**Лечение ретенции зубов и сопутствующей патологии**

Перикоронит и позадимолярный периостит лечат преимущественно в условиях поликлиники. Комплекс терапевтических мероприятий зависит от выраженности воспалительных явлений, общей и местной картины заболевания, а также от рентгенологических данных.

Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. При катаральной форме перикоронита может оказаться эффективной только обработка пространства под капюшоном антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой. При гнойном перикороните проводят перикоронаротомию - рассечение капюшона, прикрывающего коронку зуба или его дистальную часть. Под рассеченный капюшон вводят небольшую тонкую полоску йодоформной марли.

Разрез при позадимолярном периостите производят через слизистую оболочку от основания крыловидно-нижнечелюстной складки вниз к нижнему своду преддверия рта. При воспалительной инфильтрации тканей нижнего свода преддверия рта разрез продолжают по альвеолярной части челюсти на уровне моляров. Рану дренируют резиновой полоской. Необходимы систематические ежедневные перевязки и лечение гнойной раны.

При перикороните и позадимолярном периостите хороший лечебный эффект дает однократная или двукратная новокаиновая или тримекаиновая блокада по типу проводниковой и инфильтрационной анестезии (целесообразна инфильтрация тканей, окружающих зуб мудрости с добавлением антибиотиков, фурациллина, протеолитических ферментов). Показан прием внутрь сульфаниламидных препаратов, противовоспалительных и антигистаминных средств. При позадимолярном периостите проводят курс антибиотикотерапии. Назначают тепловые процедуры в виде ванночек для рта, полосканий, ингаляций; физические методы лечения - УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучение гелий-неонового лазера. При воспалительной припухлости околочелюстных мягких тканей, лимфадените показаны наружные мазевые повязки, светолечение лампой соллюкс.

После стихания воспалительных явлений необходимо на основании клинических и рентгенологических данных решить вопрос о "судьбе" зуба мудрости. Если зуб расположен правильно и для него в альвеолярной части челюсти достаточно места, то причиной затрудненного прорезывания является плотная слизистая оболочка, покрывающая его коронку. В этих случаях проводят иссечение капюшона до полного обнажения зуба от лоскута слизистой оболочки, покрывающего коронку зуба мудрости. Эту операцию осуществляют под проводниковым и инфильтрационным обезболиванием. Слизистую оболочку иссекают скальпелем или изогнутыми ножницами, можно использовать конхотом, лазерный скальпель, применить криодеструкцию.

При неправильном положении (дистопии) зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса зуб мудрости удаляют. Когда коронка зуба мудрости прорезалась достаточно хорошо, удаление зуба выполняют изогнутыми по плоскости щипцами или штыковидным элеватором. В случае полуретенции и дистопии нижнего зуба мудрости прибегают к операции выпиливания его бормашиной.

Такая операция представляет значительные трудности, так как приходится освобождать зуб от костной ткани, в которой он находится. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией делают углообразный разрез через слизистую оболочку и надкостницу (рис. 14). Отслоив слизисто-надкостничный лоскут, фиссурным и шаровидным борами спиливают кость, прилежащую к вестибулярной и дистальной части коронки. Щипцами и элеваторами вывихивают зуб. Рану обрабатывают антисептическими растворами, удаляют свободно лежащие костные опилки и патологическую грануляционную ткань. Отсепарированный слизисто-надкостничный лоскут укладывают на прежнее место и фиксируют швами. И тогда лунку удаленного зуба прикрывают йодоформной марлей. Заживление раны после этой операции нередко осложняется альвеолитом, в некоторых случаях - остеомиелитом челюсти. Для профилактики этих осложнений целесообразно ушить лунку наглухо. Делают два разреза: первый - кнаружи от основания крыловидно-нижнечелюстной складки, по гребню альвеолярной части челюсти, второй - перпендикулярно первому от дистальной части коронки второго моляра к переходной складке. После отслаивания слизисто-надкостничного лоскута, спиливания кости и удаления зуба иссекают край десны, прилежавший до операции к шейке зуба. Лоскут мобилизуют рассечением надкостницы у его основания и смещают до соприкосновения с краем раны со стороны языка. Рану ушивают наглухо швами.

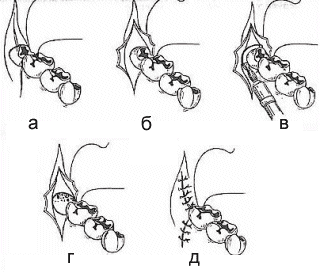


Рис. 1. Удаление нижнего зуба мудрости и ушивание раны.

В послеоперационном периоде возможны боль при глотании, ограничение открывания рта, отек околочелюстных тканей. Больным назначают анальгин, амидопирин, сульфадиметоксин, физические методы лечения, делают перевязки; с 4-6-го дня проводят ЛФК

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://gradusnik.ru/>