

УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Лекція на тему: Затримка прорізування
(ретенція і зміщення (дистопія) зуба.

Лектор : доцент Гуржій О.В.

Полтава 2020

● **Зміст:**

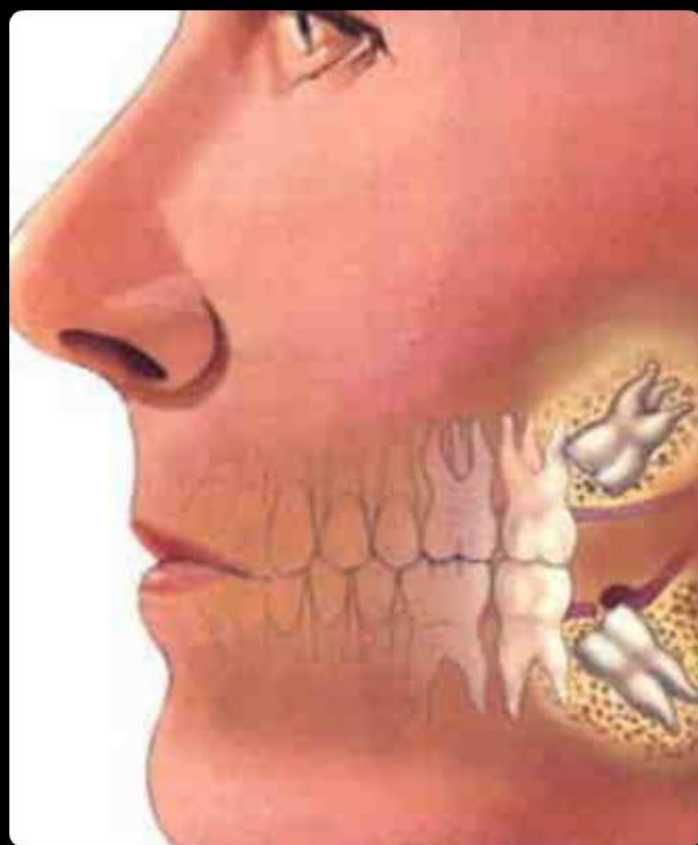
Під утрудненим прорізуванням нижніх зубів мудрості треба розуміти такий процес прорізування, за якого виникли різні запальні ускладнення - перикоронарит, періостит, остеомієліт, флегмона та ін.



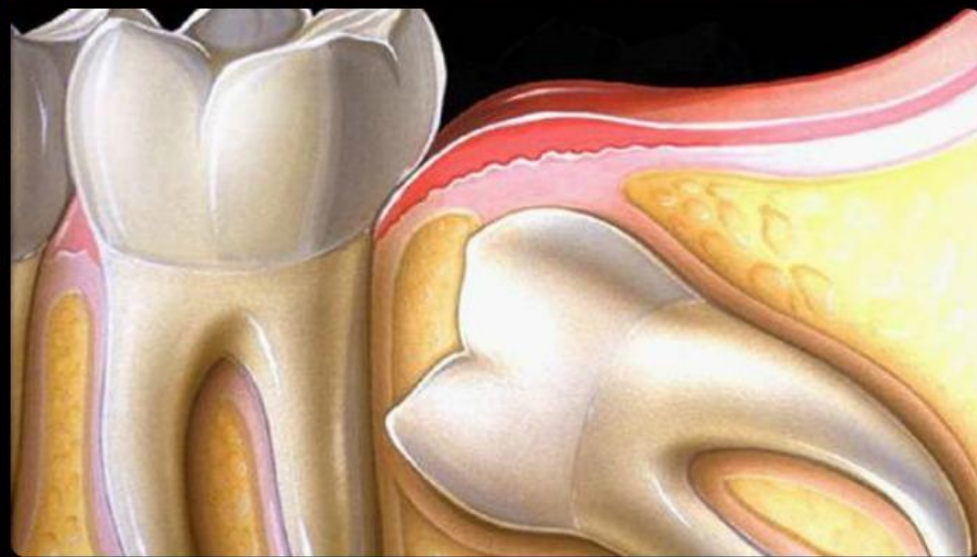
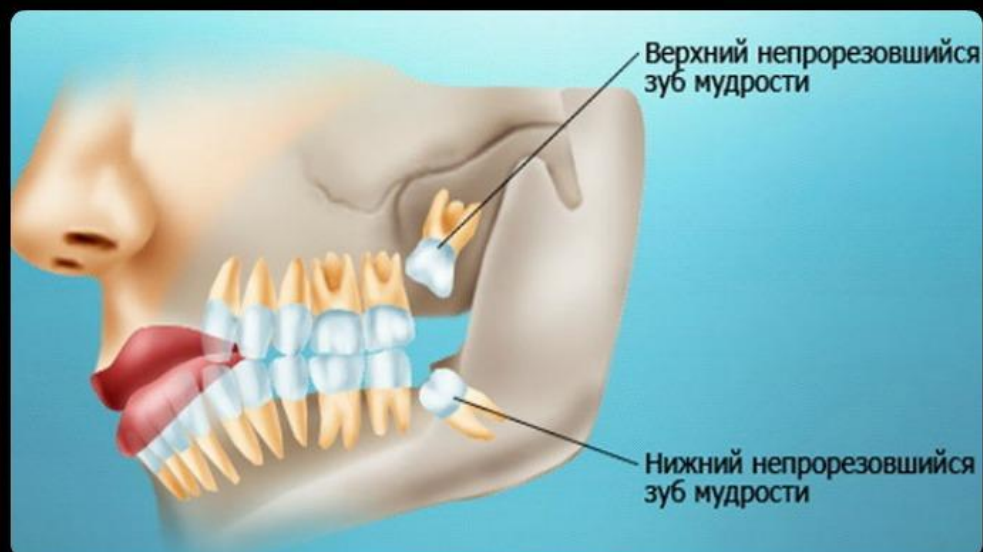
- Перекоронарит - найчастіша форма запального ускладнення під час прорізування нижнього зуба мудрості. Характеризується насамперед болем, спричиненим наявністю запального процесу у навколокоронкових тканинах. Набряк, гіперемія та інфільтрація капюшона поступово поширюються на слизову оболонку нижнього склепіння присінка рота, на ясна з боку язика, на передні піднебінні дужки, власне жувальний та медіальний крилоподібний м'язи. Виникають запальна контрактура, утруднене ковтання, лімфаденіт, перилімфаденіт; температура тіла підвищується до 37,5— 37,8 °С. Місцева температура слизової оболонки (в зоні ретромоллярного трикутника) підвищується на 0,5 °С порівняно зі здоровим боком; те саме характерно і для шкіри підщелепної ділянки на боці ураження, особливо при виражених явищах лімфаденіту.



- Хронічне запалення м'яких тканин навколо або позаду напівретинуваних третіх нижніх молярів являє собою загрозу загальному станові організму, оскільки це запалення є стоматогенним джерелом антигенного стимулювання, яке може давати сенсифілізацію організму.
-
- Гострий перикоронарит може перейти в хронічну та рецидивну форму або в періодонтит, ретромолярний періостит, перикоронарний остеомієліт, остеофлегмону, лімфаденіт, пери-лімфаденіт, аденофлегмону. На фоні утрудненого прорізування зуба мудрості можуть також розвинути невралгія трійчастого нерва, пульпіт у сусідньому (сьомому) зубі.



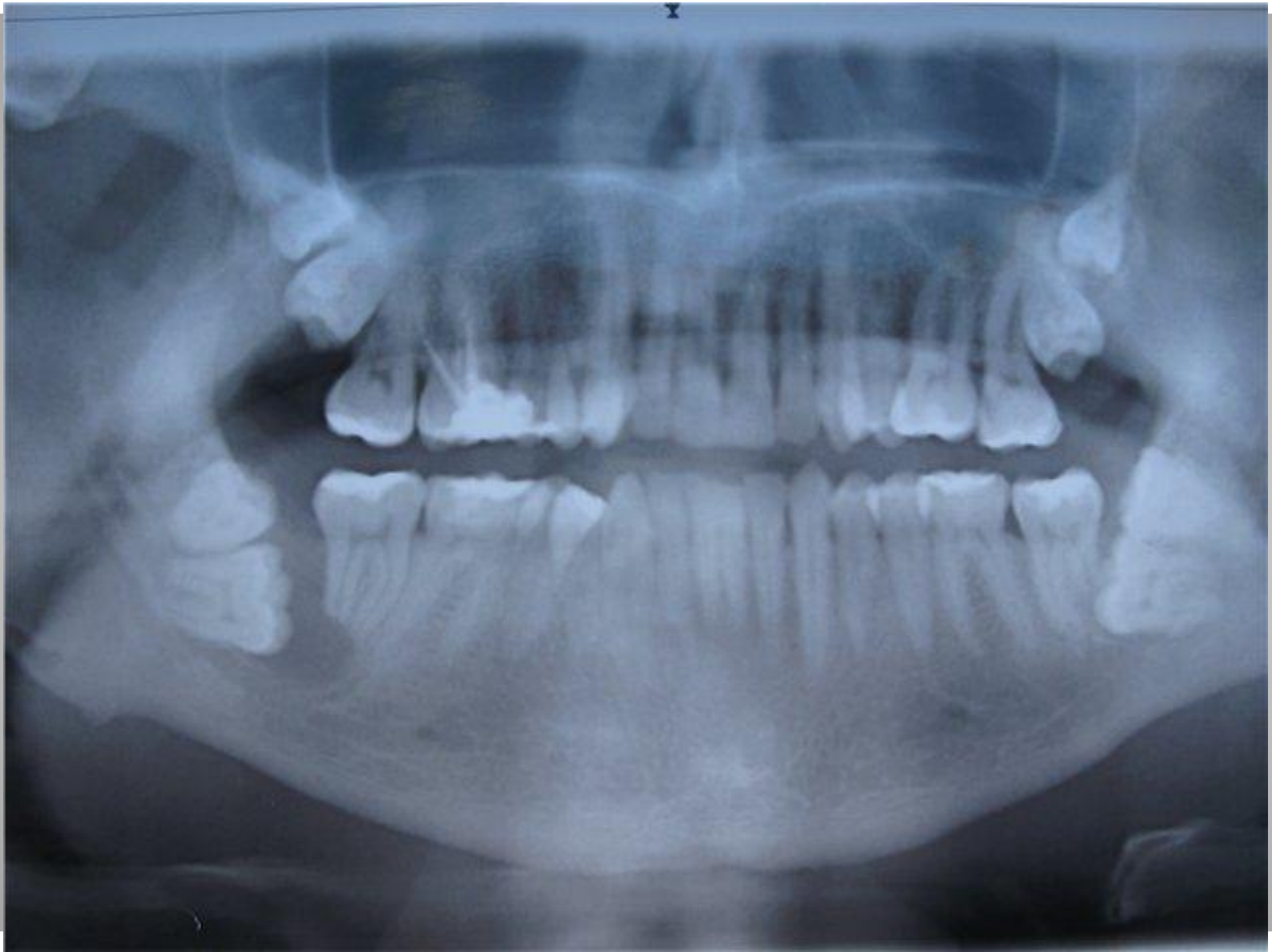
Неправильное
расположение зубов
мудрости - источник
проблем



- Лікування гострих перикоронаритів стоматологи проводять по-різному; той, хто вбачає причину утрудненого прорізування у запаленні ретромолярного капюшона, спрямовує всі зусилля на ліквідацію запалення консервативними методами. Таке лікування, як правило, малоефективне, а в разі нестачі місця для зуба мудрості - зовсім безуспішне. Протизапальні заходи можуть дати стійкий ефект лише тоді, коли для прорізування зуба є місце і утворення капюшона над ним - тимчасове явище, яке може бути ліквідоване лікарем або може зникнути в міру висування зуба зі щелепи. Якщо ж капюшон складається зі слизової оболонки і кістки, таке лікування буде безуспішним або дасть нестійкий ефект.



- Якщо нижній восьмий зуб перебуває у вертикальному положенні, а дистальний край його коронки не заходить за передній край гілки нижньої щелепи і між ними є вільний проміжок (від 0,5 до 1 см), можна сподіватися на прорізування зуба. У цьому разі перикоронарит успішно лікують або консервативно, або хірургічним шляхом (але без видалення зуба, тобто консервативно-хірургічно).
- Консервативне лікування: введення під капюшон йодоформної або стрептоцидової, ан-тибіотикової чи димексидової турунди; антибіотико-анестетична блокада (інфільтрація тканин ретромоллярної ділянки); УВЧ, грілки на лімфовузли, солюкс; аналгетики всередину. Звичайно через 2-3 дні рот поступово починає розкриватися чимраз ширше, болі стихають і остаточно зникають, самопочуття поліпшується, працездатність відновлюється. Для тимчасової охорони капюшона від стиснення зуба-ми-антагоністами можна рекомендувати пластмасову капу, яка роз'єднує прикус.



- Замість описаних вище заходів, терапевтичний ефект яких виявляється, як правило, лише через 2-3 дні, можна застосувати більш енергійне та швидкодійне лікування, не вдаючись, проте, до видалення зуба: вирізання (а не розрізання) капюшона П-подібним розрізом над восьмим нижнім зубом.
- Якщо на рентгенограмі видно, що зуб мудрості нахилений і тому не зможе прорізатися або ж над ним нависає кістковий навіс, то треба такий зуб видалити (як у гострій, так і в хронічній фазі перикоронариту).
- Однак у стадії гострого перикоронариту видалення зуба інколи надто складне (з видовбуванням та випилюванням кісткової тканини): нерідко воно є дуже тяжким втручанням як для хворого, так і для лікаря. У такому разі доцільно здійснити видалення після стихання явищ гострого перикоронариту.

● **Рекомендована література**

- Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Х50 Т.1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю.Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. ст. 135-150.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002. Ст. 48-57
- Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: в 2 томах. Т.2 // Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. Ст..98-102
- Хирургическая стоматология» . Под редакцией Т.Г.Робустовой. М . Медицина 1990 год. Ст.22-28

*Дякую за
увагу!*