

**Т. И. Чернец**  
**ОБОСНОВАНИЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬИХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ НА  
РАЗНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗ-  
РАСТЕ 16-20 ЛЕТ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. О. М. Павлов*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии,*

*УЗ «Столбцовская ЦРБ», г. Столбцы*

**Резюме.** Целью исследования было научно обосновать показания для удаления третьих нижних моляров (ТНМ) на разных стадиях формирования зубов. Проведено изучение 19 исследований пациентов в возрасте 16-20 лет методом КЛКТ. Изучено 38 ТНМ. Рассчитан коэффициент соотношения мезиодистального размера коронки ТНМ к уровню подлежащей кости, который является объективным критерием для удаления ТНМ при несформированных корнях.

**Ключевые слова:** Третьи нижние моляры, КЛКТ, скученность, ортодонтическое лечение

**Resume.** The aim of the research was to found data of removing third lower molars (TLM) on different stages of forming teeth. There were examined 19 patients at the age of 16-20 with the help of CBCT. 38 TLM were studied. The coefficient of the dependence of mesialdistal size of tooth crown to the length of alveolar bone was calculated. It is an objective criterion for removing TLM when the roots are unformed.

**Keywords:** lower third molars, CBCT, overcrowding of teeth, orthodontic treatment

**Актуальность.** В настоящее время в стоматологии нет однозначного мнения о влиянии аномально расположенных третьих моляров на прогрессирование зубочелюстных аномалий или их рецидивов после завершеного ортодонтического лечения [1, 2]. Ретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти являются дополнительными факторами образования скученности зубов и влияют на стабильность достигнутых результатов ортодонтического лечения (рисунок 1).



**Рисунок 1** – Острый перикоронарит в области ретинированного зуба 48

Пациенты с адентией третьих нижних моляров (ТНМ) имеют более стабильные результаты ортодонтического лечения после устранения тесного положения передней группы зубов нижней челюсти [3].

После проведенного ортодонтического лечения, в ходе которого не были удалены ТНМ, возникает опасность рецидива, а именно возникновение скученности в переднем отделе нижней челюсти при неправильном направлении прорезывания третьих моляров, мезиального смещения первого постоянного моляра нижней челю-

сти в результате возникающего медиального давления на впереди стоящие зубы, кариеса соседнего зуба вследствие невозможности осуществления адекватной гигиены и скопления зубного налёта.

При неправильном направлении прорезывания ТНМ передают силу, возникающую в процессе формирования их корней, на впереди расположенные зубы. Эта сила может привести к резорбции корней, ротации и мезиальному смещению первых и вторых постоянных моляров [4]. Это способствует прежде всего осевым поворотам нижних резцов, вестибулооральному смещению и, как следствие, тесному положению передней группы зубов [5]. При адентии ТНМ мезиальное смещение первых моляров минимально, а в случае ретенции – увеличивается и достигает максимума при их прорезывании [6].

Вопрос о связи между аномальным положением ТНМ и скученностью передней группы зубов нижней челюсти остаётся нерешённым. Несмотря на многочисленные исследования, в литературе не найдено однозначного ответа на вопрос о выборе тактики лечения пациентов с аномалиями прорезывания и положения ТНМ. Melis и Zawawi (2014) указывают, что наличие ТНМ или их удаление не оказывают существенного воздействия на формирование скученности передней группы зубов или рецидива после проведенного ортодонтического лечения [7]. В тоже время Profit (2006) указывает, что давление со стороны третьих моляров не может быть причиной тесного положения зубов, так как поздняя скученность резцов встречается и у пациентов с отсутствующими третьими молярами [8].

Laskin, опросив в 1971 году 600 ортодонтот и 700 челюстно-лицевых хирургов установил, что 65% из них считали ТНМ иногда ответственными за формирование скученности зубов. По свидетельству Kaveri и Prokash (2011) профилактическое удаление зубов мудрости составляет от 18 до 50,7%. Опрос, проведенный Lindauer и соавт. в 2007 году, показал, что 64,4% ортодонтот и 56,9% хирургов направляют на профилактическое удаление ТНМ для предотвращения скученности зубов [7].

**Цель:** научно обосновать показания для удаления третьих нижних моляров на разных стадиях формирования зубов с целью профилактики развития воспалительных явлений, смещения мезиально-расположенных зубов; осложнений и рецидивов ортодонтического лечения.

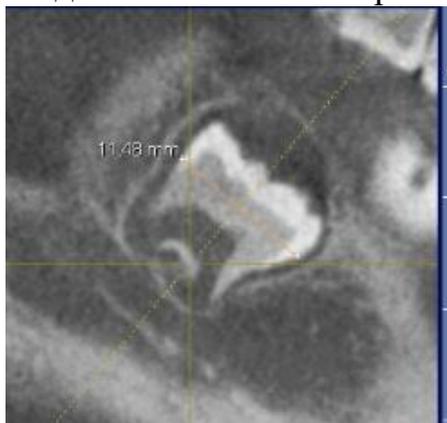
**Задачи:**

1. Провести комплекс линейных и угловых измерений третьих нижних моляров и нижней челюсти на основе данных метода конусно-лучевой компьютерной томографии;
2. Научно обосновать показания удаления третьих нижних моляров на разных стадиях формирования зубов в группе пациентов 16-20 лет.

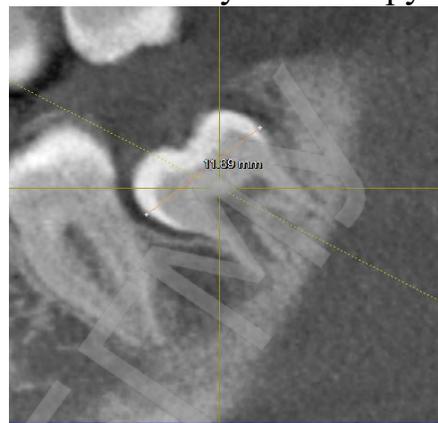
**Материал и методы.** Объектами исследования явились обследования методом КЛКТ у 19 пациентов в возрасте 16-20 лет. Предмет исследования: 38 третьих нижних моляров. Исследования методом КЛКТ проводилось на аппарате Galileos Comfort (Sirona Dental Systems, GmdH, Bensheim, Germany). Для анализа результатов использовали программное обеспечение Galileos Viewer.

Измеряли следующие параметры:

1. Мезиодистальный размер коронки третьих нижних моляров на разных стадиях формирования зубов (рисунок 2, 3). Измерение в мезиодистальном направлении проводили в наиболее широкой части зуба, что соответствует экватору.

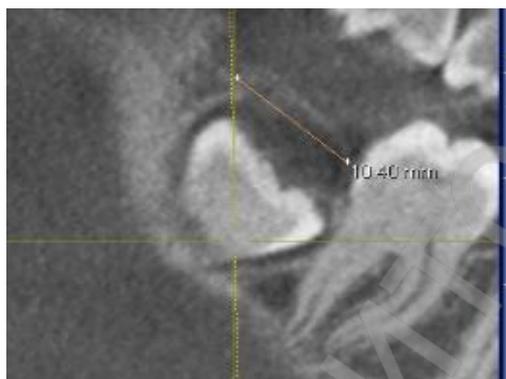


**Рисунок 2** – Мезиодистальный размер коронки зуба 48

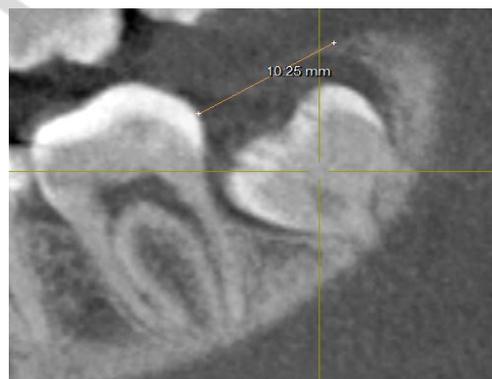


**Рисунок 3** – Мезиодистальный размер коронки зуба 38

2. Длина надлежащей кости (рисунок 4, 5). Измерялась от дистальной аппроксимальной поверхности коронки зубов 37 или 47 до места перехода тела в передний край ветви нижней челюсти.

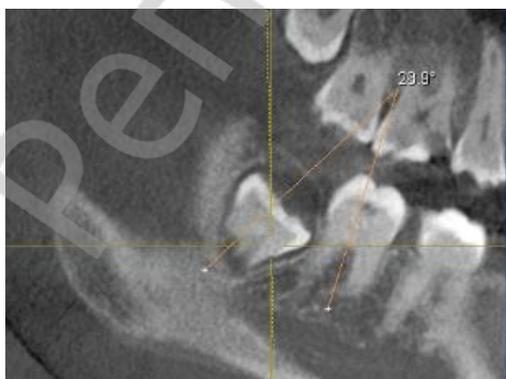


**Рисунок 4** – Длина надлежащей кости в области зуба 48

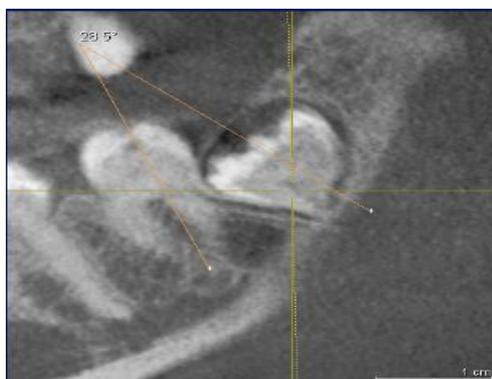


**Рисунок 5** – Длина надлежащей кости в области зуба 38

3. Угол наклона – угол между длинными осями второго и третьего нижних моляров (рисунок 6, 7).



**Рисунок 6** – Угол наклона зуба 48



**Рисунок 7** – Угол наклона зуба 38

Все измерения были выполнены в режиме изображения срезов при помощи виртуального измерительного прибора.

Был рассчитан коэффициент соотношения мезиодистального размера коронки третьих нижних моляров к уровню надлежащей кости на основе анализа исследований методом КЛКТ. Данный коэффициент соотношения был разработан на основе коэффициента вероятности прорезывания зубов мудрости, предложенного Е. Б. Гришиной на основе метода ОПТГ. Разработанный нами коэффициент имеет следующие преимущества:

- 1) применяется по более точному исследованию, в частности метод КЛКТ;
- 2) точен в использовании, то есть воспроизводим;
- 3) является объективным критерием для удаления ТНМ при несформированных корнях.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что мезиодистальный размер коронки зуба 38 составил  $11,19 \pm 0,92$  мм, для зуба 48 –  $11,22 \pm 0,87$  мм.

**Таблица 1.** Результаты измерений третьих нижних моляров и нижней челюсти у пациентов в возрасте 16-20 лет

	Мезиодистальный размер, мм		Длина надлежащей кости, мм		Угол наклона, °		Коэффициент зуб/кость		Коэффициент кость/зуб	
	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	2,86	2,58	,43	1,75	2,5	1,4	,53	,07	,66	,93
	,67	,62	,60	,53	2,0	7,8	,12	,13	,89	,89
	2,07	1,86	,09	0,87	2,3	0,4	,49	,09	,67	,92
	0,56	0,88	,90	,10	4,4	0,9	,53	,78	,65	,56
	2,23	2,06	,05	,33	2,6	1,0	,52	,65	,66	,61
	1,01	1,94	,41	,15	5,9	1,6	,31	,94	,76	,52
	0,03	0,91	,92	,96	3,8	8,0	,12	,83	,89	,55
	2,19	1,70	,93	,03	0,5	1,2	,37	,46	,73	,69
	0,16	,84	,85	,58	5,0	6,3	,03	,30	,97	,77
0	1,55	1,36	,26	,44	7,1	4,8	,25	,09	,80	,48
1	2,04	2,24	2,84	,88	-	-	,94	,38	,07	,73
2	1,81	1,44	,78	,27	5,1	1,6	,35	,23	,74	,81
3	0,83	1,37	,77	0,38	3,1	,1	,11	,10	,90	,91
	1	1	8	7	2	2	1	1	0	0

4	0,20	0,20	,66	,50	6,1	4,8	,18	,36	,85	,74
5	1,23	1,11	,21	,04	7,4	5,2	,56	,38	,64	,72
6	1,75	1,69	0,32	,32	0,6	7,0	,14	,85	,88	,54
7	1,62	1,96	,87	,36	-	9,8	,31	,28	,76	,78
8	1,06	0,67	,54	,22	7,3	6,6	,69	,48	,59	,68
9	,92	,81	,70	,81	8,4	9,6	,14	,69	,88	,59

Длина надлежащей кости в области зуба 38 – 8,7 мм (медиана), в области зуба 48 – 28,21 ± 15,82 мм. Угол наклона зуба 38 – 24,4° (медиана), а зуба 48 – 27,8° (медиана). Коэффициент для соотношения зуб к кости в области зуба 38 составил 1,29 ± 0,20. Коэффициент для соотношения зуб к кости в области зуба 48 – 1,47 ± 0,31 (таблица 1). Размеры зубов 38 и 48, размеры надлежащей кости над зубом 48, коэффициент соотношения зуб к кости в области зубов 38 и 48 имеют нормальное распределение ( $p > 0,05$ ). Различия между измерениями мезиодистальных размеров зубов, длины надлежащей кости, углов наклона зубов статистически не достоверны.

#### **Выводы:**

- 1) Данные метода КЛКТ позволяют определить точные размеры формирующихся зубов мудрости на нижней челюсти, размеры и уровень надлежащей кости.
- 2) Предложенный коэффициент соотношения мезиодистального размера коронки третьего нижнего моляра к длине надлежащей альвеолярной кости нижней челюсти позволяет предположить возможность прорезывания зубов мудрости и является объективным критерием для удаления третьих нижних моляров при несформированных корнях.
- 3) С целью предотвращения развития воспалительных явлений при прорезывании третьих нижних моляров, скученности зубов оптимальным является удаление зубов мудрости на стадии сформированной коронки при несформированных корнях.

*T. I. Chernets*

### **THE FOUNDATION OF REMOVING THIRD LOWER MOLARS ON DIFFERENT STAGES OF FORMING PATIENTS' TEETH AT THE AGE OF 16-20 YEARS OLD**

*Tutor: assistant O.M. Pavlov  
Department of maxillofacial surgery,  
Stolbtcy District Hospital*

**Литература**

1. Стадницкая, Н.П. Особенности и аномалии развития третьих моляров: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Н.П. Стадницкая. – Москва, 2009. – 22 с.
2. Волков, И.Г., Андреищев, А.Р. Алгоритм лечебной тактики в отношении третьих моляров / И.Г. Волков, А.Р. Андреищев // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – Т.9. №2. – С. 66-70.
3. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.: ил.
4. Хе Мё. Этиология и патогенез скученности зубов / Хе Мё // Актуальные проблемы транспортной медицины. – 2013. – №1 (31). – С. 118-125.
5. Гордина, Е.С, Зинченко, А.Ю., Колесов, М.А. Взаимосвязь развития третьих моляров нижней челюсти и наклона резцов / Е.С. Гордина, А.Ю. Зинченко, М.А. Колесов // Российская стоматология. – 2013. – Т.6. №3. – С. 28-31.
6. Андреищев, А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.Р. Андреищев. – Санкт-Петербург, 2005. – 16 с.
7. Третьи постоянные моляры. Их влияние на зубоальвеолярные дуги / О.И. Арсенина, К.М. Шишкин, М.К. Шишкин, Н.В. Попова // Российская стоматология. - 2016. – Т.9. №2. – С. 33-40.
8. Проффит, У.Р. Современная ортодонтия / У. Р. Проффит. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 558 с.