

Олешко А.В.

КОРОНЭКТОМИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Глинник А.В.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

На данном этапе развития хирургической стоматологии стоит вопрос о профилактике осложнений при удалении ретенированных третьих моляров на нижней челюсти. В 1989 году Крутссон предложил альтернативу удаления таких зубов в виде операции коронэктомии. Данное хирургическое вмешательство направлено на снижение риска травмы нижнего альвеолярного нерва в послеоперационном периоде.

Исследованиях Rood JP и Shehab BAA (1990) описывается семь рентгенологических признаков близости канала нижнего альвеолярного нерва к корням третьих моляров нижней челюсти на ортопантомограмме: девиация канала, сужение канала, зона периапикального просветления, сужение верхушки корня, затемнение корня, искривление верхушки корня, отсутствие разделяющей компактной пластинки стенки канала. Внедрение в практику обследования пациентов с помощью КЛКТ в 12% случаев позволяет снизить количество необоснованных коронэктомий.

В 12 исследованиях, при которых проведено 1632 операции коронэктомии, показано снижение риска потери чувствительности в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва на 89% по сравнению с полным удалением.

Повторное вмешательство после коронэктомии с целью удаления корней требуется редко. В исследованиях Raphaela Capella de Souza Póvoa и др. 2021 года из 2176 случаев коронэктомии повторная операция по поводу воспалительных осложнений потребовалась лишь в 5,28%.

Коронэктомии подлежат только витальные неподвижные зубы без периапикальных изменений. Из-за риска травмирования нижнего альвеолярного нерва ротационными инструментами, горизонтально расположенные третьи моляры нижней челюсти также не подлежат данной операции.

В исследованиях Metin Sencimen и др. 2010 года провели эндодонтическое лечение и пломбирование МТА третьих моляров нижней челюсти в процессе коронэктомии. В 87,5% случаев происходило нагноение операционной раны. Данная методика считается неэффективной.

Во исследованиях Monaco G., De Santis G. И др. 2015 года подтверждается возможность коронарной миграции корня, оставшегося после коронэктомии. Такое смещение может происходить в пределах от 2 до 4,8 мм. Миграция максимальна в первый год после коронэктомии. В течение второго и третьего года миграция происходит значительно меньше в связи с образованием перекрывающей кости.

Первые этапы операции коронэктомии проводятся идентично с полным удалением. Производят сепарацию коронковой части зуба от корней под углом 45 градусов к язычной поверхности по цементно-эмалевому соединению. Проекция срезанного корня должна быть на 3-4 мм апикальнее альвеолярного гребня. Пульпу оставляют обнажённой. Все участки эмали должны быть удалены полностью, так как они затрудняют остеогенез. Необходимо провести оценку подвижности корней и, в случае её отсутствия, промыть и ушить рану.