

616.314.8-007.1-06:613.693:355.354

KOMPLIKOVANÉ PREREZÁVANIE TRETIEHO MOLÁRA U LIETAJÚCEHO PERSONÁLU

Pplk. MUDr. Ladislav UZÍK, MUDr. Peter PORÁZIK
ZS VVLŠ SNP Košice
(náčelník: plk. MUDr. Ján Michalko)

Úvod

Komplikované prerezávanie tretieho molára (dentitio difficilis molaris tertii) (DD), nazývaného aj zub múdrosti (dentis sapientae), sa vyskytuje v mužskej populácii od 20. roku fyzického veku asi v 50 % s rôznou mierou komplikácií (3). Casové prerezávanie zubov múdrosti trvá rôzne dlho. Najčastejšou príčinou DD je nesprávna poloha zubného zárodku. Napr. u dolného molára je to 48,9 % a u horného zubu múdrosti 30,6 %. Ďalšie dôvody sú: nedostatok miesta pre ľahké zaradenie do oklúzie (9–22 %), mäkké podslizničné väzivo, silná kostenná lamela ramena sánky, dedičnosť a somatotyp, rasové a etnické predpoklady atď. (5). Časté sú kombinácie jednotlivých príčin. Už vertikálny sklon osi zubu múdrosti o viac ako 10°, čo sa vyskytuje asi v 59 %, je predpokladom komplikovaného prerezávania tretieho molára (3). V dôsledku uvedených skutočností sa najčastejšie prerežú u dolných osmičiek mesialne hrbolky, čo vytvorí vstup infekcie do folikulárneho zárodočného vaku. Najčastejšie prebieha chronická forma DD, a to asi v 20 %

(1, 2, 6). Ide o chronickú perikoronitídu (6). Štatistika uvádza, že 13,9 % pacientov s touto diagnózou je práceneschopných. Priemerná dĺžka práceneschopnosti je 8,1 dňa (3, 4). Často nastáva akútna exacerbácia chronickej perikoronitídy, čím sa vystupňujú miestne i celkové príznaky DD. Tieto možno rozdeliť do 3 štádií (Harnisch, 1961).

1. štádium: Prejavy sú len miestne. Zápalové zčervenanie je len v retromolárnej oblasti. Submandibulárne uzliny sú zväčšené a na pohmat bolestivé. Kontraktúra je málo výrazná. Z celkových príznakov môžu byť prítomné aj subfebrilie. Takýto priebeh DD má asi 50 % pacientov.

2. štádium: Prehĺbenie infiltratívneho zápalu do okolitých mäkkých tkanív s vystupňovanými prehĺtacími obtiažami, výrazným opuchom, bolestivosťou a vystúpením teploty je pre toto štádium charakteristické. Zub je prerezaný len malou časťou klinickej korunky do ústnej dutiny. Z chobotu je často možno vytlačiť hnis. Kontraktúra i perimandibulárny opuch sánky sú už výraznejšie.

3. štádium: V dôsledku vystupňovaných celkových i miestnych zápalových prejavov je prítomná všeobecná alterácia, vysoká teplota, bolesti, opuch, výrazná kontraktúra i prehltacie ťažkosti.

Prognózu úspešnej liečby určíme celkovým klinickým a rtg vyšetrením, ktoré až v 80 % odhalí etiológiu DD (5, 9). Autormi uvádzaná priemerná doba liečby je 8–13 dní. Spôsob liečby ovplyvnia anamnestické údaje o počte opakovaných exacerbácií chronického DD, prítomnosť antagonistu, protetická použiteľnosť dolných osmičiek, celková kazivosť, ústna hygiena atď. Rtg snímka odhalí pri chronickom DD typické polmesiačikovitý prejasnenia za zubom múdrosti sánky asi v 55 %. Rtg vyhodnotenie polohy dolných osmičiek zobrazuje tabuľka 1 (1, 5).

Tabuľka 1
Poloha poloretinovaných dolných tretích molárov (1)

Normálna poloha	39,7 %
Mesiálny sklon	28,1 %
Distálny sklon	19,9 %
Horizontálna plocha	12,3 %

Pri rtg vyšetrení horných tretích molárov sa najčastejšie potvrdí distálny sklon (34 %) a bukalne vytočenie zubu múdrosti (1).

Liečbu možno realizovať 3 spôsobmi:
konzervatívne
konzervatívno-chirurgicky
chirurgicky

V prvom štádiu tohto ochorenia mäkkých tkanív orofaciálneho aparátu vystačíme v liečbe konzervatívnym spôsobom. Ťažisko liečby je v preplachoch, dezinfekcii, dilatácii a drenáži chobotu a samozrejmosťou je dokonalá ústna hygiena. Toto ošetrenie opakujeme niekoľko dní po ústupe klinických prejavov zápalu. Konzervatívnu liečbu potrebuje asi 50 % pacientov (3).

V konzervatívno-chirurgickej liečbe sa kombinuje symptomatická konzervatívna liečba s chirurgickým zákrokom. Týmto zákrokom je discízia slizničného krytu nad zubom múdrosti a častejšia dekapsulácia folikulárneho vaku. Chirurgická liečba pozostáva z extrakcie príčinného zubu.

U lietajúceho personálu je extrakcia najvhodnejšou formou liečby u chronicky prebiehajúceho DD. Je prevenciou aerodontalgie (8). Extrakciu je nutné vykonať plánovite v štádiu remisie klinických prejavov zápalu. Pri jednoduchej extrakcii je zákaz letovej činnosti minimálne 2 dni. Pri chirurgickej extrakcii a normálnom priebehu hojenia je to 7–10 dní. Pre zneschopnenie k letovej činnosti stačia i mierne klinické prejavy chronického DD, ako sú bolestivosť, prehltacie ťažkosti, kontraktúra, zväčšenie regionálnych uzlín atď. Pre posudkovú činnosť, efektívnu liečbu i prognózu ochorenia je okrem klinického vyšetrenia, rtg, dôležitá cieleňá anamnéza a chronologicky vedená zdravotná dokumentácia. Najviac omy-

lov v diferenciálnej diagnostike je v prvom štádiu dentitio difficilis. Nutné je vylúčiť traumatické zmeny v úhľe sánky, funkčný algický syndróm TMK, ale aj bežnú tonzilitídu, peritonzilárny absces a okoločelustné zápaly inej etiológie. U tohto ochorenia je častá sezónna súvislosť (jar–jeseň) a v rámci denného výskytu je to ráno (6).

Výsledky

Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotiť a porovnať dosiaľ známe a publikované údaje s našimi skúsenosťami u pilotských poslucháčov VVLŠ SNP v Košiciach. V základnom súbore sledovaných poslucháčov rovnakej pilotskej špecializácie počas ich 4-ročného štúdia sme sledovali celkový počet prerezaných a neprerezaných zubov múdrosti, ich lokalizáciu, časový nárast prerezávania zubov, priemerný počet liečebných návštev, spôsob ošetrenia a percento zneschopnení k letovej činnosti pri predletových prehliadkách. Diagnóza 520-7, t.j. komplikované prerezávanie zubov múdrosti, tvorí v našich podmienkach len 4 % poskytnutých ambulantných výkonov. Vyše 85 % tvorili zuby múdrosti sánky. Priemerný počet liečebných návštev bol na uvedenú diagnózu 4,5. Pre porovnanie uvádzame štatistické vyhodnotenie spôsobu liečby (3).

Tabuľka 2
Spôsob liečby dg. 520-7

	1	2
Konzervatívna liečba	49,5 %	73,4 %
Konzervat.-chir. liečba	10,2 %	15,7 %
Chirurgická liečba – extrakcia	40,3 %	10,8 %
Podporná liečba ANT	—	16,6 %

Vysvetlivky: 1 – kolektív autorov (3)
2 – VVLŠ SNP

Tabuľka 3
Lokalizácia a počet prerezaných zubov múdrosti k veku

Vek		P	L	X ₁	X ₂	Pr	Nepr
18	Č	21,0	20,8	21,2	22,1	13,8	70,2
	S	24,3	22,0	23,1			
22	Č	51,3	48,6	49,9	51,9	35,0	25,0
	S	56,7	51,3	54,0			

Hodnoty sú v %

Vysvetl.:

P, L – vpravo, vľavo

Č, S – čelust', sánka

X₁ – priemer (čelust', sánka)

X₂ – celkový priemer

Pr – kompl. prerezané

Nepr. – kompl. neprerezané

V sledovanom súbore bolo za obdobie 2 rokov (1986/1987) z celkového počtu 288 predletových vyšetrení 0,69 % zneschopnených poslucháčov pre stomatologické ochorenie. Diagnóza DD tvorila len 16,2 % prípadov. Vyšetrenie stavu chrupu sme zaznamenávali pri preventívnych prehliadkách chrupu v jednotlivých ročníkoch za štandardných podmienok v ambulancii. Stav a počet prerezaných zubov múdrosti vyjadruje tabuľka 3.

U vyšetrených poslucháčov v nástupnom ročníku v 18 rokoch veku bolo kompletne prerezaných len 13,8 % všetkých zubov múdrosti. Naopak neprerezaných osmičiek v obidvoch zubných oblúkoch bolo 70,2 %. V 22 rokoch veku počet prerezaných osmičiek narástol o 21,2 %. Celkový priemer prerezaných zubov sa zvýšil o 29,78 %. Za 4 roky sa zvýšil počet prerezaných osmičiek v čeľusti o 28,7 % a v sánke o 21,9 %. Z hodnotenia vyplýva, že počet prerezaných zubov bol v sánke vyšší tak ako v 18 rokoch (1,9 %), rovnako ako v 22 rokoch, kedy rozdiel bol väčší o 4,1 %.

Diskusia

Výsledky štúdie potvrdzujú výraznú akceleráciu prerezávania zubov múdrosti medzi 18. a 22. rokom veku. V tomto období do 22 rokov je rast osmičiek rýchlejší v sánke. Zuby múdrosti v čeľusti sa prerezávajú intenzívnejšie v ďalších rokoch.

Záver

Z celkového počtu ochorenia orofaciálneho aparátu je výskyt komplikovaného prerezávania zubov múdrosti len v 4 %. Táto diagnóza tvorí len 16,2 %

zneschopnení pre letovú činnosť zo všetkých stomatologických zneschopnení. Možno konštatovať, že prerezávanie zubov múdrosti i u lietajúceho personálu pri dodržiavaní kvalitnej ústnej hygieny, dôslednej sanácii chrupu, uvedomelej sebakontroly a seba výchovy môže prebiehať bez výraznejších komplikácií. Racionálnosť a úspešnosť liečby je v prevencii. Uvedenými preventívnymi opatreniami sa vyhneme nepredvídaným zápalovým komplikáciám, ktoré znamenajú nielen dočasnú práceneschopnosť, ale znižujú pracovnú výkonnosť a negatívne ovplyvňujú výkon povolania.

Literatúra

1. ANTALOVSKÁ, Z. aj.: K preventívnej aplikácii antibiotík u komplikovaných extrakcií dolných tretích molárů. Prakt. zub. Lék., 34, 1986, č. 6, s. 161–167.
2. JUREČEK, B. – PAZDERA, J.: Méně obvyklé případy retence dolního zubu moudrosti. Prakt. zub. Lék., 33, 1985, č. 4, s. 103–109.
3. JUREČEK, B. – JIRAVA, E. – MANDÁKOVÁ, M.: Dentitio difficilis v ambulantní péči. Prakt. zub. Lék., 33, 1985, č. 2, s. 48–54.
4. JUREČEK, B.: Příspěvek k diferenciální diagnostice obtížného prořezávání dolního zubu moudrosti. Prakt. zub. Lék., 33, 1985, č. 4, s. 109–114.
5. KAZÁROVÁ, E. – ĎUROVIČ, E.: Etiologie retence zubů. Prakt. zub. Lék., 33, 1985, č. 4, s. 97–103.
6. TOMAN, J.: Ústní a čelistní chirurgie. Praha, Avicenum 1976. 58 s.
7. ŠULC, J.: Letecká fyziologie. 1. vyd. Praha, Naše vojsko 1980. 79 s.
8. UZÍK, L.: Aerodontalgie. Voj. zdrav. Listy, 55, 1986, č. 5, s. 198–201.
9. VLČEK, M.: Výsledky epidemiologických prieskumov stomatologického zdravia v ČSĽA. Voj. zdrav. Listy, 51, 1982, č. 2, s. 93–98.

Klíčové slová: Dentitio difficilis molaris tertii; Vlastné skúsenosti.