemčelistní záněty jsou závažným onemocněním. O tom svědčí zejména hodnoty sedimentace až 80 mm za 1 hodinu a 100 mm za 2 hodiny, počet leukocytů bývá zvýšen a při perakutním průběhu může být i posun bílé krevní řady doleva, v moči nález bílkoviny, erytrocytů a leukocytů.

Lokalizace jednotlivých forem zánětů:

1. abscesy alveolárního výběžku,
2. abscesy v kolemčelistních prostorách.

— Absces submentální je lokalizován v submentálním prostoru a projevuje se vyklenutím uprostřed pod bradou. Zdrojem infekce jsou dolní frontální zuby, ojediněle premoláry.

— Absces sublingvální je lokalizován v podjazykovém prostoru. Infekce vzniká od dolních molárů a premolárů, hlavně od prvního moláru. Taktéž se sem může infekce šířit z prostoru submandibulárního. Zánětlivý infiltrát je buď ohraničen, nebo vyplňuje celý sublingvální prostor, takže vymizí žlábk mezi alveolárním výběžkem a plika sublingvalis.

— Absces báze jazyka vyplňuje štěrbinu mezi svaly jazyka a zánět se sem šíří buď z některého sublingválního prostoru a nebo při poranění spodiny ústní, vzácně od granulomů dolních řezáků. Dochází ke značnému zduření kořene jazyka a k omezení jeho pohyblivosti.

— Absces submandibulární vyplňuje submandibulární prostor. Pro tento zánětlivý proces je charakteristické, že dolní hrana mandibuly je hmatná. Infiltrát může mít různý rozsah, může se rozprostírat od dolní hrany mandibuly až k musculus sternocleidomastoideus. Submandibulární prostor není přesně ohraničen ani proti sublingválnímu prostoru ani proti parafaryngeálnímu. Proto bývají při tomto zánětu tyto prostory zánětlivě prosáklé. Infekce vzniká od všech tří molárů, ojediněle od premolárů. Mimo odontogenní infekci přichází v úvahu zánět podčelistní slinné žlázy a hnisavý zánět podčelistních lymfatických uzlin.

— Absces perimandibulární a paramandibulární vzniká infekcí nejčastěji od dolních molárů, nejvíce od třetího dolního moláru. Tyto abscesy jsou charakterizovány zduřením měkkých tkání obklopujících dolní čelist s rozsáhlým kolaterálním edémem. Dolní hrana mandibuly je hmatná jen v počátečním stadiu zánětu; to je pro tyto záněty charakteristické.

Při tvorbě kolemčelistních zánětů zvláštní postavení zaujímá dolní zub moudrosti. Od dolního zubu moudrosti se může šířit infekce téměř do všech kolemčelistních prostorů, zejména ovšem do prostoru parafaryngeálního, pterygomandibulárního a do spatium massetericomandibulare.

— Absces parafaryngeální vyplňuje parafaryngeální prostor, který je z laterální strany ohraničen musculus pterygoideus medialis a glandula parotis, mediální ohraničení musculus constrictor pharyngis. Kaudálně ohraničuje lože glandula submandibularis. Kraniálně je prostor otevřen proti lební bázi a zčásti je otevřen také do fossa pterygopalatina a do regio temporalis. Mediálně a dozadu pokračuje štěrbinou do spatium retropharyngeum, které je uloženo mezi faryngeální trubicí a fascia praevertebralis. Infekce vychází nejčastěji od dolního třetího moláru, ale i od prvního a druhého moláru. Kromě toho se sem může dostat infekce z prostoru submandibulárního a pterygomandibulárního. Z parafaryngeálního prostoru může se šířit infekce ascendentně ke spodině lební, descendentně do mediastina. Zpočátku kromě bolesti nemocný udává polykací těžkosti a pak se brzy dostaví i čelistní kontraktura. Při velkém abscesu mohou být i dýchací potíže.

— Absces prostoru pterygomandibulárního vzniká při osteomyelitidě větve dolní čelisti zanesením infekce při injekční anestézii. Je zde hned od začátku čelistní kontraktura a bolesti při polykání.

— Absces spatium massetericomandibulare — infekce vychází také od dolních molárů, zejména od dolního zubu moudrosti. Zánět se zpočátku lokalizuje uvnitř a před musculus masseter. Intraorální palpaci mezi musculus masseter a mandibulou vyvolá prudkou bolestivost. V dalším průběhu se může vytvořit větší zduření v krajině čelistního úhlu.

— Zánět ve fossa retromandibularis vzniká proniknutím infekce buď z parafaryngeálního prostoru a nebo z prostoru massetericomandibulare. Primární záněty jsou vzácné. Zduření se lokalizuje za větví ve fossa retromandibularis a může se rozšířit až k přednímu okraji musculus sternocleidomastoideus. Palpačně zjišťujeme bolestivost za úhlem a nad ním. Čelistní kontraktura bývá jen mírného stupně.

— Absces perimaxilární vzniká tehdy, když se subperiostální absces vyvine nad přechodní řasou vestibula a hnis se převalí do měkkých tkání tváře. K těmto abscesům patří absces fossae caninae, který vychází od horního špičáku. Zřídka zde dochází k provalení hnisu, a to proto, že absces je pod tvářovými svaly.

— Absces retromaxilární vzniká nejčastěji od horních molárů, a to od horního zubu moudrosti, také od zanesení infekce při injekční anestézii na tuber maxillae. Nemocný si stěžuje na bolesti, které mohou být různě intenzivní, většinou jsou však značné. Vzniká čelistní kontraktura, která se postupně zesiluje. V měkkých tkáních mezi jařmovou kostí a větví mandibuly bývá edém. Na straně nemocné je vestibulum oris mírně infiltrováno a palpací v oblasti tuber zjistíme bolestivost.

Absces patrový vzniká od infikovaného malého řezáku nebo od palatinálních kořenů prvního premoláru. Projevuje se různě velkým vyklenutím, které nepřesahuje střední čáru.

— Záněty ve fossa pterygopalatina, infratemporalis a regiotemporalis. Tyto prostory jsou mezi sebou spojeny a též jsou spojeny s parafaryngeálním prostorem. Zánět se sem dostává buď z prostoru parafaryngeálního, pokud infekce vychází z dolní

čelisti, ale také přímo kolem tuber maxillae při osteomyelitidě a nebo empyemu antra přes štěrbinu retromaxilární. Bezpečnou známkou zánětu v těchto prostorách je značný a tuhý infiltrát krajiny spánkové a příznaky oční (edém spojivek, chemóza spojivky a někdy protruse bulbu).

Tvářové abscesy mohou vznikat též nejen od zubů horní čelisti, ale také od zubů dolní čelisti, ba i rozšířením infekce paramandibulárních a perimandibulárních abscesů.

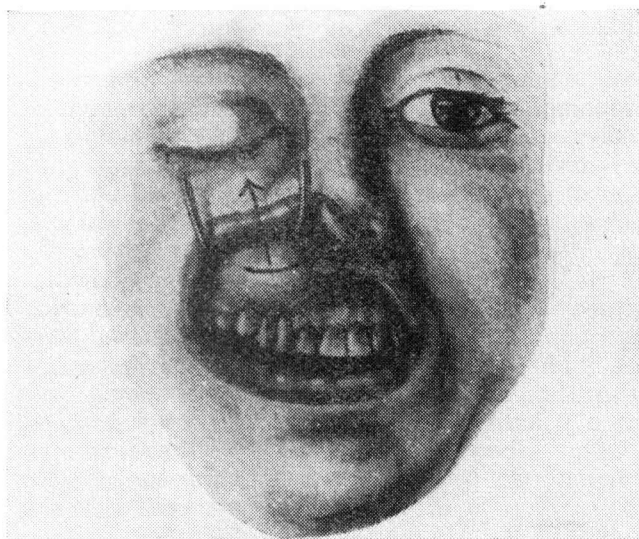
Infekce kolemčelistních prostorů se může šířit do nitra lebky ascendentně, descendentně podél velkých cév do mediastina. Je možné šíření infekce cestou krevní při proniknutí do cévního systému. Dále se může šířit infekce cestou lymfatickou.

Zánět může probíhat buď ohraničeně, hovoříme o abscesu, a nebo bývá neohraničen s průběhem perakutním, pak hovoříme o flegmonózním zánětu. Toman udává, že není doposud známo, proč vzniká jednou zánět abscedující, jindy flegmonózní. Flegmonózní zánět můžeme přičíst především nedostatečnosti obranných sil nemocného. Při flegmonózním zánětu dochází k rychlému rozšiřování infekce ve tkáni. Zatímco abscedující forma je charakterizována tvrdým infiltrátem, střetáváme se u flegmonózní formy jen s rosolovitým prosáknutím tkáně. Patologicko-anatomicky je charakteristickým znakem flegmonózního zánětu snížení obranných reakcí nemocného, takže nedochází k vytvoření obranného valu.

Léčba kolemčelistních zánětů

Naší snahou je zabránit vzniku kolemčelistních zánětů pravidelnou sanací chrupu. Každý gangrenózní zub, každý granulom může být východiskem kolemčelistních zánětů.

Léčba kolemčelistních zánětů má být radikální, podporovaná antibiotiky. Míra chirurgického zákroku má být adekvátní stadiu probíhajícího zánětu. Velmi bude záležet na ošetřujícím lékaři, jak diagnostikuje stupeň pokročilosti zánětlivého procesu. V počátečních fázích zánětu, tedy ve stadiu zánětlivého edému, často stačí odstranit příčinu. U zánětlivého infiltrátu, který je další formou zánětu a jeví se jako difúzní zduření nepřesně ohraničené, může zánětlivý infiltrát po odstranění příčiny také ustoupit. U hnisavého zánětu je nutné evakuovat hnis a odstranit příčinu (extrahovat zub). To však není často možné pro čelistní kontrakturu (týká se to zánětů, u kterých jsou žvýkací svaly zánětlivě nebo edematózně prosáklé), ale doporučuje se provést to ještě v průběhu hospitalizace (jakmile je extrakce technicky možná), protože v budoucnosti gangrenózní zub může být znovu příčinou recidivy zánětu. Evakuaci hnisu provádíme incizí. Každá incize má být dostatečně široká, má zabezpečit i přirozený odtok hnisavého sekretu. Incize provádíme podle lokalizace abscesu buď intraorálně, a zde provádíme drenáž mulovým drénem napuštěným Chlumského

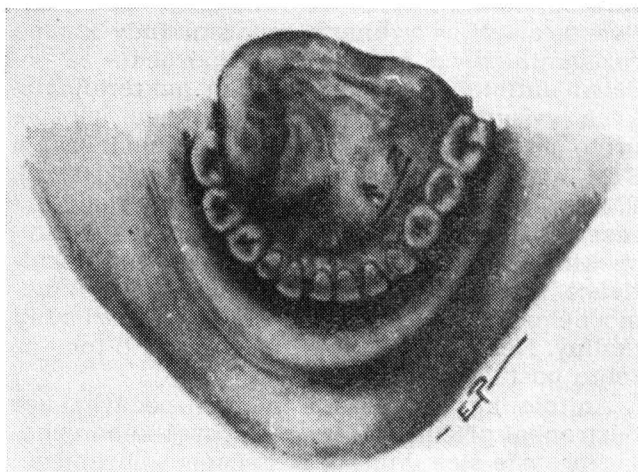


Obr. 1
Schéma incize perimaxilárního abscesu (Thoma: Oral Surgery)

roztokem, nebo extraorálně, kde odtok hnisu zabezpečíme trubicovým gumovým drénem, později rukavicovým. Doporučuje se též výplach abscesové dutiny, pokud trvá zánětlivá sekrece, slabým roztokem H_2O_2 3 % a Rivanolu 1 % v poměru 1:3 a někdy místní aplikace lokálně působících antibiotik (Framykoin, Nebacetin).

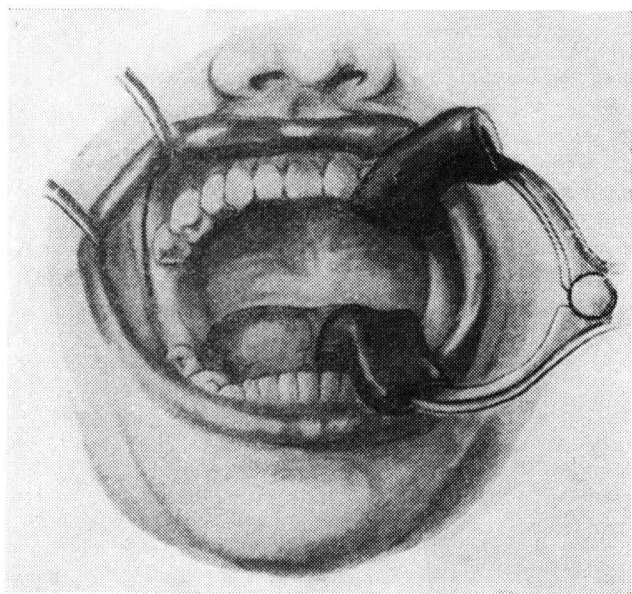
Intraorální incizi provádíme u abscesů lokalizovaných na alveolárním výběžku, dále u perimaxilárních, retromaxilárních, u abscesů fossa caninae a u abscesů tvářových. Perimaxilární abscesy otvíráme horizontální incizí v horním vestibulu a z incize pronikneme peánem do abscesové dutiny (obr. 1). Zvláště u abscesů fossa canina musí být incize vydatná. U abscesů na

patře nutno vytnout okénko. Retromaxilární abscesy incidujeme z vertikální incize ve vestibulu oris za crista infrazygomatica (obr. 2) a peánem pronikneme podél tuberu do abscesové dutiny. Tvářové abscesy incidujeme na nejnižším poli, abychom zajistili přirozenou drenáž. U abscesů lokalizovaných na alveolárním výběžku provádíme incizi kolmo na kost, musíme přetnout i periost (obr. 3).

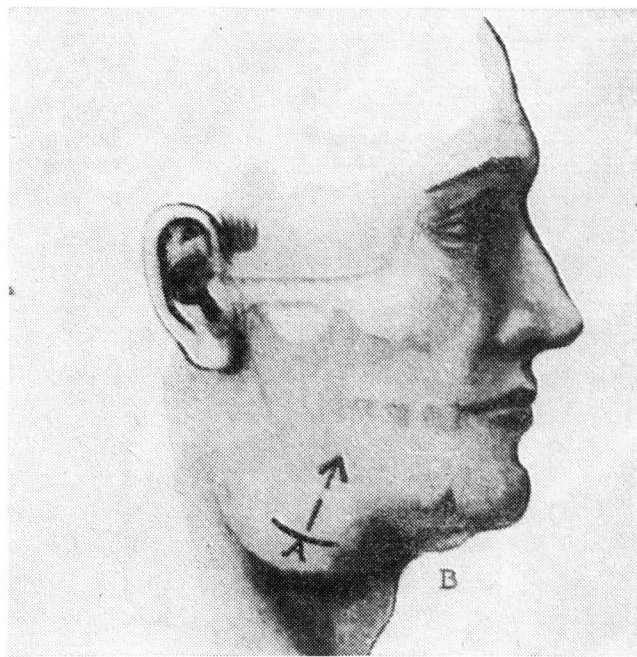


Obr. 3
Schéma incize abscesu alveolárního výběžku dolní čelisti na lingvální straně (Thoma: Oral Surgery)

Záněty lokalizované okolo dolní čelisti, v parafaryngeálním prostoru a přilehlých místech vyprazdňujeme ze zevní incize. Z incize $1\frac{1}{2}$ prstu pod dolním okrajem těla dolní čelisti možno zrevidovat — vyprázdnit abscesy ze všech



Obr. 2
Schéma incize retromaxilárního abscesu (Thoma: Oral Surgery)

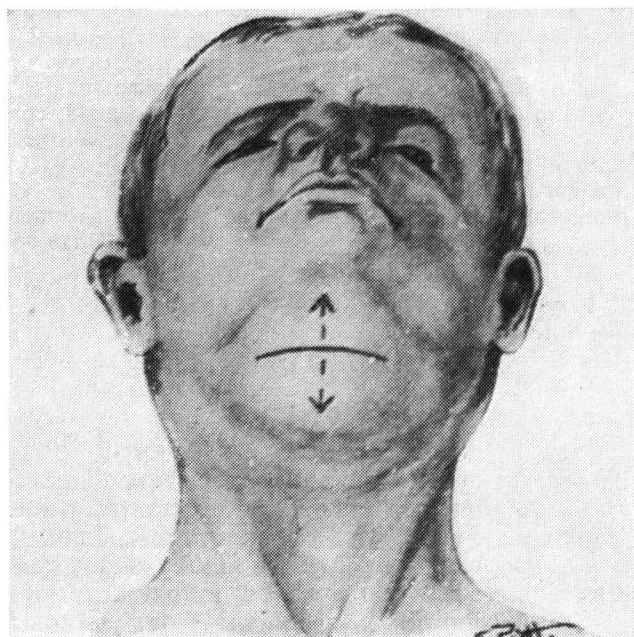


Obr. 4
Schéma incize submandibulárního abscesu (Thoma: Oral Surgery)

jmenovaných prostorů (obr. 4). U submentálního abscesu provádíme horizontální incizi, někdy vertikální a z této incize možno proniknout i do prostoru báze jazyka a vyprázdnit absces zde lokalizovaný (obr. 5). Někdy u abscesu, který vyplňuje parafaryngeální prostor a tímto prostorem spojené další, jako je absces infratemporální, absces temporální, provádíme incizi — kontraincizi v krajině spánkové.

Chirurgickou léčbu podporujeme antibiotiky. Antibiotika mají být aplikována cíleně podle citlivosti, a tak se vyhneme množení řady kmenů rezistentních na antibiotika. Doporučuje se podávat antibiotika podle výsledků bakteriologických vyšetření, ovšem někdy to není možné, proto doporučujeme podávat kombinaci PNC a STM námi osvědčenou. Podáváme 1 500 000 j. PNC a 1 g STM. Tam, kde zánět probíhá pod obrazem flegmóny, doporučujeme podávat širokospektrální antibiotika a pak podle výsledku kultivace nasadit antibiotika cíleně. O osudu nemocného u tohoto typu zánětu často rozhodují hodiny. Několikrát jsme se přesvědčili o tom, že tento postup je velmi správný.

Antibiotika se zásadně nemají podávat bez odstranění příčiny zánětu a chirurgického výkonu, protože sice dojde k částečnému ohrazení i ústupu zánětu, ale po vysazení antibiotik do-



Obr. 5
Schéma incize submentálního abscesu (Thoma: Oral Surgery)

jde znovu k jeho vzplanutí, čímž se prodlouží nemoc a s ní spojené útrapy.



Obr. 6 Stav po incizi rozsáhlého abscesu retromaxilárního, infra-temporálního a přilehlých prostorů

Jaké jsou možnosti chirurgické léčby v ambulantní praxi?

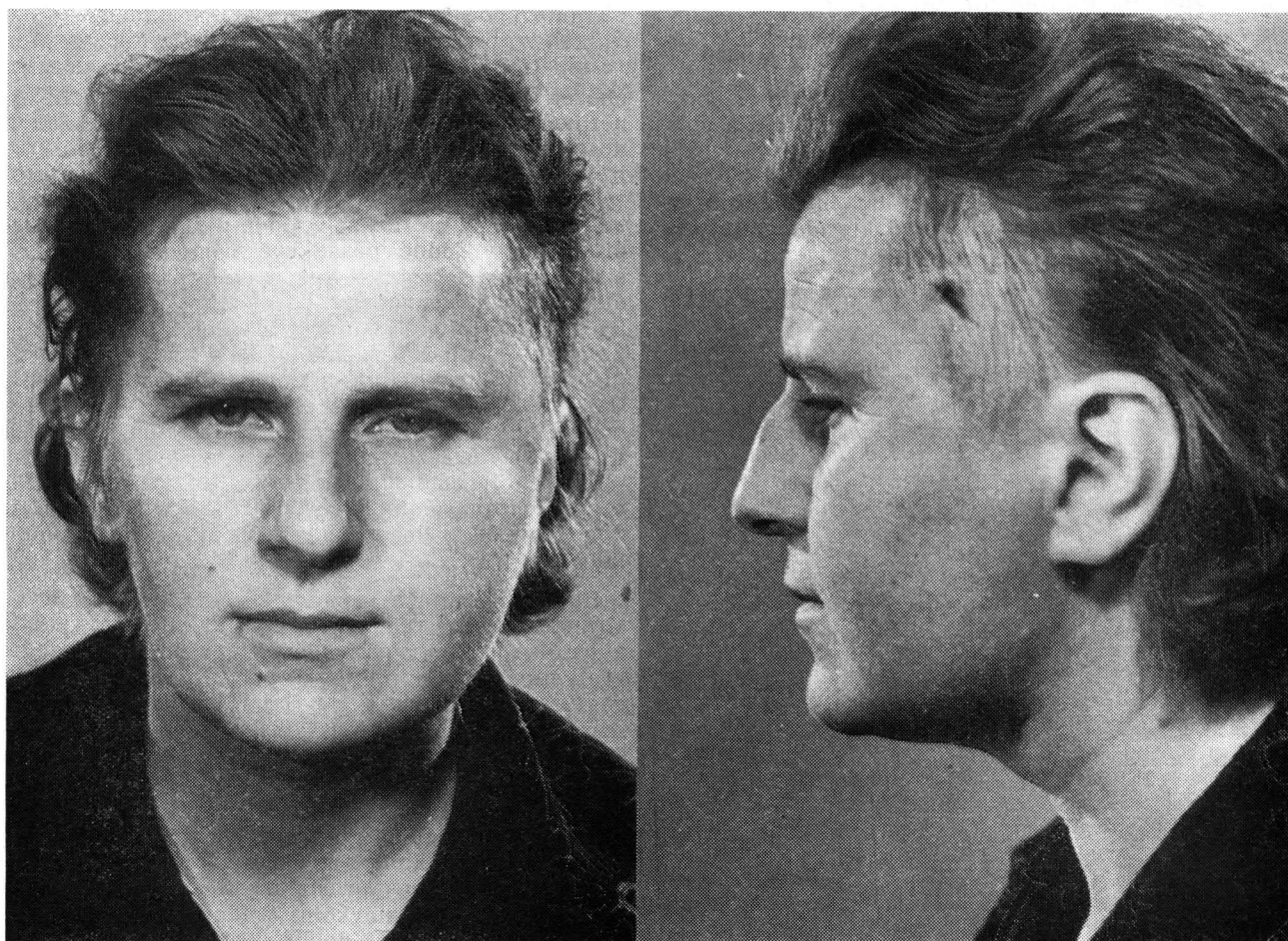
Musíme vycházet ze závažnosti nemoci. Kolemčelistní záněty představují těžké onemocnění, o čemž svědčí výsledky laboratorních vyšetření, zejména hodnoty SE a možnost šíření zánětu do sousedních prostorů také cestou krevní a lymfatickou. Právě z tohoto důvodu kolemčelistní záněty, jak udává Toman, vyžadují hospitalizaci. Ambulantně možno léčit záněty lokalizované na alveolárním výběžku, ovšem i zde si musíme uvědomit, že i tyto záněty se mohou stát východiskem kolemčelistních zánětů. Pokud nejsou nemocní hospitalizováni v nemocnici, nutno je hospitalizovat na ošetřovně útvaru a po vyléčení určit schopnost služby podle hodnot SE. Musíme si uvědomit, že laici — neodborníci a bohužel často i někteří zubní lékaři velmi podceňují zánětlivé procesy vycházející od zubů. Musím zdůraznit, že před érou antibiotik často tyto záněty skončily letálně. Díky antibiotikům v poslední době smrtelné případy jsou ojedinělé.

Na oddělení čelistní a obličejové chirurgie Ústřední vojenské nemocnice v letech 1956 až 1968 jsme ošetřili 465 nemocných s kolemčelistním zánětem. Nyní uvedu několik zajímavých případů.

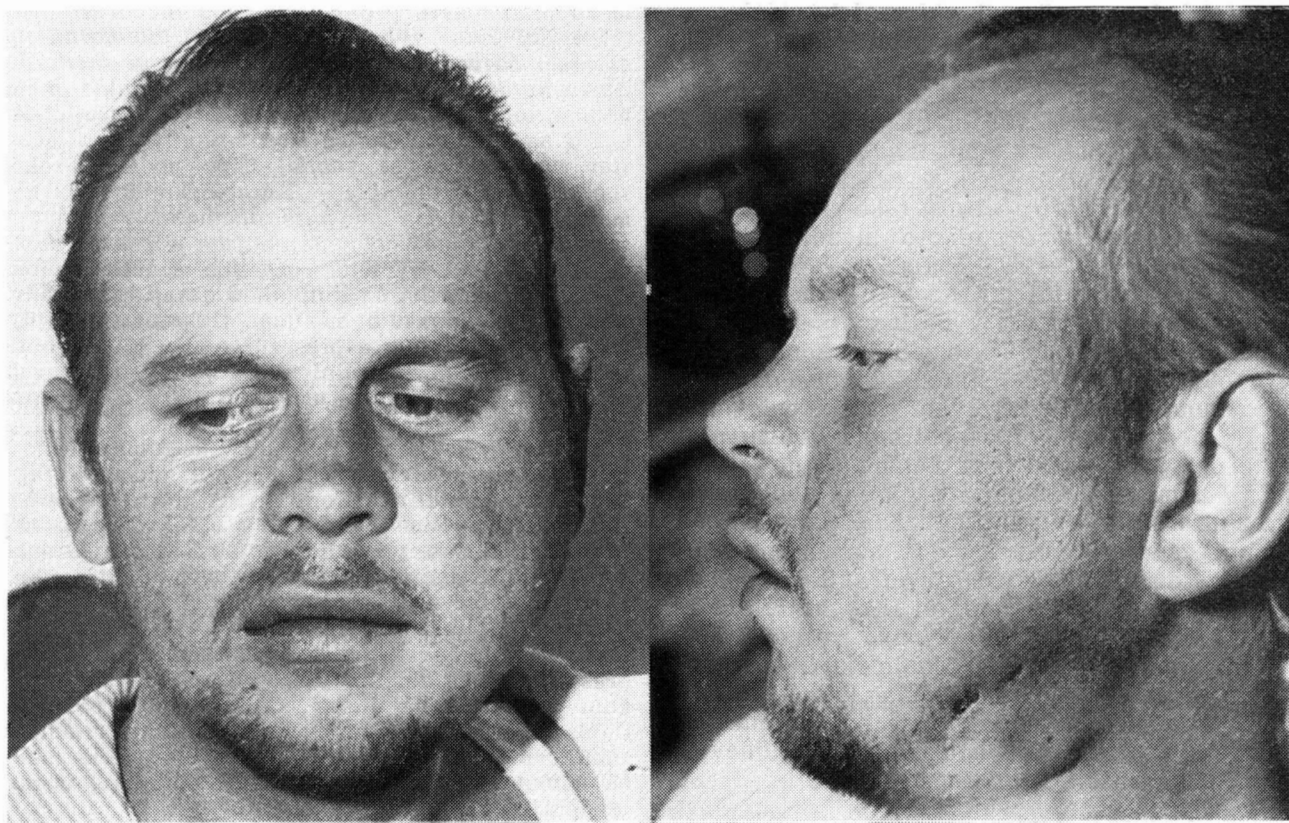
Nemocná Š. V., 35 roků, č. chor. 337/66, navštívila

zubního lékaře pro bolesti zubu moudrosti +8. Ošetřující lékař zub +8 extrahoval. Nemocná po extrakci do rána krvácela a za 3 dny se dostavilo znovu krvácení. Současně s krvácením otekla, měla bolesti, teploty a čelistní kontrakturu. Ošetřující lékař jí naordinoval PNC, a když se ani po této léčbě stav nezlepšil, spíše zhoršil i po podání širokospektrálního antibiotika — Aureomykoinu, byla nemocná doporučena na naše oddělení. Vyšetřením zjišťujeme, že levá polovina obličeje je značně oteklá, lícni oblouk výrazně rozděluje zánětlivý otok, který distálně sahá až k dolnímu okraji mandibuly. Nad lícním obloukem hmatáme fluktuaci (obr. 6). Ústa otvírá na 1 cm a přes zúženou ústní šterbinu vidíme vyklenutí laterální stěny hltanu, patrových oblouků a přilehlé části měkkého patra. SE 46 mm za 1 hodinu, 81 mm za 2 hodiny.

V narkóze u nemocné s dg.: Retromaxilární a infratemporální absces jsme provedli incizi v krajině submandibulární a kontraincizi v krajině spánkové. Incizemi jsme evakovali asi 350 ccm odporně páchnoucího žlutozeleného hustého hnisu. Ze submandibulární incize jsme zrevidovali submandibulární a parafaryngeální prostor a z incize na spánku regiotemporalis a infratemporalis. Abscesovou dutinu jsme drenovali trubicovými gumovými drény, přes které jsme dělali výplachy a aplikovali Framykoin do abscesové dutiny. Celkově jsme podávali Chloramfenikol, plazmu, dietu bohatou na vitamíny a bílkoviny. Zánětlivá infiltrace za dva týdny značně ustoupila (obr. 7) a nemocná byla propuštěna do domácího léčení.



Obr. 7 Nemocná za 10 dní po incizi



Obr. 8 Zánětlivý otok levé tváře, kožní píštěle

Další nemocný, pprap. K. Z., nar. 1937, č. chor. 454/68, v anamnéze udal, že měl vždy strach ze zubního ošetření. Začátkem srpna 1968 se dostavily bolesti od levého dolního zubu moudrosti. Zároveň s bolestmi se objevil otok, který byl intraorálně incidován, avšak extrakce zubu, od kterého zánět vy-



Obr. 9 Výrazná destrukce úhlu a větve levé mandibuly

cházel, nebyla vykonána. Po dvou návštěvách zánětlivý infiltrát ustoupil. Začátkem září se znovu dostavil otok levé tváře i levé submandibulární krajiny a v polovině září se vytvořily píštěle, ze kterých vytékal žlutozelený hnis. Nemocný se dostavil na ošetření až na rozkaz velitele útvaru. Během hospitalizace v jedné posádkové nemocnici bylo vysloveno podezření na aktinomykózu a s touto diagnózou byl nemocný odeslán k nám na oddělení. Vyšetřením zjišťujeme, že levá tvář, krajina úhlu dolní čelisti i submandibulární krajina je vyklenuta. V krajině úhlu jsou tři píštěle (obr. 8). Další píštěl je na krku před musculus sternocleidomastoideus a v ústech v místě intraorální incize. Z píštělí vytéká zelenožlutý hnis. Zánětlivý infiltrát je tvrdý a na pohmat bolestivý. Kůže je zarudlá. Na rentgenogramu dolní čelisti zadopřední projekce vidíme rozsáhlou destrukci úhlu a větve levé mandibuly (obr. 9).

Hned po přijetí nemocného s dg.: Suspektní levostranná cervikofaciální aktinomykóza, osteomyelitis a patologická zlomenina levé mandibuly jsme odebrali hnis na bakteriologické vyšetření. Opakované bakteriologické vyšetření zaměřené na anaeroby nám potvrdilo přítomnost *actinomyces israeli*. Mikroskopické vyšetření hnisu potvrdilo přítomnost drúz. SE 16 mm za 1 hod. a 30 mm za 2 hodiny. U nemocného jsme extrahovali —8, sanovali chrup a provedli intermaxilární fixaci. Píštěl na krku jsme rozšířili a po několik dnů jsme vyplachovali abscesovou dutinu slabým roztokem 3% H₂O₂ a místně jsme aplikovali Framykoin. Celkově jsme podávali PNC a STM po delší dobu; jako podpůrnou léčbu 3krát plazmu, dietu bohatou na bílkoviny a vitamíny. Na doporučení internisty Superanabolan na pod-

poření anabolismu proteinů. Po této léčbě se nám podařilo zvládnout zánětlivou infiltraci měkkých tkání, zánět kosti přešel do chronického stadia a projevil se trvalou píštělí v dutině ústní a sekvestrací. Podle rentgenogramu úhel a větve levé mandibuly byly úplně rozrušeny a pro tento nález i klinický nález (trvalá píštěl a patologická pohyblivost) jsme se rozhodli postiženou část čelisti zresekovat a defekt nahradit kostním štěpem z kyčle. Čtyři měsíce po operaci je nemocný bez potíží.

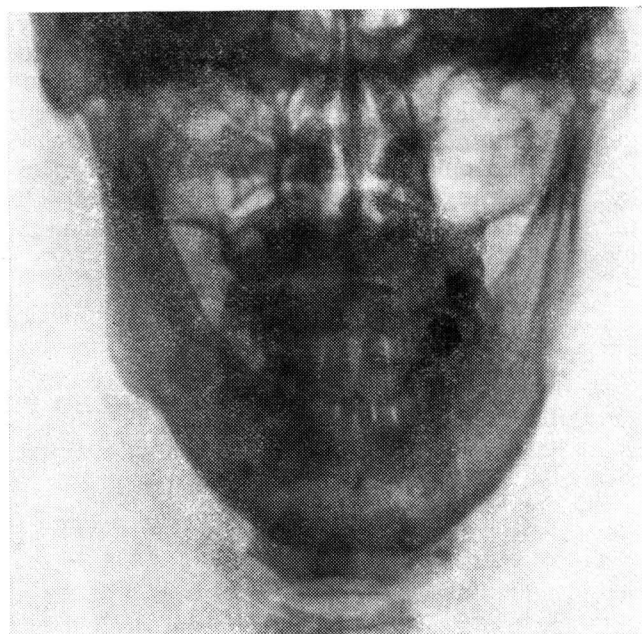
Jako posledního uvedu nemocného G. J., nar. 1938, č. chor. 194/65, který byl k nám doporučen. Nemocnému čtyři měsíce před hospitalizací extrahoval útvary zubní lékař zub moudrosti 8— pro *dentio difficilis*. Po extrakci potíže neustoupily, ale došlo k rozšíření zánětu do kolemčelistních prostorů (submandibulárního a parafaryngeálního). Ani po intraorální incizi, extrakci dalších uvolněných zubů a intermaxilární fixaci zánět neustoupil. Vyšetřením zjišťujeme otok pravé tváře a v ústech píštěl v místě incize, z které vytéká hnis. Rentgenogram dolní čelisti ukazuje rozsáhlou destrukci úhlu a větve pravé mandibuly (obr. 10). SE 35 mm za 1 hodinu a 56 mm 2 hodiny (před propuštěním do domácího léčení SE 6 mm za hodinu a 16 mm za 2 hodiny).

Nemocnému s dg.: Submandibulární absces, osteomyelitis pravé mandibuly jsme rozšířili píštěl v ústech a ze zevní incize jsme zrevidovali kolemčelistní prostory. Po léčbě výplachy a místní aplikaci speciálně připravených lokálně působících antibiotik podle výsledku bakteriologického vyšetření na citlivost (bakteriologickým oddělením VÚHEM) a celkové aplikaci Chloramfenikolu zánětlivý proces ustoupil. Jako podpůrnou léčbu jsme podávali plazmu, vitamíny a dietu vydatnou na bílkoviny. Rentgenogram dolní čelisti ukazuje normální strukturu pravé mandibuly rok po proběhlé osteomyelitidě (obr. 11).

Z uvedených případů vyplývá, že rozsáhlé kolemčelistní záněty s následnou osteomyelitidou (u druhého a třetího případu) vznikly po neúplném prvotním ošetření.



Obr. 10
Osteolýza úhlu a větve pravé mandibuly



Obr. 11
Normální struktura úhlu a větve pravé mandibuly

U nemocné extrakce nebyla dostačující jako ani perorální aplikace PNC. Zdůraznil jsem již, že se nemají podávat antibiotika bez odstranění příčiny zánětu eventuálně bez intraorální nebo extraorální incize. V tomto případě PNC nezbavil a zánět se rozšířil do kolemčelistních prostorů, takže v tomto stadiu ani širokospektrální antibiotika nepůsobila na ústup zánětu. Bylo nutno absces incidovat za současného podávání antibiotik.

U druhého nemocného byla intraorální incize provedena, nebyl však extrahován zub, od kterého zánět vycházel. Proto po přechodném ústupu zánětu (po incizi) znovu došlo k jeho vzplanutí ještě ve větším rozsahu než poprvé a široko zachvátil i dolní čelist. Mikrobiologickým vyšetřením jsme zjistili přítomnost aktinomycet, proto jsme antibiotika podávali cíleně a dlouhodobě se současnou incizí abscesu.

U třetího nemocného pravděpodobně nebyl dostatečně odstraněn perikoronární vak, který mnohdy bývá příčinou velmi úporných kolemčelistních zánětů.

Ošetřující lékař se má snažit, aby již prvním ošetřením zabránil dalšímu šíření zánětu vhodným zákrokem a aplikací vhodných antibiotik. U zánětů s velmi těžkým průběhem doporučujeme podpůrnou léčbu (plazmu, vitamíny, dietu bohatou na bílkovinu, hormonální léčbu ve spolupráci s internistou).

Závěr

Nemocní s kolemčelistními záněty mají být hospitalizováni, léčba má být radikální, podpořovaná antibiotiky. Od ošetřujícího lékaře se vy-

žaduje dokonalá znalost diagnostiky a léčby, která má být adekvátní stupni zánětlivého procesu. Doporučujeme při incizi odebrat hnis na bakteriologické vyšetření, hned nasadit osvědčenou kombinaci PNC a STM, u perakutních zánětů širokospektrální antibiotika. Podle výsledku bakteriologických vyšetření (citlivosti) doplnění nebo změna antibiotika. Schopnost služby posoudit podle hodnot sedimentace.

Referát byl přednesen na X. pracovní konferenci stomatologů ČSLA v Bratislavě dne 24. 10. 1968

Souhrn

Autor referátu popisuje příčiny vzniku, klinický průběh, lokalizaci a léčbu kolemčelistních zánětů. Z počtu 465 ošetřených na oddělení čelistní a obličejové chirurgie Ústřední vojenské nemocnice uvádí tři zajímavé případy.