

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ

Чухрай А.В.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Одной из актуальных проблем современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является высокая частота встречаемости пациентов с аномалиями формирования и прорезывания третьих моляров. Установлено, что в 25% наблюдений они остаются ретенционными. Неполное прорезывание (полуретенция) сформированного зуба через компактную пластинку нижней челюсти нередко сопровождается воспалительными явлениями. По данным Е.А. Магида и соавт. (1970), проанализировавших 1883 факта затрудненного прорезывания нижних зубов мудрости, острый перикоронарит выявлен у 41,8% пациентов, хронический - у 24,6% лиц, периостит нижней челюсти - у 10,6%. Частота встречаемости абсцессов и флегмон составила 14,5%, остеомиелита нижней челюсти - 4%. В отдельных наблюдениях имел место язвенный стоматит (1,2%), мигрирующая подкожная гранулема (0,7%), периодонтальная киста (2,1%) [2]. Осложнения ретенции могут проявляться в виде неопластического процесса, деструкции твёрдых тканей впереди стоящего второго моляра, формирования аномалии прикуса и деформации зубных рядов [1]. Наиболее часто это отмечается в области нижнего третьего моляра, реже - верхнего третьего моляра, клыков и премоляров обеих челюстей [1, 2, 3, 4, 5]. Ретенция третьих

моляров в 53% наблюдений сопровождается развитием осложнений [1]. Наиболее частыми из них являются инфекционно-воспалительные [2]. При этом развитие 11,6% от общего числа периоститов и 10-15% абсцессов и флегмон околочелюстных мягких тканей связано с нарушением прорезывания третьего нижнего моляра [5]. Удаление зачатков и самих третьих моляров проводится при появлении клинической симптоматики воспаления, а также в связи с необходимостью проведения ортодонтического, или ортопедического лечения.

Цель работы - анализ частоты встречаемости осложнений, возникших в результате нарушения прорезывания третьих моляров.

Объекты и методы. Объектом исследования явились 594 пациента, которым выполнены оперативные вмешательства в плановом порядке, а также 40 ортопантограмм пациентов с ретенированными третьими молярами. Методы исследования: клинический (опрос, осмотр, перкуссия, пальпация), лучевые методы исследования.

Результаты. В структуре амбулаторных хирургических вмешательств аномалии прорезывания третьих моляров зарегистрированы у 209 человек (35,2%). Большинство пациентов обратилось с жалобами на боли и дискомфорт в области «причинных» зубов. Ретенция, полуретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти наблюдалась у большинства лиц (88%). Аномалии прорезывания верхних третьих моляров зарегистрированы в 12%. Осложнениями затрудненного прорезывания третьих моляров явились воспалительные заболевания различной степени тяжести. Самым распространенным из них был перикоронарит (94,5%). Периодонтальная киста в области третьих нижних моляров была диагностирована в 4 наблюдениях.

Анализ 40 ортопантограмм пациентов с выявленными клинически нарушениями прорезывания третьих моляров, которые не предъявляли жалоб, показал, что имеется ретенция, полуретенция и дистопия 87 третьих моляров (32 верхних и 55 нижних). У 15 пациентов (37,5%) имелось нарушение прорезывания одного зуба. В 20% наблюдалась ретенция (полуретенция) 2-х третьих моляров. Нарушение прорезывания 3-х и 4-х третьих моляров было констатировано у 7 и 10 пациентов (17,5 и 20%, соответственно). Рентгенологическая картина окружающей костной ткани свидетельствовала о наличии деструктивных процессов в области 78,2% третьих моляров нижней челюсти и 28,1% верхних третьих моляров. Деструкция твёрдых тканей корней вторых моляров была выявлена в 10,2% наблюдений. Образование периодонтальных карманов

в области ретинированных третьих моляров выявлено у 12,3% пациентов.

Заключение. Таким образом, амбулаторные оперативные вмешательства, связанные с нарушениями прорезывания третьих моляров составляют значительную долю плановых операций. Ретенция, полуретенция и дистопия третьих нижних моляров отмечается в большинстве наблюдений, сопровождается клиническими проявлениями воспалительного характера. Обращает на себя внимание тот факт, что при отсутствии жалоб у пациентов, в 78,2% были обнаружены деструктивные изменения окружающей «причинный» зуб костной ткани, что диктует необходимость обязательного рентгенологического обследования с целью ранней диагностики и своевременного вмешательства.

Литература.

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.Р. Андреищев; СПбГМУ им. И.П. Павлова.– СПб.: 2005. – 22 с.
2. Магид, Е. Затрудненное прорезывание нижних зубов мудрости и связанные с ним осложнения / Е. Магид, В. Шейнберг, Г. Житницкий. - Волгоград, 1970. - 121с.
3. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М.: «Медицина», 2003. - 503 с.
4. Солнцев, А.М. Одонтогенные воспалительные заболевания / А.М. Солнцев, А.А. Тимофеев. - К.: «Здоровья». 1989. - 232 с.
5. Соловьев, М.М. Современное состояние проблемы острой одонтогенной инфекции и повреждений челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1981. - № 2. - С. 8-14.