

Карагандинский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии

**Лекция: «Болезни прорезывания зубов.
Принципы диагностики и лечения»**

Лектор: доцент Закишева С.М.
Дисциплина «Хирургическая стоматология»
Специальность 051302 «Стоматология»
Курс: 4
Время (продолжительность) 1 часа

Караганда 2015

Цель:

По завершению лекции вы должны будете

- уметь диагностировать перикоронит;**
- уметь очерчивать круг заболеваний и знать принципы проведения дифференциального диагноза по данному заболеванию;**
- предполагать и выявлять перикоронит.**

План лекции:

1. Актуальность.
2. Проблемный случай
3. Введение.
4. Классификация.
5. Материалы и методы исследования (клинический случай).
6. Заключение.
7. Обратная связь
8. Литература.

Нижние зубы мудрости прорезываются преимущественно в возрасте 18—25 лет, иногда позже. Нижний зуб мудрости чаще бывает двухкорневым с большой и хорошо выраженной коронкой, часто с изогнутыми корнями. Определенное значение при затрудненном прорезывании нижнего третьего моляра имеют:

- ❑ отсутствие предшественника в виде молочного зуба, от чего структура кости над зубом становится более плотной;
- ❑ толстый и плотный компактный слой кости по наружной и внутренней поверхности челюсти вместе с наружной и кривой линиями;
- ❑ недостаток места в альвеолярной части челюсти, из-за чего зуб может частично располагаться в ветви;
- ❑ толстая слизистая оболочка, содержащая волокна щечной мышцы и верхнего констриктора глотки, что создает мягкотканевый барьер для прорезывания зуба.

Проблемный случай

Больная Р., 22 года, обратилась с жалобами на нарушение общего состояния, повышения температуры тела до 37, постоянную боль в области нижней челюсти слева, усиливающейся при жевании, ограничение открывания рта и из-за этого на невозможность приема пищи. Боль отдает в ухо, височную область. Также отмечает боль при глотании.

Перикоронит - воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании.

Перикоронит возникает в результате активации обычной микрофлоры полости рта. В ней преобладают анаэробные и факультативно-анаэробные виды бактерий, отмечена большая обсемененность микроорганизмами дистального отдела нижней челюсти.

Острый перикоронит может быть катаральным и гнойным. Катаральная форма развивается в начале заболевания. Пациенты жалуются на боль при жевании в области прорезывающегося зуба мудрости. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Отека окологлазничных тканей нет. Определяется увеличенный и болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области. Открывание рта свободное. Зуб мудрости покрыт красным и отечным капюшоном слизистой оболочки. Обычно видны только один или оба бугра зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под капюшоном, и, только приподняв его, можно увидеть зуб. Выделений из-под капюшона нет, дотрагивание его болезненно. Эта форма перикоронита протекает благоприятно и при своевременном лечении быстро купируется.

Гнойный перикоронит характеризуется сильной постоянной болью позади второго моляра, усиливающейся при жевании. Боль отдает в ухо, височную область. Появляется боль при глотании. Общее состояние больного нарушается, температура тела повышается до 37,2 – 37,5 С. Открывание рта становится ограниченным и болезненным. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при дотрагивании. Слизистая оболочка у зуба мудрости красная, отечная. При надавливании из-под него выделяется гнойное содержимое, возникает резкая боль.

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

- I. Воспалительные процессы, распространяющиеся преимущественно на мягкие ткани, покрывающие и окружающие зуб:
 1. Острый перикоронит:
 - а) катаральный (серозный); б) гнойный; в) язвенный.
 2. Хронический перикоронит
- II. Патологические процессы, поражающие мягкие ткани, окружающие нижнюю челюсть:
 1. Острый гнойный периостит,
 2. Абсцессы и флегмоны.
 3. Язвенный стоматит.
- III. Патологические процессы нижней челюсти:
 1. Одонтогенный остеомиелит:
 - а) острый; б) хронический.
 2. Парадентальные кисты.
- IV. Прочие осложнения (в соседних зубах, невралгии, неврит, парезы и др.).

Материалы и методы исследования (клинический случай).

- Больная Р., 22 года, обратилась с жалобами на нарушение общего состояния, повышения температуры тела до 37, постоянную боль в области нижней челюсти слева, усиливающейся при жевании, ограничение открывания рта и из-за этого на невозможность приема пищи. Боль отдает в ухо, височную область. Также отмечает боль при глотании.

Больная Р.

- ❖ наследственность не отягощена;
- ❖ сопутствующие заболевания отрицает;
- ❖ вредных привычек не имеет.

Больная М.

- Общий вид: астенического типа телосложения.
- Сердечно сосудистая система – тоны сердца ясные ритмичные, ритм правильный, пульс 88 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст.
- Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.
- Дыхательная система – дыхание в легких везикулярное.
- Костно-мышечная система – развита соответственно возрасту.
- Нервно-психическая система – без изменений.


Больная М.

- При внешнем осмотре: обнаруживается незначительная припухлость в области нижней челюсти слева. Кожа в данной области обычной окраски, не напряжена, в складку собирается. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено до 1,5 см.
- В полости рта: слизистая оболочка вокруг 38 зуба гиперемирована, отечна, **дистальная поверхность коронки покрыто инфильтрированным и приподнятым кверху капюшоном**. При надавливании на капюшон из-под него выделяется гнойное содержимое, пальпация болезненно.

Больная Р.

Проблемы = симптомы:


- обнаруживается незначительная припухлость в области нижней челюсти слева;
- поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации;
- Ограничение открывания рта до 1,5 см;
- слизистая оболочка вокруг 38 зуба гиперемирована и отечна в области инфильтрированного и приподнятого кверху капюшона и в области крыловидно-нижнечелюстной складки и нижнего свода преддверия рта на уровне нижних моляров;
- при надавливании на капюшон из-под него выделяется гнойное содержимое, возникает резкая боль.



???

О чем можно думать

???



???

Какие дополнительные данные

нужны


???

Больная М.

- Ан.крови: Нв 135 г/л; эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л; л – $9,2 \times 10^9$ /л. Э. 2%, п. 10%, н.61%, лимф. 13%, мон. 9%. СОЭ 15 мм/ч
- Ан мочи: без патологии



Данные объективного осмотра непосредственно в полости рта.



???

Перикоронит
Ретромолярный периостит

???

Симптомы перикоронита:

- нарушение общего состояния;
- постоянную боль в области нижней челюсти слева, усиливающейся при жевании;
- ограничение открывания рта;
- иррадирующая боль в ухо, височную область.
- боль при глотании;
- незначительная припухлость в области нижней челюсти слева.
- поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.
- слизистая оболочка вокруг 38 зуба гиперемирована и отечна в области инфильтрированного и приподнятого кверху капюшона и в области крыловидно-нижнечелюстной складки и нижнего свода преддверия рта на уровне нижних моляров.
- при надавливании на капюшон из-под него выделяется гнойное содержимое, возникает резкая боль.

Изменения при перикороните

- В общем анализе крови: повышение СОЭ и сдвиг формулы влево.



!!!

Перикоронит

!!!

Информация к размышлению

- Перикоронит **5%** из всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- Диагноза поставлен на основе клинически данных **80%**;
- Диагностические ошибки при постановки диагноза составляют **10-11%**;
- Адекватная помощь оказывается в основном после возникновения первых признаков заболевания.

Информация к размышлению

Степень летальности

- Малой осведомленностью врачей;
- Недостаточной технической оснащённостью клиник;
- Трудностями в выборе лечения в связи с поздним обращением больных (неосведомлённость больных о неблагоприятном прогнозе заболевания).

Дифференциальная диагностика:

Перикоронит

- Наличие капюшона и выделение гноя при надавливании на него;
- температура тела достигает 37.

Ретромолярный периостит

- наличие поднадкостничного абсцесса в ретромолярной области или выделение гноя из-под капюшона при надавливании на него, более интенсивные боли при глотании и значительно выраженное затруднение открывания полости рта и боковые движения нижней челюсти.
- температура тела выше 38.

Больная Р.

- Клинический диагноз: Острый гнойный перикоронит.

Лечение одонтогенного гайморита:

- КОГДА ЛЕЧИТЬ
- КОГО ЛЕЧИТЬ
- ЧЕМ ЛЕЧИТЬ
- КАК ЛЕЧИТЬ

Когда лечить?

- Сразу после уточнения диагноза.

Кого лечить?

- при отсутствии положительной динамики;
 - при высокой активности процесса

Чем лечить?

- хирургическое лечение: перикоронаротомию – рассечение капюшона;
- консервативное лечение.

Как лечить?

- Больной Р. в амбулаторных условиях провели операцию перикоронаротомии, с назначением консервативного лечения.
- В результате проведённого лечения состояние больной улучшилось.
- Рекомендовано регулярное наблюдение у врача-стоматолога.

Заключение:

- Прогноз для жизни благоприятный. При правильном лечении наступает выздоровление.

Обратная связь

- 1. Принципы и основы классификации одонтогенного гайморита.
- 2. Одонтогенный гайморит, клиническая характеристика, методы диагностики.
- 3. Методы лечения.
- 4. Обоснование выбора метода лечения в зависимости от клинической характеристики одонтогенного гайморита.
- 5. Дифференциальные признаки одонтогенного гайморита.

Использованная литература:

1. Хирургическая стоматология: Учебник/Под Ред. Т.Г.Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003.
2. Курс лекций по хирургической стоматологии, кан.мед.наук, доцент С.М. Закишева, 2010
3. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, А.А.Тимофеев. – Киев, 2002



Спасибо за внимание!