

*Бибоева Алина Олеговна
Студентка стоматологического факультета
Северо-Осетинской медицинской академии
Россия, г. Владикавказ*

ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА (ПЕРИКРОНИТ)

***Аннотация:** в данной статье говорится о клинических признаках затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра и о методике лечения.*

***Annotation:** This article refers to the clinical signs of difficult eruption of the lower third molar and the method of treatment.*

***Ключевые слова:** перикоронит, затрудненное прорезывание, хирургическое лечение, капюшон.*

***Key words:** pericoronitis, difficult eruption, surgical treatment, hood.*

Перикоронит наиболее часто наблюдается в области нижнего третьего моляра, реже в области верхнего третьего моляра, клыков и премоляров верхней и нижней челюстей.

Прорезывание нижних зубов мудрости происходит преимущественно в возрасте 18-25 лет, но может быть раньше или позже.

Анатомическое строение нижнего третьего моляра разнообразно. Чаще он имеет два изогнутых и иногда сросшихся корня с округлой и хорошо выраженной коронкой.

Этиология. Отсутствие временного (молочного) зуба на месте будущего прорезывания третьего моляра способствует образованию в этой области плотной кортикальной пластинки с вестибулярной и язычной

стороны. Толстая, плотная слизистая оболочка, содержащая волокна щёчной мышцы, покрывает альвеолярную часть и создает трудности для его прорезывания.

Недостаток места в теле нижней челюсти может приводить к наклонному расположению зуба мудрости по отношению ко второму моляру. По данным различных авторов, существует около 10 положений нижнего третьего моляра по отношению к альвеолярной части нижней челюсти.

Патогенез. После прорезывания коронки и обнажения одного или обоих медиальных бугров нижнего зуба мудрости слизистая оболочка покрывает его непрорезавшиеся бугры в виде дубликатуры слизистой оболочки - так называемого капюшона. По данным А.И. Бычкова, обсемененность слизистой оболочки микроорганизмами соответственно нижнему третьему моляру и позадиомолярной ямки значительно превышает таковую на других участках верхней и нижней челюстей. Усугубляет ситуацию травмирование зубом-антагонистом верхней челюсти отёчной и воспаленной слизистой оболочки в виде капюшона при прорезывании зуба 8 нижней челюсти. Пути распространения гнойной инфекции зависят от анатомических особенностей дистального отдела нижней челюсти и, в частности, наличия рыхлой клетчатки в ретромолярной области, между слизистой оболочкой и волокнами щёчной мышцы, а также у заднего края челюстно-подъязычной мышцы и по ходу верхнего сжимателя глотки. Этим обусловлено развитие острого гнойного ретромолярного периостита и околочелюстных абсцессов и флегмон.

Классификация. Выделяют следующие формы затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра:

- острый катаральный и гнойный перикоронит;
- хронический перикоронит;
- позадиомолярный периостит.

6.2. ОСТРЫЙ ПЕРИКОРОНИТ

Острый перикоронит - воспалительный процесс тканей десны и краевого периодонта в области третьего моляра при его затрудненном прорезывании.

Этиология. Перикоронит возникает в результате активизации обычной микрофлоры полости рта, в которой преобладают анаэробные и факультативноанаэробные виды бактерий.

Патогенез. Во время прорезывания нижнего зуба мудрости слизистая оболочка надмедиальными буграми атрофируется (лизирована). Остальная часть коронки с дистальными буграми остается покрытой слизистой оболочкой в виде капюшона. Оптимальная температура, влажная среда, отсутствие света создают благоприятные условия для развития патогенной микрофлоры, находящейся в околозубном пространстве и под капюшоном. Травма слизистой оболочки в виде капюшона во время жевания приводит к образованию на ее поверхности эрозий и язв, снижению местного иммунитета. В результате развивается воспалительный процесс в тканях, окружающих коронку не полностью прорезавшегося зуба мудрости.

Клиническая картина острого перикоронита зависит от стадии воспалительного процесса.

Острый катаральный перикоронит. Пациенты жалуются на боль при жевании в области прорезывающегося третьего моляра и затруднение при открывании рта. Общее состояние удовлетворительное, температура тела - в пределах нормы. При осмотре в поднижнечелюстной области пальпируются увеличенные и слегка болезненные лимфатические узлы. Открывание рта незначительно ограничено. В полости рта зуб покрыт гиперемизированной и отёчной слизистой оболочкой. Обычно видны только один или оба медиальных бугра. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под капюшоном, и, только приподняв его, можно увидеть зуб. Выделений из-под капюшона нет, пальпация его болезненная. Эта форма перикоронита

протекает благоприятно, и при своевременном лечении процесс быстро купируется.

Острый гнойный перикоронит характеризуется сильной, постоянной болью в области зуба мудрости, усиливающейся при жевании и глотании. Боль иррадирует в ухо, височную область. Общее состояние больного нарушается, температура тела повышается до 37,5-38 °С. Открывание рта ограничено из-за сильной боли. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, пальпация их болезненная. Слизистая оболочка в области капюшона гиперемирована и отёчна. Здесь при пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат. При надавливании на капюшон из-под него выделяется гной. Крыловидно-нижнечелюстная складка гиперемированная, болезненная при пальпации.

Диагностику проводят с учетом характерной клинической картины и результатов рентгенологического исследования. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции определяются дистопия нижнего третьего моляра и отсутствие достаточного места для его полного прорезывания.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИКОРОНИТ

Хронический перикоронит развивается при частом травмировании капюшона зубом-антагонистом или пищей и повторных обострениях воспалительного процесса. Задержка гноя и развитие грануляций под капюшоном приводят к резорбции кости в области зуба. Процесс носит характер хронического маргинального гранулирующего периодонтита. В некоторых случаях разрастание грануляционной ткани ограничено. Возникает ограниченный гранулематозный маргинальный периодонтит в этой области.

Клиническая картина хронического перикоронита разнообразна. Как правило, периодически возникают болевые ощущения в области капюшона с иррадиацией в височную область, ухо, на здоровую сторону. Пациенты ощущают неприятный привкус во рту и запах. При обследовании в дистальном отделе поднижнечелюстной области пальпируются увеличенные и

болезненные лимфатические узлы. Слизистая оболочка над не полностью прорезавшимся третьим моляром гиперемирована и отёчна. Из-под капюшона может выделяться скудное серозное или гнойное отделяемое. Пальпация наружной и внутренней поверхности альвеолярной части нижней челюсти болезненная. Хронический перикоронит может часто обостряться.

Диагностика. Заболевание диагностируют на основании клинической картины и данных рентгенографии, при которой отмечаются деструктивные изменения костной ткани медиальнее или дистальнее зуба, а также снизу (при его горизонтальном положении). Дифференциальную диагностику проводят с хроническим пульпитом и периодонтитом.

Лечение острого перикоронита заключается в проведении мероприятий, направленных на купирование воспалительного процесса. Для этого промывают под капюшонное пространство теплым раствором антисептика (хлоргексидином, мирамистином, октенисептом и др.) или рассекают капюшон вдоль, обнажая коронку и создавая отток гною и воспалительному экссудату. Пациенту назначают антибиотики широкого спектра действия. Такое лечение, проводимое в течение нескольких дней, может полностью купировать воспалительный процесс.

После стихания острых воспалительных явлений врач должен решить вопрос относительно дальнейших действий.

Если зуб расположен в правильном положении и ему есть место для прорезывания, проводят иссечение капюшона, полностью освобождая коронку. Рану тампонируют йодоформной турундой в течение 5-7 сут. Если зуб мудрости расположен неправильно (имеется его дистопия) или отсутствует место для его прорезывания, производят его удаление с использованием бормашины.

Удалять третий моляр в период выраженных воспалительных явлений не рекомендуют.

Список литературы:

1. Хирургическая стоматология: учебник / В.В. Афанасьев [и др.]; под общ.ред. В.В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.: ил