

Миорова Е.А.

Целесообразность лечения третьих моляров

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научный руководитель: к.м.н. Суетенков Д.Е.

Резюме

В данной работе рассматривается вопрос о целесообразности сохранения или необходимости удаления восьмых зубов, проведено исследование среди врачей и пациентов, определены показания и противопоказания к удалению третьих моляров.

Ключевые слова: третьи моляры, удаление третьих моляров, ретенция третьих моляров

Актуальность

Одним из актуальных вопросов современной стоматологии является вопрос о целесообразности лечения третьих моляров. Как известно, они прорезываются позже всех, в возрасте 17-25 лет [1]. В силу анатомических особенностей третьих моляров, их лечение проводится высококвалифицированными специалистами. В случае невозможности лечения, зуб подлежит удалению. Однако, для того чтобы точно определиться нужно ли удалять третий моляр или до последнего его сохранить, нужно оценить все «за» и «против», учесть степень риска развития осложнений и последствий нарушения целостности зубочелюстной системы.

Цель: установить грань между необходимостью удаления или сохранения третьих моляров.

Задачи:

- 1) исходя из результатов опроса, определить сроки прорезывания третьих моляров и рассмотреть их строение;
- 2) ознакомиться с такими понятиями, как дистопия и ретенция зубов;
- 3) провести опрос на тему выбора между удалением или сохранением третьих моляров;
- 4) изучить показания и противопоказания к удалению третьих моляров.

Материал и методы

Был проведен анализ научных статей, библиотечных источников, диссертационных работ, научной литературы на русском и английском языках, проведён опрос среди студентов СГМУ и пациентов и врачей стоматологической поликлиники №5 г. Саратова.

Результаты и обсуждение

Большинство постоянных зубов прорезываются, начиная с 5,5 лет и до 15 лет. Исключение составляют только третьи моляры. Они начинают свое прорезывание в среднем в возрасте 17-25 лет. В связи с тем, что эти зубы прорезываются уже в зрелом для человека возрасте – их и назвали «зубами мудрости»[2].

Среди студентов СГМУ и пациентов ГУЗ «Саратовская стоматологическая поликлиника №5» (117 человек) был проведен опрос, по результатам которого выяснилось, что чаще всего третьи моляры прорезываются в возрасте 17-22 лет.

Третьим молярам свойственно большое разнообразие строения.

Третий верхний моляр. Форма его коронки очень изменчива. Имеется три жевательных бугорка, из которых 2 щечных и 1 язычный, но может быть больше или меньше. Зуб может иметь 1-5 корней, чаще бывает три: небный и два щечных, но все они чаще всего сливаются вместе и образуют тупой конусовидный стержень, с продольно проходящими бороздами на месте слияния. Нередко этот зуб или совсем не развивается, или не прорезывается[3].

Третий нижний большой коренной зуб изменчив по форме и величине. Этот зуб меньше нижних моляров, но крупнее верхнего третьего моляра. На жевательной поверхности зуб имеет 4 или 5 бугорков. Корней обычно два, короткие, отклонены дистально, иногда срастаются, образуя один корень в виде конуса[1][2].



Рисунок 1. Возраст прорезывания третьих моляров

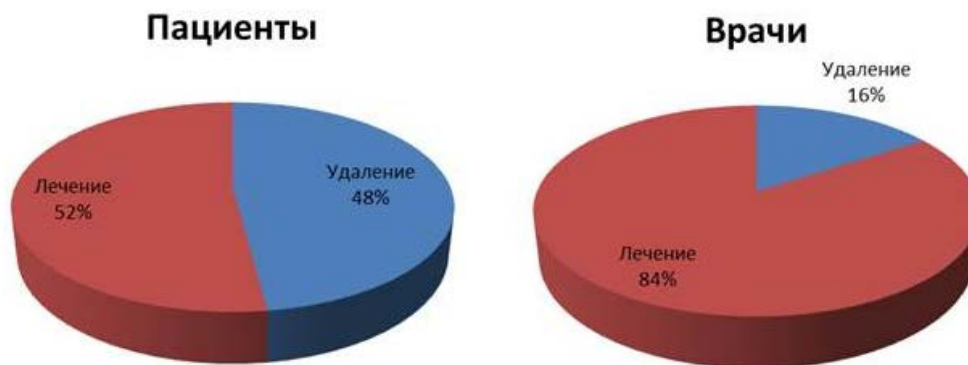


Рисунок 2. Опрос среди пациентов и врачей

Имеют особенности корни третьих моляров. Выделяют следующие аномалии корней: изогнутые корни, увеличенные, расходящиеся, захватывающие кость, множественные, длинные тонкие, уплощенные корни[4].

В выборе лечения третьего моляра играет роль расположение его зачатка. Если оно атипично, то в конечном итоге оно приведет к аномалии положения сформировавшегося третьего моляра (дистопии), а также к задержке процесса прорезывания (ретенции). Связанные между собой ретенция и дистопия третьего моляра и длительное существование воспалительных явлений в области зуба являются причиной возникновения воспалительных процессов в ретромолярной области и соседних анатомических пространствах. Степень дистопии может быть различной. Лечить ретинированные зубы можно консервативным или хирургическим путем[5][6][7][8]. На основании данных зарубежных авторов, 40% третьих моляров подвергаются удалению[9]. В 20% случаев третьи моляры прорезываются самостоятельно, при этом часть из них прорезываются после ортодонтического лечения, проводимого с удалением отдельных постоянных зубов и закрытием полученного места[10].

В настоящее время появляется все больше аргументов в пользу увеличения показаний к удалению третьих моляров. Происходит это из-за ряда объективных причин: технических трудностей лечения осложнений кариеса третьих моляров, в отличие от лечения других зубов (пациенту трудно открывать широко рот; корни и корневые каналы в основном искривленные); неблагоприятного влияния третьих моляров на формирование зубочелюстной системы, приводящего к развитию аномалий прикуса, деформаций рядов, развитием осложнений[11]. Поэтому и возникает вопрос: а стоит ли лечить третий моляр или лучше его удалить?

При опросе среди пациентов и врачей ГУЗ «Саратовская стоматологическая поликлиника №5» выяснилось, что среди пациентов (48 человек) 48% предпочли бы удалить третий моляр, а 52%-сохранить, среди врачей (20 человек) 16% предпочли бы удалить третий моляр, а 84% - сохранить.

Для того чтобы определиться, нужно ли удалять третьи моляры или до последнего сохранить состояние зубочелюстной системы каждого пациента, необходимо определить показания и противопоказания к их удалению.

Противопоказания к удалению третьих моляров:

1. Для протезирования. До сих пор, несмотря на повсеместно проводимую профилактическую работу и доступность информации, многие родители считают первые моляры молочными зубами. В связи с этим их своевременно не лечат и соответственно дети часто расстаются с этими зубами уже в подростковом возрасте. В процессе жизни часто происходит так, что в силу причин люди теряют и вторые моляры, и тогда третий моляр оказывается единственной надеждой на съемное протезирование, то есть, прорезываясь позже остальных, третьи моляры могут стать опорой под мостовидный протез – вместо разрушенных зубов. Без него такое несъемное протезирование станет возможным только при помощи имплантатов. Также третий моляр для протезирования точно может потребоваться при условии, если отсутствует впереди стоящий второй моляр, отсутствуют сразу и первый, и второй моляр, либо первый и второй моляры ещё не удалены, но в скором времени подлежат удалению.
2. Если имеется зуб-антагонист. В таком случае, при удалении одного из зубов, особенно на нижней челюсти, происходит постепенное выдвигание другого. Причиной этого становится отсутствие сопротивления и нагрузки, так как с момента удаления антагониста зуб перестает участвовать в пережевывании пищи. Поэтому, если третий моляр занимает свое нормальное место в челюсти, участвует в акте жевания и имеет зуб-антагонист, то удалять его не желательно[11].
3. Пульпит. Пульпит означает необходимость пломбирования корневых каналов. В случае если каналы хорошо проходимы и их возможно качественно запломбировать, то зуб лучше вылечить. Впрочем, тут также нужно решить: нужен ли зуб для протезирования, имеется ли антагонист, занимает ли он правильное положение, принимает ли участие в жевании.

Но следует помнить, что данные поводы для сохранения третьих моляров имеют место быть только при условии их анатомически нормального расположения и строения.

Показания к удалению третьих моляров:

1. Неправильный рост третьих моляров. Первой причиной, по которой третий большой коренной зуб может быть удален еще на стадии прорезывания, является его неправильный рост относительно зубного ряда. Например, когда третий моляр растет поперек вертикальной оси остальных зубов, при этом он может расти как в сторону соседних семерок, так и сторону щеки. Коронка восьмого зуба, выросшего в сторону щеки, способна травмировать слизистую оболочку щеки и ее мягкие ткани, что рано или поздно может стать причиной развития онкологической патологии. В свою очередь, третий моляр, растущий в сторону семерки, может стать причиной его разрушения и развития патологий, смещения зубов во фронтальном отделе [7][12].
2. Недостаточно места в зубном ряду. Также, третий моляр подлежит удалению, если для его нормального прорезывания не хватает места, даже при нормальном направлении роста. Такой зуб в процессе дальнейшего роста и развития способен стать

причиной скученности зубов. Нередко третий моляр удаляют при уже имеющейся скученности зубов, вызванной выраженной нехваткой места для восьмого зуба, перед проведением ортодонтического лечения[8][11].

3. Перикоронит. Полностью или частично прорезавшийся третий большой коренной зуб может занимать такое положение, при котором часть его коронки покрыта нависающим капюшоном из слизистой оболочки. В таком случае между капюшоном и зубом образуется пространство, где размножаются микроорганизмы и происходит воспаление и отек слизистой. Такое заболевание называется перикоронит, и в данном случае либо удаляют капюшон, либо сам зуб, не забывая при этом оценивать направление роста зуба[13].
4. Невозможность полноценного лечения. Довольно часто удаляют третий моляр из-за невозможности его полноценного лечения. Например, когда он имеет изогнутые корни, или у больного ограничено открывание рта[13].
5. Если разрушает впереди стоящий зуб. Как уже было сказано выше, третьи моляры нередко прорезываются под наклоном. Передними буграми коронки они порой упираются во впереди стоящий седьмой зуб. Постоянное давление третьего моляра на эмаль соседнего зуба может вызвать у последнего ее разрушение и возникновение кариеса. Сохранение седьмого зуба и его полноценное лечение невозможно без удаления третьего моляра[13].

Выводы

1. Исходя из опроса среди студентов СГМУ и пациентов ГУЗ «Саратовская стоматологическая поликлиника №5» третьи моляры прорезываются в среднем в возрасте 17-22 лет и имеют особенности в строении: форма коронки может быть различной, различное количество бугорков (в основном от 3 до5), количество корней-от 1 до 3.
2. Дистопия - это аномалия положения сформировавшегося зуба, а ретенция-задержка процесса прорезывания. Ретенция третьих моляров в 53% случаев сопровождается развитием осложнений. И поэтому их лечение чаще всего хирургическое. По данным зарубежных авторов, удаляют 40% третьих моляров[9][10].
3. В связи с множеством анатомических и физиологических особенностей, которые осложняют процесс лечения, а иногда делают его невозможным, показаний к удалению третьих моляров нашлось больше, чем показаний к его сохранению. Таким образом, при отсутствии противопоказаний к удалению третьего моляра, каждый должен сам для себя решить, есть ли необходимость в его удалении. Стоматолог должен обязательно объяснить все положительные и отрицательные моменты удаления или лечения зуба, которые могут впоследствии возникнуть. По результатам опроса в ГУЗ «Саратовская стоматологическая поликлиника №5», большинство врачей (84%) все же склоняются к тому, что третий моляр стоит удалять только в крайнем случае.

Литература

1. Магид Е.А, Мухин Н.А. Атлас по фантомному курсу в терапевтической стоматологии. - М: Медицина, 1981,-57-66с.
2. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. - 12-е изд., перераб. и доп.- СПб: СПбМАПО, 2006 - 280-281с.
3. Алямовский В.В., Левенец О.А., Левенец А.А. Множественные анатомические вариации строения моляров верхней челюсти / Эндодонтия Today.2014. №4. С.22-25
4. Соихиро Асанами (Soichiro Asanami), Ясунори Касазаки (Yasunori Kasazaki). Квалифицированное удаление третьих моляров – 3-е изд.,1983 – 57с.
5. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами/автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова. Санкт-Петербург, 2005. 24с.
6. Арсенина О.И., Шишкин К.М., Шишкин М.К., Попова Н.В., Попова А.В. Третьи постоянные моляры, интеграция в зубоальвеолярные дуги. Ретенция и изменение их позиции в процессе формирования/Ортодонтия. 2015. №1(69).С.35-40
7. Панкратова Н.В., Персин Л.С., Колесов М.А., Репина Т.В., Мкртчян А.А., Калиматова Л.М., Морозова К.М. Сравнительная характеристика положения третьих моляров у пациентов в возрасте 12 и 15 лет/ Ортодонтия. 2015. №4. С.30-33
8. Изосимова М.А., Данилова М.А. Изучение состояния тканей пародонта у пациентов с ретенцией третьих моляров нижней челюсти/Ортодонтия. 2011. №3. С.15-17
9. Phillips C. Risk factors associated with prolonged recovery and delayed healing after third molar surgery// Journal of Oral and Maxillofacial Surgery- 2003- Vol.61(12) – P.1436-1448
10. Фомичев И.В., Флейшер Г.М. Лечение больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров. Проблемы стоматологии,2014, No 4, 40-44с. doi:10.18481/2077-7566-2014-0-4-40-44
11. Болонкин О.Н. Лечение больных с нарушением прорезывания нижних третьих моляров. Уральский медицинский журнал, 2012, No 1, 72-74с.
12. Сысолятин С.П., Попов С.Н. Опухоли и опухолеподобные процессы, связанные с третьими молярами. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т.9.№3. С.263-264
13. Хирургическая стоматология / под ред.Т.Г.Робустовой. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003 – 207-214с.