

**О.О. Гудар'ян,
Н.Г. Ідашкіна,
Ж.М. Неханевич**

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНОЮ РЕТЕНЦІЄЮ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології
(зав. – к. мед. н., доц. Н.Г. Ідашкіна)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of operative dentistry, periodontology and implantology
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: zhanulya@list.ru*

Ключові слова: ретенція, перикоронарит, треті моляри, запальні ускладнення
Key words: retention, pericoronaritis, third molars, inflammatory complications

Реферат. Особенности лечения больных с осложненной ретенцией третьих моляров на стационарном этапе. Гудар'ян О.О., Ідашкіна Н.Г., Неханевич Ж.М. Целью исследования было установление частоты инфекционно-воспалительных осложнений ретенции третьих моляров и результаты их хирургического лечения. Проведен анализ 814 историй болезни пациентов с ретенцией третьих моляров за период с 2012 по 2015 г. Установлено, что несвоевременно диагностированный, острый перикоронарит в области ретинированных третьих моляров является причиной формирования тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений (остеомиелита, флегмоны, лимфаденита и др.). Среди населения Днепропетровской области доля пациентов с ретенцией третьих моляров, осложненной перикоронаритом, составляет 5,8%, острым одонтогенным остеомиелитом – 36,4%, хроническим одонтогенным остеомиелитом – 6,9%, острым одонтогенным лимфаденитом – 5,8%, флегмоной – 3,4%. Стандартный подход в проведении операций атипичного удаления ретинированных третьих моляров обуславливает значительное число осложнений хирургического лечения (длительно незаживающие обширные костные дефекты, воспалительная контрактура, пост-травматический неврит и др.).

Abstract. Features of treatment of patients with complicated retention of the third molars at the inpatient stage. Gudaryan O.O., Idashkina N.G., Nekhanevich Zh.M. The aim of the study was to define frequency of infectious-inflammatory complications of the thirds molars retention and outcomes of surgical treatment in residents of Dnipropetrovsk region on the basis of archiv materials. We surveyed 814 patients with retention of the third molars in the period from 2012 to 2015. On the basis of medical history it was revealed that lately diagnosed and treated acute pericoronaritis, is the cause of formation of severe inflammatory-infectious complications (osteomyelitis, abscess, lymphadenitis and others). Among the population of Dnipropetrovsk region the number of patients with retention of third molars, complicated with pericoronaritis is 5.8%, acute odontogenic osteomyelitis – 36.4%, chronic odontogenic osteomyelitis – 6.86%, acute odontogenic lymphadenitis – 5.8%, phlegmon – 3.4%. Standard approach in operations of atypical removal of impacted third molars causes a significant number of surgical complications (large bone defects, inflammatory contracture, post-traumatic neuritis, etc.).

За даними численних досліджень, патологія прорізування третіх молярів виникає в результаті таких процесів, як ретенція та дистопія, які зумовлені анатомічними факторами: диспропорцією між розмірами коронкової частини зуба і необхідними розмірами тіла щелеп для фізіологічного позиціонування зуба [1, 5, 7]. У структурі утрудненого прорізування груп зубів треті моляри посідають значне місце. Так, згідно з останніми даними, ретиновані треті моляри зустрічаються в осіб молодого віку до 73,0 % [8].

Як правило, діагностика утрудненого прорізування третіх молярів проводиться в клінічних умовах при виникненні цілого ряду можливих ускладнень, супроводжуваних цю патологією –

перикоронариту, периоститу, остеомиєліту, флегмони [2, 4]. При цьому встановлено, що перикоронарит – одне з найбільш частих ускладнень при ретенції третіх молярів [3].

Своєчасна діагностика ускладненого перикоронариту і спланована тактика комбінованого консервативного та хірургічного лікування має профілактичну направленість у боротьбі з більш тяжкими захворюваннями – остеомиєлітом, лімфаденітом, флегмоною.

Таким чином, інформація про частоту запальних ускладнень, які виникають при утрудненому прорізуванні зубів і потребують проведення комплексного лікування на стаціонарному етапі, залежність розповсюдженості цих ускладнень від

віку, статі та місця проживання в кожному окремому регіоні є актуальним питанням сучасної стоматології.

Мета роботи – встановлення частоти інфекційно-запальних ускладнень ретенції третіх молярів та результати їх хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

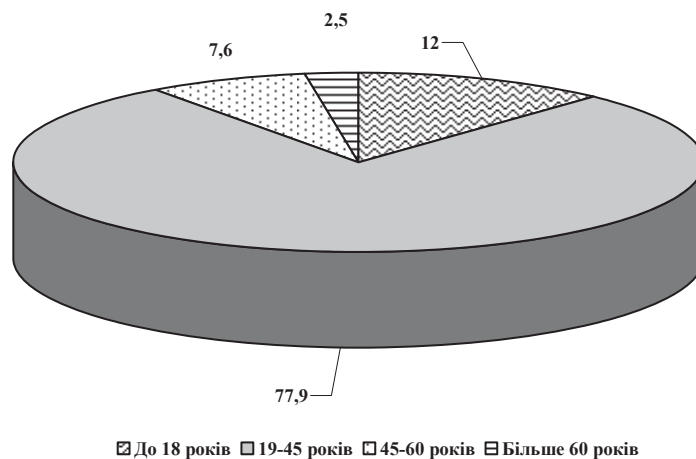
Дослідження ґрунтується на аналізі історій хвороб 814 пацієнтів з ретенцією та дистопією третього моляра, які знаходились на стаціонарному етапі лікування в щелепно-лицевому відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» протягом 2012-2015 рр. Отримані дані оброблені за допомогою методів варіаційної статистики з використанням

прикладних програмних пакетів STATISTICA (6.1, серійний номер AGAR909E415822FA), EXEL 2010 (Ліцензійний № 02260-018-0000106-48794) [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За період з 2012 по 2015 р. у щелепно-лицевому відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» пройшли комплексне лікування 814 хворих з ретенцією третього моляра.

Серед хворих було 508 (62,4%) чоловіків та 306 (37,6%) жінок. Розподіл за віковою категорією виглядає таким чином: до 18 років – 98 (12,0%) хворих, від 19 до 45 років – 634 (77,9%) хворих, 45-60 років – 62 (7,6%) хворих та старше 61 року – 20 (2,5%) хворих (рис.).



Структура залежності розповсюдженості ретенції третіх молярів від віку, %

Жителі міст області склали 504 хворих (61,9%), жителі сільської місцевості – 310 хворих (38,1%).

Випадки одиничного видалення ретинованого третього моляра становили 508 (62,4%), множинного видалення (2 і більше зубів) – 306 випадків (37,6%). Кількість одиничних видалень ретинованих зубів у групі до 18 років дорівнювало 24,5%, при цьому множинне видалення становило 75,5%, у групі 19-45 років – 66,2% та 33,8% відповідно, в групі 46-60 років – 71% та 29% відповідно, у групі вище 61 року одиничні випадки становили 100% видалення.

Переважає більшість хворих з ретинованим третім моляром була госпіталізована в період виникнення гострих ускладнень, про що свідчили набряк та гіперемія тканин ретромолярної ділянки, біль, виділення гнійного ексудату з-під слизової оболонки цієї ділянки та підвищення температури тіла – 761 хворий (93,5%). Тільки в 96 (11,8%) пацієнтів в анамнезі не було вста-

новлено попередніх випадків загострення запалення в ділянці ретинованих молярів. У 718 (88,2%) хворих згідно з анамнестичними даними було виявлено від 2 до 10 випадків загострення запалення в навколзубних м'яких тканинах.

При зверненні у 206 (25,3%) хворих діагностували ускладнення, що пов'язані з ретенцією. Найбільш часто встановлювали гострий одонтогенний остеомієліт – 89 випадків (43,2%), хронічний одонтогенний остеомієліт – 7 (3,4%), гострий одонтогенний лімфаденіт – 51 (24,8%) та перикоронарит – 57 (27,7%), флегмона – 2 (0,97%). У таких випадках дотримувалися стандартної тактики: здійснювали загальну та місцеву проти-запальну терапію та після зникнення клінічних ознак запалення здійснювали видалення ретинованого зубу.

Більшості хворим було проведено хірургічне лікування (атипове видалення ретинованого третього моляра) в поєднанні з медикаментозною

терапією – 810 (99,5%), і тільки 4 (0,5%) хворим проведена консервативна протизапальна терапія з подальшим видаленням слизової оболонки (капюшону) над ретинованим третім моляром.

Під час проведення хірургічного лікування дотримувалися стандартного протоколу операції атипичного видалення зубів з використанням часткової альвеоло-остеотомії навколо коронки ретинованого третього моляру за допомогою бормащини або долота в 703 (86,4%) випадках, хірургічного п'єзоскалеру – у 24 (2,9%), після чого утворювалися значні дефекти кісткової тканини, у 83 (10,2%) випадках вдавалися до атипичного видалення елеватором відразу після розтину та відшарування слизово-окісного клаптя без препарування кісткової тканини. Незважаючи на те, що в 758 (93,1%) хворих на рану після видалення зуба накладали шви, у 577 (76,1%) загоєння відбувалося первинним натягом та не потребувало додаткових лікувальних заходів, у 106 (13,9%) хворих – на 3-5 добу спостерігали появу гнійного ексудату з рани, що вимагало зняття швів та переведення рани у відкриту, у 75 (9,9%) пацієнтів відбувалося розходження країв рани, тому в подальшому загоєння післяопераційної рани здійснювали під йодоформними тампонами. Післяопераційні гематоми та набряк м'яких тканин, реактивний піднижньощелепний лімфаденіт спостерігали у переважної більшості хворих з першої по п'яту добу, та, як правило, ці ускладнення були звичайною реакцією організму на травму та не потребували додаткового лікування, лише в 7 (0,9%) випадках виникала потреба у проведенні додаткових послаблюючих розтинів та пасивному дренажу рани. Серед післяопераційних ускладнень частіше спостерігали запальну контрактуру жувальних м'язів, яка без наслідків зникла на 5 добу в переважної більшості хворих, лише в 46 (5,7%) контрактура зберігалася більше 7 діб та вимагала додаткового курсу фізіотерапії та ЛФК; посттравматичний неврит нижньоальвеолярного нерва спостерігали у 21 (2,6%) хворого, язичного нерва – у 17 (2,1%) пацієнтів. Такі випадки також потребували додаткового терапевтичного лікування, що зазвичай

відбувалося в амбулаторних умовах за місцем мешкання після виписки зі стаціонару.

Таким чином, неоднорідність клінічних проявів, різноманітність оперативного протоколу та різниця в перебігу післяопераційного періоду в пацієнтів з ретинованими третіми молярами зумовлювала досить значні розбіжності в строках перебування на стаціонарному лікуванні від 2 до 24 койко/днів. Середня кількість койко/днів становила $8,7 \pm 2,8$. Одночасно встановлено, що основною причиною збільшення строків одужання була наявність активного запального явища в зоні ретинованих третіх молярів і значні посттравматичні кісткові дефекти більше ніж у 80,0% випадків.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що в 54,9% пацієнтів з ретенцією третіх молярів виникають ускладнення: перикоронарит, гострий та хронічний одонтогенний остеомієліт, гострий одонтогенний лімфаденіт та флегмони навколощелепних м'яких тканин.

2. Своєчасна діагностика ускладненого перикоронариту і спланована тактика комплексного консервативного та хірургічного лікування має профілактичну направленість у боротьбі з більш тяжкими захворюваннями – остеомієлітом, лімфаденітом, флегмоною.

3. Незважаючи на те, що всі хворі отримували стандартне комплексне консервативне та хірургічне лікування згідно із загальноприйнятими в Україні протоколами, тривалість перебування їх у стаціонарі значно коливалась і становила при гострому перикоронариті $8,0 \pm 2,0$ доби, гострому остеомієліті – $12,0 \pm 1,0$ доба, гострому лімфаденіті – $11,0 \pm 2,0$ доби, флегмоні $11,0 \pm 3,0$ доби.

4. Після видалення ретинованих третіх молярів більше ніж у половини випадків утворюються великі кісткові дефекти, що потребує удосконалення лікарських втручань, направлених на стабілізацію процесів остеогенезу.

Перспективою подальших досліджень є розробка ранніх діагностичних критеріїв ретенції третіх молярів, що дозволить попередити розвиток тяжких ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анатомические причины развития ретенции третьих моляров на нижней челюсти / И.В. Гайворонский, В.Н. Николенко, А.К. Иорданишвили [и др.] // Человек и его здоровье. – 2015. – № 2. – С. 61-65.

2. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.Р. Андреищев. – СПб, 2005. – 22 с.

3. Диагностика, профилактика и лечение болезней прорезывания нижних восьмых зубов / Т.Л. Маругина, В.В. Кан, В.В. Федотов [и др.] // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 4 (12). – 10 с.
4. Дорошенко С.И. Клиника и дифференциальная диагностика различных форм ретенции у детей / С.И. Дорошенко, Е.А. Кульгинский // Сучасна ортодонція. – 2010. – № 1. – С. 3-13.
5. Иорданишвили А.К. Возможности совершенствования организации санации полости рта у военнослужащих в условиях реформирования Вооруженных Сил страны / А.К. Иорданишвили / Актуальные

вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. – СПб.: Воен.-мед. академия, 2011. – С. 69-71.

6. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных / А.А. Халафян. – Москва: ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.

7. Janakiraman E. Prospective analysis of frequency and contributing factors of nerve injuries following third-molar surgery / E. Janakiraman, M. Alexander, P. Sanjay // J. Craniofac. Surg. – 2010. – Vol. 21. – P. 784-6.

8. Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar / J. Matsuyama, S. Kinoshita-Kawano, S. Hayashi-Sakai [et al.] // Case Report Dentistry. – 2015. – P. 1-5.

REFERENCES

1. Gajvoronskij IV, Nikolenko VN, Iordanishvili AK. [Anatomic causes of development of third molars retention on the lower jaw]. Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik "Chelovek i ego zdorov'e". 2015;2:61-5. Russian.
2. Andreishhev AR. [Complications associated with the lower third molars (pathogenesis, clinical features, treatment)]. Aavtoreferat dis. na soiskanie uch. stepeni kand. med. nauk: steps. 14.00.21 «Stomatologiya». SPb. 2005;22. Russian.
3. Marugina TL, Kan VV, Fedotov VV, et al. [Diagnosis, prevention and treatment of diseases of the lower eighth teeth eruption]. Sovremennye issledovaniya social'nyh problem (jelektronnyj nauchnyj zhurnal). 2012;4(12):10. Russian.
4. Doroshenko SI, Kul'ginskij EA. [Clinic and differential diagnosis of the various forms of retention in children]. Suchasna ortodontija. 2010;1:3–13. Ukrainian.

5. Iordanishvili AK. [Opportunity of improvement of organization of mouth cavity sanitation in the military men in terms of reforming the Armed Forces of the country]. Aktual'nye voprosy cheljjustno-licevoj hirurgii i stomatologii; Russian. SPb: Military Medical Academy; 2011. Russian.

6. Khalafyan AA. [STATISTICA 6. Statistic analysis]. Moscow: «Binom-Press». 2007;512. Russian.

7. Janakiraman E, Alexander M, Sanjay P. Prospective analysis of frequency and contributing factors of nerve injuries following third-molar surgery. Craniofac. Surg. 2010;21:784-6.

8. Matsuyama J, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, et al. Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar. Case Report in Dentistry. 2015;2015:582462

Стаття надійшла до редакції
15.04.2016

