

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИКОРНИТА

Шомуродов К.Э.¹, Игамова С.З.², Ахмедова С.Б.

¹ DSc, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии, Ташкентский государственный медицинский университет, ул. Махтумкули, 103, Яшнабадский район, Ташкент, Узбекистан, 100047, <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>

² самостоятельный соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии, Ташкентский государственный медицинский университет, ул. Махтумкули, 103, Яшнабадский район, Ташкент, Узбекистан, 100047

АННОТАЦИЯ

Обзорная статья посвящена анализу данных научной литературы и клинических исследований по изучению этиологии, клинических форм и проявлений, а также современных методов лечения перикоронита. Данные указывают на необходимость разработки эффективного алгоритма ведения и комплексного лечения больных с перикоронитом в зависимости от особенностей течения патологии.

Ключевые слова: перикоронит, нижний третий моляр, ретенция, удаление зуба, оперкулэктомия.

Для цитирования:

Шомуродов К.Э., Игамова С.З., Ахмедова С.Б. Анализ эпидемиологии, клинических проявлений и современных аспектов лечения перикоронита. *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. 2025;4(2):36–41. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2025.4.2.004>

ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGY, CLINICAL MANIFESTATIONS AND MODERN ASPECTS OF PERICORONITIS TREATMENT

Shomurodov K.E.¹, Igamova S.Z.², Akhmedova S.B.

¹ DSc, Head of the Department of Maxillofacial Surgery, Tashkent State Medical University, 103 Makhtumkuli St., Yashnabad district, Tashkent, Uzbekistan, 100047, <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>

² independent researcher of the Department of Maxillofacial Surgery, Tashkent State Medical University, 103 Makhtumkuli St., Yashnabad district, Tashkent, Uzbekistan, 100047

ABSTRACT

The review article analyzes the data of scientific literature and clinical studies on the etiology, clinical forms and manifestations, as well as modern methods of treatment of pericoronitis. The data indicate the need to develop an effective algorithm for the management and comprehensive treatment of patients with pericoronitis, depending on the features of the pathology.

Keywords: pericoronitis, lower third molar, retention, tooth extraction, operculectomy.

For citation:

Shomurodov K.E., Igamova S.Z., Akhmedova S.B. Analysis of epidemiology, clinical manifestations and modern aspects of pericoronitis treatment. *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. 2025;4(2):36–41. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2025.4.2.004>

ВВЕДЕНИЕ

Перикоронит – воспалительное заболевание полости рта, вызванное инфекцией мягких тканей в непосредственной близости от коронки незрелого зуба, включая десну и

зубной фолликул [1, 2]. Чаще всего он поражает третий моляр нижней челюсти; обычно наблюдается у зубов, которые прорезываются очень постепенно или подвергаются ретенции. Считается, что проникновение микробов

в фолликулярную область приводит к возникновению инфекции, как только фолликул зуба вступает в контакт с полостью рта (Рис. 1). Общеизвестно, что скопление частиц пищи вблизи коронковой оболочки и окклюзионные повреждения тканей, расположенных вокруг коронки, вызванные зубом-антагонистом, ускоряют этот процесс. Имеются единичные сообщения о возникновении и этиологии перикоронита, и полученные данные противоречивы. Снижение слюноотделения может быть еще одним способствующим

фактором. Это может повлиять на экосистему полости рта, создавая благоприятную среду для роста микроорганизмов, которые могут играть определенную роль в возникновении перикоронита. Перикоронит характеризуется разнообразной микробиотой, которая отличается от микробов, вызывающих пародонтит. При изучении микробиоты было показано, что чаще обнаруживаются *Actinomyces oris*, *Eikenella corrodens*, *Eubacterium nodatum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Treponema denticola* и *Eubacterium saburreum*.



Рис. 1. Схема развития перикоронита по Schmidt J. и соавт. (2021).

Поскольку прорезывание третьих моляров в основном связано с перикоронитом, заболевание чаще всего наблюдается у взрослых в возрасте от 20 до 29 лет. Данные опроса показали, что частота прорезывания составляет 4,92% среди пациентов данного возрастного диапазона. Согласно статистике, в 95% случаев прорезывание нижних третьих моляров сопровождается перикоронитом [4, 6].

Исследования показали, что перикоронит

не зависит от пола пациента. Одно исследование показало, что перикоронит чаще всего связан с поражением зуба в 67% случаев при вертикальном расположении зуба, в 12% - при мезиоангулярном расположении зуба, в 14% - при дистоангулярном расположении зуба и в 7% случаев при других ориентациях (Рис. 2) [5]. Существует тесная связь между привычками человека соблюдать гигиену полости рта и степенью тяжести заболевания.



Рис. 2. Положение нижних третьих моляров по классификации Уинтерса

В зависимости от степени тяжести, Ruben и соавт. поместили это заболевание между гингивитом и периодонтальными абсцессами. Но, в отличие от пародонтальных карманов, перикоронарные карманы появляются только при очень ограниченном стечении обстоятельств [10]. Их различные пути развития, различная экологическая среда и различные клинические проявления – все это вносит свой вклад в различия в их патогенезе. Двусторонний перикоронит встречается редко. Данное атипичное проявление может указывать на наличие инфекционного мононуклеоза. Согласно Международной классификации болезней, перикоронит подразделяется на две категории: острый и хронический. Острый перикоронит возникает внезапно, является преходящим и проявляется заметными симптомами, такими как различные степени воспаления «капюшона» [7, 11]. Перикоронит также может быть классифицирован как рецидивирующий или хронический. Для этой группы характерны периодические рецидивирующие эпизоды острого перикоронита.

При внутриротовом физикальном обследовании у пациентов с острым перикоронитом отмечаются регионарная эритема, отек, нагноение и сильная пульсирующая боль, иррадиирующая в ухо, горло, дно полости рта, ВНЧС и подчелюстную область. Кроме того, дистальный отдел нижней челюсти, где прорезываются третьи моляры, может быть чувствительным к пальпации. На более тяжелых стадиях перикоронита могут наблюдаться лимфаденопатия, повышение температуры, асимметрия лица, ограничение открывания рта, проблемы с жеванием и глотанием, неприятный запах изо рта (галитоз), неприятный привкус во рту, изменение голоса или даже проблемы с дыханием [8]. Последние симптомы требуют немедленных действий, поскольку они могут указывать на риск обструкции дыхательных путей. Наряду с тризмом, распространенным симптомом является припухлость вдоль угла челюсти. Другими потенциальными причинами боли в третьем моляре являются дискомфорт в пародонте из-за попадания пищи под перикорональный лоскут и пульпит, возникающий из-за кариеса. Раздражение мягких тканей или перикоронит проходит по мере того, как закрывающий поверхность зуба капюшон

спадает, если он прорезывается в здоровом, доступном для чистки и правильном функциональном положении. Поврежденный капюшон может оставаться над зубом, который не прорезался должным образом, что приводит к непроходящему перикорониту при условии, если зуб не может занять стабильное положение. В этих случаях на капюшоне могут быть видны признаки повреждения, такие как язвы или отпечатки зубов-антагонистов верхней челюсти. Для диагностики перикоронита решающее значение имеет рентгенологическое исследование, поскольку оно может показать расположение третьих моляров. Наиболее точный способ определить, есть ли третьи моляры и где они расположены, – это панорамная рентгенограмма. Согласно исследованиям [5], третьи моляры, расположенные вертикально, чаще подвержены перикорониту. При обследовании перикоронита практикующие стоматологи должны учитывать все факторы, такие как гигиена полости рта, расположение причинных зубов, а также зубов-антагонистов, продолжительность и интенсивность клинических проявлений. Небольшой дискомфорт и тупая боль в течение одного-двух дней являются признаками хронического перикоронита, который затем проходит в течение нескольких месяцев. Хроническая область изъязвления, связанная с перикоронитом, может имитировать некротический язвенный гингивит. Пациент также может упомянуть о неприятном привкусе во рту.

Перикоронит в случае неправильного лечения может привести к ряду осложнений. При ограниченном течении заболевания может развиваться перикоронарный абсцесс. У пациента могут возникнуть проблемы с глотанием, если воспаление распространяется в медиальном направлении корня языка и в заднем направлении к ротоглотке. В зависимости от тяжести заболевания могут быть поражены лимфатические узлы. Персистирующая инфекция может проникнуть в промежутки между мягкими тканями. Целлюлит, ангина Людвига и развитие паратонзиллярных абсцессов являются последствиями острого перикоронита. Вышеперечисленные осложнения являются опасными для жизни и требуют госпитализации. Повышение температуры тела, недомогание, приподнятое положение

языка и дна полости рта, затрудненное глотание, невнятная речь и двустороннее увеличение подчелюстной области, в конечном счете затрагивающее переднюю часть шеи, являются отличительными признаками ангины Людвига. Повышение температуры тела и недомогание являются симптомами парафарингеального абсцесса, наряду с сильной болью при глотании, одышкой и смещением гортани в здоровую сторону [9]. Возникновение данных состояний может потребовать хирургического вмешательства.

Важным фактором успешного лечения перикоронита является ранняя диагностика и лечение, направленное на устранение признаков и симптомов. Перикоронит можно лечить несколькими различными способами. Основываясь на своем опыте и конкретной клинической ситуации, стоматологи могут предложить различные стратегии лечения перикоронита. Пациентам, которые поступают с локализованной болью и отеком перикоронарных тканей и у которых отсутствуют местные или системные симптомы, рекомендуется использовать только местные методы лечения. К их числу относятся устранение окклюзионных повреждений, дренирование абсцесса, промывание стерильным физиологическим раствором, хлоргексидином или перекисью водорода, а также удаление зубного налета и остатков пищи [11]. В настоящее время нет данных, подтверждающих использование озона в качестве местного антибактериального средства, которое могло бы стать полезным дополнением при лечении перикоронита. Антимикробная терапия рекомендуется, если у пациента проявляются региональные или системные симптомы, а также с локальной болью и отеком; однако следует подчеркнуть, что это скорее вспомогательное средство, чем терапия первой линии. Учащение сердцебиения, снижение артериального давления и высокая температура являются примерами системных симптомов. Рекомендуемым противомикробным средством является феноксиметилпенициллин по 500 мг четыре раза в день ежедневно в течение пяти дней или метронидазол по 400 мг три раза в день в течение пяти дней. Эритромицин по 500 мг четыре раза в день в течение пяти дней подходит для людей с аллергией на пеницил-

лин [4]. Это антибиотики первого выбора, поскольку все они эффективны против анаэробных бактерий, которые составляют большую часть культивируемой микрофлоры при перикороните. Оперкулэктомия использовалась в качестве профилактической стратегии после прохождения острой стадии этого заболевания, но нет исследований, подтверждающих или опровергающих этот метод лечения [1]. Хирургическому удалению третьих моляров подлежат только те люди, у которых есть не поддающиеся лечению кариозные поражения, пульпит и/или периапикальная патология, абсцесс и остеомиелит, резорбция зуба или соседних зубов, перелом или трещина зуба, фолликулярная киста. Следует отметить развитие зубного налета и его связь с перикоронитом [3]. Хотя образование зубного налета является определяющим фактором, само по себе оно не является показанием к хирургическому вмешательству. Согласно исследованиям, хирургическое вмешательство следует проводить только в том случае, если произошло два или более эпизодов перикоронита. Если зуб остается на месте, часто существует риск развития серьезной инфекции, которая может потребовать госпитализации и даже представлять угрозу для жизни человека, например, когда инфекция распространяется на парафарингеальную область или подчелюстную и подъязычную области (ангина Людвига), в этих случаях требуется немедленное оперативное вмешательство, чтобы освободить дыхательные пути, необходимо очистить пораженные участки тканей и произвести их декомпрессию. Существует вероятность того, что удаление зуба будет иметь значительные долгосрочные последствия, особенно если у пациента разовьется парестезия нижней губы или языка, дизестезия или пожизненная анестезия.

Альтернативой удалению зуба является операция на околокоронарных тканях. Она включает удаление мягких тканей, покрывающих зуб, то есть оперкулэктомию, и, в итоге, гингивопластику вокруг зуба для устранения глубоких карманов. Этого можно достичь с помощью обычной процедуры с использованием скальпеля; однако было доказано, что более продвинутые методы, использующие диодный лазер или прижигание, дают соот-

ветствующие преимущества. Лазерная или коагуляционная гингивэктомия – это безопасные процедуры, выполняемые для удаления избытка мягких тканей и обнажения коронки частично прорезавшихся зубов, позволяющие поддерживать повышенный уровень гигиены. Использование лазера и коагулятора при лечении перикоронита связано с меньшим кровотечением, наложением швов, послеоперационной болью и осложнениями, чем использование скальпеля. Результатом лечения должно стать удаление всех тканей, которые способствуют задержке бактерий и препятствуют их удалению во время стандартной гигиены полости рта. После лечения следует пройти обследование для оценки результата. Если желаемый результат не достигнут, следует рассмотреть возможность дальнейшего хирургического вмешательства на мягких тканях. По сравнению с удалением, операция на околокоронарных тканях сопровождается меньшей болью и осложнениями [8, 10].

Оперкулэктомия применяется в качестве профилактической стратегии после прохождения острой стадии этого заболевания, но нет исследований, подтверждающих или опровергающих этот метод лечения. Третьи моляры следует удалять только тем людям, у которых есть неизлечимые кариозные поражения, патология пульпы и/или периапикальной области, абсцесс и остеомиелит, перелом зуба, фолликулярные заболевания, такие как киста/опухоль, а также когда зуб связан с областью опухоли, подлежащей резекции. Следует обратить внимание на образование зубного налета и его связь с перикоронитом [3]. Хотя образование зубного налета является определяющим фактором, само по себе оно не является показанием к хирургическому вмешательству.

Выводы

Исходя из этого вышеперечисленные вопросы разработки алгоритма выбора оптимального метода перикоронаротомии с наименьшим риском удаления третьего моляра и послеоперационных осложнений являются актуальными и непосредственно влияют на успех лечения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие этические принципы.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал *"Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия"* сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

ETHICAL STATEMENT AND CONSENT TO PARTICIPATION

The study was conducted in accordance with the local ethical committee.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national and/or institutional ethical guidelines have been followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of *"Integrative dentistry and maxillofacial surgery"* remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Matarese M, Bellincioni F, Assandri F. Efficacy of operculectomy in the treatment of 145 cases with unerupted second molars: A retrospective case-control study. *Dentistry Journal*. 2020;8(3):65.
2. Arekhi N, Mortazavi N, Bahramnejad E, et al. Assessment of a combined mouthwash on pain relief in pericoronitis: a randomized clinical study. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):855. Published 2024 Jul 27. doi:10.1186/s12903-024-04660-5.
3. Caymaz MG, Buhara O. Association of oral hygiene and periodontal health with third molar pericoronitis: A cross-sectional study. *BioMed Research International*. 2021;2021.
4. Dhonge RP, Zade R, Gopinath V, Amirisetty R. An insight into pericoronitis. *Int J Dent Med Res*. 2015;1:172-5.
5. Galvão EL, da Silveira EM, de Oliveira ES, da Cruz TMM, Flecha OD, Falci SGM, et al. Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of oral biology*. 2019;107:104486.
6. Katsarou, T.; Kapsalas, A.; Souliou, C.; Stefaniotis, T.; Kalyvas, D. Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in Greek military recruits. *J. Clin. Exp. Dent*. 2019, 11, e133–e137.
7. McNutt, M.; Partrick, M.; Shugars, D.A.; Phillips, C.; White, R.P. Impact of symptomatic pericoronitis on health-related quality of life. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 2008, 66, 2482–2487.
8. Moloney J, Stassen LF. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. *J Ir Dent Assoc*. 2009;55(4):190-192.
9. Rajendran R. *Shafer's textbook of oral pathology*: Elsevier India; 2009.
10. Ribeiro MHB, Ribeiro PC, Retamal-Valdes B, Feres M, Canabarro A. Microbial profile of symptomatic pericoronitis lesions: a cross-sectional study. *Journal of Applied Oral Science*. 2019;28.
11. Schmidt, J.; Kunderova, M.; Pilbauerova, N.; Kapitan, M. A Review of Evidence-Based Recommendations for Pericoronitis Management and a Systematic Review of Antibiotic Prescribing for Pericoronitis among Dentists: Inappropriate Pericoronitis Treatment Is a Critical Factor of Antibiotic Overuse in Dentistry. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 6796. doi.org/10.3390/ijerph18136796.