

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого» МЗ РФ Кафедра-клиника стоматологии м

Реферат «Аномалии формирования и прорезывания зубов»

Выполнил: ординатор кафедры-клиники хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии Гроздев Илья Александрович

Руководитель: ДМН, доцент Кравцова Г.Н.

Рецензент:

Красноярск 2019

План

1. Причины аномалий формирования и прорезывания зубов.
2. Изменение величины, формы и структуры твёрдых тканей зуба.
3. Аномалии числа зубов: адентия и сверхкомплектные зубы.
4. Аномалии прорезывания: ретенция и дистопия.
5. Затруднённое прорезывание нижнего зуба «мудрости».
6. Классификация причин затруднённого прорезывания нижнего зуба «мудрости».
7. Классификация осложнений затруднённого прорезывания нижнего зуба «мудрости».
8. Клиника и лечение острого и хронического перикоронарита.
9. Воспалительные осложнения острого перикоронарита.
10. Показания к удалению нижнего зуба «мудрости».

1. Нарушения процесса закладки и дальнейшего развития зубного зачатка под воздействием эндогенных и экзогенных факторов приводят к изменению их величины и формы, числа (адентия, сверхкомплектные зубы), изменению структуры твёрдых тканей, аномалии прорезывания (ретенция)

Причины аномалий прорезывания зубов окончательно не выявлены, однако известные наблюдения можно объединить в 3 группы факторов:

Обменные факторы и инфекция: эндокринные нарушения связанные с деятельностью щитовидной и паращитовидной желёз, рахит, авитаминозы, сифилис. В результате развивается диспропорция темпа роста зубов и челюстей.

Филогенетические факторы - уменьшение размеров челюстей по сравнению с величиной и телом зубов.

Факторы местного характера:

1. интоксикация и инфицирование зачатка постоянного зуба от молочного зуба;
2. задержка молочного зуба;
3. сращение задержанного зуба с корнем соседнего прорезывающегося зуба;
4. ранняя потеря молочного зуба - рубцы и конвергенция коронок соседних зубов;
5. патологические разрастания на корнях (цементомы);
6. глубокая закладка фолликула в толще челюсти;
7. образование фолликулярных кист;
8. оттеснение зубного зачатка опухолью (одонтома, остеома, адамантинома, киста и др.).

2. Аномалии величины зубов - макро- и микродонтия.

Под этим термином подразумевают наличие зубов большего или меньшего размера по сравнению с нормой. Важно различать индивидуальную макро- и микродонтию с учётом формы лица, а также абсолютную макродонтию.

Аномалии формы и величины зубов изменяют расположение соседних зубов, приводят к нарушению прикуса, функциональным и эстетическим нарушениям. При макродонтии соседние зубы отклоняются в вестибулярном или оральном направлении, поворачиваются по оси, остаются ретенрованными в связи с недостатком или отсутствием для них места в зубном ряду. Единственный способ предупреждения таких нарушений - удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям.

Аномалии формы зубов.

Эти нарушения разнообразны. Они могут локализоваться в области коронки зуба, его корня или одновременно коронки и корня. Такие отклонения чаще наблюдаются на постоянных зубах.

Наиболее часто аномалия формы наблюдается у верхних боковых резцов, которая может быть конусовидной, шиповидной. Кроме конусовидной и шиповидной формы передние зубы

могут иметь и другую уродливую форму. В области резцов бывают сросшиеся зубы, например комплектные центральные и боковые резцы или комплектные центральные и сверхкомплектные. Сращение может наблюдаться только в области коронок зубов, их корней или коронок и корней. Полости таких зубов чаще разъединены.

Нарушение формы боковых зубов чаще проявляется сглаживанием их бугров или увеличением их количества.

При аномалии формы фронтальных (передних зубов) резко выражены эстетические отклонения. На таких зубах обычно укрепляют искусственные коронки, создавая правильную форму. По показаниям зубы перемещают по дуге к срединной плоскости лица, а затем замещают оставшиеся дефекты зубного ряда путём протезирования. При относительно нормальной форме и величине коронок сросшихся зубов их сохраняют в зубном ряду. Если сросшиеся зубы сохранить невозможно, то их удаляют, перемещают соседние зубы, чаще верхние боковые резцы, к средней линии и затем укрепляют на них коронки, придавая им форму центральных резцов.

Аномалии структуры твёрдых тканей зубов.

Гипоплазия эмали относится к порокам развития зубов, возникающим в период формирования их зачатков в процессе эмбриогенеза. Эти нарушения могут развиваться под воздействием разнообразных причин общего и местного характера. Наиболее частыми общими причинами являются нарушение обмена веществ, приводящее к деструкции или дегенерации адамантобластов, обуславливающих нарушение минерализации эмали и образование её белковых структур; заболевание матери в период беременности (токсикоз, токсоплазмоз, краснуха и др.), плохое питание матери (недостаток витаминов, солей, белков). Такие нарушения бывают также у детей, перенесших в первые 9 месяцев жизни рахит, острые инфекционные заболевания, токсическую диспепсию и другие заболевания.

Процесс формирования тканей различных групп зубов по времени неодинаков, поэтому гипоплазию обнаруживают в разных участках коронок различных групп зубов.

По числу зубов с гипоплазией эмали и по локализации таких нарушений можно судить о времени возникновения нарушений обменных процессов, степени их тяжести и длительности.

Изменения наблюдаются нередко не только в эмали, но и в дентине, особенно в направлении и ширине дентинных канальцев. Преимущественно на границе с эмалью канальцы изгибаются дугообразно или под углом.

Гипоплазия эмали проявляется бороздами, ямками расположенных в области режущего края и в области бугров зубов. Глубина, ширина и протяжённость этих борозд бывают различной. Нередко они сочетаются с углублениями округлой или овальной формы, иногда бывают пигментированными.

3. Аномалии числа зубов

Врождённое отсутствие зуба в зубном ряду называется адентия. Различают частичную и полную адентию.

По данным многих авторов (Ю.М. Александрова, 1965, А.И. Бетельман, 1964, А.В. Ильиной-Маркесян, 1974, А.Д. Мухиной, 1978, А.М. Позднякова, 1968), чаще других зубов отсутствуют верхние боковые резцы, верхние или нижние вторые премоляры, третьи моляры. Наблюдается врождённое отсутствие также отдельных или всех нижних резцов, первых

премоляров, вторых моляров. Адентия отдельных клыков или полная адентия встречается редко.

Причины адентии не установлены. Уменьшение числа зубов рассматривают как редукцию зубочелюстной системы у современного человека и её приспособление к новым функциональным потребностям.

Полагают, что уменьшение по сравнению с нормальным количеством зубов связано с нарушениями закладки зубных зачатков или с их гибелью в период эмбрионального развития зародыша человека. Этому способствуют болезни, перенесенные матерью в период беременности, и инфекционные болезни, перенесенные ребёнком в постэмбриональный период, а также нарушения у него обмена веществ, при дисфункции желёз внутренней секреции, авитаминозе. Причиной адентии может быть расплавление отдельных зачатков постоянных зубов в результате воспалительного процесса вокруг корней молочных зубов или деструктивного процесса.

Множественное врождённое отсутствие зубов приводит к нарушению положения зубов и функциональной перегрузке отдельных из них, недоразвитию альвеолярного отростка, снижению высоты прикуса, эстетическим отклонениям. Степень выраженности нарушений зависит от количества отсутствующих зубов на каждой челюсти, принадлежности зубов к группе передних или боковых, наличие задержавшихся молочных, сопутствующих нарушений.

Функциональные и эстетические нарушения нарастают с увеличением количества отсутствующих зубов и пар антагонистов.

Функциональные отклонения: нарушения откусывания пищи, нарушения жевания, прикусывания боковых участков языка и щёк, снижение высоты прикуса и смещение нижней челюсти вперёд, в сторону, парафункция мышц околоротовой области, вредные привычки, инфантильность глотания, неправильное произношение шипящих и глухих звуков, неправильная артикуляция языка в покое и во время функции, опущение спинки и корня языка.

Эстетические отклонения: изменения фаса и профиля лица проявляются снижением высоты его нижней части, утолщением губ и выворачиванием их красной каймы, углублением супраментальной борозды при нейтральном или дистальном прикусах, западением верхней губы и сглаженностью носо-губных складок при мезиальном прикусе. Нередко адентия более 10 зубов сочетается с нарушением развития производных эктодермы (эктодермальная дисплазия), проявляющаяся уменьшением волосяного покрова головы, недоразвитием бровей, ресниц, ногтей, сухостью кожи (нарушение потовыделения и саловыделения) её складчатостью и пигментацией. Иногда наблюдаются изменения хрусталика, радужной оболочки глаз, заращение слёзных протоков, нарушение функции ЦНС. Перечисленные изменения бывают наиболее выраженными при ангидротической эктодермальной дисплазии. Наиболее информативным способом рентгенологического обследования челюстей, позволяющим выявить адентию отдельных зубов в различные возрастные периоды формирования прикуса является ортопантографическое исследование.

При множественной адентии необходимо как можно раньше оказывать зубопротезную помощь, так как дети отстают в росте из-за того, что организм плохо усваивает пищу, что обусловлено затруднениями в её приёме, размельчении, увлажнении слюной (в связи с недоразвитием желёз слизистых оболочек).

Дети, не имеющие достаточного количества зубов, не общительны, легко ранимы и возбудимы, глубоко страдают от своей патологии.

При планировании ортодонтического лечения и зубочелюстного протезирования следует стремиться к сохранению как молочных, так и постоянных зубов на максимально длительный срок.

Сверхкомплектные зубы.

Сверхкомплектные зубы составляют 2,2% среди различных видов зубо-челюстных аномалий. Наибольшее количество сверхкомплектных зубов выявляется в сменном прикусе - 70%, меньше в постоянном - 23,5%, в молочном прикусе они встречаются в редких случаях - 6,5%.

Чаще встречаются одиночные сверхкомплектные зубы 69,6%, реже по 2 - 24,5%, 3 - 4,3%.

Сверхкомплектные зубы располагаются в различных участках зубных дуг, но чаще на верхней челюсти в области центральных 66% и несколько реже в области боковых 25% резцов. В области клыков 3,4%; премоляров и моляров - 2,3%. Сравнительно редко сверхкомплектные зубы располагаются на нижней челюсти - 3,3%.

Направление роста сверхкомплектных зубов бывает различным: в сторону зубного ряда, и с отклонениями от него в нёбную, язычную и вестибулярную сторону. Часть сверхкомплектных зубов располагаются в челюстях горизонтально или с поворотом в сторону полости носа, что совершенно исключает возможность их самопроизвольного прорезывания.

В связи с неправильной закладкой фолликулов сверхкомплектные зубы часто бывают ретенированными. В 67% они прорезываются в зубном ряду или с отклонениями от него, а в 33% остаются ретенированными. Большинство ретенированных зубов располагаются горизонтально или с поворотом в сторону полости носа.

Анатомическая форма сверхкомплектных зубов бывает различной: правильной анатомической формы, долотообразные, шиповидные, трёхгранные, четырёхгранные, овальные и неправильной бугристой формы.

Клиника.

В 90% случаев сверхкомплектные зубы вызывают различные осложнения в зубо-челюстной системе, являясь причиной аномалий, воспалительных и дистрофических изменений в окружающих тканях. Наиболее часто наблюдаются хроническое воспаление слизистой оболочки в области сверхкомплектного зуба, периодонтит и резорбция корней соседних зубов, фолликулярные кисты, иногда сверхкомплектные зубы вызывают хронический ринит, гайморит, остеомиелит.

Довольно часто сверхкомплектные зубы являются причиной затруднения речи и жевания, травмируют губы, язык и слизистую оболочку полости рта.

Наиболее характерными аномалиями у больных со сверхкомплектными зубами являются аномалии положения, ретенции, ложная диастема и скученность постоянных зубов.

Лечение.

Раннее удаление сверхкомплектных зубов способствует устранению значительного числа аномалий зубо-челюстной системы с последующим применением замещающих протезов или

стимулирующих пластинок, сочетающиеся с ортопедическим и хирургическим перемещением зубов.

4. Аномалии прорезывания зубов

Задержкой прорезывания или ретенцией называют явление при котором нормально или ненормально развившийся зуб не прорезывается в соответствующее время и на том месте в зубном ряду, где он должен был прорезаться.

Ретенция может быть полной и неполной. Неполная ретенция - когда зуб частично прорезывается.

Ретенция в основном наблюдается в постоянных зубах и чаще всего выявляется в сменном прикусе и старших возрастных группах.

Полной ретенции чаще подвержены клыки, затем нижние премоляры, неполной - зубы мудрости.

Осложнения, вызываемые ретенированными зубами:

Симптоматическая невралгия II, III ветвей тройничного нерва.

Кариес и пульпит задержанного зуба, который является причиной острых болей.

Кариес соседнего зуба.

Острый и хронический периодонтит соседнего зуба.

Острый одонтогенный остеомиелит.

Абсцессы и флегмоны.

Фолликулярные кисты.

Околокорневые кисты.

Адамантинома.

5. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости

Нижний третий моляр обычно прорезывается в возрасте 18-25 лет и в большинстве случаев представляет собой двухкорневой зуб с мощной коронкой.

Зуб мудрости развивается и прорезывается в условиях, отличающихся от прорезывания остальных зубов, причём наиболее неблагоприятных. Так П.П. Львов писал, что прорезывание нижнего зуба мудрости, несомненно, тесно связано с эмбриологическими и анатомо-физиологическими особенностями данной области.

У нижнего моляра нет предшественника - молочного зуба, подготавливающего ему ячейку в нижней челюсти, нет дистального соседа, защищающего от отклонений при прорезывании. К тому же, прорезываясь в 18-25 лет, он вынужден преодолевать значительное сопротивление уже сформировавшейся нижней челюсти. Наряду с этим, наружная и внутренняя косые линии, утолщения компактных слоёв нижней челюсти в области будущей лунки нижнего зуба мудрости, создают дополнительные трудности для его прорезывания.

До настоящего времени существует различные точки зрения на процесс прорезывания зуба мудрости. В настоящее время более достоверным мнением является, что впервые формирующийся неизвестивлённый фолликул зуба мудрости рентгенологически определяется в 7 летнем возрасте, в ветви нижней челюсти у основания венежного отростка. Кальцинация коронки зуба мудрости наступает примерно в 8-9 летнем возрасте. К 9-10 летнему возрасту отмечается постепенное перемещение зачатка из-под основания венежного отростка вниз - в область угла нижней челюсти. К 13 годам коронка зуба мудрости уже почти полностью сформирована, а сам зуб занимает, как правило, своё обычное положение в альвеолярном отростке нижней челюсти. В это же время начинается постепенная резорбция костной ткани под фолликулом. К 14-16 годам происходит формирование корней зуба мудрости.

К моменту начала прорезывания фолликул зуба мудрости перемещается в область внутреннего угла нижней челюсти. Корни его полностью не сформированы и коронка отделена от слизистой оболочки значительным костным слоем. По мере формирования и роста зуба, костный слой не кончается и перикоронарный мешок непосредственно соприкасается со слизистой оболочкой полости рта. Образующийся при этом навес слизистой оболочки (капюшон), покрывает большую часть коронки зуба. С ростом зуба и уменьшением размера нависающей слизистой оболочки, капюшон рассасывается, а к концу прорезывания - совершенно исчезает. Коронка зуба полностью освобождается. Прорезывание заканчивается.

Третий нижний моляр относится к числу тех зубов, значение и судьба которых, по мнению разных авторов, различна. П.В. Белакирев, Г.И. Ясвоин и Д.Е. Танфильев полагают, что всё чаще наблюдающееся отсутствие зубов мудрости позволяет отнести их к числу редуцирующихся органов, которые в будущем могут исчезнуть совсем. Vorner и другие указывают, что нижний зуб мудрости является полноценным зубом и его необходимо сохранять как можно дольше.

Проведённые Е.А. Магидом с соавторами антропологические и антропометрические исследования показали, что зуб мудрости является полноценным моляром и раннее удаление зуба мудрости ослабляет жевательную группу зубов. Поэтому долг и обязанность стоматологов бороться за сохранение нижних третьих моляров так же настойчиво, как за любой другой зуб.

6. Причины затруднённого прорезывания нижнего третьего моляра

Под термином затруднённого прорезывания нижнего третьего моляра следует понимать всякое нарушение нормального его прорезывания как по срокам, так и направлению или месту в нижней челюсти. Таким образом, указанный термин определяет характер самого процесса необычного, ненормального прорезывания, который в конечном итоге приводит к возникновению различных патологических процессов.

Какова же причина затруднённого прорезывания? Таких причин несколько.

Большая группа авторов (А.А. Лимберг, А.Т. Руденко и др.), считают, что причиной затруднённого прорезывания нижних зубов мудрости является недостаток места в челюсти. В свою очередь, причину недостатка места каждый объясняет по-разному:

8|8 зубы прорезываются позже всех и для них не остаётся места;

недостаток места обусловлен широкой коронкой 8 | 8 ;

Кац и Щукин - близкое расположение ветви;

Bercher - укорочение тела по сравнению с альвеолярным отростком;

Г.А. Маслов, А.Т. Руденко - уменьшение размера нижней челюсти в результате редукции в процессе филогенеза.

Л.М. Линденбаум, А.И. Вайсблат, И.Г. Лукомский и др.

основное значение в отношении затруднённого прорезывания зуба мудрости придают слизистой оболочке, окружающей зуб. В начале происходит травма капюшона антагонистом и прорезывающимся зубом, а затем травмированные ткани воспаляются.

- О.Н. Турчель, С.К. Соловьёв этиологию затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости объясняют нарушением его эмбрионального развития.

Перечисленные теории страдают некоторой однобокостью и не могут объяснить всё многообразие явлений при затруднённом прорезывании нижнего зуба мудрости.

Хотя недостаток места играет существенную роль в этиологии затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости, однако ещё не всегда достаточно ясны причины недостатка места. Они могут быть вторичными: в результате перенесённой травмы, воспалительного процесса нижней челюсти, эмбриональных, эндокринных нарушений, чрезмерно широких коронок зубов мудрости. Концепция авторов второй группы противоречит повседневным клиническим наблюдениям, где травма не причина а следствие.

Нарушение эмбрионального развития, глубокая закладка или смещение зачатка, могут в отдельных случаях вызвать затруднённое прорезывание нижнего зуба мудрости.

П.П. Львов, Д.Е. Танфильев и др. считают, что причинами затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости может быть совокупность факторов внешней и внутренней среды, воздействующих на организм вообще, рост и развитие нижнего зуба мудрости в частности во всём многообразии явлений оказывающих влияние на прорезывание.

7. Осложнения затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости

Сам по себе термин «затруднённое прорезывание» характеризует лишь процесс прорезывания зубов мудрости, но не содержит в себе информацию о тех клинических проявлениях, которые этот процесс могут сопровождать. Таким образом, затруднённое прорезывание - явление первичное, осложнение - вторичное.

Классификация осложнений затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости.

Воспалительные процессы с преимущественным вовлечением покрывающих и окружающих зуб мягких тканей.

1. Острый перикоронарит:

а) катаральный (серозный);

б) гнойный;

в) язвенный.

2. Хронический перикоронарит.

Патологические процессы в окружающих нижнюю челюсть мягких тканях.

1. Острый гнойный периостит.

2. Абсцессы и флегмоны.

3. Язвенный стоматит

Патологические процессы в нижней челюсти

1.Одонтогенный остеомиелит:

а) острый;

б) хронический.

2. Парадентальная киста.

Прочие осложнения: в соседних зубах, невралгии, невриты, парезы и др.

Патогенез осложнений

Основная часть осложнений затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости протекает по типу воспалительных реакций и зависит от анатомо-физиологических особенностей этой области.

Микроперфорации слизистой оболочки, инфицирование перикоронарного мешка при нормальном прорезывании.

Зуб прорезывается близко к ветви.

Отклонение физиологического положения.

8. Перикоронарит

Перикоронарит или воспаление слизистой оболочки перикоронарного мешка является наиболее частым и зачастую первым осложнением затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости.

Клиника острого перикоронарита.

Острый перикоронарит возникает вследствие травмы слизистой оболочки полости рта над нижним третьим моляром, не успевшей полностью атрофироваться.

Заболевание начинается обычно с неприятных ощущений в области нижней челюсти за вторым моляром. В начале заболевания, кроме незначительной гиперемии слизистой оболочки, на месте будущего зуба мудрости, никакой патологии не отмечается. Зуб полностью покрыт слизистой оболочкой, но чаще уже намечается образование капюшона, и зондом удаётся прощупать коронку зуба. В этой стадии развития процесса на отёчном капюшоне нередко видны отпечатки зубов. Прикосновение к капюшону болезненно. Вскоре присоединяется тризм, болезненная припухлость подчелюстных лимфатических узлов, боль при глотании, определяется небольшое повышение температуры, появляется недомогание,

головная боль, исчезает аппетит. Слизистая оболочка полости рта в области ретромолярного треугольника (или зуба мудрости) становится резко гиперемированной, отёчной.

Здесь образуется своего рода порочный круг: травмированный капюшон легко инфицируется. Обычно воспалённый капюшон уменьшает перикоронарную щель, ухудшает отток экссудата из перикоронарного мешка, что способствует развитию воспалительного процесса.

В зависимости от степени прорезывания зуба мудрости, покрывающая его слизистая оболочка имеет различную форму и величину. Зуб может частично прорезаться, чаще медиальными буграми, или полностью закрыт слизистой, при этом видимую на глаз перфорацию не всегда возможно обнаружить, однако микроперфорация будет всегда.

При внимательном обследовании удаётся дифференцировать три формы воспаления:

При катаральном - капюшон резко отёчен, гиперемирован, но выделений из-под него нет, иногда выделяется незначительное количество серозной жидкости. Катаральное воспаление определяется в самом начале заболевания. Оно легко поддаётся лечению, протекает наиболее благоприятно, при своевременном лечении осложнений не даёт.

При гнойном воспалении - из-под капюшона выделяется гной. Оно протекает тяжелее, с большей болезненностью, хуже поддаётся лечению, способствует порой развитию серьёзных осложнений. При гнойном перикоронарите рано развивается коллатеральный отёк, гиперемия и инфильтрация окружающих тканей, усиливается боль при глотании, болезненнее становятся подчелюстные лимфатические узлы, нарастает тризм. У таких больных при обследовании определяется резко зловонный запах изо рта, температура тела доходит до 38°C, картина крови - как при банальных воспалительных процессах.

При язвенном перикоронарите - наблюдается нарушение целостности слизистой оболочки, изъязвление капюшона. Чаще всего определяется антагонист, травмирующий лоскут. Язвенный перикоронарит может предшествовать, а иногда и возникнуть одновременно с диффузным язвенным стоматитом. Тяжесть его зависит от общего состояния организма, его реактивности и сопротивляемости. При нём общее состояние больного ухудшается, боли усиливаются, температура тела повышается, запах изо рта становится гнилостным.

Клиника хронического перикоронарита.

Клиника хронического перикоронарита скудна. Он, как правило, сопутствует прорезыванию нижних зубов мудрости, занимающих неправильное положение. В отличие от острого перикоронарита пальпация и прикосновение к капюшону менее болезненны. Рот открывается свободно. Хроническому перикоронариту обычно сопутствует хронический, нерезко выраженный лимфаденит. Из-под капюшона выделяется скудное серозно-гнойное отделяемое. Процесс развивается незаметно, исподволь. Однако он может обостриться, вызывая бурные воспалительные явления.

Прорезывание нижнего зуба мудрости в течение нескольких месяцев, а то и лет, создаёт условия для длительной и постоянной травматизации лоскута слизистой оболочки, покрывающей коронку зуба. Капюшон подвергается рубцовому перерождению, что ещё более затрудняет прорезывание. Такой длительный процесс прорезывания вызывает в области коронки зуба, главным образом между нею и ветвью нижней челюсти, развитие грануляционной ткани с большим количеством мелких секвестров. Благодаря наличию грануляций происходит лакунарное рассасывание кости.

На рентгенограмме нижней челюсти наличие грануляционного очага выглядит как участок разрежения костной ткани. Иногда такое разрежение локализуется не только у коронки зуба, но тянется вдоль его корня. В большинстве случаев эта щель приобретает полулунную форму и имеет чёткие границы.

При затруднённом прорезывании, помимо указанных осложнений, встречаются также мигрирующие гранулёмы.

Патогенез объясняется проникновением грануляций при хроническом перикоронарите из-под капюшона зуба мудрости в подкожную клетчатку лица, чаще щёчной области. При этом они могут достигать кожи и образовывать в ней свищевые ходы с вялыми грануляциями. В подкожной клетчатке формируются вяло протекающий воспалительный процесс с обильным образованием грануляций и небольшого скопления гноя. В этом участке кожа истончается, изменяется в цвете, приобретает синюшный оттенок. В дальнейшем здесь периодически открываются свищи со скудным гнойным или кровянисто-гнойным выделением.

9. Острый гнойный периостит нижней челюсти

Является частым осложнением затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости и встречается примерно у 10-12% больных, так как периостит после перикоронарита является следующим этапом развития воспалительного процесса.

Экссудат, который при остром перикоронарите скапливается под капюшоном в перикоронарном мешке, имеет отток через небольшую щель между коронкой зуба и капюшоном. Однако, когда последний отекает и в виде клапана закрывает щель, условия для эвакуации содержимого кармана затрудняются, и инфекция постепенно прокладывает себе дорогу под надкостницу нижней челюсти, вовлекая её в воспалительный процесс.

Ряд авторов не признают периостит, как самостоятельную нозологическую единицу, относя их к остеомиелиту (А.Н. Вайсблат, П.П. Львов, Д.Е. Тонфильев, А.Т. Руденко).

А.Е. Евдокимов, Г.А. Васильев, В.Ф. Войно-Ясинецкий выделяют периостит в самостоятельное заболевание.

Локализация процесса при периостите зависит от топографо-анатомических особенностей области, поэтому поднадкостничный гнойник может развиваться на внутренней или наружной поверхности нижней челюсти. В случаях, когда экссудат прорывается наружу, он опускается по наружной косой линии между наружной поверхностью альвеолярного отростка и жевательной и щёчной мышцами, и образует абсцесс у первого-второго моляра, а иногда у первого премоляра. Эти абсцессы могут самопроизвольно вскрываться, образуя свищевые ходы.

Чаще всего периостит локализуется непосредственно около зуба мудрости. Боли становятся более интенсивными, чем при перикоронарите. Резко усиливается их иррадиация. В процесс часто вовлекается жевательная мышца, что обуславливает значительный тризм. Характерным для периоститов, распространяющихся по наружной поверхности, является отсутствие затруднённого или болезненного глотания. Этот симптом может служить основой для топической диагностики процесса. При осмотре, помимо воспалённого капюшона, отмечается значительная гиперемия и отёк слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта в месте наибольшей инфильтрации.

При продвижении гноя назад и вверх гиперемия и отёк распространяется нередко по крыловидно-челюстной складке, а иногда доходит до нёбной дужки.

В ряде случаев наблюдаются периоститы с локализацией воспалительного процесса с язычной стороны. Эти периоститы сопровождается значительным ограничением открывания рта и болезненным глотанием из-за вовлечения в процесс передней лобной дужки.

Абсцессы и флегмоны

1. Абсцессы. Периостит нижней челюсти с язычной стороны в ряде случаев может быть к возникновению абсцесса челюстно-язычного желобка.

Периостит, локализующийся на наружной стороне челюсти, нередко осложняется абсцессом в области нижнего отдела жевательной мышцы. При такой локализации гнойного очага флюктуация определяется не всегда, этому мешает мощная жевательная мышца и фасция.

Абсцессы крыло-челюстного пространства возникают при продвижении экссудата вверх, так как рыхлая клетчатка ретромолярной области непосредственно переходит в клетчатку крыловидно-челюстного пространства.

2. Флегмоны. При затруднённом прорезывании и связанным с ним осложнениями воспалительного характера могут возникать флегмоны, вследствие перехода воспаления с капюшона третьего моляра или с периоста нижней челюсти на клетчатку.

В.М. Уваров (1956), Despin (1930) пишут, что флегмоны при затруднённом прорезывании нижнего зуба мудрости могут возникать исключительно за счёт прорыва гноя из кармана слизистой оболочки в подкожную или межмышечную клетчатку. П.П. Львов (1928) считает, что подобные флегмоны являются осложнением остеомиелита челюстей, т.е. являются остеофлегмонами.

Чаще всего затруднения прорезывания нижнего зуба мудрости могут осложняться флегмонами подмассетеральными, крыло-челюстного пространства, подчелюстными, дна полости рта.

Язвенный стоматит

Многие авторы (А.И. Евдокимов, А.Н. Вайсблат, А.Т. Руденко) считают язвенный стоматит спутником затруднённого прорезывания.

По тяжести поражения язвенный стоматит протекает в разных формах. При лёгкой - изъязвление капюшона и междузубных сосочков на больной стороне; иногда изъязвление междузубных сосочков распространяется на значительную группу зубов и одиночные язвочки определяются на слизистой оболочке преддверия полости рта; могут быть и диффузные формы с поражением слизистой оболочки языка, нёба, с тяжёлым проявлением общей интоксикации организма.

Присоединение язвенного стоматита к любому осложнению затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости значительно усугубляет основное заболевание: резко ухудшается общее состояние больного, повышается температура тела, усиливается головная боль, появляется обильное слюнотечение, чувство жжения и боли в полости рта, ознобы, недомогание и гнилостный запах изо рта.

Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти

А.Е. Верлоцкий (1936) писал, что в 76,7% остеомиелитов нижней челюсти этиологическим фактором служил нижний зуб мудрости, главным образом, при его затруднённом прорезывании.

Л.М. Линденбаум (1929), П.П. Львов (1928) считали, что в этиологии остеомиелита нижней челюсти затруднённое прорезывание нижнего зуба мудрости стоит на первом месте. А.И. Евдокимов и Г.А. Васильев (1959), Г.И. Семенченко (1961) ставили затруднённое прорезывание нижнего зуба мудрости, как причину остеомиелитов, на второе место, В.М. Уваров (1956, 1959) - на 5-е место.

Отличительной особенностью остеомиелита нижней челюсти при затруднённом прорезывании зуба мудрости является тенденция развития процесса в области ветви челюсти и отсутствие симптома Венсана.

Локализация остеомиелитического процесса в области угла и ветви нижней челюсти, а также относительно большой процент случаев остеомиелита в этом отделе нижней челюсти, можно объяснить различными факторами:

1. Особенности кровоснабжения нижней челюсти.
2. Особенности анатомического строения нижней челюсти.
3. Анатомо-топографическими взаимоотношениями зуба мудрости, ветви нижней челюсти и окружающих мягких тканей.

Наибольшее количество случаев остеомиелита нижней челюсти приходится на аномальное положение зуба мудрости, особенно дистально-косое. Объясняется это тем, что дистально-косое положение является самым неблагоприятным и оказывает наибольшее давление на ветвь нижней челюсти и капюшон, что приводит к секвестрации ветви.

Парадентальные кисты.

В этиологии и патогенезе парадентальных кист много неясного. Одни (Ц.Я. Хигер и др.) считают, что это фолликулярные кисты. Другие утверждают (А.Н. Вайсблат, Wassmund, Thome), что при затруднённом прорезывании в результате хронического воспалительного процесса под капюшоном происходит разрастание клеток эмбрионального эпителия и образование кистозной полости, давление которой на передний край ветви нижней челюсти приводит к атрофии костной ткани. Создаётся дефект кости, который на рентгенограмме определяется как полулунное просветление за зубом мудрости или распространяющееся на угол нижней челюсти и ветвь.

Осложнения в соседних зубах.

Лакунарное рассасывание твёрдых тканей соседнего зуба - второго моляра (гаушиновские лакуны).

Кариозное поражение второго моляра.

Пульпит, периодонтит второго моляра.

Невралгии, невриты, парезы.

Острый гнойный периостит нижней челюсти.

10-12% абсцесс у 765/567 зуба, самопроизвольное вскрытие и свищи, свободное глотание.

Крыловидно-челюстную складку и нёбную дужку, болезненное глотание.

Абсцессы и флегмоны (подмассетериальная, крыло-челюстного пространства, паротонзиллярные).

Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти.

А.М. Линденбаум, П.П. Львов считали, что в этиологии остеомиелита затруднённое прорезывание нижнего зуба мудрости стоит на первом месте. Г.И. Семенченко, А.И. Евдокимов и Г.А. Васильев - на второе.

Классификация положения нижнего зуба мудрости.

Вертикальное.

Медиально-косое.

Дистально-косое.

Горизонтальное.

Язычное.

Щёчное.

Зуб мудрости подлежит удалению:

При любом аномальном положении, особенно при дистально-косом.

При наличии патологических изменений в окружающей костной ткани, даже если зуб расположен вертикально.

При недостатке места для полного прорезывания.

При повторных воспалительных процессах.