

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 13, №3*

2014



УДК 616.314 - 089

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИКРОНИТОМ

© Пояркова Т.А.<sup>1</sup>, Войковский О.В.<sup>1</sup>, Ковалева Н.С.<sup>2</sup>, Стефанцов Н.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №3» г. Смоленск, Россия, 214031 г. Смоленск, ул. 25 Сентября, д. 38, 40

<sup>2</sup>Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

*Резюме:* С целью улучшения медицинской помощи больным с затрудненным прорезыванием нижних третьих моляров, осложненным перикоронитом, нами был проведен анализ результатов обследования и лечения пациентов с этой патологией, обратившихся в течение года в хирургический кабинет стоматологической поликлиники. На основании полученных данных составлен оптимальный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, учитывающий индивидуальные особенности клиники заболевания.

*Ключевые слова:* затрудненное прорезывание нижнего третьего моляра, перикоронит, диагностика, лечение больных

## DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COMPLICATED ERUPTION OF THE LOWER THIRD MOLARS, ACCOMPANIED WITH PERICORONITIS

Pojarkova T.A.<sup>1</sup>, Voykovsky O.V.<sup>1</sup>, Kovaleva N.S.<sup>2</sup>, Stefantsov N.M.<sup>2</sup>

Smolensk "Dental polyclinic № 3", Russia, 214031, Smolensk, 25 September St., 38, 40

<sup>2</sup>Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

*Summary:* To improve medical care in patients with complicated eruption of the lower third molars, complicated by pericoronitis, results of examination and treatment of patients at the Oral Surgery Department of the Dental clinics have been analyzed. On the basis of the received data an optimal algorithm for diagnostic and therapeutic procedures, taking into account individual peculiarities of the disease has been developed.

*Key words:* shortness of the lower third molar eruption, pericoronitis, diagnostics, treatment

## Введение

Всякое нарушение нормального прорезывания зуба, как по срокам, так и по направлению или месту расположения его в челюсти принято считать затрудненным. Среди осложнений затрудненного прорезывания нижних третьих моляров (НТМ) чаще встречается перикоронит – острое или хроническое воспаление преимущественно мягких тканей, окружающих коронку непрорезавшегося зуба.

При затрудненном прорезывании НТМ, или т.н. «зубов мудрости», нередко развиваются и более серьезные осложнения – одонтогенный остеомиелит челюстей, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Поэтому в диагнозе «затрудненное прорезывание зуба мудрости» необходимо указывать осложнение, к которому привел этот патологический процесс.

В доступной литературе достаточно подробно описаны факторы, способствующие затрудненному прорезыванию зубов мудрости, клиника перикоронита, методы лечения [1, 2, 4]. Однако авторы многих публикаций отдают предпочтение какой-то одной точке зрения на решение этой проблемы. Некоторые авторы считают показанным во всех случаях затрудненного прорезывания НТМ раннее удаление зуба мудрости во избежание возможных осложнений, связанных с его прорезыванием [3]. В то же время необоснованное удаление НТМ может нарушать физиологическое равновесие зубочелюстной системы. Сохранение зубов мудрости обеспечивает более полноценную функциональную деятельность всего зубного ряда, особенно если учесть раннюю потерю первого моляра у значительного числа людей. Зубы мудрости могут быть использованы в качестве опорных при необходимости несъемного протезирования в случае отсутствия первого и второго моляров.

Существующие разногласия и отсутствие единого мнения по вопросам диагностики и лечения затрудненного прорезывания зубов мудрости, способствует в ряде случаев принятию неверной лечебной тактики, ухудшает качество стоматологической помощи и приводит к развитию осложнений, угрожающих жизни и здоровью пациентов.

Цель исследования – разработка оптимального алгоритма диагностических и лечебных мероприятий у больных с затрудненным прорезыванием НТМ, осложненным перикоронитом с учетом индивидуальных особенностей клиники заболевания.

## Методика

Нами был проведен анализ результатов обследования и лечения больных, обратившихся за помощью в хирургический кабинет стоматологической поликлиники №3 в течение 2013 г. по поводу затрудненного прорезывания НТМ, осложненного перикоронитом.

Оценивались жалобы, данные анамнеза и результаты клинического обследования пациентов. Выявлялись основные предрасполагающие факторы развития перикоронита нижних третьих моляров. Всем больным проводили рентгенологические исследования: прицельные внутриворотные рентгенограммы нижнего третьего моляра при свободном открывании рта, ортопантомографию у пациентов с ограничением открывания рта и аномальным положением НТМ; компьютерную томографию при расположении зуба вблизи канала нижней челюсти и наличии выраженных изменений в костной ткани. На рентгенограммах нижней челюсти определяли положение нижнего зуба мудрости, состояние периодонта и окружающей кости, отношение зуба к ветви и каналу нижней челюсти, ретромолярное расстояние. При необходимости проводили лабораторные исследования крови. Выделяли серозную, гнойную, язвенную формы острого перикоронита и рецидивирующую хроническую.

## Результаты исследования и их обсуждение

В хирургический кабинет стоматологической поликлиники №3 в течение 2013 г. по поводу затрудненного прорезывания нижних третьих моляров, осложненного перикоронитом, обратились 92 пациента, что составило 0,2% от общего числа первичных больных. Большинство пациентов с затрудненным прорезыванием зубов мудрости и перикоронитом были в возрасте от 18 до 35 лет. Отдельные больные имели возраст 60 лет и более. Среди пациентов с данной патологией мужчин было почти в два раза меньше, чем женщин (31,4% и 69,6%).

Локализация заболевания на левой стороне челюсти встречалась несколько чаще – 52,6% . Частота обращений больных в течение года представлена в таблице.

Таблица. Число обращений пациентов с затрудненным прорезыванием НТМ, осложненным перикоронитом в разные месяцы года

Месяц	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Всего
Количество обращений	5	8	8	9	5	13	6	5	15	7	5	6	92

Как видно из таблицы, количество обращений течение года было неравномерным – резко увеличивалось в начале лета и осени. Причины такой неравномерности обращений выяснить не удалось

У большинства пациентов заболевание начиналось с появления ноющих болей в области прорезывающегося зуба, болезненности при открывании рта и глотании. За медицинской помощью, как правило, больные обращались на 2-3 сут. от начала заболевания. Некоторые из них указывали на ранее возникавшие подобные симптомы воспаления в области НТМ, которые купировались в результате самолечения – полоскания рта растворами антисептиков, приема обезболивающих препаратов.

Общее состояние большинства больных было удовлетворительным. У 75% пациентов отмечалась субфебрильная температура: 37,0-37,4°C. Больные с гнойной формой заболевания жаловались на недомогание, головную боль. В полости рта определялись гиперемия и отек слизистой оболочки ретромолярной области и нижних отделов крыловидно-челюстной складки. Зуб мудрости, как правило, был прикрыт слизистой оболочкой, или слизистая оболочка покрывала дистальные бугры

коронки. При пальпации из-под капюшона выделялось гнойное отделяемое. Определялась инфильтрация тканей с язычной или щечной стороны, в ретромолярной области с распространением на крыловидно-челюстную складку, а у некоторых пациентов отек и инфильтрация тканей распространялась на все области, граничащие с нижним третьим моляром. Даже, когда слизистая оболочка покрывала всю коронку непрорезавшегося зуба, можно было обнаружить сообщение перикоронарного пространства с полостью рта.

У большинства пациентов определялась асимметрия лица разной степени выраженности за счет отека мягких тканей в области угла нижней челюсти на стороне заболевания, ограничение открывания рта. Внешние проявления зависели от распространенности воспалительного процесса. При длительности воспалительного процесса более трех дней и при гнойной форме перикоронита в поднижнечелюстной области на стороне поражения развивался лимфаденит. У трех больных определялся целлюлит поднижнечелюстной области.

При серозной форме перикоронита состояние пациентов было нетяжелым. Сохранялось свободное открывание рта, отмечалась незначительная болезненность при жевании и глотании. В полости рта определялась гиперемия и отек слизистой в ретромолярной области, болезненность при пальпации.

Чаще встречалось вертикальное положение нижнего зуба мудрости (52,3%), наиболее редко обратное положение – в 0,7% случаев. У остальных пациентов определялось смещение НТМ и наклон оси зуба медиально, в язычную или щечную стороны.

При хроническом рецидивирующем процессе позади нижнего третьего моляра на рентгенограммах нередко определялся костный карман с резорбцией кости, чаще в виде широкой полукруглой щели. Ретромолярное расстояние у всех больных с затрудненным прорезыванием НТМ было меньше 29 мм [3].

Всем пациентам с перикоронитом проводилось комплексное лечение, которое включало хирургические вмешательства, медикаментозную и физиотерапию. Для купирования острого воспалительного процесса применяли рассечение капюшона или его полное иссечение, удаление зуба. Рассечение капюшона проводили в тех случаях, когда удаление зуба (при наличии показаний к удалению) невозможно было выполнить без вмешательства на окружающей костной ткани. Разрез проводили в медиодистальном направлении за пределы капюшона к крыловидно-челюстной складке с обеспечением свободного доступа в дистальный зубодесневой карман. Такой разрез уменьшал напряжение ткани и создавал выход воспалительному экссудату, тем самым предупреждая распространение процесса в пограничные клетчаточные пространства. Рану и зубодесневой карман обрабатывали 3% раствором перекиси водорода, 0,5% раствором хлоргексидина. В рану рыхло вводили жгуты альвожеля и накладывали на 30 мин. ватно-марлевый тампон, который больной удерживал в течение 20 мин., назначали полоскания рта теплыми растворами антисептиков или отварами трав. Для обезболивания в послеоперационном периоде пациентам рекомендовали применять «Найз» по 100 мг 2 раза в сутки или «Кеторол» по 10 мг до 3 раз в сутки. При гиперэргическом характере воспаления, гнойной форме перикоронита, тенденции к распространению воспалительного процесса, наличии в анамнезе клинических маркеров снижения реактивности организма назначали антибактериальные препараты – «Амоксиклав» по 625 мг 2-3 раза в сутки в течение 5-6 дней. Спустя сутки после хирургического вмешательства проводили магнитолазерную терапию с помощью аппарата «МИЛТА-Ф».

Полное удаление капюшона производили у больных с анатомо-топографическими предпосылками к прорезыванию зуба – вертикальное положение оси зуба, наличии пространства между передним краем ветви челюсти и дистальной поверхностью коронки зуба.

Показания к удалению зуба определяли в зависимости от его положения, состояния первого и второго моляров, деструктивных изменений в кости. В день обращения удаление зуба производили, если зуб мог быть удален без дополнительных вмешательств на окружающей костной ткани. В остальных случаях удаление зуба мудрости производили после купирования воспаления в мягких тканях. Исключение составляло развитие воспалительного процесса с деструкцией кости в периапикальной области. Удаление таких зубов производили в день обращения пациентов за медицинской помощью

Безусловным показанием к удалению зубов мудрости, особенно при рецидиве воспаления, являлись неустраняемые анатомические аномалии его положения, отсутствие возможности его прорезывания. В этих случаях зуб удаляли для профилактики возможных осложнений в будущем.

Методика операции зависела от степени прорезывания, глубины залегания и положения нижнего третьего моляра. Оперативный доступ при частичной ретенции осуществляется через разрез слизистой оболочки, проходящий от переднего края ветви нижней челюсти, через ретромолярное

пространство, вдоль коронки НТМ с вестибулярной стороны, и далее вертикально вниз до нижнего свода преддверия рта. После скелетирования кости удаляли гребень альвеолярной части дистальнее НТМ, максимально обнажали коронку и производили фрагментацию зуба. Рану обрабатывали антисептиками (3% р-р перекиси водорода, 0,2% раствор хлоргексидина). Лунку зуба заполняли костнопластическим материалом. На рану накладывали швы. Послеоперационное лечение проводили по описанной выше схеме.

После удаления НТМ в 31,5% случаев развился альвеолит, в 1,0% случаев луночковое кровотечение, в 13% случаев травматический неврит нижнего луночкового нерва. Сроки временной нетрудоспособности пациентов при возникновении осложнений после удаления нижних зубов мудрости колебались от 1 до 24 сут.

## Заключение

Среди осложнений затрудненного прорезывания зубов мудрости у наблюдавшихся пациентов наиболее часто диагностировался перикоронит.

При выборе плана лечения таких больных в первую очередь в первую очередь определяли целесообразность и возможность сохранения зуба. Наиболее благоприятной ситуацией для сохранения являлось его вертикальное положение с прямолинейной формой корней, без изменения в тканях пародонта, при наличии достаточного места в зубной дуге и угле наклона менее 15 градусов. При таком расположении зуба освобождали коронковую часть от покрывающих его мягких тканей. Все остальные варианты его расположения – дистопия и ретенция, недостаток места для прорезывания, наличие патологии в тканях пародонта, расценивали как показания к удалению.

При резко выраженном воспалении в тканях окружающих «зуб мудрости», тяжелом общем состоянии больного и технически сложном удалении зуба хирургическое лечение разделяли на два этапа. На первом этапе производили рассечение капюшона и назначали противовоспалительную терапию. После улучшения общего состояния больных и купирования воспаления выполняли удаление зуба.

Клинические наблюдения над больными перикоронитом показали, что предложенная методика комплексного лечения дает положительные результаты, предотвращает рецидивы воспалительного процесса и создает условия для нормального прорезывания зуба мудрости.

Мы полагаем, что приведенные данные могут быть полезными для практических врачей стоматологических специальностей.

## Литература

1. Андреищев А.Р., Федосенко Т.Д. Осложненное прорезывание зубов // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. – СПб., 2007. – С. 115-146.
2. Малыгин Ю.М. Причины затрудненного прорезывания третьих моляров и некоторые осложнения, к которым это приводит // Достижения в стоматологии и пути совершенствования последипломного образования: тез. докл. науч. конференции. – М., 2001. – С. 203.
3. Руденко А.Т. Патология прорезывания зубов мудрости. – Л.: М., 1971. – 80 с.
4. Стадницкая Н.П. Особенности и аномалии развития третьих моляров: диагностика, клиника, лечение: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.

## Информация об авторах

*Пояркова Тамара Александровна* – заведующая отделением ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №3» г. Смоленска, врач стоматолог-хирург высшей категории. E-mail: info@smolstom3.ru

*Войковский Олег Владимирович* – врач стоматолог-хирург ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №3» г. Смоленска. E-mail: info@smolstom3.ru

*Ковалева Наталья Сергеевна* – ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: fpk-stomat@mail.ru

*Стефанцов Николай Матвеевич* – доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: fpk-stomat@mail.ru