

*Болонкин О. Н.*

## Лечение больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России., г.Самара

*Bolonkin O. N.*

### Treatment of patients with impaired eruption of lower third molars

#### Резюме

Проведен анализ лечения 250 больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров за последние 5 лет. Показана лечебная тактика при воспалительных осложнениях в области нижних зубов мудрости и без воспалительных осложнений, учитывая их расположение в челюсти.

**Ключевые слова:** Нижние третьи моляры, удаление, воспалительные осложнения

#### Summary

The analysis of the treatment of 250 patients with impaired eruption of lower third molars in the last 5 years. It is shown that medical tactics in inflammatory complications in the lower wisdom teeth and without inflammatory complications, given their location in the jaw.

**Keywords:** The lower third molars, removal, inflammatory complication

#### Введение

В подавляющем большинстве случаев воспалительные осложнения, связанные с прорезыванием зубов, возникают в период прорезывания нижних зубов мудрости [1]. Частота ретенции таких зубов по данным литературы составляет 13,8-16,2% [2].

При всем многообразии факторов, препятствующих прорезыванию зубов, их можно разделить на общие и местные. Определенное значение при затрудненном прорезывании нижних третьих моляров имеют: отсутствие предшественника в виде молочного зуба, отчего структура кости над зубом делается более плотной; толстый и плотный компактный слой кости по наружной и внутренней поверхности челюсти вместе с наружной и косой линиями; недостаток места в альвеолярной части челюсти из-за чего зуб частично может располагаться в ветви; толстая слизистая оболочка, содержащая волокна щёчной мышцы и верхнего констриктора глотки, что создает мягкотканевую барьер для прорезывания зуба [3].

В настоящее время используется всё больше аргументов в пользу расширения показаний к удалению нижних зубов мудрости. Обусловлено это рядом объективных причин: техническими трудностями лечения осложненных форм кариеса нижних третьих моляров по сравнению с другими зубами; неблагоприятное влияние нижних зубов мудрости на формирование зубочелюстного аппарата, приводящего к развитию аномалий прикуса, деформации зубных рядов, развитием осложнений (перикоронит, ретромолярный периостит, остеомиелит, лимфа-

денит, абсцесс, флегмона, кариес второго моляра, киста, амелобластома) [4].

*Цель данного исследования* – оценка результатов лечения больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров.

#### Материалы и методы

Компьютерный томограф («3-DX Accuitoma», Morita, Япония), хирургический лазер («Sirolazer», Sirona, Германия), электронож («Servotom», Satelec, Франция), аппарат лазерной терапии («Оптодан», ООО ВЕНД НПП, Россия), ультразвуковая пила («Piezosurgery», Metron, Италия), циркулярная пила («Mikrosaw», Dentsply-Friudent, Германия), бинокулярная лупа с осветителем («Heine», Heine Optotechnic, Германия), аппарат ультразвуковой низкочастотный стоматологический («Стоматон-ММ», НПП Метромед, Россия), дренаж (полоска перчаточной резины), центрифуга («ЕВА», Sirona, Германия), костный воск («Bone wax», Ethicon, США), «Лиопласт-С» (регистрационное удостоверение № ФС 01032004/1567-05 от 29.04.2005), «0,05 % водный раствор хлоргексидина биглюконата» (ООО РОСБИО, Россия), «гиоксизон» (ОАО Фармацевтическая фабрика Санкт-Петербурга, Россия), «супрастин» (ОАО Эгис, Россия), «кетарол» (д-р Редди С Лаботорис ЛТД, Индия), «sol. Ubistesini 4%» (ЗМ ESPE, США), «dormicum» (Egis RT, Венгрия), «Сумамед», (Плива Хвартска д.о.о., Хорватия), «метронидазол» (ОАО Фармстандарт-Лексредства, Россия).

## Результаты и обсуждение

За период с 2005 по 2010 годы на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Клиник Самарского государственного медицинского университета и муниципального медицинского учреждения СП№2 промышленного района городского округа Самара находилось 250 больных. Среди них было 160 женщин и 90 мужчин в возрасте от 17 до 78 лет. У 188 пациентов наблюдались явления острого воспаления в области нижних зубов мудрости. Из них у 51 пациента был острый гнойный перикоронит, обострение хронического периодонтита – 43 человека, острый гнойный одонтогенный периостит – 32 человека, незаконченная экстракция – 31 человек, ретромолярный абсцесс – 18 человек, фолликулярная киста – 13 человек.

52 пациента обратились без воспалительных осложнений в области нижних зубов мудрости.

Обследование больных включало: общий анализ крови, внутривидовую и панорамную рентгенографию, определение состава микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам (микробиологические методы).

В сложных случаях проводили компьютерную томографию. Использование специальной программы расшифровки томограмм позволяет определить точную топографию зуба и окружающих его анатомических образований и наметить план лечения.

Лечение больных с воспалительными осложнениями проводили учитывая ряд общих и местных факторов. Основное внимание здесь уделялось виду и характеру воспалительного процесса в данной области и положению зуба.

При гнойном перикороните (51 человек) и правильном расположении зуба мудрости производили иссечение капюшона П-образным разрезом с помощью скальпеля, также использовали хирургический лазер или электронож, что является более эффективным при гнойном воспалении. Затем рану обрабатывали 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата. На рану накладывали тампон с гипоксизоном на 2 часа. Больному рекомендовали ротовые ванночки с 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, супрастин по 1 таб. на ночь в течении 3-х дней, при необходимости – анальгетики. Из физиотерапевтических методов проводили лазерное облучение аппаратом «оптодан» в противовоспалительном режиме.

При остром гнойном одонтогенном периостите (32 человека) и ретромолярном абсцессе (18 человек) проводили вскрытие очага, антисептическую обработку, дренирование резиновыми выпускниками. Дренаж полностью удаляли через 48 часов. Назначали курс антибиотикотерапии, метронидазол, теплые ротовые ванночки с 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата, физиотерапевтическое лечение с помощью аппарата «оптодан» через 2 дня после операции.

При неправильном расположении нижних зубов мудрости, после купирования воспаления, удаление проводили в условиях операционной. Использовалась местная и сочетанная анестезия с внутривенным введением лекарственных препаратов различного действия. Нередко приходилось распиливать зуб на фрагменты и удалять его частями. Для повышения атравматичности операции в

своей работе мы применяли ультразвуковую и циркулярные пилы, а также использовали бинокулярную лупу с осветителем, специальные ретракторы и распоры. Это позволило значительно уменьшить травматичность операции, её длительность и облегчить труд хирурга. Послеоперационную рану обрабатывали низкочастотным ультразвуком с 1% раствором хлоргексидина биглюконата и антибиотиком широкого спектра действия. Далее рыхло заполняли турундой с выведением конца турунды. В последующем турунду постепенно подтягивали и извлекали через 3-4 дня. Из положительных эффектов использования данной методики следует отметить отсутствие болезненности, незначительный коллатеральный отёк, отказ от общего лечения антибиотиками в послеоперационном периоде. После извлечения турунды мы проводили поверхностный кюретаж с целью создания кровяного сгустка. Такой приём позволяет обеспечить заживление лунки первичным натяжением в более быстрые сроки.

Следует отметить, что при глубоком и неправильном расположении горизонтально ретенированных нижних третьих моляров возникает необходимость иссечения значительного объема костной ткани, увеличивается длительность операции, сохраняется вероятность повреждения нижнечелюстного канала, а также перелома нижней челюсти. Образовавшийся обширный костный дефект в области ветви челюсти, приводит к значительным срокам заживления послеоперационной костной раны.

С целью оптимизации репаративных процессов в послеоперационной ране мы применяли трансплантационную смесь, разработанную в клинике (патент РФ №2297250 от 20 апреля 2007 года. Авторы: В. П. Болонкин, Т. В. Меленберг, И. В. Болонкин, Л. Т. Волова)

Осложнения при применении данного способа выявлены у 20 человек (8%). Среди них во время операции наблюдались: кровотечение в ране у 8 больных, перелом медиальной стенки лунки у 3 больных. Кровотечение в ране останавливали путём коагуляции сосудов в мягких тканях, костное кровотечение с помощью костного воска. В послеоперационном периоде выявлены следующие осложнения: альвеолит - у 5 больных, кратковременный неврит нижнелюночного нерва - у 4 пациентов. Данные осложнения купированы проведением соответствующего лечения.

## Выводы

Таким образом, лечение больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров представляет определенные трудности для практической стоматологии. Удаление нижних зубов мудрости требует высокой квалификации врача-хирурга, хорошего технического оснащения и нередко лечения больных в стационарных условиях. Разработка новых методов для оптимизации лечения и реабилитации больных является актуальной задачей. ■

*Болонкин О.Н., кафедра Челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара; Адрес для переписки: 443076, г. Самара, ул. Партизанская 163-43; premolar@rambler.ru*

**Литература:**

1. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М: Медицинская литература; 2007.
2. Бычков А. И. Профилактика и лечение воспалительных осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при затрудненном прорезывании: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М 1993; 2
3. Безруков В. М., Робустова Т. Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина; 2000.
4. Андреищев А. Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Ст-Петербург 2005; 3.