

616.21-079.4:616.31:355.721

NĚKTERÉ ASPEKTY SPOLUPRÁCE ORL A STOMATOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ VOJENSKÉ NEMOCNICE

Pplk. MUDr. Miloslav CHALOUPEK, pplk. MUDr. Oldřich PODLEŠÁK
Oddělení pro choroby nosní, krční, ušní vojenské nemocnice, České Budějovice
(náčelník: pplk. MUDr. M. Chaloupek)
Stomatologické oddělení vojenské nemocnice, České Budějovice
(náčelník: plk. MUDr. J. Kováč)

Úvod

Tab. 1

Při obtížích, poruchách a nemocech v oblasti hlavy a krku se na diagnostice a léčbě mnohdy podílí více odborných oborů lékařství. Stomatolog vyžaduje často konziliární vyšetření chirurgické, ORL, oftalmologické, interní, neurologické, kožní aj.

Zvláště blízké je pole působnosti pro ORL a stomatologii. ORL lékař při své práci často pozoruje, že nemoci zubů, dutiny ústní a čelisti hrají velkou roli při diferenciálně diagnostické rozvaze. V klinice vyžadují mnohá zánětlivá i nádorová onemocnění a poranění na hlavě a krku vzájemnou poradou a společné jednání.

V podmínkách vojenských nemocnic, které nemají lůžkové stomatologické oddělení, většina stomatologických pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci, je přijímána obvykle na ORL oddělení.

Ve svém sdělení bychom chtěli informovat o některých otázkách spolupráce ORL a stomatologického oddělení.

Vlastní pozorování

V letech 1980—1984 bylo na ORL oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích hospitalizováno celkem 118 pacientů s typickou zubní nebo hraniční diagnózou. Přehled uvádí tabulka 1.

Nejčastěji byli hospitalizováni pacienti s diagnózou absces nebo flegmóna podčelistní krajiny (22krát). Příčinou byla obvykle zánětlivá afekce kolem zubů dolní čelisti, nejčastěji kolem 6. (12krát) a 7. zubu (8krát). Nejvíce se jednalo o akutně exacerbovanou chronickou periodontitidu, ale i o zánětlivé komplikace po extrakci zmíněných zubů. V 15 případech byla výrazná zánětlivá kontraktura dolní čelisti. Léčení bylo obvykle kombinované. V konzerva-

	80	81	82	83	84	C
Absces, flegmóna podčelistní krajiny	5	9	4	3	1	22
Bradový absces		1	1			2
Zlomenina dolní čelisti	3	1	3		10	17
Komplikace po zlomenině dolní čelisti		1	2			3
Zlomenina horní čelisti	1	1		1		3
Dentitio difficilis a komplikace kolem 8. zubu	4	4	2	2	4	16
Periostitis maxillae	3	1	2	7	2	15
Periostitis mandibulae	1	1	1	2	1	6
Komplikace po extrakci zubu	2	3	3	2	3	13
Stomatitis		3		1	1	5
Flegmóna spodiny ústní				2	1	3
Cysta dentálního původu	2	1	1		1	5
Subluxace horních a dolních řezáků		1			1	2
Tržné rány obličeje se susp. zlomeninou	2		1		3	6
Celkem	23	27	20	20	28	118

tivní léčbě bylo nejčastěji použito kombinace antibiotik PNC 2 × 1,5 mil. j. + STM 2 × 0,5 g i. m. denně. V prvních dnech bylo často použito krystalického PNC. V chirurgické léčbě byla celkem 13krát provedena intraorální incize, obvykle stomatologem, event. lékařem ORL od-

dělení, v místě vyklenutí. 7krát byla provedena zevní incize se zavedením drénu, jednou v celkové anestézii. Zevní incizi prováděl obvykle lékař ORL, jednou chirurg.

Při rozšíření zánětu od předních zubů dolní čelisti vzniká absces nebo flegmóna submentální. Její výskyt je značně řidší. Za 5 let byli u nás hospitalizováni pouze 2 pacienti se submentálním abscesem. Léčba je stejná jako u submandibulárního abscesu.

Konečným řešením a zabráněním dalších komplikací je extrakce příčinných zubů, která je provedena obvykle až ve stadiu uklidnění zánětu. Průměrná ošetrovací doba byla u těchto pacientů 9,8 dne.

Celkem 17 pacientů bylo hospitalizováno s diagnózou zlomenina dolní čelisti. 9krát se jednalo o úraz při služební činnosti či sportovním výkonu, 8krát úraz vznikl při použití obvykle brachiálního násilí při rvačce. 12krát byla diagnostikována zlomenina těla dolní čelisti, 4krát zlomenina úhlu a 3krát proc. articulis. 2krát byla zjištěna dvojnásobná zlomenina. Léčba byla provedena výhradně stomatologem. Nejčastěji bylo použito mezičelistní fixace pomocí Ivyho klíček (14krát), 2krát bylo použito k znehybnění Sauerovy dlahy a jednou Risdonovy dlahy. K léčbě nutno počítat i antibiotickou clonu, hygienu ústní dutiny, denní spracování, tekutou dietu a následnou funkční rehabilitaci. Jeden pacient byl ve sledovaném období odeslán po krátkodobé hospitalizaci v našem ústavu na stomatochirurgické oddělení ÚVN Praha k chirurgickému vybavení retinovaného 8. zubu z linie lomu a k provedení osteosyntézy. Doba hospitalizace u ostatních pacientů byla průměrně 49,7 dne.

Ve sledovaném období byli přijati 3 pacienti jako komplikace po zlomenině dolní čelisti staršího data. Komplikace vždy probíhala pod obrazem zánětlivého zduření při dolní čelisti. Pacienti byli vyléčeni incizí a antibiotiky za průměrnou ošetrovací dobu 28 dní.

Zlomenina horní čelisti byla diagnostikována naproti tomu pouze 3krát. 2krát se jednalo o zlomeninu alveolárního výběžku maxily, která byla za 25 dnů hospitalizace vyléčena manuální repozicí a mezičelistní fixací intraorální dentální dlahou. Jednou byla diagnostikována fraktura zygomaticomaxilárního komplexu bez dislokace vlevo, oboustranný hematoma antra Highmori, fraktura nosních kůstek a kontuze měkkých tkání obličeje. Fraktura horní čelisti byla ošetřena individuální bradovou fundou, fraktura nosních kůstek repozicí. Po zhojení pacient ještě rozvíčoval hybnost čelistního kloubu. Byl propuštěn s úlevami k útvaru za 33 dní.

Další skupina pacientů byla hospitalizována pod diagnózou dentio difficilis nebo komplikace po chirurgické extrakci 8. zubu. Z 13 pacientů s diagnózou dentio difficilis bylo 10 přijato v akutním stavu, s výrazným zevním otokem kolem úhlu mandibuly a s lokálními zá-

nětlivými změnami kolem 8. zubu. Obvykle byla i zánětlivá kontraktura dolní čelisti a zvýšená teplota. 3 zbývající pacienti byli přijati k plánované chirurgické extrakci semiretinovaného 8. zubu v nepříznivé poloze. Další 3 pacienti byli přijati pro komplikace po extrakci 8. zubu. U všech 16 pacientů se jednalo o dolní zub moudrosti. Jako léčba byla na zubním oddělení ve cloně antibiotik (PNC, event. PNC + STM) provedena intraorální incize, výplach chobotu Preglovým roztokem, dekapsulace měkkých tkání a extrakce příčinného zubu. Jednou byl diagnostikován těžký celkový stav pacienta, musela být provedena zevní incize v celkové anestézii a pacient byl léčen lincomycinem. Celkem 3krát byli pacienti poslání lékařem prvního kontaktu na ORL oddělení s diagnózou paratonzilární absces. Průměrná doba hospitalizace byla 12 dní.

Ve sledovaném období bylo hospitalizováno 15 pacientů s diagnózou periostitis maxillae a 6 pacientů s diagnózou periostitis mandibulae. Hlavním příznakem byl obvykle otok tváře. Jako příčinné zuby v horní čelisti byly uváděny nejčastěji 2. řezák a 1. premolár. Léčba byla výlučně záležitostí zubních lékařů. Byla prováděna intraorální incize, antibiotická léčba kombinací PNC + STM, výplachy úst heřmánkem a ledové obklady zevně. Ke konci hospitalizace byla často provedena extrakce příčinného zubu. Jeden pacient byl přijat pod diagnózou parotitis a jeden pod diagnózou sinusitis maxillaris. Průměrná hospitalizace byla 10,5 dne u periostitis maxillae a 13 dní u periostitis mandibulae.

Další skupinu nemocných tvoří pacienti, kteří byli hospitalizováni na ORL oddělení v důsledku komplikace po extrakci zubu. 10krát byla zjištěna antroorální komunikace a 3krát zubní kořen v dutině čelistní. Nejčastěji se jednalo o zákroky na 5.—7. zubu horní čelisti. Komplikace byla zjištěna obvykle ihned po zákroku a pacienti byli hospitalizováni tentýž nebo další den. Ve cloně antibiotik byla 10krát provedena operace podle Caldwell-Luca s překrytím komunikace pomocí nosní sliznice. 2× byla komunikace ještě překryta intraorálně vestibulárním lalokem podle Wasmunda. Pouze jednou jsme v druhé době po provedení operace podle Caldwell-Luca byli nuceni ještě provést plastiku píštěle vestibulárním lalokem. Po propuštění pacienta z oddělení komunikace již nikdy nebyla. Doba hospitalizace byla průměrně 20,6 dne.

5 pacientů bylo léčeno s diagnózou stomatitis různé etiologie. Léčba byla prováděna místně (výplachy heřmánkem, roztokem TTC, potírání 2% gentiánovou violetí nebo $ZnCl_2$) i celkově (PNC, STM, B-komplex, pyridoxin, celaskon, vitamin B12). Průměrná doba hospitalizace byla 8,4 dne.

Za sledované období byli na ORL oddělení hospitalizováni 3 pacienti s diagnózou phlegmona baseos oris. Jednou byl pacient léčen ex-

trakcí zubu, 2krát byla provedena incize v místě zduření a dosaženo hnisu. Vždy bylo samozřejmě chirurgické řešení prováděno ve cloně antibiotik. Průměrná hospitalizace se pohybovala kolem 11 dnů.

5 pacientů byla přijato původně s ORL diagnózou — sinusitis maxillaris. Teprve během hospitalizace byla zjištěna cysta nebo cysto-granulom zubního původu. Většinou ani rtg vyšetření neupozornilo na možný zubní původ. Skutečná diagnóza byla zjištěna, někdy s překvapením, až při operaci. Ve cloně antibiotik byla provedena jednou exstirpace cysty stomatologem a 4krát operace podle Caldwell-Luca ORL odborníkem za přítomnosti stomatologa. Po odpreparování měkkých tkání z řezu v řase bukogingivální bylo proniknuto obvykle do různě velké cystózní dutiny vyplněné granulacemi či páchnoucím sekretem. Stěna čelistní dutiny byla však vždy porušena, a proto bylo vždy pokračováno v klasické operaci podle Caldwell-Luca. Průměrná ošetrovací doba byla 17,3 dne.

Do našeho sdělení jsme nezařadili pacienty s diagnózou sinusitis maxillaris zubní etiologie, kteří se léčili punkcemi na ORL a sanací chrupu na zubním oddělení naší nemocnice, většinou ambulantně.

Diskuse

Některé bolesti, které vyzařují k uchu, mohou mít svou příčinu v oblasti zubů a čelistí. Bolest se šíří cestou n. trigeminus a n. auriculotemporalis.

Nejčastější příčinou těchto bolestí jsou záněty, které přecházejí ze zubní dreně na měkké tkáně při koření zubu, při čelistní kosti a konečně na okolní měkké tkáně obličeje a krku. Jedná se o onemocnění zubů jako karies, pulpity, apikální ostitidy, parodontis apicalis apod.

Zvláštní kapitolou jsou dentogenně vzniklé maxilární sinusitidy. Zvláště častý je přechod infekce od kořenů stoliček, které jsou odděleny od sliznice čelistní dutiny pouze tenkou kostěnou lamelou. Nejčastěji vychází zánět od odumřelé pulpy zubu s apikálním granulomem, řidčeji od radikulární nebo folikulární cysty. Infekce se může dostat do čelistní dutiny i po stomatologickém ošetření. Při ohraničeném zánětu sliznice čelistní dutiny, je-li dobrý odtok hnisavé sekrece a sliznice není ireverzibilně poškozena, může dojít ke spontánnímu vyléčení. Dostatečného odtoku je dosaženo obvykle extrakcí příčinného zubu či zubů. Kostní otvor se po zklidnění sliznice může uzavřít sám a sliznice regeneruje. Jestliže se přes konzervativní léčbu situace nelepší a zánět přejde do chronického stadia, je indikována radikální operace čelistní dutiny.

Další nemoci z oboru zubního lékařství, které mají vztah k ORL lékařství, vycházejí z gin-

givy. Jedná se především o parodontitis, dentitis difficilis a různé hyperplázie. Zvláště při dentitis difficilis ohraničený chronický zánět může akutně vzplanout a šířit se do polykacích prostorů, žvýkacích svalů, měkkých tkání úst a krku i retromaxilárně.

V kostech čelistí je diagnostikována ostitis, osteomyelitis a kostní nádory. Časté obtíže pacientů vycházejí také z čelistního kloubu. Jedná se o akutní a chronické artritidy, včetně revmatické artritidy, o arthrosis deformans, ankylózu čelistního kloubu a jeho habituální luxaci.

Další velkou kapitolou hraniční oblasti ORL a zubního lékařství je syndrom zduření měkkých tkání obličeje a krku. V krajině tváře a horní čelisti se jedná o subperiostální a submukózní absces, palatinální a nazální absces, retromaxilární absces a absces ve tváři. V krajině dolní čelisti, hltanu a krčních měkkých tkání rozeznáváme záněty v bezprostředním okolí kosti a záněty, které se šíří do sousedních prostorů. Častý je perimandibulární absces, bradový absces, submandibulární flegmóna či absces a maseterikomandibulární absces. Klinicky se tyto záněty projevují zduřením postižené oblasti, ztíženým otevíráním úst a těžkostmi při polykání zároveň s těžkým celkovým stavem a vysokou horečkou. Závažné jsou záněty v sublinguálním prostoru a jazykový absces pro možnost vzniku dýchacích obtíží.

Zduření způsobují i odontogenní cysty (radikulární a folikulární). Velké odontogenní cysty, vycházející od zubů horní čelisti, se nezřídka vyklenují až do celé čelistní dutiny, v dolní čelisti pak způsobují spontánní fraktury. Neodontogenní cysty se vyskytují méně často. Patří k nim cysty ductus nasopalatinus, cysty globulomaxilární, cysty vchodu nosního a cysty palatinální.

Jako příčinu zduření v této oblasti lze uvést i osteopatie čelistí a samozřejmě tumory. Z epitelu zubní lišty vychází adamantinom nebo ameloblastom. Odontomy obsahují epitelální i mezenchymální části zubního základu. Z maligních tumorů jsou to karcinomy a sarkomy vycházející ze slizničního krytu i z kostí.

Třetí velkou kapitolou jsou traumata. Vyléčení fraktur zubů závisí na tom, zda při zdravé pulpě zůstává zachována vitalita a zda frakturovaný zub je dosud dostatečně zakotven v oblasti svého zubního lůžka. S frakturami a luxacemi zubů jsou často kombinované fraktury alveolárního hřebene.

Časté jsou také zlomeniny horní čelisti a střední části obličejové kostry. Dělí se na známé 3 typy podle Le Forta. Poznání čerstvých fraktur této oblasti může být ztíženo poškozením měkkých tkání, hematomy a edémy. Průběh fraktury je rozeznatelný na cíleném rtg snímku v různých speciálních projekcích. Léčení je založeno na operačních zákrocích, kterými se provádí repozice a drátěná fixace hor-

ní čelisti k lebce. Dislokované orbitální tkáň se vrátí z čelistní dutiny zpět do orbity, roztržitá spodina očníce se reponuje a podepře tamponádou nebo sloupky z umělé hmoty v čelistní dutině.

Ještě častější jsou zlomeniny dolní čelisti. Předilekčním místem pro fraktury v této oblasti je okolí špičáku a retinované zuby moudrosti. Diagnostiku zlomeniny dolní čelisti umožňuje výskyt hematomu v místě lomu, porucha okluze, schodovitá deformace zubní řady, abnormální pohyblivost a bolest při otevřených ústech. Rtg vyšetření je samozřejmostí. Léčení zlomenin dolní čelisti spočívá hlavně ve fixaci pomocí dentálních dlah různých modifikací po manuální repozici. Pevná imobilizace se ponechává 3 i více týdnů, pak následuje postupná funkční rehabilitace. Po celou dobu léčby musí být zajištěna zvýšená hygiena ústní dutiny a během pevné fixace je nutná tekutá strava. U nepříznivých a tříštivých zlomenin, kde není možná manuální repozice, je nutná operace a kostní steh.

Konečně čtvrtou kapitolou společných obtíží zubních a ORL jsou kontraktury čelistí a polykací obtíže. Příčiny těchto obtíží jsou zánětlivé a nezánětlivé. K prvním patří *dentitis difficilis* s rozšířením zánětu do paratonzilárního, parafaryngeálního a pterygomandibulárního prostoru. Těžký stav způsobuje absces v retromaxilárním prostoru. K nezánětlivým příčinám kontraktury čelistí patří infekce tetanem a benigní i zhoubné nádory, které mají vztah ke kostem čelistí i k okolním měkkým tkáním.

Polykací obtíže i kontraktury čelistí jsou také následky různých operačních zákroků v krajině ústní dutiny, hltanu, čelistí a krku. Důležitá v těchto případech je především funkční rehabilitace.

Souhrn

Hraničním problémům lékařských oborů není vždy věnována patřičná pozornost. Blízkost zájmových krajin obličejové a krku, společné obtíže a stesky pacientů si vyžadují znalosti lékařů stomatologického i ORL oboru v diferenciální diagnostice i léčbě u řady společných nemocí. Odborní lékaři obou oborů jsou často nuceni určit diagnózu i základní léčbu pacientům bez možnosti okamžité porady s příslušným odborníkem. Pacienti stomatologického oddělení jsou v podmínkách vojenských nemocnic hospitalizováni obvykle na ORL oddělení, jehož lékaři pak za ně, zvláště v mimopracovní době, přejímají plnou zodpovědnost a péči.

V průběhu 5 let (1980–1984) bylo na ORL oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích hospitalizováno celkem 118 pacientů s typicky stomatologickou diagnózou. O některých problémech hraniční oblasti obou oborů se autoři ve svém sdělení snažili informovat.

Literatura u autorů.

Klíčová slova: Záněty; Zlomeniny čelistí; Traumata; Kontraktury čelistí; Polykací obtíže; Spolupráce ORL se stomatologem.