

А.А Тимофеев

## Осложнения, связанные с затрудненным прорезыванием зуба мудрости (перикоронит)

Раздел из учебника Тимофеева А.А. «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология». Киев: Медицина, 2020

**П**ерикоронит (*pericoronitis*: *peri* – вокруг + *corona dentis* – коронка зуба + ит) – воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании.

Прорезывание зубов мудрости на нижней челюсти (реже на верхней) может сопровождаться воспалительными осложнениями различного рода.

Затрудненное прорезывание зубов мудрости или их ретенция возникают в связи с недостатком места в челюсти за счет уменьшения главным образом длины ее тела. Ретенция нижних зубов мудрости, как правило, сопутствует в различной степени выраженной ретенции верхних восьмых зубов. Этот факт свидетельствует в пользу существующего мнения о редукции лицевого отдела черепа в целом в процессе филогенеза. Ретромолярное расстояние челюстей у людей с ретенцией зубов значительно меньше, чем у людей с нормальными челюстями. Возможно, недостаток места в челюсти позади второго моляра и вызывает затруднения при прорезывании зубов мудрости. Прорезывание зуба происходит одновременно с ростом альвеолярного отростка. Диспропорция между ростом челюсти и альвеолярного отростка, вызванная различными причинами, приводит к тому, что для части альвеолярного отростка, в которой должен располагаться зуб мудрости, не хватает места. После обнажения одного или обоих медиальных бугров зуба мудрости его дистальная часть остается закрытой надкостницей и слизистой оболочкой, под которыми скапливаются остатки пищи и микрофлора. Во время жевания лоскут, закрывающий зуб, травмируется, что вызывает развитие эрозий, а иногда и язв. Проникновение микрофлоры в толщу мягких тканей, покрывающих зуб, вызывает развитие воспалительного процесса.

В ряде случаев на рентгенограмме нижней челюсти можно обнаружить, кроме расширения периодонтальной щели у шейки зуба мудрости, также широкую щель полулунной формы позади зуба. Считается, что расширение перикоронарного пространства с дистальной стороны коронки зуба до 2 мм является физиологической нормой. Если размеры его увеличиваются, может развиваться патологический процесс. Возникают полулунные разрежения кости позади зуба мудрости размером более 2 мм (полулуния Вассмунда). Причиной резорбции костной ткани позади коронки нижне-

го зуба мудрости является хроническое воспаление. В этом случае костный карман является резервуаром для микроорганизмов. Даже тогда, когда слизистая оболочка может покрывать всю коронку непрорезавшегося зуба, в ней удается обнаружить небольшое отверстие, через которое ретромолярное пространство сообщается с полостью рта и постоянно инфицируется ее содержимым. При затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости позади него возникает костный карман, в котором обнаруживаются тяжи из фиброзной волокнистой ткани. Затем в этих тяжах появляются небольшие полости, выстланные эпителием. Со временем костный карман, ранее сообщавшийся с полостью рта, закрывается, и полость внутри фиброзных тяжей изолируется, что приводит к образованию парадентальной кисты.

Термин «затрудненное прорезывание зуба мудрости» – понятие собирательное. Всякое нарушение нормального прорезывания зуба мудрости как по сроку, так и по направлению или месту его расположения в челюсти можно считать затрудненным. *Диагноз «затрудненное прорезывание зуба мудрости» необходимо конкретизировать и указать на осложнения, к которым привел этот патологический процесс.*

Прорезывание нижнего зуба мудрости и развивающиеся при этом осложнения воспалительного характера тесно связаны с анатомическими особенностями области расположения этого зуба. Доказано, что под слизистой оболочкой в области язычной поверхности дистальных отделов тела челюсти находится небольшое количество жировой клетчатки, распространяющейся дистально на внутреннюю поверхность ветви нижней челюсти в крыловидно-нижнечелюстное пространство. На внутренней поверхности тела нижней челюсти соответственно ретромолярному треугольнику располагается узкая полоска (прослойка) жировой клетчатки, которая распространяется назад – на внутреннюю поверхность ветви челюсти. Под слизистой оболочкой наружной переходной складки нижней челюсти также имеется небольшое количество жировой клетчатки, которая поднимается вверх и как бы окутывает снаружи щечную мышцу. Между внутренней поверхностью жевательной мышцы находятся довольно значительное количество жировой клетчатки, артериальные и венозные сосуды.

Е.А. Магидом и В.М. Шейнбергом (1970) предложена классификация осложнений затруднённого прорезывания нижних зубов мудрости. Данная классификация не лишена недостатков – она слишком громоздка для практической работы и включает заболевания, не связанные с затрудненным прорезыванием зуба.

**Классификация осложнений затрудненного прорезывания нижних зубов мудрости по Е.А. Магиду и В.М. Шейнбергу (1970)**

**I. Воспалительный процесс, распространяющийся преимущественно на мягкие ткани, покрывающие и окружающие зуб**

Острый перикоронит:

- катаральный (серозный);
- гнойный;
- язвенный

Хронический перикоронит.

**II. Патологический процесс, поражающий мягкие ткани, окружающие нижнюю челюсть**

Острый гнойный периостит.

Абсцесс или флегмона.

Язвенный стоматит.

**III. Патологический процесс в нижней челюсти**

Одонтогенный остеомиелит:

- острый;
- хронический.

Парадентальная киста.

**IV. Прочие осложнения** (в соседних зубах, невралгия, неврит, парез и др.).

И.П. Горзов (1975) предложил другую классификацию, но она также не лишена ряда недостатков.

**Классификация осложнений затрудненного прорезывания нижних зубов мудрости по И. П. Горзову (1975)**

**A. Непосредственные осложнения затрудненного прорезывания**

*Перикоронит*

Острый:

- серозный;
- гнойный;
- язвенный.

Рецидивирующий хронический

*Прочие осложнения*

Осложнения в соседних зубах:

- кариес;
- пульпит;
- периодонтит.

Парадентальная киста.

Невралгия III ветви тройничного нерва (симптоматическая).

**B. Осложнения перикоронита**

*Острый гнойный периостит нижней челюсти*

Абсцесс или флегмона околочелюстных мягких тканей.

Остеомиелит нижней челюсти:

- острый;
- хронический.

Язвенный стоматит

Острый периостит не является осложнением, развивающимся в мягких тканях, так как он является заболеванием челюсти. Если рассматривать осложнения затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости как воспалительный процесс, то из классификации следует исключить невралгию, неврит, парез, а обязательно упомянуть о воспалительной контрактуре, которая нередко бывает первым клиническим проявлением осложнения прорезывания зуба. Считаю, что нет необходимости выделять в отдельную форму хронический и рецидивирующий перикоронит. Достаточно указать его вторую форму, так как хронический перикоронит со временем рецидивирует или обостряется, что, по сути, одно и то же.

**Классификация воспалительного осложнения затрудненного прорезывания зуба мудрости по А. А. Тимофееву (1995)**

**I. Осложнения, характеризующиеся преимущественным вовлечением в воспалительный процесс мягких тканей, покрывающих и окружающих зуб:**

- острый перикоронит;
- хронический рецидивирующий перикоронит.

**II. Осложнения, в результате которых воспалительный процесс распространяется на мягкие ткани, окружающие нижнюю челюсть:**

- лимфаденит;
- воспалительный инфильтрат;
- абсцесс или флегмона;
- воспалительная контрактура;
- подкожная гранулема;
- язвенный стоматит.

**III. Патологические процессы в нижней челюсти**

- киста;
- периостит;
- остеомиелит.

По данным наших исследований, наибольшее количество осложнений при прорезывании зубов мудрости возникает в возрасте от 19 до 26-ти лет. У людей этой возрастной группы чаще встречается перикоронит (острый или рецидивирующий), лимфаденит, абсцесс или флегмона. В возрасте 26–30 лет преимущественно наблюдается периостит или остеомиелит, а также абсцесс или флегмона.

Что же касается необычно позднего (в 50–60 лет) прорезывания зубов мудрости, то в большинстве случаев оно связано с их пассивным обнажением в результате атрофии беззубого альвеолярного отростка.

**Перикоронит** – воспаление мягких тканей, окружающих коронку коренного зуба, при его неполном или затрудненном прорезывании. Это осложнение

является наиболее частым. В зависимости от клинического течения перикоронит может быть острым или хроническим, как правило, рецидивирующим. Целесообразность выделения его последней формы связана с тем, что консервативный способ лечения обычно безуспешен. Иссечение капюшона, попытки стимулировать прорезывание физиотерапевтическими методами, промывание патологического кармана желаемых результатов не дают.

Перикоронит возникает вследствие травмы слизистой оболочки, расположенной над нижним зубом мудрости и не успевшей полностью атрофироваться. Мягкие ткани над коронкой при жевании легко травмируются. В образовавшийся карман попадают микроорганизмы и частицы пищи, что дает начало развитию воспалительного процесса.

Заболевание начинается с неприятных ощущений в области непрорезавшегося или частично прорезавшегося зуба мудрости. Вскоре присоединяются боль при глотании, затруднение открывания рта, недомогание, головная боль, потеря аппетита, нарушение сна, повышенная температура тела. В зависимости от клинической формы воспаления мягких тканей, окружающих зуб, выделяют **катаральный (серозный), гнойный и язвенный перикоронит**.

При **катаральном (серозном)** воспалении капюшон над зубом резко отечен, гиперемирован и инфильтрирован. Обильного отделяемого из-под капюшона обычно нет. Иногда выделяется небольшое количество серозного содержимого. При **гношной форме перикоронита** отмечается отек, гиперемия и инфильтрация мягких тканей усиливаются, из-под капюшона выделяется гной. Боль при этом становится интенсивной, может иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва, появляется контрактура жевательных мышц. Возникновению данной формы заболевания способствует то, что вследствие отека слизистой оболочки над зубом мудрости в патологическом кармане и под капюшоном скапливаются остатки пищи и большое количество микрофлоры. Если не происходит опорожнения образовавшегося абсцесса, гной может распространяться на соседние мягкие ткани. При **язвенном перикороните** наблюдается изъязвление лоскута. Этот процесс происходит в результате его постоянного травмирования (ущемления) зубами-антагонистами. Язвенный перикоронит может осложняться язвенным стоматитом. Общее состояние больного ухудшается, температура тела повышается, боль усиливается, появляется гнилостный запах изо рта. Особенностью язвенного стоматита, возникающего как осложнение язвенного перикоронита, является то, что в результате его возникновения обычно поражаются только мягкие ткани, расположенные в области нижней челюсти, причем только одна половина. *Язвенный процесс распространяется на слизистую оболочку щеки, чего мы практически никогда не наблюдали при обычном язвенном гингивостоматите.* Об этой особенности не следует

забывать, так как больных с язвенным стоматитом, возникшим на почве перикоронита, лечат прежде всего хирургическим методом – удаляют зуб мудрости. Аналогичная операция при язвенном гингивостоматите инфекционного характера противопоказана.

**Клиническая симптоматика** хронического (**рецидивирующего**) перикоронита скудная. В отличие от острой формы течения процесса местная симптоматика менее выражена. Открывание рта свободное. Из-под капюшона может выделяться серозно-гнойное отделяемое. Практически вне обострения течение хронического перикоронита бессимптомное. При обострении к его течению присоединяются симптомы воспаления. Перикоронит с периодически повторяющимся обострением необходимо называть **рецидивирующим**.

Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости часто сопровождается лимфаденитом поднижнечелюстных, реже подподбородочных лимфатических узлов. По мнению Е.А. Магида и В.М. Шейнберга (1970), нет необходимости выделять лимфаденит в отдельную нозологическую группу. Считаю, что лимфаденит является самостоятельной нозологической формой заболевания и может протекать без выраженных клинических признаков перикоронита или периостита, что служит основанием для выделения его в отдельную группу осложнений затрудненного прорезывания нижних зубов мудрости. Лимфаденит нередко переходит в хроническую форму течения. Важность дифференциальной диагностики этих заболеваний обусловлена тем, что при их возникновении лечебная тактика врача в каждом отдельном случае различна. Лимфаденит характеризуется резкой болью в области увеличенных и подвижных, плотноэластичной консистенции лимфатических узлов. При *воспалительной инфильтрации мягких тканей*, окружающих лимфатические узлы, возникает **периаденит**, а при *нагноении узла* – **гнояный лимфаденит** (аденоабсцесс). Гнойное расплавление мягких тканей вокруг лимфатического узла приводит к развитию **аденофлегмоны**.

Скрытый очаг инфекции, располагающийся под капюшоном зуба мудрости, при сенсibilизации организма и снижении его иммунологической резистентности может вызвать осложнения, проявляющиеся в виде абсцесса или флегмоны околочелюстных мягких тканей. Этим осложнениям чаще всего предшествует острый гнойный перикоронит или периостит челюсти. По нашим данным, абсцесс или флегмона, как осложнение затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости, встречается у 15–22 % больных. Подробная характеристика упомянутых патологических процессов приведена в соответствующем разделе. Отмечено, что своеобразии клинических проявлений абсцесса или флегмоны во многом определяется топографоанатомическими особенностями области нижнего третьего моляра. Распространение гнойного экссудата в язычную сторону может привести к абсцессу или флегмоне крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространства,

мягкого неба, перитонзиллярной области, челюстно-язычного желобка и поднижнечелюстного треугольника. Дальнейшее распространение воспаления вызывает развитие флегмона дна полости рта. Этот процесс может протекать с участием анаэробных микроорганизмов. Продвижение гнойного экссудата по наружной поверхности нижней челюсти приводит к развитию гнойно-воспалительного процесса в глубоком отделе околоушно-жевательной области. В результате абсцесса или флегмоны может развиваться сепсис, медиастинит, абсцесс головного мозга и др.

При рецидивирующем перикороните, когда инфекция малыми порциями поступает в мягкие ткани, может возникнуть своеобразное воспаление подкожной клетчатки, проявляющееся **подкожной (одонтогенной) гранулемой лица**.

Распространение воспалительного процесса из патологического костного кармана и мягких тканей, покрывающих зуб мудрости, на надкостницу и кость нижней челюсти способствует развитию **периостита**. Боль становится интенсивной, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, наблюдается воспалительная контрактура. В результате локализации процесса на внутренней поверхности тела или ветви нижней челюсти возникает боль при глотании. Наблюдаются гиперемия, отек и инфильтрация слизистой оболочки вокруг альвеолярного отростка нижней челюсти. Нередко воспалительный процесс захватывает крыловидно-нижнечелюстную складку и доходит до передней небной дужки.

**Одонтогенный остеомиелит** нижней челюсти в результате затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра чаще имеет тяжелое клиническое течение с преимущественной локализацией патологического очага в области ветви челюсти, реже – ее тела.

**Лечение воспалительного осложнения**, возникающих из-за затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости, зависит от его вида. При перикороните врач в первую очередь должен решить вопрос о необходимости удаления зуба мудрости, так как в большинстве случаев эта операция может явиться основным лечебным мероприятием. Решение вопроса о сохранении нижнего третьего моляра будет зависеть от его положения в зубной дуге, наличия патологических изменений в окружающей костной ткани и вида осложнения. Положение нижнего зуба мудрости в зубной дуге может быть вертикальным, горизонтальным, язычным, щечным, медиально-косым (ось зуба мудрости наклонена ко второму моляру), дистально-косым (ось зуба наклонена к ветви челюсти), комбинированным.

При вертикальном положении зуба необходимо определить, достаточно ли места для его прорезывания. Если расстояние от дистальной поверхности коронки второго моляра до передней поверхности ветви нижней челюсти (определяемое при рентгенологическом исследовании) на 4–5 мм шире коронки зуба мудрости, то

места для прорезывания достаточно. Судить о наличии места для прорезывания зуба только по данным рентгенограммы нельзя. *Следует обязательно сопоставить рентгенографические данные с клиническими*. При этом необходимо, чтобы положение зуба было вертикальным, очаги разрежения в окружающей костной ткани отсутствовали, рецидивы воспалительного процесса не наблюдались. При вертикальном положении нижнего зуба мудрости, наличии места для прорезывания, отсутствии патологических изменений в кости и хронического рецидивирующего перикоронита можно принять решение о сохранении зуба.

Если зуб-антагонист травмирует слизистую оболочку, располагающуюся над вертикально-расположенным непрорезавшимся зубом, то для создания покоя воспаленным тканям необходимо разобщить прикус. Его разобщают при помощи резиновой прокладки (трубки), стенса или капы из быстротвердеющей пластмассы. Больному рекомендуют полоскать полость рта теплым антисептическим раствором 4–5 раз в сутки. *При наличии гнойного перикоронита проводят рассечение капюшона* с последующим полосканием и промыванием раны антисептическим раствором. Противовоспалительное лечение осуществляется в течение 3–4-х дней. Назначают индометацин (метиндол) по 0,025 г во время или после еды 3–4 раза в день или другие нестероидные противовоспалительные средства. После устранения воспалительных явлений выполняют полное иссечение капюшона над зубом мудрости. Другие положения нижнего третьего моляра, а также обнаружение на рентгенограмме очагов разрежения костной ткани в виде полудуний Вассмунда и рецидивы воспалительных явлений считаются прямым показанием к удалению зуба. Зуб также удаляют при наличии периапикальных изменений и разрушения его коронковой части кариозным процессом. При остром перикороните или при обострении хронического течения процесса удаление зуба нужно проводить при госпитализации больного, в послеоперационный период назначают сульфаниламидные препараты, болеутоляющие и снотворные средства. В последние годы в послеоперационный период мы ограничивались назначением только нестероидными противовоспалительными средствами, обладающими жаропонижающим, болеутоляющим и противовоспалительным действием. *При затруднении прорезывания нижнего третьего моляра, осложненного периоститом, остеомиелитом, лимфаденитом, абсцессом, флегмоной или воспалительным инфильтратом, показано удаление зуба независимо от его положения*. При наличии показаний проводят хирургическое вмешательство – устраняют гнойные очаги, дренируют их, после чего назначают медикаментозные средства.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на предотвращение осложнений, которые могут возникнуть в результате аномалии расположения зуба мудрости.