

## Некоторые аспекты проблемы третьего моляра

*Н. П. Стадницкая, М. Л. Стебелькова, Ю. З. Садилов, Д. Ф. Смирнов*

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Один из актуальных вопросов современной стоматологии заключается в возможности сохранения или необходимости удаления третьего моляра — "зуба мудрости". Как предсказать "поведение" этого зуба в процессе его прорезывания или в случае ретенции? Каковы возможные последствия в случае неполного прорезывания или его дистопии? Как избежать негативного влияния на здоровье человека при затрудненном прорезывании "зубов мудрости"? Какое влияние на положение других зубов оказывает прорезывание третьих моляров при недостатке для них места в зубном ряду?

Во многих странах мира вырабатываются общенациональная стратегия и тактика подхода к решению этих проблем. S. F. Worrall с соавт. (1998), обобщив опыт работы крупнейших клиник Великобритании, на национальном конгрессе по проблемам третьего моляра приводят результаты работы за последние 10 лет. Общее число обследованных пациентов составило около 8 тыс. человек. Из них 20,1 % имели все "зубы мудрости". Эти зубы находились в удовлетворительном состоянии и принимали участие в процессе жевания. 35,1 % составили пациенты, которым было проведено удаление одного или нескольких "бессимптомных" третьих моляров, большинство — по ортодонтическим показаниям. У 44,8 % обследованных зубы

были удалены вследствие разного рода жалоб, и их сохранение не являлось по разным причинам целесообразным.

Особое внимание было уделено проблемам ретенированных, полуретенированных и дистопированных зубов на нижней челюсти. Было признано, что их неправильное положение, возможно повлекшее за собой ретенцию или полуретенцию, должно быть изучено более тщательно, и вопрос об их удалении не должен считаться профилактической мерой, а рассматриваться как метод лечения. По данным авторов, возможные осложнения, вызываемые этими зубами, могут заключаться в образовании фолликулярных кист, затруднении прорезывания, сопровождаемом воспалительными процессами различной степени тяжести, патологическими изменениями в костной ткани около соседних зубов и твердых тканей дистальной поверхности вторых моляров, возникновении новообразований, нарушении окклюзии (рис. 1—5).

В США National Institutes of Health организовал конференцию по проблеме третьих моляров, где обсуждалась роль третьих моляров в росте и развитии зубочелюстной системы, показания к удалению и наиболее подходящий возраст для удаления зачатков этих зубов. В отдельных случаях удаление зачатков



**Рис. 1.** Полуретенция, дистопия 48, разрушение дистальной поверхности корня и коронки 47 (ортопантомограмма).



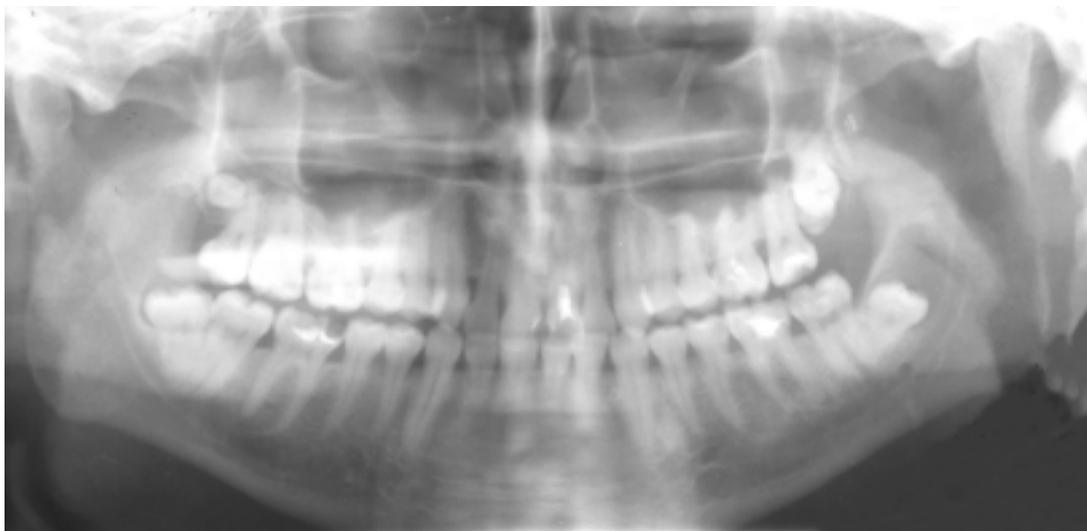
**Рис. 2.** Удаленные зубы — 48, 47 (препарат). Видно разрушение дистальной поверхности корня и коронки 47 вследствие дистопии.



**Рис. 3.** Удаленные зубы — 18, 17 (препарат). Видно разрушение дистальной поверхности заднего щечного и небного корней 14 дистропированным 18, случайно обнаруженным при рентгенологическом обследовании.



**Рис. 4.** Фолликулярная киста в области 48 (гистологически подтвержденная). Случайная находка на ортопантограмме.



**Рис. 5.** Фолликулярная киста (подтвержденная гистологически) в области 38. Сверхкомплектные зубы в области 18, 28. Случайная находка на ортопантограмме.

третьих моляров для профилактики развития скученности зубов при ортодонтической патологии рекомендовано считать целесообразным. Наиболее подходящим в этих случаях считается возраст старше 10 лет. Подобные вмешательства лучше заканчивать до периода полного формирования корней этих зубов. Отмечено, что послеоперационный период у пациентов раннего возраста протекает гораздо легче и с меньшими осложнениями.

Показаниями для удаления ретенированных, полуретенированных и дистопированных зубов служат наличие воспалительных процессов, невозможность использования их для дальнейшего протезирования, профилактика здорового состояния вторых моляров и тканей, окружающих третьи. Удаление "бессимптомных" ретенированных зубов признано считать лечебным мероприятием, так как ретенция и дистопия являются, по сути, патологическими процессами и многими авторами расцениваются как "бомбы замедленного действия".

К. Godfrey (1998) опубликовал результаты работы, рекомендованные в качестве практического руководства для врачей. Исследование касалось профилактического удаления "бессимптомных" третьих моляров. Отмечено, что вопросам состояния этих зубов должно быть уделено больше внимания, чем в настоящее время. Основными показаниями к их удалению, по мнению автора, служат профилактика поздней скученности зубов на нижней челюсти или усугубление уже имеющейся скученности. Рекомендовано проводить удаление этих зубов пациентам моложе 20 лет.

Особое значение придается ретенированным зубам и зачаткам третьих моляров на нижней челюсти. По данным разных авторов, в ретенции остаются 9,5 % (Hellman, 1936), 25 % (Bjork et al., 1956), 35 % (Richardson, 1980, 1994) и 50 % зубов (Rickets, 1960). Чем вызваны такие высокие цифры? Возможно ли прогнозировать их успешное прорезывание? По данным многих авторов, основная причина задержки зубов, помимо генетических нарушений, заключается в недостатке места для их прорезывания. Некоторые авторы использовали термин "неадекватный рост нижней челюсти" (Hellman, 1938, Bjork et al., 1956; Broadbent, 1943).

Для определения необходимых условий для нормального прорезывания третьих моляров было предложено немало различных методик, большинство из которых основывалось на нахождении соотношения между размером зачатка зуба и расстоянием от дистальной поверхности вторых моляров до линии, проведенной через переднюю поверхность ветви нижней челюсти (Kaplan, Ross, 1975;

Bjork, 1962, Rickets, 1972). R. G. Schulhof (1976), проанализировав различные методики, заключил, что наиболее объективной точкой отсчета необходимо считать центр ветви нижней челюсти, так называемую точку Xi. O. J. Quirts, обобщив известные методики, предложил для прогнозирования процесса прорезывания третьих моляров использовать панорамные рентгеновские снимки челюстей как наиболее объективные и измерять три основных параметра: расстояние от дистальной поверхности вторых моляров до точки Xi (оно должно быть не менее 35 мм), расстояние от дистальной поверхности вторых моляров до линии, проведенной через переднюю поверхность ветви (не менее 14 мм), угол наклона зачатка к апикальному базису (более 40°).

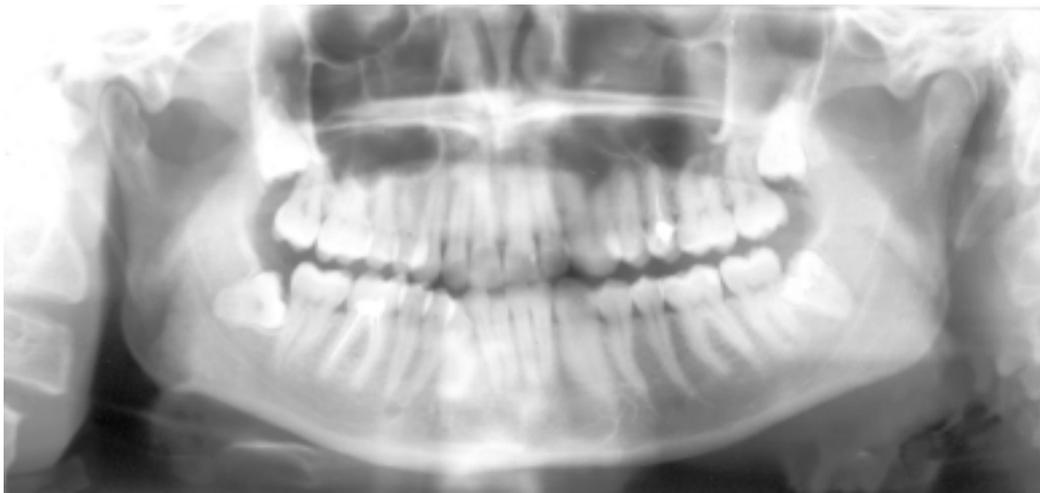
В нашей работе изучался только один аспект проблемы третьих моляров: раннее удаление их зачатков в комплексном лечении пациентов с аномалиями прикуса.

В рассмотренной литературе основное внимание уделено нижним третьим молярам, но мы считаем, что проблема верхних не менее актуальна. Скученность зубов на верхней и нижней челюстях — одно из наиболее часто встречающихся патологических явлений. Однако на нижней челюсти, в силу ее анатомических особенностей, данный вид патологии выражен наиболее ярко (рис. 6).

Решение проблемы устранения первичной скученности зубов и желание предотвратить рецидив скученности во фронтальном отделе нижней челюсти, развивающийся в постретенционном периоде у некоторых пациентов, закончивших ортодонтическое лечение, заставило нас проанализировать опыт отечественных и зарубежных коллег по этому вопросу. Особое внимание было уделено влиянию третьих моляров на развитие этой патологии.

Одни авторы (Myer, 1992) отводят влиянию роста "зубов мудрости" на развитие скученности решающую роль. Другие (Richardson, 1989; Schwarze, 1975, Ades, 1990), напротив, не считают этот фактор существенным.

Анализ 10-летнего опыта работы отделения в тесном сотрудничестве с врачами-ортодонтами позволил нам разработать собственную тактику лечения пациентов. На первом этапе мы проводили анализ результатов рентгеновского обследования, а именно ортопантограммы (ОПТГ), с целью определения положения зачатков "зубов мудрости" и перспективы их успешного прорезывания (используются определенные методы расчетов по ОПТГ). Далее, совместно с врачом-ортодонтом, составляли план лечения и принимали окончательное решение о необходимости удаления или сохранения зачатков.

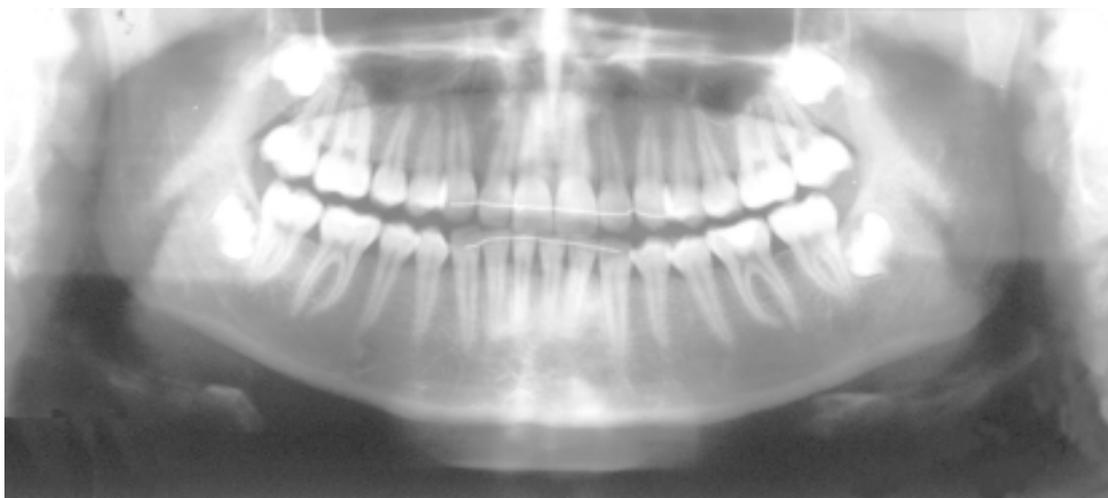


**Рис. 6.** Скученность фронтальных зубов нижней челюсти, дистопия, полуретенция 38, 48.

Если раньше удаление третьих моляров производили только после возникновения рецидива скученности зубов, то сейчас акцент делается на ее профилактику, и удаление осуществляют до начала ортодонтического лечения, в крайнем случае, во время последнего.

Пристальное внимание уделяется тем случаям, когда лечение будет проводиться без удаления зубов (преимущественно первых премоляров). Это объясняется тем, что возможность правильного прорезывания третьих моляров при сужении зубных рядов минимальна, а риск развития рецидива скученности в постретенционном периоде или возникновения воспалительных процессов, обусловленных затрудненным прорезыванием "зубов мудрости" или неправильным положением их в зубном ряду,

резко увеличивается. Необходимо помнить и о возможной их ретенции, обусловленной отсутствием места для их прорезывания (**рис. 7**). Большое значение приобретает также достоверное уменьшение сроков ортодонтического лечения, наблюдаемое после удаления зачатков зубов, и более стабильные результаты в постретенционном периоде. Оптимальным сроком для удаления зачатков третьих моляров мы считаем возраст 13—15 лет. К этому возрасту, по данным авторов, занимавшихся изучением закономерностей роста и развития нижней челюсти (Чайковская, 1949, Дойников, 1951, Бусыгин, 1961, Варес, 1967, Bjork, 1962 и др.), заканчивается основной рост нижней челюсти в дистальных отделах. Однако принимать решение необходимо в каждом конкретном



**Рис. 7.** Дистопия зачатков 18, 28, 38, 48. Отсутствие места для их прорезывания. Сужение зубных рядов, скученность зубов во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Показана операция удаления зачатков 18, 28, 38, 48 в ретенционном периоде для профилактики рецидива скученности.

Таблица

**Распределение пациентов по годам, возрастам и нозологиям**

Год	Возраст, лет					Нозология					Всего
	До 13	13—15	15—18	18—25	Старше 25	Скученность зубов во фронтальном отделе	Рецидив скученности	Скелетная форма деформации	Хронические воспалительные процессы	Фолликулярные кисты вокруг зачатка третьего моляра	
1990	2	1	2	4	1	5	-	2	3	-	<b>10</b>
1991	-	5	-	3	6	1	-	6	7	-	<b>14</b>
1992	-	-	-	1	10	1	-	-	10	-	<b>11</b>
1993	2	7	8	10	19	17	-	4	22	3	<b>46</b>
1994	1	8	4	6	27	18	1	1	23	3	<b>46</b>
1995	2	11	10	9	26	18	1	9	29	1	<b>58</b>
1996	1	12	8	21	40	44	3	4	28	3	<b>82</b>
1997	11	13	13	10	20	36	5	2	18	3	<b>67</b>
1998	5	16	18	36	24	67	8	2	21	1	<b>99</b>
1999	3	59	41	50	34	125	14	4	45	2	<b>187</b>
<b>Всего:</b>	<b>27</b>	<b>132</b>	<b>104</b>	<b>150</b>	<b>207</b>	<b>332</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>206</b>	<b>16</b>	<b>620</b>

случае, учитывая индивидуальные сроки роста и формирования костей лицевого скелета.

При скелетной форме деформаций удаление зачатков третьих моляров не приводит к сколь-нибудь существенному уменьшению прироста нижней челюсти, что связано с генетической обусловленностью данного вида патологии. Однако в некоторых случаях, при неярко выраженной клинической картине и отказе пациентов от хирургического лечения, в целях стабилизации результатов ортодонтического лечения, мы прибегали к удалению зачатков третьих моляров.

Всего прооперировано 620 пациентов с целью удаления интактных третьих моляров по ортодонтическим показаниям, в том числе 206 из них оперированы по поводу неоднократных воспалительных процессов, связанных с затрудненным прорезыванием вследствие недостатка дня их места в зубном ряду (табл.).

Зачастую хирург-стоматолог отказывается выполнять операцию удаления зачатков третьих моляров из-за ложного страха перед вмеша-

тельством. Наш опыт показывает, что эти операции, при соблюдении определенных условий, можно успешно выполнять в амбулаторных условиях. Используя усовершенствованную в нашем отделении методику предоперационной анестезиологической подготовки большинство вмешательств проведено под местной анестезией. Коррекция психоэмоционального состояния, стабильная работа вегетососудистой и других систем и эффект потенцирования действия местного анестетика при проведении премедикации позволили полностью отказаться от применения общей анестезии. Изучив опыт зарубежных коллег, мы обнаружили, что во многих странах эти вмешательства предпочитают проводить в условиях общего обезболивания. Так, по данным S. F. Worrall с соавт. (1998), в Великобритании 69,7 % вмешательств проводятся в условиях общего обезболивания, 8,1 % — с комбинированным обезболиванием, остальные — под местной анестезией, в США доля вмешательств, проведенных под наркозом, оставляет более 50 %.

Мы считаем, что предоперационная подготовка, включающая доверительную беседу с пациентом, позволяет создать правильный настрой на операцию и предотвратить ряд негативных последствий.

Все пациенты отмечали, что во время операции находились в состоянии психоэмоционального комфорта, а отсутствие болевых ощущений позволяло им больше не испытывать чувство страха при необходимости проведения подобных манипуляций повторно.

Описанных в литературе осложнений, возникающих во время операции или в послеоперационный период, таких как перелом челюсти, массивные кровотечения, развитие парестезии и т.д., в нашей практике мы не встречали. Развитие незначительных отеков мягких тканей и послеоперационных болей различной интенсивности, возникающих у 11 % оперированных, мы не считаем осложнением, а относим их к адекватному ответу организма на вмешательство. Использование щадящей операционной методики и современной лазерной терапии позволяет купировать эти явления в течение 3—5 дней и полностью отказаться от применения антибиотиков в послеоперационном периоде.

Таким образом, проанализировав данные литературы и обобщив собственный клинический опыт по вопросу о превентивном удалении зачатков "зубов мудрости", показаниями к этому мы считаем: предупреждение развития рецидива скученности зубов после ортодонтического лечения, профилактику развития скученности зубов во фронтальном отделе при отсутствии места для прорезывания третьих моляров, сокращение сроков ортодонтического лечения и достижение более стабильных результатов в постретенционном периоде. Учитывалась также частота возникновения воспалительных процессов, сопровождающих затрудненное прорезывание третьих моляров, и возможность развития ретенции и связанных с ней осложнений.

Анализ собственного клинического опыта по вопросу об удалении зачатков третьих моляров по ортодонтическим показаниям позволил нам сделать выводы о необходимости обязательного проведения рентгеновского обследования пациентов с целью определения положения зачатков зубов и прогнозирования их дальнейшего "поведения" совместно с ортодонтом.

### Литература

Бусыгин А. Т. Возрастные особенности строения восходящей ветви нижней челюсти. — Ташкент, 1961.

Варес Э. Я. Закономерности роста челюстных костей и их значение для практики ортодонтии: Дисс. ... док. мед. наук. — Донецк, 1967.

Дойников А. И. Особенности анатомического и микроскопического строения нижней челюсти человека: Дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 1951.

Чайковская И. И. Возрастные особенности нижней челюсти человека: Дис. ... канд. мед. наук. — Киев, 1949.

Ades A. G., Joondeph D. R., Little R. M., Chapko M. K. A long-term study of the relationship of third molars to changes in the mandibular dental arches // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. — 1990. — 97. — P. 323—335.

Barrow G.V., White J. R. Developmental changes of the maxillary and mandibular dental arches // Angle. Orthod. — 1952. — 22. — P. 41—46.

Bjork A. Variation in the growth pattern of the human mandible. Longitudinal radiographic study by the implant method // J. Dent. Res. — 1963. — 42. — P. 400—411.

Bjork A., Jensen E., Palling M. Mandibular growth and third molar impaction // Acta Odont. Scand. — 1956. — Vol. 14. — P. 231—272.

Broadbent B. H. The influence of the third molars on the alignment of the teeth // Am. J. Orthod. — 1943. — 29. — P. 312.

Carmen R. B. A study of mandibular anterior crowding in untreated cases and its predictability (M.S. thesis). — Cleveland: Case Western Reserve Univ, 1978.

Hellman M. Our third molar teeth: their eruption, presence and absence // Dent. Cosmos. — 1936. — 78. — P. 750.

Kaplan, Ross G. Mandibular third molars and postretention crowding // Am. J. Orthod. — 1974. — Oct.

K. Godfrey. Prophylactic removal of asymptomatic third molars: a review // Austral. Dent. J. — 1999. — 44(4). — P. 233—237.

Myer S. Removing third molars: a review // JADA. — 1992. — Vol. 123. — Febr.

Quirts O. J. The mandibular third molar. A Method of Predicting its Eruption. // URL: [www.oc-j.com/3rdmolar/3rdmlr.html](http://www.oc-j.com/3rdmolar/3rdmlr.html).

Richardson M. E. Late lower arches crowding: The role of the transverse dimension. // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. — 1995. — 107. — P. 613—617.

Richardson M. E. The aetiology of lower anterior crowding // J. Irish. Dent. Assoc. — 1980. — May-June.

Richardson M. E. The role of inter-canine width in late lower arches crowding // Br. J. Orthod. — 1994. — 21. — P. 53—56.

Ricketts R. A principle of arcial growth of mandible // Angle Orthod. — 1972. — Vol. 42. — P. 368—386.

Ricketts R. The influence of orthodontic treatment on facial growth and development // Angle Orthod. — 1960. — 30. — P. 103—133.

Schulhof R. J. Third molars and orthodontic diagnosis // J. Clin. Orthod. — 1976. — 10. — P. 273.

Schulhof R. J. The mandibular dental arches: Part 1, lower incisor position // Angle Orthod. — 1977. — Oct. — 47: 4. — P. 280—287.

Schulhof R. J. The mandibular dental arches: Part 3, Buccal expansion // Angle Orthod. — 1978. — Oct. — 48:4. — P. 303—310.

Schulhof, Robert J. Third molars and orthodontic diagnosis // J. Clin. Orthod. — 1976. — 10. — P. 272.

Schwarze C. W. The influence of third molar germectomy: a comparative long term study // Trans. 3rd Int. Orthod. Cong. / Ed. J.T. Cooc. Staples. — London, 1975. — P. 55

Worrall S. F., Riden K., Haskell R., Corrigan A. M. UK National Third Molar project: the initial report // British J. Oral. and Maxillofac. surg. — 1998. — 36. — P. 14—18.