

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования «Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат на тему:

«БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ»

Выполнил: ординатор кафедры-
клиники хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии
Лукашевич Никита Дмитриевич
Проверила: КМН, доцент Маругина Т.Л.

Красноярск, 2020

План реферата:

- 1) Изучить этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики болезней прорезывания зубов.
- 2) Рассмотреть этиологию, патогенез, клинику заболеваний, связанных с аномалией прорезывания и задержкой прорезывания зубов.
- 3) Некоторые методики удаления ретенированных третьих моляров
- 4) Перикоронарит
- 5) Периостит ретромолярного пространства
- 6) Остеомиелит ретромолярного пространства
- 7) Список литературы

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация болезней прорезывания зубов по Т. Г. Робустовой (2000 г.) следующая:

1. Затрудненное прорезывание зуба.
2. Неправильное положение зуба (смещение, возникшее в результате прорезывания) (**дистопированный зуб**).
3. Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку (**полуретенированный зуб**).
4. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти (**ретенированный зуб**) [7].

Классификация болезней прорезывания зубов по А. Г. Шаргородскому (2000 г.) выглядит следующим образом:

1. **Ретенированным** называется зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, не прорезавшийся в обычные сроки.
2. **Полуретенированным** называется зуб, не полностью прорезавшийся через костную ткань или слизистую оболочку.
3. **Дистопированными** называются зубы, расположенные вне зубной дуги, как прорезавшиеся, так и ретенированные и полуретенированные [9].

Аномальное положение зубного зачатка, а также различные эндогенные и экзогенные патологические воздействия на зубочелюстную систему могут явиться причиной аномалии положения сформировавшегося зуба, а также приводить к задержке его прорезывания.

Степень аномального положения зуба (**дистопии**) может быть различной — от небольшого отклонения продольной оси по отношению к норме до расположения зуба в верхней половине ветви нижней челюсти и т. д. (рис. 1) [1].

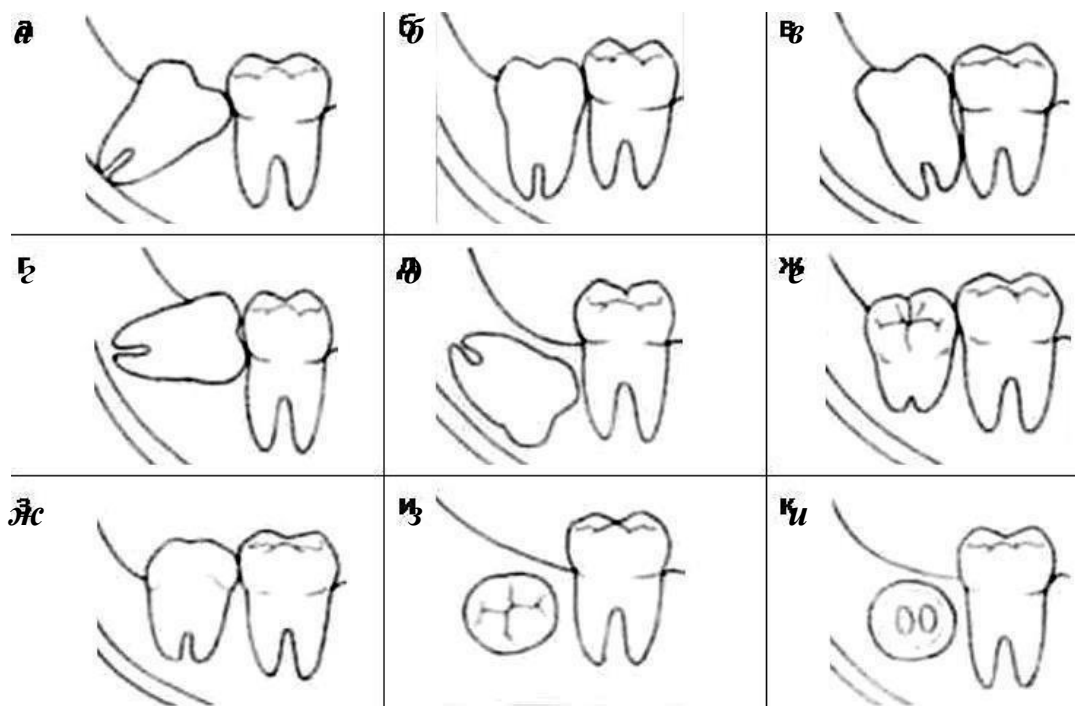


Рис. 1. Варианты направления прорезывания третьих моляров нижней челюсти (С. Асанами, Я. Касакаки, 1993):

а — медиальный наклон; б — вертикальное положение; в — дистальный наклон; г — горизонтальное положение; д — инверсия; е — щечный наклон; ж — язычный наклон; з — букковерсия; и — лингвоверсия

Инклюзией зуба именуется ситуация, при которой зуб расположен настолько атипично, что даже частичное его прорезывание невозможно.

Ретенцией зуба (задержкой прорезывания) называется явление, при котором нормально или ненормально развитый зуб не прорезался в соответствующее время на том месте в зубном ряду, где ожидалось его прорезывание.

Ретенция может быть полной и неполной. Если зуб прорезался не полностью, его принято именовать **полуретеннированным**. В положении неполного прорезывания он может находиться длительное время и являться причиной развития гнойно-воспалительных заболеваний и нарушений окклюзионных контактов (рис. 2).



Рис. 2. Клиническая картина полуретенции и дистопии (вестибулярное положение) зуба 4.8

Ситуацию, при которой прорезывания зуба не произошло по причине гибели зубного зачатка, называют **адентией (adentia)**. Адентия бывает **полной (completa)**, когда отсутствуют все зубы, и **неполной (adentia incompleta)**, когда отсутствует часть зубов.

Ретеннированными и дистопированными могут быть зубы как постоянного прикуса, так и молочного, а также как комплектные, так и сверхкомплектные.

Следует подчеркнуть, что наиболее часто наблюдается ретенция постоянных зубов, причем первое место занимают зубы 1.3 и 2.3 (клыки верхней челюсти), второе — зубы 3.4, 3.5, 4.4, 4.5 (премоляры нижней челюсти). Полуретенции (неполной ретенции) наиболее часто подвержены зубы 3.8, 4.8 (третьи моляры нижней челюсти).

ЭТИОЛОГИЯ

Причины ретенции зубов окончательно не определены, однако клинические наблюдения побуждают исследователей связывать данную патологию с группами факторов, основными из которых являются следующие:

1. Обменные нарушения и перенесенные инфекции:

- а) эндокринные нарушения (патология щитовидной и паращитовидной желез);
- б) перенесенный рахит;
- в) авитаминозы;
- г) специфические инфекции (сифилис) и т. д.

2. Филогенетические аспекты. В процессе филогенеза организма человека происходит постепенное уменьшение размеров челюстей. При этом число зубов и их размеры, в основном, не изменяются. В результате возникает диспропорция, и прорезывающимся зубам не хватает места в зубном ряду.

3. Местные факторы:

а) осложненный кариес молочных зубов, в результате которого формируется плотная склерозированная костная ткань — «рубец» альвеолярного отростка, возникают плотные рубцы на десне, происходит интоксикация зачатка постоянного зуба продуктами воспаления;

б) ранняя утрата молочного зуба (более 2 лет до физиологической смены) и связанное с этим образование плотного рубца на альвеолярном гребне;

в) задержка молочного зуба в лунке и преграждение им пути для прорезывания постоянного зуба;

г) конвергенция коронок зубов, соседствующих с преждевременно удаленным молочным зубом, что может обуславливать полуретенцию постоянного зуба;

д) сращение ретенированного зуба с корнем соседнего прорезывающегося зуба;

е) патологические разрастания на корне зуба (цементомы, костные отложения);

ж) искривление корня зуба;

з) размещение зубного зачатка чрезмерно глубоко в теле челюсти;

и) развитие вокруг зубного зачатка фолликулярной кисты, содержимое которой оказывает на него давление;

к) оттеснение зубного зачатка доброкачественной опухолью (одонтома, аденома, киста, остеома и т. д.);

л) травмы челюстно-лицевой области в детском возрасте [6].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Диагностика болезней прорезывания зубов проводится на основании анализа клинической картины и результатов лучевых методов исследования.

Ретенированные и дистопированные зубы могут длительное время находиться в челюсти бессимптомно и выявляться случайно при лучевых методах обследования челюстно-лицевой области.

Наиболее часто к хирургам-стоматологам обращаются пациенты с болезнями прорезывания третьих моляров нижней челюсти.

Простое удаление — оперативное вмешательство, которое можно выполнить за короткое время и с минимальной травмой окружающих тканей. При этом:

- 1) не требуется выполнение разреза или он бывает небольшого размера;
- 2) отслаивается небольшой лоскут или его формирования не требуется;
- 3) не требуется иссечения костной ткани или ее иссечение минимально.

Легкое выполнение операции удаления медиально наклоненных ретенированных третьих моляров нижней челюсти можно прогнозировать на основании следующих клинических данных и результатов лучевых методов исследования:

- глубина расположения зуба в костной ткани небольшая;
- степень медиального наклона продольной оси зуба выражена незначительно;
- коронка зуба расположена в дистальном поднутрении второго моляра;
- корни зуба относительно короткие, без аномалии формы или размера;
- в области коронки зуба определяются признаки резорбции кости;
- между передней границей ветви нижней челюсти и дистальной поверхностью второго моляра имеется пространство, обеспечивающее достаточно широкую зону для проведения удаления зуба;
- отсутствуют рентгенологические признаки анкилоза;
- апекс корня зуба не контактирует с нижнечелюстным каналом и не перфорирует канал;
- уровень расположения альвеолярного гребня относительно эмалево-цементного соединения зуба.

Третий моляр нижней челюсти — это самый дистально расположенный зуб, поэтому его удаление следует производить в дистальном направлении

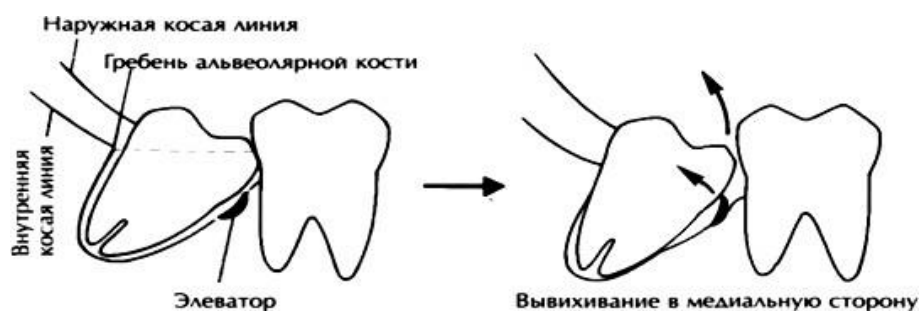


Рис. 14. Схема операции простого удаления медиально наклоненного ретинированного третьего моляра нижней челюсти

Очень важно четко представлять себе положение дистальной части альвеолярного гребня для определения степени сложности операции удаления медиально наклоненного ретинированного третьего моляра нижней челюсти (рис. 15).

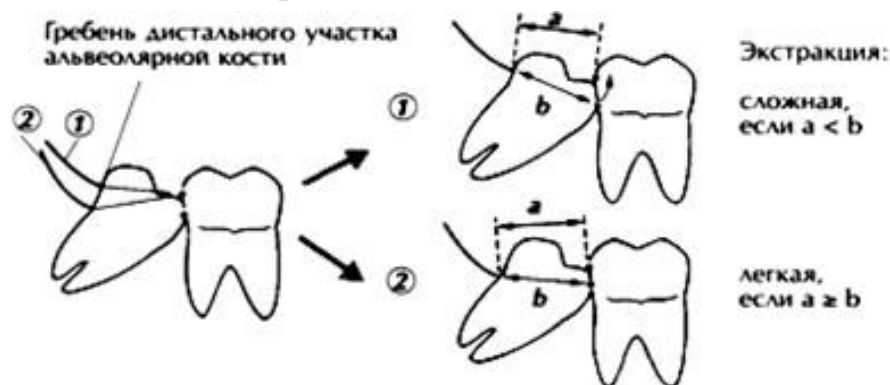


Рис. 15. Определения степени сложности операции удаления медиально наклоненного ретинированного третьего моляра нижней челюсти
а — пространство удаления зуба; b — ширина коронки третьего моляра; 1 и 2 — уровни локализации передней границы ветви нижней челюсти (внутренняя косая линия)

Например, при наличии медиального наклона ретинированного третьего моляра, как показано на рис. 15, когда дистальная часть альвеолярного гребня находится в положении «1», то пространство, необходимое для удаления «а» меньше, чем ширина коронки третьего моляра «б». В данной ситуации возникает необходимость или секционировать коронку зуба, или иссекать некоторую часть дистального участка альвеолярной кости.

Однако при уровне локализации передней границы ветви нижней челюсти «2», когда пространство «а» больше или равно пространству «б», расширение периодонтальной щели позволяет выполнить легкое удаление. Это напоминает ситуацию с резорбцией костной ткани в дистальном отделе. Часть альвеолярной кости, расположенной дистальнее третьего моляра, может являться одним из важных факторов, определяющих степень сложности удаления третьего моляра нижней челюсти.

Внутренняя и наружная косые линии передней границы ветви челюсти представляют собой две линии, которые на рентгенограмме представлены следующим образом. Верхняя из них является наружной косой линией, а нижняя, соответственно, — внутренней. Внутреннюю косую линию следует использовать для определения уровня расположения гребня альвеолярной кости, расположенной дистальнее третьего моляра.

Однако даже при самом простом удалении могут возникать ситуации, требующие изменения плана оперативного вмешательства. Рекомендуется всегда заранее выбирать или вырабатывать альтернативный план операции, предполагая возникновение возможных затруднений.

Базовая методика. Для успешного проведения удаления медиально наклоненного ретинированного третьего моляра нижней челюсти исключительно важно обеспечить адекватное операционное поле. Скальпелем (серповидное лезвие используют при наличии полностью ретинированных зубов) проводят разрез длиной приблизительно 1,5 см позади второго моляра, чтобы сформировать слизисто-надкостничный лоскут, покрывающей третий моляр. Разрез должен быть выполнен после пальпаторного исследования поверхности кости и локализован между наружной и внутренней косыми линиями или немного в щечном направлении (рис. 16, а). Затем проводят вертикальный разрез приблизительно на 0,5 см медиальнее центра щечной поверхности второго моляра, направляя разрез вниз и вперед. Следующий этап — отделение циркулярных волокон связки серповидным лезвием вдоль пришеечной области второго моляра.

Очень важно провести разрез точно в области надкостницы. Начинать скелетирование наружной кортикальной пластинки, покрывающей третий моляр, следует в области вертикального разреза при помощи распатора. Несмотря на то, что вертикальный разрез принято проводить по касательной к медиальной границе второго моляра, в тех наблюдениях, когда ретинированный третий моляр незначительно наклонен медиально и не требует дополнительного иссечения костной ткани, указанный разрез целесообразно проводить по касательной к дистальной границе зуба (рис. 16, б). Затем костным долотом с закругленным лезвием резецируют покрывающий зуб щечный участок кости до тех пор, пока не удастся обеспечить условия, чтобы избежать поднутрения в области коронки. Далее следует отделить десну с язычной стороны, чтобы не повредить последнюю бором во время секционирования зуба.

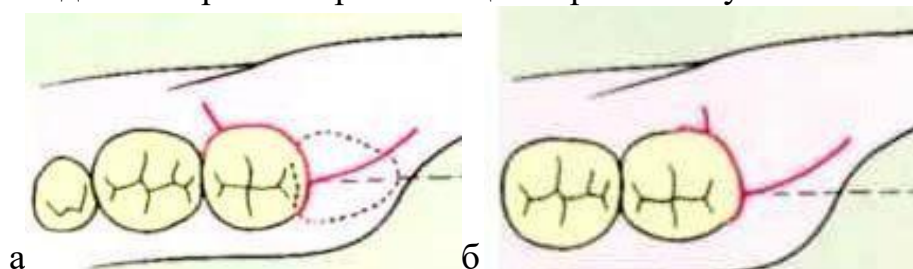


Рис. 16. Схема оперативных доступов при выполнении операции сложного удаления медиально наклоненного ретинированного третьего моляра нижней челюсти

а — линия разреза при базовой методике удаления; *б* — линия разреза при простой методике удаления

Секционирование коронки, как правило, выполняют в щечно-язычном направлении при помощи турбинного наконечника. Зуб разделяют на части используя легкие прикосновения и аккуратные вибрирующие движения наконечником в вертикальном направлении. При этом следует избегать дистального наклона бора (рис. 17). Если это произойдет, то

отделенную коронку третьего моляра удалить будет весьма сложно, так как она «заклинена» в поднутрении. Особенно осторожным хирург должен быть при наличии выраженного наклона зуба и тогда, когда второй моляр наклонен в дистальную сторону. Нижнюю язычную часть коронки третьего моляра секционируют, наклоняя кончик бора в язычную сторону. Полного рассечения коронки не проводят с целью профилактики повреждения альвеолярной кости. Оставшуюся подлежащую часть коронки раскалывают при помощи долота с прямым лезвием или прямого элеватора. Для этого устанавливают долото, направляя его медиально. Затем инструмент вводят под отделенную часть коронки и удаляют ее. Оставшуюся часть корня удаляют, вывихивая последнюю наружу.

Элеватор следует вводить в пространство периодонтальной связки вдоль щечной поверхности корня, при затруднении вывихивания рекомендуется при помощи бормашины с прямым наконечником иссечь небольшое количество костной ткани. Если после выполненных манипуляций зуб не удается легко вывихнуть, то хирург может предположить, что третий моляр имеет изогнутые, сращенные или увеличенные корни. В этом случае следует выполнить повторное рентгенографическое исследование, а затем принимать решение о коррекции хирургической тактики (выполнить секционирование корня или прибегнуть к дополнительному иссечению костной ткани, прилегающей к удаляемому зубу).

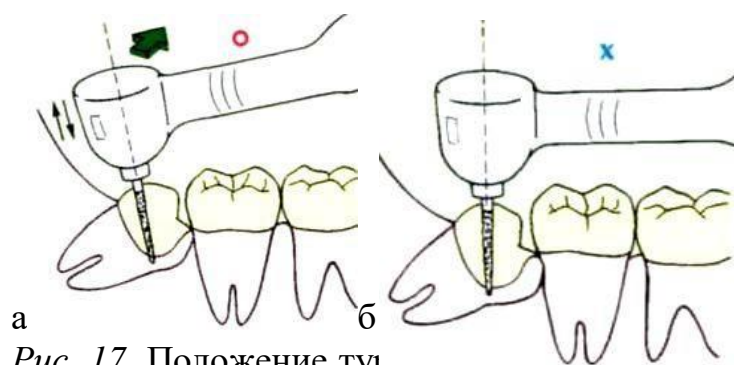


Рис. 17. Положение тула и бора при секционировании коронки медиально наклоненного третьего моляра нижней челюсти: *а* — правильное; *б* — неправильное

Проведение указанных манипуляций требует очень аккуратного распределения нагрузки. Следует избегать усилий, которые могут привести к перелому язычного участка кости, а при расположении зуба вблизи нижнечелюстного канала необходимо минимизировать нагрузку в направлении апексов корней удаляемого зуба.

Если пространства недостаточно, то не следует прилагать избыточных усилий при удалении корней. Предпочтение следует отдавать проведению дополнительного секционирования при помощи турбины или иссечению костной ткани с дистальной поверхности.

Плотное прикрепление грануляционной ткани или фолликула зуба к пришеечной области, а также язычной поверхности зуба может затруднить его удаление. В связи с вышеуказанным, необходимо отсечь мягкие ткани, удерживающие третий моляр, при помощи скальпеля. При этом необходимо избегать разрыва язычной десны, который может произойти при оказании чрезмерного усилия или неаккуратной тракции зуба. После извлечения зуба, кюретажной ложкой удаляют грануляционную ткань с дистальной стороны второго моляра, проводят альвеолотомию острых выступов кости с помощью костного рашпиля или фрезы. Затем лунку инстиллируют раствором антисептика до полного удаления костных опилок. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют его отдельными узловыми швами. Вначале следует накладывать швы там, где выполнялся вертикальный разрез. Отслаивание надкостницы медиальнее вертикального разреза приблизительно на 3 мм обеспечивает свободное проведение иглы сквозь ткани. Затем накладывают швы на дистальный разрез. Необходимо помнить о том, что при наложении швов иглу следует вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать на неподвижной стороне. После наложения 3–4 швов, следует выполнить репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Для этого, надавливая кончиками пальцев, плотно адаптируют надкостницу к кости альвеолярного отростка, что способствует удалению из операционной раны излишних крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей. Данный прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде.

Методики операции удаления вертикально расположенных третьих моляров нижней челюсти

Наиболее часто вертикально ретинированные третьи моляры нижней челюсти с частично прорезавшимися коронками имеют одиночные конические корни. Даже при наличии нескольких корней их форма, как правило, приближается к конической. Изогнутые корни встречаются крайне редко. В подавляющем большинстве наблюдений методика удаления вертикально ретинированных третьих моляров не отличается от удаления других моляров нижней челюсти и выполнение операции не вызывает трудностей. Зуб может быть удален при помощи щипцов с длинными щечками, прямого элеватора или последовательного использования этих инструментов.

Методика операции удаления вертикально ретинированного третьего моляра с частично прорезавшейся или непрорезавшейся коронкой. С дистальной стороны второго моляра производят разрез с рассечением циркулярных волокон периодонтальной связки. После откидывания слизисто-надкостничного лоскута и обнажения третьего моляра определяют степень покрытия коронки последней костной тканью. Для обеспечения лучшего обзора операционного поля в некоторых случаях проводят вертикальный разрез на щечной поверхности в проекции второго

моляра. Костную ткань, покрывающую зуб, иссекают при помощи бормашины. Вывихивают зуб элеватором, который поворачивают против часовой стрелки. Извлекают удаленный третий моляр щипцами. После извлечения зуба, кюретажной ложкой следует удалить грануляционную ткань с дистальной стороны второго моляра, выполнить альвеолотомию острых выступов кости с помощью костного рашпиля или фрезы. Затем лунку удаленного зуба инстиллируют раствором антисептика до полного удаления из нее костных опилок. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют отдельными узловыми швами.

При отсутствии патологии корней и после иссечения небольшого объема костной ткани, покрывающей коронковую часть вертикально ретинированного третьего моляра, провести его удаление относительно несложно.

Методики операции удаления дистально ретинированных третьих моляров нижней челюсти

Методика удаления аналогична удалению других третьих моляров нижней челюсти, когда необходимо иссечение значительного объема костной ткани при глубоком расположении зуба в челюсти, близком расположении передней границы ветви или дистальной поверхности второго моляра. Степень сложности удаления дистально ретинированных третьих моляров нижней челюсти возрастает в порядке А→В→С и 1→2→3.

Хирургическое вмешательство заключается в иссечении участка костной ткани, покрывающей моляр и секционировании его коронки в дистальном отделе, так же как и при удалении медиально наклоненных ретинированных третьих моляров.

Дистально ретинированные зубы при некоторых наблюдениях удаляются несколько проще, чем медиально наклоненные или горизонтально ретинированные, расположенные в поднутрении на дистальной поверхности второго моляра. Однако при иссечении большого объема костной ткани в послеоперационном периоде может отмечаться кровотечение, выраженный отек и инфильтрация прилежащих мягких тканей, боль при глотании, воспалительная контрактура жевательных мышц на оперированной стороне. Секционирование дистальной части коронки может быть затруднено, что потребует некоторой изобретательности при выполнении операции. Значительный дистальный наклон третьего моляра наблюдается достаточно редко, поэтому варианты методики, как правило, зависят от объема костной ткани, покрывающей дистальную поверхность коронки зуба (табл. 5).

Например, третий моляр соответственно классу А2 схемы (табл. 5-1), может быть легко удален после иссечения незначительного объема кортикальной пластинки кости в дистальном участке альвеолярного отростка. Зубы, соответствующие классу схемы А3, можно удалить, иссекая костную ткань и секционируя дистальную часть коронки моляра (табл. 5-2-Б).

Третий моляр соответственно классу В3 схемы, следует удалять при помощи иссечения дистального участка кости и секционирования зуба на три части (табл. 5–2-В). Несмотря на возможность удаления зуба при иссечении большого объема в дистальной части альвеолярного отростка, необходимо помнить, что нужно стремиться иссекать минимальный объем костной ткани и прибегать к секционированию коронки только у тех пациентов, у которых другим образом удалить зуб не представляется возможным или подобное оперативное вмешательство будет более травматичным

ПЕРИКРОНАРИТ

Первым и наиболее частым клиническим проявлением затрудненного прорезывания зубов является **перикоронарит** — **воспаление мягких тканей, окружающих коронку прорезывающегося зуба.**

При нарушении целостности слизистой оболочки ретромолярной области, покрывающей зуб, в перикоронарное пространство (между коронкой и зубом) попадают пищевые остатки и микрофлора полости рта.

В данном пространстве создаются благоприятные условия для развития облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов.

Дальнейшее течение процесса зависит от следующего:

- наличия места в зубной дуге для прорезывания зуба;
- пространственного расположения зачатка зуба в челюсти;
- хронической травмы слизистой оболочки ретромолярной области зубами-антагонистами, которая приводит к изъязвлению, воспалению и рубцеванию.

Для перикоронарита характерны:

- симптомы общей интоксикации организма: повышение температуры тела до 37–37,5 °С, снижение аппетита и нарушение сна, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

– интенсивные боли в ретромолярной области, иррадиирующие в ухо, ограничение открывания рта за счет рефлекторного спазма жевательных мышц;

– боли при глотании.

Конфигурация лица и кожные покровы не изменены.

При осмотре полости рта после предварительно проведенной анестезии (по Берше–Дубову, Акинози–Вазирани) виден неполностью прорезавшийся зуб, покрытый отечным и гиперемированным слизисто-надкостничным лоскутом — капюшоном. При пальпации из-под капюшона выделяется серозно-геморрагический экссудат.

Отечность и гиперемия могут распространяться на слизистую оболочку заднего отдела нижнего свода преддверия полости рта, десну с язычной стороны и переднюю небную дужку.

Подвижность причинного зуба не определяется.

При неоднократном рецидивировании данного процесса речь идет о **хроническом перикоронарите и обострении хронического перикоронарита.**

Для постановки диагноза и составления плана лечения используются следующие лучевые методы исследования:

- 1) дентальная рентгенография (рис. 3, 4);
- 2) боковая рентгенография нижней челюсти со стороны локализации патологического процесса;
- 3) ортопантомография (рис. 5, 6);
- 4) спиральная компьютерная томография;
- 5) конусно-лучевая компьютерная томография (рис. 7–12).

Наиболее часто в практическом здравоохранении используются дентальная рентгенография и ортопантомография, однако оптимальными методами исследования при болезнях прорезывания являются ортопантомография и конусно-лучевая компьютерная томография коническим пучком [10, 11].

Эффективные дозы облучения (мЗв) при различных методах лучевой диагностики заболеваний челюстно-лицевой области следующие:

- при дентальной рентгенографии — 0,01–0,02;
- ортопантомографии — 0,07–0,15;
- спиральной компьютерной томографии с 3D-реконструкцией — 1,2–2,3;
- конусно-лучевой компьютерной томографии — 0,036.

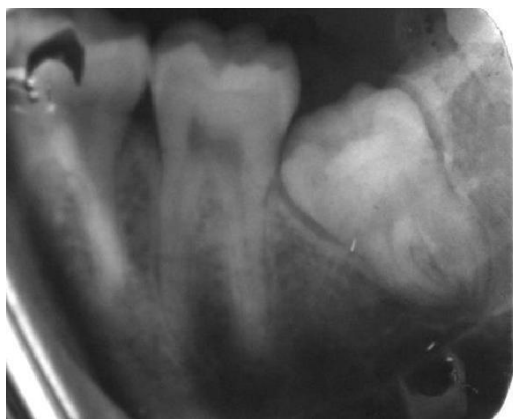


Рис. 3. Дентальная рентгенография — полуретенция, дистопия зуба 3.8



Рис. 4. Дентальная рентгенография — дистопия зуба 3.8



Рис. 5. Ортопантомография — полуретенция, дистопия зуба 3.8



Рис. 6. Ортопантомография — ретенция, дистопия зуба 4.5

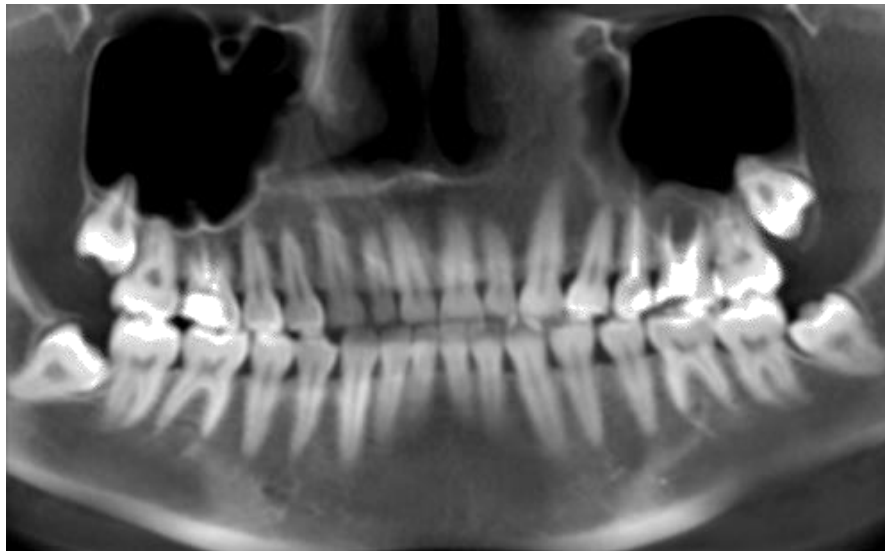


Рис. 7. Конусно-лучевая компьютерная томография — полуретенция зубов 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, дистопия зубов 2.8, 4.8

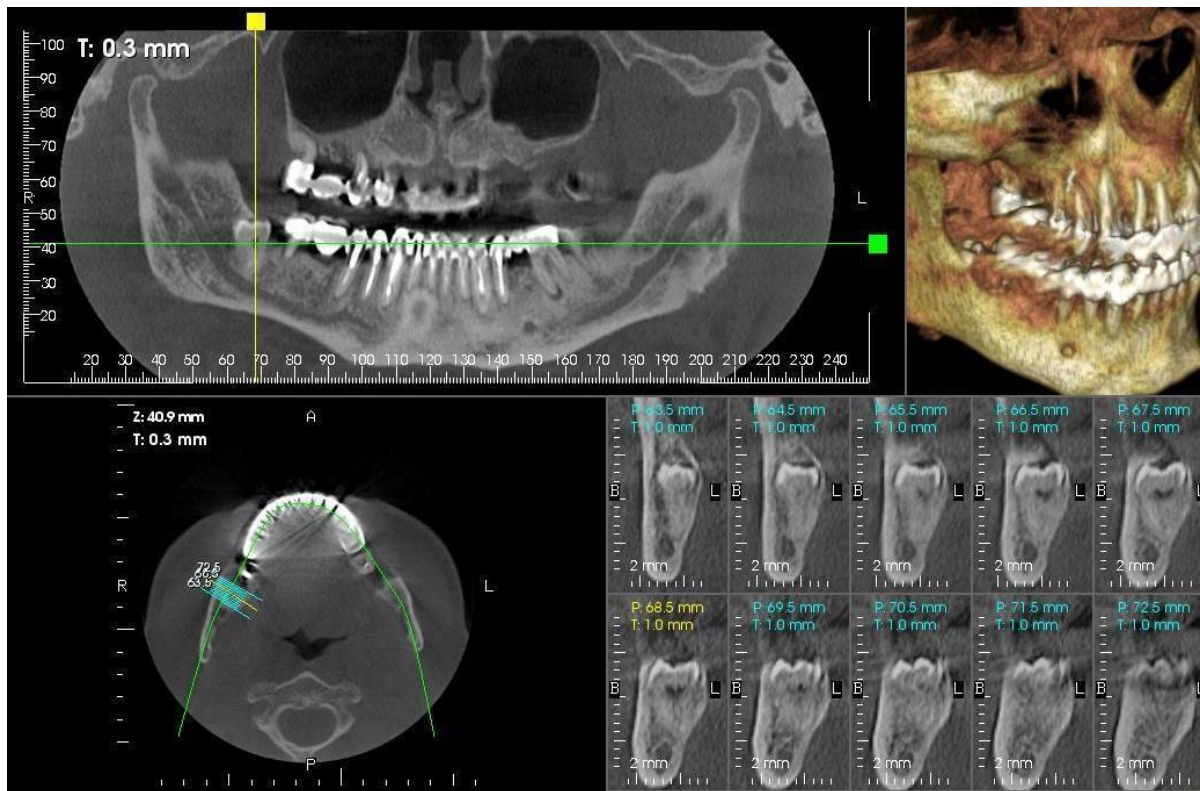


Рис. 8. Конусно-лучевая компьютерная томография — полуретенция, дистопия зуба 4.8

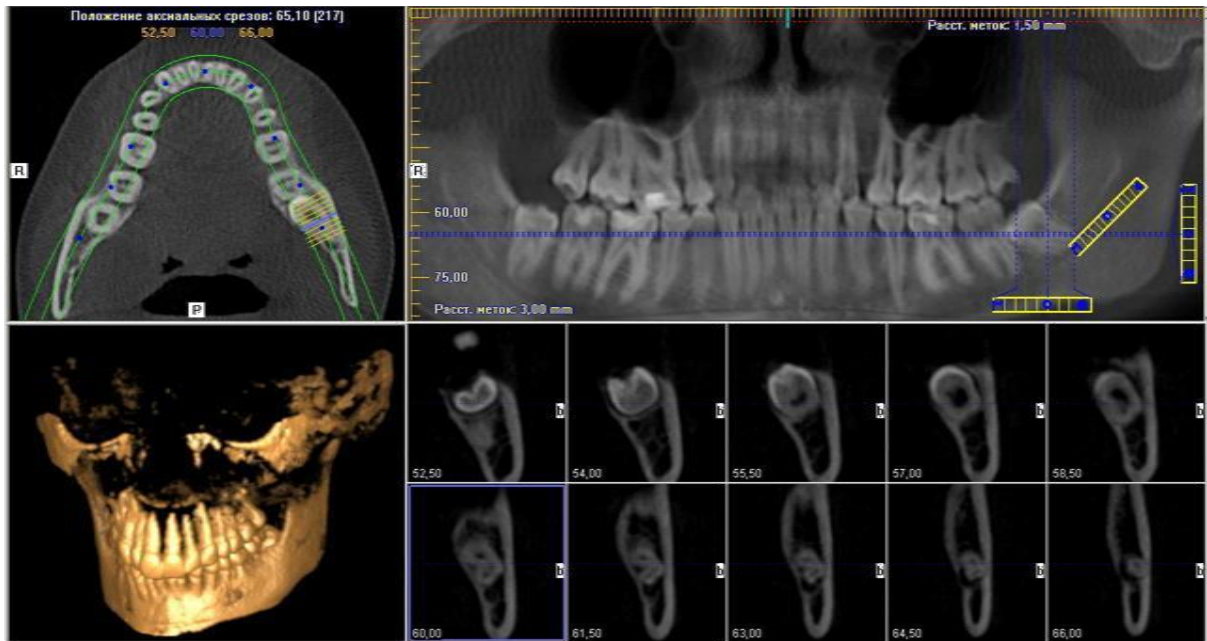


Рис. 9. Конусно-лучевая компьютерная томография — полуретенция, дистопия зуба 3.8

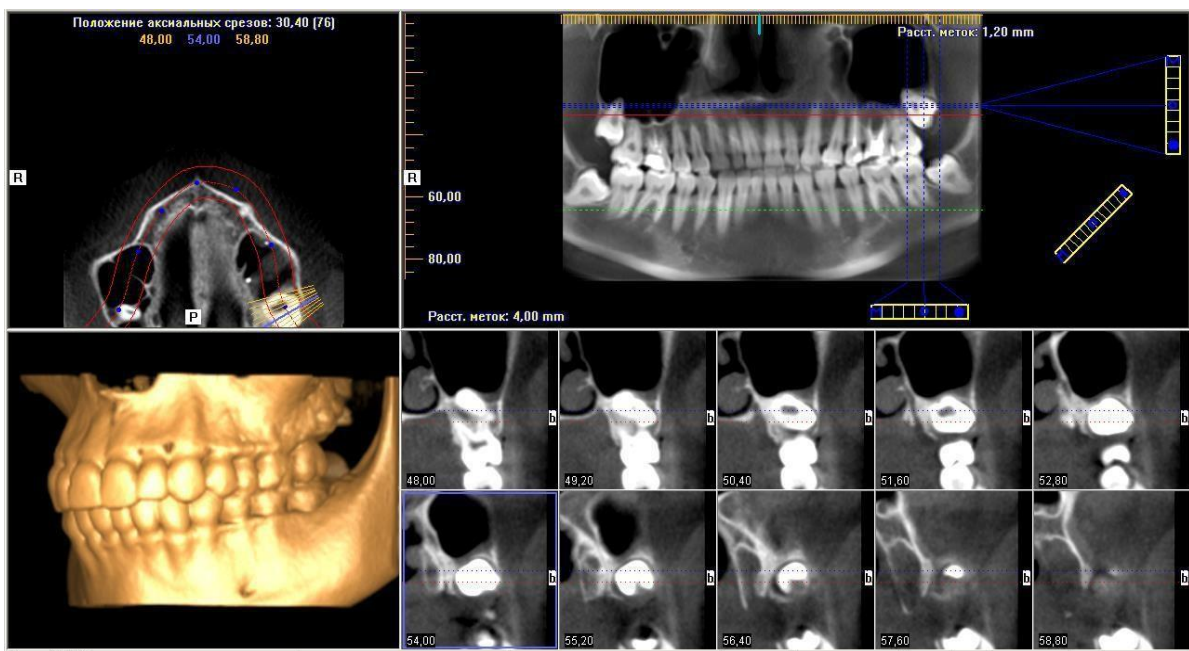


Рис. 10. Конусно-лучевая компьютерная томография — ретенция, дистопия зуба 2.8

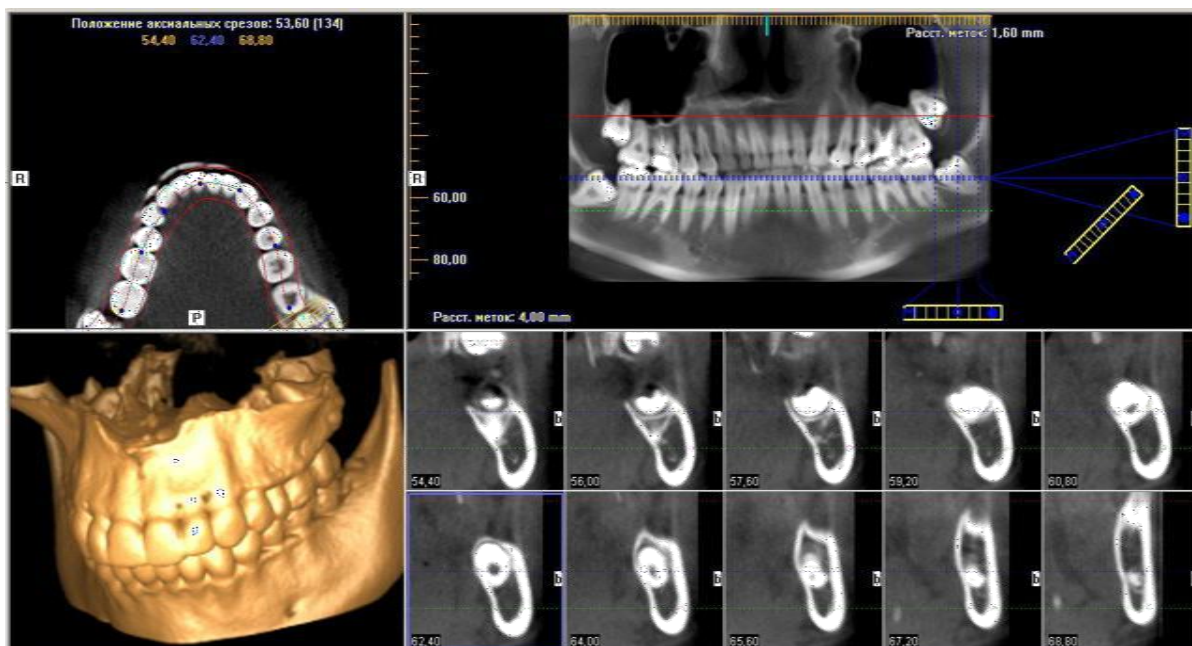


Рис. 11. Конусно-лучевая компьютерная томография — ретенция, дистопия зуба 3.8

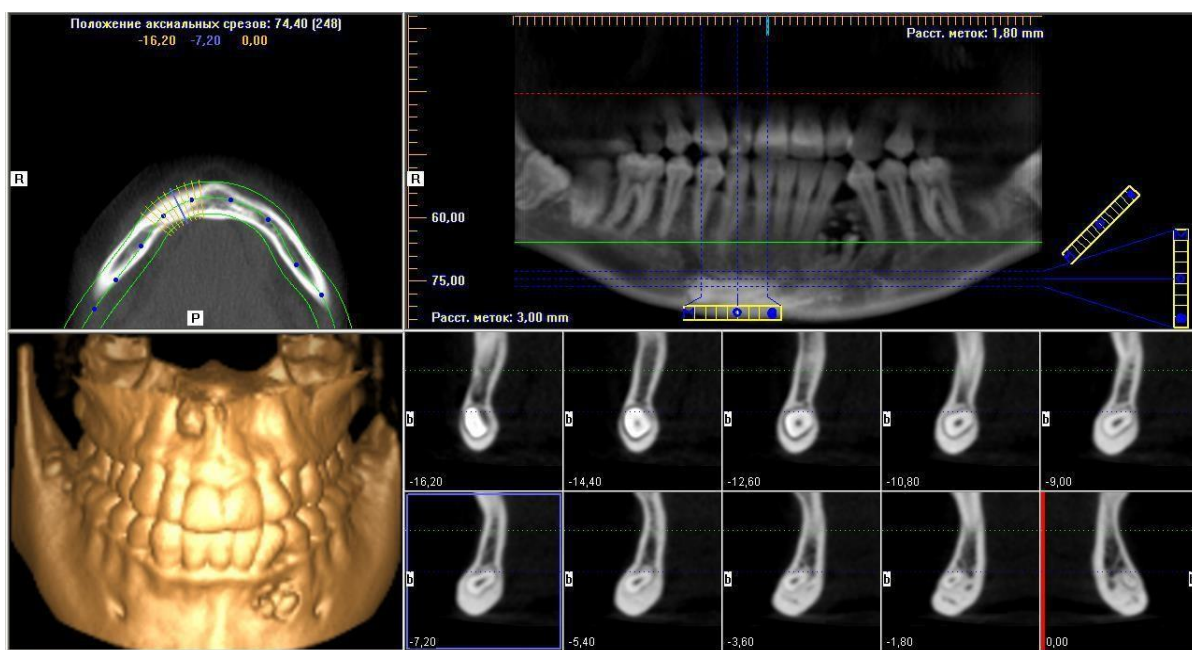


Рис. 12. Конусно-лучевая компьютерная томография — инклюзия зуба 3.3

Лечение комплексное. Оно проводится в амбулаторных условиях: **первичная хирургическая обработка гнойного очага** сочетается с **комплексной противовоспалительной терапией** (антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные препараты).

Хирургическое лечение перикоронарита. При наличии достаточного места в зубной дуге для прорезывания зуба и правильной его пространственной ориентации наиболее предпочтительной является операция —

перикоронарэктомия — полное иссечение слизистой оболочки вокруг коронки зуба мудрости, позволяющее обнажить не только жевательную, но и боковые поверхности коронки.

Операцию проводят под проводниковой и инфильтрационной анестезией. Слизистую оболочку иссекают изогнутым скальпелем или ножницами. Также возможно применение лазера, электроножа (коагулятора), криодеструкции.

При невозможности полностью обнажить жевательную и боковые поверхности зуба по причине его дистопии проводится оперативное вмешательство — **перикоронаротомия** — рассечение слизистой оболочки над коронкой зуба, позволяющее обнажить поверхность зуба, расположенную под слизистым капюшоном (медиальная, дистальная, язычная, вестибулярная) (рис. 13).

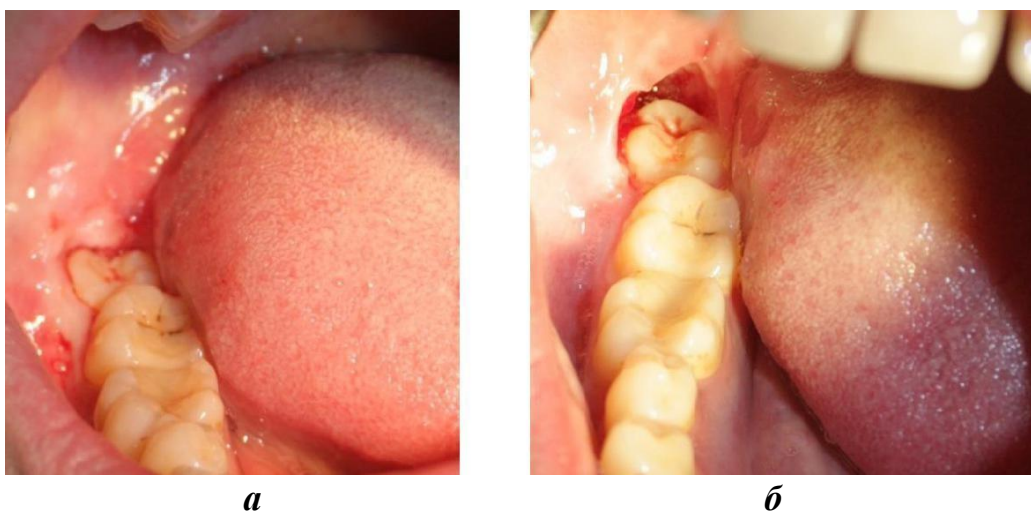


Рис. 13. Клиническая картина перикоронарита зуба 4.8 — перикоронарэктомия: а — до проведения перикоронарэктомии; б — непосредственно сразу после проведения перикоронарэктомии

При перикоронарэктомии в рану вводят марлевую полоску с антисептиком длительного действия. Рану дренируют резиновой полоской. Если своевременно не создать условия для оттока экссудата, то он может распространяться на соседние органы и ткани, вызывая, таким образом, ряд тяжелых осложнений:

- 1) остеомиелит челюсти;
- 2) флегмоны и абсцессы околочелюстных мягких тканей: — подчелюстной области; — крыло-челюстного пространства; — окологлоточного пространства; — щечного пространства; — челюстно-язычного желобка;
- 3) лимфаденит;
- 4) аденофлегмону (рис. 14).

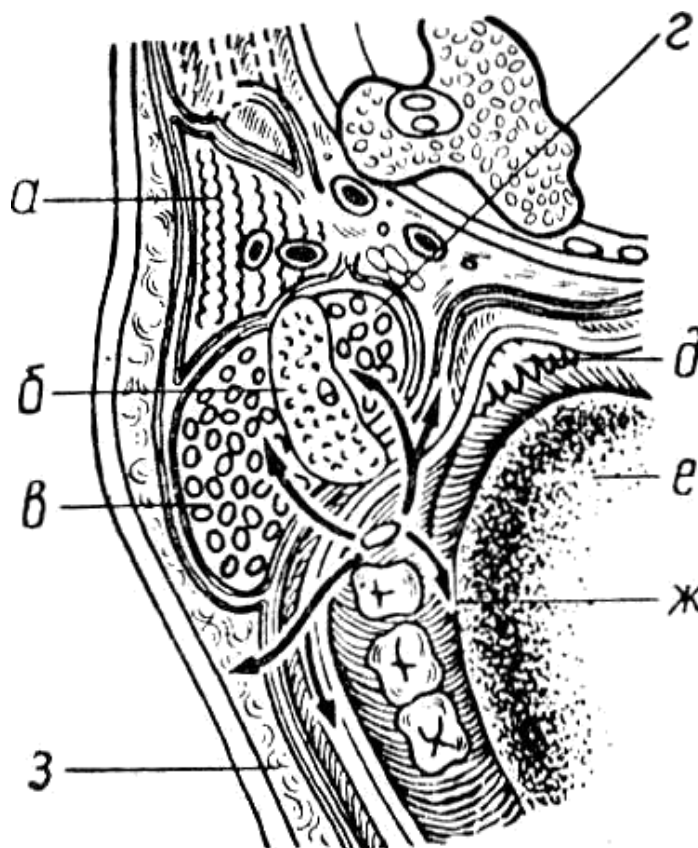


Рис. 14. Пути возможного распространения воспаления при перикоронарите вокруг зуба мудрости нижней челюсти:

а — паренхима околоушной железы; б — ветвь нижней челюсти; в — жевательная мышца; г — медиальная крыловидная мышца; д — миндалина; е — корень языка; ж — дно полости рта; з — нижний отдел щеки [2]

Противовоспалительная терапия включает в себя:

1. **Антибактериальные препараты** с учетом чувствительности микрофлоры:

1) **ингибиторозащищенные пенициллины**, обладающие наиболее сбалансированным действием на аэробные и анаэробные микроорганизмы. **Амоксициллин/клавуланат** характеризуется высокой активностью против всех штаммов золотистого стафилококка, против клебсиеллы. Также установлено, что **амоксициллин/клавуланат** является одним из наиболее активных антибиотиков по отношению к анаэробным микроорганизмам;

2) **клиндамицин** и **линкомицин**, проявляющие высокую активность в отношении стафилококков. Однако в последние годы отмечен рост устойчивости анаэробов к **линкозамидам**. В связи с этим в настоящее время **линкозамиды** не могут рассматриваться как адекватные средства лечения в режиме монотерапии;

3) **метронидазол**. К нему не чувствительны аэробные микроорганизмы и факультативные анаэробы, но в присутствии смешанной флоры

(аэробы и анаэробы) он действует синергически с антибиотиками, эффективными против обычных аэробов;

4) **цефалоспорины**. Большинство штаммов анаэробов устойчиво к данным антибиотикам, поэтому их следует сочетать с **клиндамицином** или **метронидазолом**;

5) **фторхинолоны** I–II поколения (**ципрофлоксацин**, **офлоксацин**, **пемфлоксацин**), которые наряду с высокой активностью против грамотрицательных бактерий характеризуются умеренной активностью против стафилококков, что вместе с низкой антианаэробной активностью ограничивает их значение;

б) **фторхинолоны** более новых поколений — **левофлоксацин** и **моксифлоксацин**, которые отличаются существенно более высокой активностью против грамположительных бактерий, однако антианаэробная активность у них разная:

– **левофлоксацин** обладает умеренной активностью против некоторых анаэробов; таким образом, он может назначаться в качестве альтернативного средства в комбинации с метронидазолом;

– **моксифлоксацин** — единственный из фторхинолонов, проявляющий высокую активность против анаэробов, поэтому он может назначаться в режиме монотерапии.

2. *Нестероидные противовоспалительные препараты:*

- 1) кеторолак;
- 2) нимесулид;
- 3) ибупрофен и др.

3. *Антигистаминные препараты:*

- 1) тавегил
- 2) супрастин;
- 3) диазолин;
- 4) лоратадин и др.

Местно назначаются:

1. **Ванночки с антисептиком** (0,05%-ный раствор хлоргексидина, 0,01%-ный раствор мирамистина, бледно-розовый раствор перманганата калия (KMnO₄)).

2. **Местная гипотермия** в течение 1-х суток по 20 минут с перерывами.

Ежедневно выполняются перевязки пациента, во время которых оценивается динамика воспалительного процесса, проводится антисептическая обработка раны и замена дренажа.

Средние сроки временной утраты трудоспособности составляют 2–3 дня.

При купировании воспалительных явлений на основании клинических и рентгенологических данных решают вопрос о целесообразности удаления/сохранения зуба.

Показания к удалению зуба при болезнях прорезывания следующие:

- атипичное положение зубов мудрости или других зубов, приводящее к травмированию слизистой оболочки полости рта;
- разрушение коронки зуба кариозным процессом и невозможность восстановить ее терапевтическими или ортопедическими методами;
- развитие кариеса корня рядом расположенного зуба в месте давления ретенрованного дистопированного зуба;
- подвижность зубов третьей и четвертой степени при маргинальном периодонтите;
- зубы с непроходимыми корневыми каналами при осложненном кариесе;
- развитие парадонтальных и радикулярных кист;
- сверхкомплектные и ретенрованные зубы, являющиеся причиной развития синусита верхнечелюстной пазухи;
- сверхкомплектные и ретенрованные зубы, вызывающие боли или воспалительные процессы челюсти и окружающих мягких тканей;
- механическое повреждение зуба (переломы корня);
- зубы в линии переломов челюстей;
- подготовка к проведению ортодонтического лечения по направлению врача-ортодонта;
- подготовка к ортогнатическим оперативным вмешательствам;
- невозможность прорезывания зуба из-за отсутствия места в альвеолярном отростке челюсти.

ПЕРИОСТИТ РЕТРОМОЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА

Для периостита ретромолярного пространства характерны выраженные симптомы общей интоксикации: температура тела 38–38,5 °С, бессонница, потеря аппетита, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Пациенты жалуются на следующее:

- самопроизвольные боли в области прорезывающегося зуба;
- ограничение открывания рта за счет спазма жевательной мускулатуры;
- резкие боли при глотании.

Конфигурация лица может быть изменена за счет коллатерального отека мягких тканей щечной области. Кожные покровы имеют физиологическую окраску.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

При осмотре полости рта после предварительно проведенной анестезии (по Берше–Дубову, Акинози–Вазирани) наблюдается неполностью прорезавшийся зуб, покрытый отечным и гиперемированным слизисто-надкостничным лоскутом — капюшоном, а в ретромолярной ямке — поднадкостничный абсцесс, представляющий собой полушаровидное возвышение мягких тканей, распространяющееся на наружную поверхность нижней челюсти в области начала наружной косой линии. Выражена гиперемия окружающих мягких тканей в области крыло-челюстной складки, небной дужки, мягкого неба, слизистой оболочки заднего отдела преддверия полости рта.

Лечение периостита ретромолярного пространства комплексное амбулаторное.

При *первичной хирургической обработке* во время перикоронарэктомии/перикоронаротомии производят также периостотомию и дренирование гнойного очага резиновой полоской.

Противовоспалительное лечение аналогично таковому при перикоронарите, добавляется назначение дезинтоксикационной терапии в виде обильного щелочного питья (минеральная вода, клюквенный морс).

Средние сроки временной утраты трудоспособности составляют 3–4 дня.

ОСТЕОМИЕЛИТ РЕТРОМОЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА

Остеомиелит ретромолярного пространства развивается в результате перикоронарита, ретромолярного периостита или периодонтита третьего моляра.

Характерно тяжелое общее состояние с выраженной интоксикацией и гектической температурой.

Местно отмечается подвижность причинного зуба 2–3 степени, секвестрация участков костной ткани, образование флегмон подчелюстной области, крыло-челюстного и окологлоточного щечного пространства, абсцесса челюстно-язычного желобка.

Лечение остеомиелита ретромолярного пространства комплексное стационарное.

Хирургическое лечение. Обязательно следует удалить причинный зуб и провести первичную хирургическую обработку всех гнойных очагов.

Противовоспалительная терапия. Предпочтение отдается парентеральному введению антибактериальных препаратов, комплекс должен быть дополнен дезинтоксикационной терапией (капельное внутривенное введение кровезамещающих солевых растворов: 0,9%-ного раствора NaCl, растворов Рингера–Локка, Ацесоль, Дисоль, Трисоль, Гемодез, Полидес).

Средние сроки временной утраты трудоспособности могут составлять до 16 суток.

Если ретенированный дистопированный зуб не вызывает развития патологических процессов в костной ткани челюсти и окружающих мягких тканях, то его удаление **не показано**.

При наличии определенных мануальных навыков и тесном сотрудничестве с врачом-ортодонтом для восстановления целостности зубного ряда при ретенции резцов, клыков и премоляров возможно проведение следующих оперативных вмешательств:

- **обнажения коронки ретенированного зуба** с последующей фиксацией на ней ортодонтических конструкций и перемещением зуба;
- **реплантации** (при инклюзии зуба), которая заключается в удалении ретенированного зуба, его эндодонтическом лечении, формировании костного ложа и реплантации зуба с последующим его шинированием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Асанами, С.* Квалифицированное удаление третьих моляров / С. Асанами, Я. Касазаки. М. : Азбука, 2004. 108 с.
2. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск : Белмедкніга, 1998. 404 с.
3. *Войно-Ясенецкий, В. Ф.* Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. М. : БИНОМ; СПб. : Невский диалект, 2000. 704 с.
4. *Логановская, Е. А.* Заболевания зубочелюстно-лицевой и костной систем у славян в XI–XV веках по палеоантропологическим данным / Е. А. Логановская, А. Д. Козак, С. А. Балакин // Український медичний часопис. 2000. № 1. С. 53–56.
5. *Муковозов, И. Н.* Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области / И. Н. Муковозов. М. : МЕДпресс-информ, 2002. 224 с.
6. *Походенько-Чудакова, И. О.* Операция — сложное удаление третьих моляров нижней челюсти : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова, Е. А. Авдеева. Минск : БГМУ, 2009. 62 с.
7. *Робустова, Т. Г.* Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. М. : Медицина, 2003. 504 с.
8. *Чухрай, А. В.* Результаты ретроспективного анализа медицинской документации хирургического кабинета / А. В. Чухрай // Стоматология Беларуси в новом тысячелетии : сб. материалов 9-й Междунар. науч.-практ. конф. в рамках 6-й междунар. специализ. выставки «Стоматология Беларуси 2010», Минск, 28–30 окт. 2010 г. / под ред. И. О. Походенько-Чудаковой, Т. Н. Тереховой, И. Е. Шотт ; редкол. А. С. Артюшкевич [и др.]. Минск : Техника и коммуникации, 2010. С. 21–23.
9. *Шаргородский, А. Г.* Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А. Г. Шаргородский. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 273 с.
10. *Anatomy of impacted lower third molars evaluated by computerized tomography : is there an indication for 3-dimensional imaging?* / Н. Т. Lübbers [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2011. № 5. P. 547–550.
11. *Correlation of mandibular impacted tooth and bone morphology determined by cone beam computed topography on a premise of third molar operation* / М. А. Momin [et al.] // Surg. Radiol. Anat. 2013. № 4. P. 311–318.

